



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD – LYON 1
FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

Année 2014 N°

**La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)
en cancérologie :
Place du médecin généraliste traitant**

THÈSE

Présentée

A l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le 04 Décembre 2014

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par

GUICHARD Aurélie

Née le 11/03/1984 à Léhon (22)

BACHEVILLIER ép. CHANCEREL Cécilia

Née le 11/10/1985 à Villefranche S/S (69)

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD – LYON 1

. Président de l'Université	François-Noël GILLY
. Président du Comité de Coordination des Études Médicales	François-Noël GILLY
. Secrétaire Général	Alain HELLEU

SECTEUR SANTÉ

UFR DE MÉDECINE LYON EST	Doyen : Jérôme ETIENNE
UFR DE MÉDECINE LYON SUD – CHARLES MÉRIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Directeur : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE RÉADAPTATION	Directeur : Yves MATILLON
DÉPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Pierre FARGE

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Claude COLLIGNON
POLYTECH LYON	Directeur : Pascal FOURNIER
I.U.T.	Directeur : Christian COULET
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIÈRES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Véronique MAUME-DESCHAMPS
I.U.F.M.	Directeur : Régis BERNARD
CPE	Directeur : Gérard PIGNAULT

FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

Liste des enseignants 2013/2014

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 2

Chatelain	Pierre	Pédiatrie (surnombre)
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Kohler	Rémy	Chirurgie infantile
Mauguière	François	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Peyramond	Dominique	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Raudrant	Daniel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 1

Baverel	Gabriel	Physiologie
Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Denis	Philippe	Ophthalmologie
Finet	Gérard	Cardiologie
Fouque	Denis	Néphrologie
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Laville	Maurice	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Perrin	Gilles	Neurochirurgie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Scoazec	Jean-Yves	Anatomie et cytologie pathologiques

Vandenesch François Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bastien	Olivier	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Jegaden	Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lina	Gérard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mertens	Patrick	Anatomie
Mion	François	Physiologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Moulin	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie

Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Rousson	Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion	Alain	Urologie
Ryvin	Philippe	Neurologie
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Tilikete	Caroline	Physiologie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Allouachiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Calender	Alain	Génétique
Chapet	Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Cotton	François	Anatomie
Dalle	Stéphane	Dermato-vénéréologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Filippo	Sylvie	Cardiologie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Faure	Michel	Dermato-vénéréologie
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Hot	Arnaud	Médecine interne
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques gynécologie médicale
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti	Yves	Physiologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Vukusic	Sandra	Neurologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeurs des Universités - Médecine Générale

Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain

Professeurs associés de Médecine Générale

Flori	Marie
Zerbib	Yves

Professeurs émérites

Bérard	Jérôme	Chirurgie infantile
Boulangier	Pierre	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Bozio	André	Cardiologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Itti	Roland	Biophysique et médecine nucléaire
Kopp	Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Rousset	Bernard	Biologie cellulaire
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Tissot	Etienne	Chirurgie générale
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Paul	Neurologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Bui-Xuan	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Davezies	Philippe	Médecine et santé au travail
Germain	Michèle	Physiologie
Hadj-Aissa	Aoumeur	Physiologie
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Lièvre	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Rigal	Dominique	Hématologie ; transfusion
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Bricca	Giampiero	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Cellier	Colette	Biochimie et biologie moléculaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charbotel-Coing-Boyat	Barbara	Médecine et santé au travail
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon	Grégoire	Immunologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Escuret Poncin	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Franco-Gillioen	Patricia	Physiologie
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Kolopp-Sarda	Marie	Nathalie Immunologie
Lasset	Christine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Laurent	Frédéric	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lesca	Gaëtan	Génétique
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Peretti	Noel	Nutrition
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire
Voiglio	Eric	Anatomie
Wallon	Martine	Parasitologie et mycologie

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

Buzluca Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
Charrière	Sybil	Nutrition
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Rheims	Sylvain	Neurologie (stag.)
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence (stag.)
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Thibault	Hélène	Physiologie
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques (stag.)
Venet	Fabienne	Immunologie

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge
Figon
Lainé

Thierry
Sophie
Xavier

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Remerciements

Au Président du jury,

A Monsieur le Professeur Laurent LETRILLIART,

L'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury est pour nous l'occasion de vous assurer de notre très haute considération et de notre plus profond respect. Nous vous remercions pour l'intérêt que vous portez à notre travail et pour votre disponibilité.

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur François CHAPUIS,

Vous avez accepté d'être membre de notre jury, nous en sommes très honorées. Veuillez trouver ici la marque de notre plus profonde considération.

A Monsieur le Professeur Gilles FREYER,

Vous avez également accepté de juger ce travail, nous en sommes très honorées. Veuillez trouver ici l'expression de notre plus profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Humbert de FREMINVILLE,

Vous êtes à l'origine de ce travail. Nous vous remercions pour vos conseils et votre disponibilité tout au long de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde estime et reconnaissance. Que ce travail soit à la hauteur de votre confiance.

A tous ceux qui ont participé à cette étude,

A L'URPS médecins Rhône-Alpes,

Merci pour ce programme d'aide aux thésards, votre soutien logistique et votre disponibilité.

Aux URPS ayant accepté de diffuser notre questionnaire : Alsace, Aquitaine, Basse-Normandie, Bretagne, Haute-Normandie, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes et Rhône Alpes,

Merci pour votre soutien.

Aux réseaux régionaux de cancérologie ayant accepté de diffuser notre questionnaire : ONCOLR, ONCOMIP, ONCO-POITOU-CHARENTES, ONCOCENTRE, ONCOLIE, CAROL, ONCOLOR, ONCO-NORMAND, ONCO BASSE NORMANDIE, ONCO NORD-PAS-DE-CALAIS,

Merci pour votre aide.

Aux médecins ayant répondu à notre questionnaire,

Merci d'avoir pris le temps de répondre à notre questionnaire. Vous avez permis la réalisation de cette étude.

Au Docteur Nadir KELLOU,

Nous vous remercions pour l'aide précieuse que vous nous avez apportez dans le maniement des analyses statistiques. Merci pour votre gentillesse et votre disponibilité.

A nos proches,

De la part de Cécilia,

A Matthieu, mari aimant et compréhensif. Merci pour ton amour, ton soutien et ta patience. Tu es ma force.

A Lorys, tu es mon soleil depuis 3 mois déjà. Je t'aime.

A mes proches, familles et amis, pour leur soutien tout au long de ces années.

De la part d'Aurélie,

A mes proches, famille et amis, à toutes les personnes qui m'ont accompagné lors de mes études et qui me permettent d'être là aujourd'hui.

Table des matières

Abréviations.....	15
1. Introduction.....	16
2. Matériels et méthode.....	20
2.1 Design de l'étude	20
2.2 Population d'étude et échantillon.....	20
2.3 Recueil des données	22
2.4 Analyse statistique	23
2.5 Considérations éthiques et réglementaires.....	24
2.6 Recherche bibliographique	25
3. Résultats.....	27
3.1 Caractéristiques générales de l'échantillon.....	27
3.2 Connaissances et pratique de la RCP.....	30
3.3 Place du médecin généraliste traitant.....	31
3.3 Place du médecin généraliste traitant.....	32
3.4 Moyens envisageables en vue d'une participation.....	35
3.5 RCP par visioconférence.....	38
4. Discussion.....	39
4.1 Caractéristiques générales.....	39
4.2 Pratique actuelle.....	39
4.3 La place du médecin généraliste traitant au sein de la RCP	46
4.4 Le rôle du médecin généraliste traitant au sein de la RCP.....	49
4. 4. 1 Connaissance psycho-sociale et des antécédents médicaux du patient	49
4. 4. 2 Proposer des traitements et intervenir dans la décision thérapeutique finale.....	50
4. 4. 3 Représenter le patient.....	51
4.5 Intérêt pour le médecin généraliste traitant d'une participation aux RCP	52
4. 5. 1 Rencontrer ses confrères hospitaliers.....	52
4. 5. 2 Connaître les traitements et savoir gérer les effets secondaires.....	53
4. 5. 3 Moyen de formation médicale continue (FMC)	55

4. 5. 4 Aider et accompagner le patient et sa famille	57
4. 5. 5 Intérêt pour le patient et l'oncologue de la participation du médecin généraliste traitant à la RCP.....	59
4.6 Le déplacement du médecin généraliste traitant à la RCP de cancérologie	60
4.7 Participer sans se déplacer	67
4.8 Limites de l'étude	73
Conclusions.....	75
Références.....	77
Annexes.....	87
Annexe 1 : Courriel type destiné aux URPS.....	87
Annexe 2 : Courriel type destiné aux RRC.....	88
Annexe 3 : Questionnaire (Version Word)	89
Annexe 4 : Déclaration à la CNIL	95
Annexe 5 : Avis du comité d'éthique	97
Annexe 6 : Schéma de sélection des articles	98
Annexe 7 : Extrait du décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine	99
Annexe 8 : Article numéro 1 soumis au comité de lecture de la revue le Bulletin du Cancer le 04/11/2014.	103
Annexe 9 : Article numéro 2 soumis au comité de lecture de la revue le Bulletin du Cancer le 04/11/2014	124

Abréviations

ADSL	Asymmetric Digital Subscriber Line
ALD	Affection Longue Durée
3C	Centre de Coordination en Cancérologie
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPS	Carte de Professionnel de Santé
DCC	Dossier Communicant de Cancérologie
DMP	Dossier Médical Partagé
DPC	Développement Professionnel Continu
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EBM	Evidence Based Medicine
FMC	Formation Médicale Continue
HAS	Haute Autorité de Santé
HMO	Health Maintenance Organizations
HPST (loi)	Hôpital, Patients, Santé, Territoire
INCa	Institut National du Cancer
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MeSH	Medical Subject Headings
NHS	National Health Service
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
PPS	Programme Personnalisé de Soins
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RRC	Réseau Régional de Cancérologie
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
URSSAF	Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

1. Introduction

En 2012, l'incidence mondiale du cancer a augmenté pour atteindre 14 millions de nouveaux cas par an. Ce chiffre devrait passer à 22 millions de nouveaux cas par an au cours des 20 prochaines années. Les cancers ont été responsables de 8,2 millions de décès dans le monde en 2012 (1). En France, le nombre de nouveaux cas de cancers a augmenté de plus de 100% ces trente dernières années pour atteindre 355 000 nouveaux cas en 2012. Toujours cette même année, le cancer a été la cause de 148 000 décès et reste la première cause de mortalité chez l'homme, la deuxième chez la femme (2). Cette mortalité par cancer représente un enjeu de santé publique majeure.

« La mise en œuvre des traitements n'a aucun caractère automatique : la prise de décision thérapeutique est une tâche à part entière pour les médecins et les chances de survie des patients sont directement fonction de la qualité de cette décision » (3). Cette phrase résume bien à elle seule les enjeux des Réunions de Concertations Pluridisciplinaires (RCP).

Afin d'améliorer la délivrance des soins et traitements aux patients, des soins spécialisés par des équipes pluridisciplinaires se sont développés (4). Les RCP sont maintenant à la base de la prise en charge en cancérologie. Une équipe suédoise justifie cette pratique par le fait qu'avec le développement de nouvelles stratégies de traitements, la RCP est devenue de plus en plus importante (5). Une des principales ambitions des RCP est d'avoir une influence sur la survie (6) (7) (8). Une équipe australienne précise que les RCP ont été largement encouragées pour augmenter la coordination, la communication et les décisions dans la prise en charge en cancérologie (9).

Si le terme pluridisciplinaire nous oriente vers une prise en charge à plusieurs, la composition des RCP varie beaucoup d'un pays à l'autre, d'un centre à l'autre, et également selon le type de cancer. Nous retiendrons la définition de l'équipe australienne de Boxer et al. qui décrit les RCP comme des réunions entre professionnels de santé avec pour but de discuter individuellement de chaque cas et d'établir un plan de prise en charge thérapeutique.

Le respect des recommandations de bonne pratique est un des critères de validation des RCP (10) (11). En effet, plusieurs pays encadrent de façon réglementaire les RCP. En 2006, le Canada dans un programme de soins décrit le bon déroulement d'une RCP, son but, le rôle de chaque membre et également l'équipement nécessaire aux structures de soins (12). Ce programme est fondé sur « l'Evidence Based Medicine » (EBM) c'est-à-dire sur la médecine fondée sur des preuves provenant d'études cliniques systématiques telles que des essais contrôlés randomisés en double aveugle, des méta-analyses, éventuellement des études transversales ou de suivi bien conduites.

En Australie, en novembre 2003, une étude de faisabilité de 3 ans des RCP est publiée par le National Breast Cancer (13). Les conclusions de cette étude vont être généralisées à l'ensemble des cancers et servir de base à de nouvelles recommandations en 2005 (14). Ces recommandations vont être actualisées en 2008 pour la prise en charge en RCP des cancers avancés (15).

Au Royaume Uni, un premier plan cancer est édité en 2000 par le National Health Service (NHS) (16). Il fait suite à un rapport de 1995 (17), le Calman-Hine Report, où l'intérêt des RCP est déjà clairement démontré. Un des enjeux de ce plan est de mettre en place à partir de 2001 des équipes pluridisciplinaires spécialisées et d'assurer un suivi des patients atteints de cancer par ces équipes. Ce plan est réactualisé en 2007 (18), les RCP étant alors généralisées à l'ensemble du territoire, l'objectif est de s'assurer du bon fonctionnement des RCP (nombres de personnes suffisantes, respect des recommandations de bonne pratique).

En France, la RCP est la clé de voûte du plan cancer initié en 2003 (19). Ce dernier a permis la généralisation de la RCP pour tous les patients atteints de cancer. Réactualisé en 2009, le deuxième plan cancer (20) avait pour objectif un déploiement de moyens garantissant l'efficacité des RCP. Le troisième plan cancer 2014-2019 (21) déploie de nombreuses mesures pour garantir la qualité des prises en charge pour tous, notamment au travers de RCP de qualité.

Le rôle et la place du médecin généraliste en oncologie ont fait l'objet de multiples publications internationales (22) (23) (24) (25) (26). Il est mis en évidence que le médecin généraliste a un rôle indéniable à jouer dans le suivi d'un patient atteint de cancer, aussi bien dans la phase initiale de découverte que dans la phase de

traitement puis de rémission. Pourtant, une étude britannique de 2011 (10) précise à propos des RCP que les informations sur le point de vue du patient, les aspects psycho-sociaux en relation avec les soins, et les comorbidités du patient sont souvent peu considérés dans la décision clinique. Autant d'informations qu'un médecin généraliste serait à même de fournir aux autres membres de la RCP. Une étude australienne (8) explique que les médecins généralistes ont été impliqués de façon minimale aux RCP, et ce malgré les recommandations. Pour les auteurs, les médecins généralistes peuvent se comporter comme des défenseurs pour leur patient, poser des questions sur les effets secondaires du traitement et sur les différents essais en cours, et encourager l'augmentation des soins en ville. Enfin ils reviennent sur l'existence d'une série de barrières pour les médecins généralistes voulant être présents en personne aux RCP et pour eux d'autres moyens de communications nécessitent d'être explorés.

En France, une des mesures phare du deuxième plan cancer rappelle le rôle pivot du médecin traitant dans la prise en charge en ville et a pour objectif de mieux impliquer les médecins traitants pour qu'ils accompagnent les malades atteints de cancer pendant et après leur traitement. Toutefois, dans ses recommandations pour le troisième plan cancer (27), le Professeur Jean-Paul Vernant constate que les mesures suggérées pour impliquer le médecin généraliste sont restées peu productives. Il explique cela par le retard du médecin traitant à recevoir les comptes rendus de RCP ou d'hospitalisation qui constituent le seul lien, et à sens unique, entre les établissements de santé et les médecins généralistes. Selon lui, les relais avec la médecine de proximité sont restés insuffisants. Il recommande de transmettre au médecin traitant par voie informatique sécurisée toutes les informations concernant son patient hospitalisé, de proposer au médecin traitant sa participation rémunérée à la consultation de fin de traitement et de considérer que la participation du médecin traitant à une RCP contribue à la validation de son Développement Professionnel Continu (DPC).

Afin de décrire la place potentielle du médecin généraliste au sein de la RCP de cancérologie, une étude observationnelle a été réalisée. Un questionnaire a été

diffusé par mail à des médecins libéraux et à des médecins au sein d'établissements de santé.

Notre objectif principal est de montrer que le médecin généraliste traitant peut avoir une place au sein de la RCP de cancérologie. Nos objectifs secondaires sont de définir la place du médecin généraliste traitant au sein de la RCP et d'étudier les différents moyens pour faciliter l'accès de la RCP aux médecins généralistes traitants.

Notre hypothèse principale est que le médecin généraliste traitant est très peu représenté au sein des RCP de cancérologie et notre hypothèse secondaire est que le médecin généraliste traitant pourrait avoir sa place au sein de la RCP de cancérologie.

2. Matériels et méthode

2.1 Design de l'étude

Cette étude était une étude nationale descriptive observationnelle des pratiques professionnelles et des attentes des médecins libéraux et des médecins exerçant en établissement de santé sur la place potentielle du médecin généraliste traitant au sein de la RCP de cancérologie.

2.2 Population d'étude et échantillon

Deux populations ont été étudiées : les médecins libéraux et les médecins exerçant en établissement de santé (public, privé ou participant au service public) assistant habituellement à des RCP.

Les critères d'inclusion étaient :

- tout médecin libéral inscrit à l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) quel que soit sa spécialité
- tout médecin exerçant en établissement de santé participant aux RCP
- ces médecins devaient être inscrits sur la liste courriel d'une URPS ou d'un Réseau Régional de Cancérologie (RRC)

Aucun critère d'exclusion n'a été retenu.

Première population d'étude :

L'échantillon était constitué des médecins libéraux et se divisait en deux sous-groupes : les spécialistes en soins primaires et les spécialistes d'organes. Leur adresse courriel devait être renseignée dans la base de données d'une URPS ayant accepté de participer à l'étude.

Tous les médecins libéraux installés et payant l'URSSAF (Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales) cotisent et sont inscrits

à l'URPS, à l'exception des médecins remplaçants. L'URPS représente donc l'ensemble des médecins libéraux et a permis d'obtenir une base de données courriels exhaustive et représentative de la population d'étude.

Il existe en France métropolitaine et dans les DOM-TOM 25 bureaux URPS.

Les 22 URPS métropolitaines ont été contactées par téléphone afin de recueillir l'adresse courriel de la personne responsable de la diffusion des questionnaires en vue des thèses.

Un courriel type avec un lien vers le questionnaire (Annexe 1) a été envoyé le 20/11/2013 aux 22 URPS. En l'absence de réponse une relance courriel a été effectuée le 16/12/2013 puis de nouveau le 06/01/2014.

8 URPS ont accepté de diffuser le questionnaire : Alsace, Aquitaine, Basse-Normandie, Bretagne, Haute-Normandie, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes et Rhône Alpes.

11 096 médecins libéraux ont ainsi été contactés par courriel.

Deuxième population d'étude : les médecins des établissements de santé qui participent habituellement à des RCP

L'échantillon était constitué à partir de médecins exerçant en établissement de santé, participant habituellement à des RCP de cancérologie et dont l'adresse courriel était renseignée dans la base de donnée d'un RRC ayant accepté de diffuser le questionnaire.

Les RRC sont chargés d'offrir un cadre commun et des outils aux professionnels de santé en vue d'harmoniser et d'améliorer les pratiques régionales de prise en charge des patients atteints de cancer. L'appartenance à un RRC fait partie des obligations que doivent remplir les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les traitements du cancer. L'ensemble des régions françaises est couvert par un RRC, soit un total de 25 RRC dont 4 couvrant les DOM-TOM.

La liste et les coordonnées des responsables des RRC ont été récupérées sur le site de l'Institut National du Cancer (INCa). Les 21 RRC de France métropolitaine ont été

sollicités par un courriel type expliquant notre démarche le 21/11/2013 (Annexe 2), puis s'ils le demandaient le synopsis de l'étude et le lien vers le questionnaire leur était envoyé. En l'absence de réponse, une relance téléphonique a été faite au secrétariat des responsables des réseaux le 06/12/2013.

10 RRC ont accepté de diffuser le questionnaire : ONCOLR, ONCOMIP, ONCO-POITOU-CHARENTES, ONCOCENTRE, ONCOLIE, CAROL, ONCOLOR, ONCO-NORMAND, ONCO BASSE NORMANDIE, ONCO NORD-PAS-DE-CALAIS.

3 611 médecins exerçant en établissement de santé et participant à des RCP ont ainsi été contactés par courriel.

2.3 Recueil des données

Le logiciel de Google document® a été utilisé pour créer un questionnaire unique informatisé. Les réponses ont été recueillies de manière anonyme par un tableur de Google document® convertissable en tableau Excel®, évitant ainsi les erreurs d'encodage et de recopiage.

La période de recueil des données s'est déroulée du 20 novembre 2013 au 31 janvier 2014.

Le questionnaire était précédé d'un texte exposant notre question de recherche, le temps moyen de réponse au questionnaire, les considérations éthiques, la date de clôture, la faculté d'origine.

Le questionnaire comprenait quatorze questions communes aux médecins libéraux et aux médecins en établissements de santé. Huit questions supplémentaires étaient destinées aux médecins libéraux. Les questions étaient principalement fermées et 6 questions étaient rédigées selon une échelle de Likert permettant de guider les réponses tout en facilitant le codage. L'échelle de Likert est utilisée pour évaluer les attitudes et les comportements d'une personne en proposant des choix de réponses allant d'un extrême à l'autre. Cette échelle permet de dégager différents degrés

d'opinion. Dans le questionnaire élaboré la lecture se faisait de gauche à droite avec 5 possibilités de réponses numérotées de 1 à 5 entre les 2 réponses extrêmes :

1 2 3 4 5
non, pas du tout - plutôt non - ni oui, ni non - plutôt oui - oui, tout à fait

Le questionnaire était construit en 5 parties (Annexe 3) :

- 4 questions intitulées « vous et les RCP de cancérologies » portant sur les connaissances et les pratiques habituelles en matière de RCP.
- 5 questions intitulées « le médecin généraliste traitant et les RCP de cancérologie » portant sur la place du médecin généraliste traitant au sein de la RCP de cancérologie.
- 3 questions intitulées « votre pratique au quotidien ». Une des questions portait sur la distance en temps estimée par les médecins libéraux entre leur lieu d'exercice et les lieux habituels où se déroule la RCP de cancérologie.
- 7 questions intitulées « comment faciliter l'accès aux RCP » portant sur les moyens envisageables en vue d'une participation à la RCP.
- 3 questions intitulées « pour mieux vous connaître » portant sur les caractéristiques sociodémographiques des participants. Une question portait sur leur origine géographique à choisir selon un mode déclaratif entre Nord-Ouest / Nord-Est / Sud-Ouest / Sud-Est. Ces questions ont volontairement été posées à la fin du questionnaire pour capter l'attention des répondants au début du questionnaire.

2.4 Analyse statistique

Les données ont été recueillies de manière anonyme par le tableur de Google document® et téléchargées au format Microsoft Excel® afin d'en faciliter le traitement informatique.

Une analyse descriptive des données a été réalisée par chacun des deux investigateurs de manière indépendante puis comparées. Les variables qualitatives ont été décrites sous forme d'effectif (n) et de fréquence (%). Puis une analyse

comparative a été effectuée à l'aide d'un test du chi deux (+/- correction de Yates) ou d'un test exact de Fischer entre les différents échantillons des populations. Un seuil de significativité strictement inférieur à 5% a été retenu pour l'ensemble des statistiques des tests.

2.5 Considérations éthiques et réglementaires

L'étude a donné lieu à une déclaration simplifiée dans le cadre de la recherche biomédicale auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sous le n°nrN0678081p (Annexe 4).

Le questionnaire a été soumis le 19/11/2013 auprès du comité d'éthique des Hospices Civiles de Lyon présidé par le Pr. GUERIN. À la suite de la séance le questionnaire a été modifié comme demandé et ceci dans un souci de clarification :

- Le terme «cancérologie » a été rajouté chaque fois que le mot RCP apparaissait dans le questionnaire
- Une question concernant la région de provenance a été ajoutée avec un découpage arbitraire de la France en 4 régions (Nord-Ouest / Nord-Est / Sud-Ouest / Sud-Est)
- La question 12 a été reformulée (l'appréciation de la distance a été faite en unité de temps de déplacement et non pas en distance métrique)
- Des thématiques ont été rajoutées avant chaque groupe de questions pour une meilleure lecture du questionnaire

Un avis favorable a été rendu le 18/12/2013. (Annexe 5)

Nous n'avons pas sollicité l'avis du Comité de Protection des Personnes car notre projet n'entraîne pas dans le champ d'application de la loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988 du code de santé publique dite loi Huriet-Sérusclat ni plus récemment de la loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 du code de la santé publique dite loi Jardé relatives à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales.

2.6 Recherche bibliographique

La première étape a été celle de la recherche des mots-clés MeSH (Medical Subject Headings) sur le site <http://pts.chu-rouen.fr>. Il s'agit d'une liste normalisée de termes utilisés pour l'analyse documentaire dans le domaine biomédical. Il n'existait pas de mots-clés MeSH dans le thésaurus correspondant au terme de RCP.

La traduction du mot français *pluridisciplinaire* en anglais est *multidisciplinary*, d'où notre choix pour l'équation. La traduction de *RCP* en anglais est *multidisciplinary team meeting*. Mais une recherche n'incluant que ces termes était trop restrictive et ne ciblait pas le domaine de l'oncologie.

Après de nombreux essais l'équation de recherche retenue, construite selon la méthode booléenne, a été : "multidisciplinary team"(Title) AND "cancer"(Title) AND ("2002/12/08"[PDat] : "2012/12/04"[PDat]) c'est-à-dire que les deux termes choisis devaient être présents dans le titre de l'article.

Cette recherche a été effectuée par l'intermédiaire des bases de données Medline et de la collaboration Cochrane. La recherche a été limitée aux articles de langue française et anglaise, aux études concernant l'espèce humaine adulte, et s'est limitée aux dix dernières années pour avoir des données plus actuelles. La recherche sur PubMed a permis d'obtenir 51 articles, celle sur Cochrane 1 article. Au total 16 articles ont été retenus. Les critères d'inclusions étaient les articles médicaux traitant des RCP en cancérologie.

Les critères d'exclusions étaient :

- articles non disponibles librement sur PubMed ou non accessibles à partir de la base de données de Lyon 1,
- articles ne s'intéressant pas au déroulement d'une RCP,
- données du déroulement de la RCP non exploitables c'est-à-dire ne comprenant pas le listing des participants à la RCP.

Une recherche bibliographique complémentaire élargie a été effectuée ultérieurement. Deux équations de recherche booléenne ont été retenues :

- "multidisciplinary"[Title] AND "team"[Title] AND ("cancer"[Title] OR "oncology"[Title]) AND ("last 10 years"[PDat]) : 94 résultats au 16/04/2014
- "multidisciplinary cancer conferences"[Title] : 6 résultats au 16/04/2014

La sélection des articles est résumée dans l'annexe 6.

Les articles contenant les mots médecin généraliste et RCP étaient lus et leur bibliographie était passée en revue. D'autres articles ont ainsi été sélectionnés.

Une dernière recherche a été effectuée pour cibler des articles traitant de la visioconférence au sein de la RCP. Deux équations booléennes ont été sélectionnées :

- "multidisciplinary"[Title/Abstract] AND "cancer"[Title/Abstract] AND "video"[All Fields] AND ("last 10 years"[PDat]) : 32 résultats au 08/08/2014
23 articles ont été exclus à la lecture du titre.
L'abstract de 9 articles a été lu.
4 articles ont été retenus. Leur bibliographie a également été passée en revue.
- "multidisciplinary"[Title/Abstract] AND "oncology"[Title/Abstract] AND "video"[All Fields] AND ("last 10 years"[PDat]) : 7 résultats au 08/08/2014
3 articles retenus à la lecture de l'abstract. Mais ces articles avaient déjà été récupérés lors de la recherche précédente.

Cette nouvelle équation n'a donc pas permis la sélection de nouveaux articles.

3. Résultats

14 707 médecins ont été interrogés par courriel. Parmi eux, 861 ont répondu au questionnaire, soit un taux de participation global de 5,9%.

Parmi les 11 096 médecins libéraux interrogés par courriel, 640 ont répondu au questionnaire, soit un taux de participation de 5,8%.

Parmi les 3 611 médecins exerçant en établissement de santé interrogés par courriel, 221 ont répondu au questionnaire, soit un taux de participation de 6,1%.

3.1 Caractéristiques générales de l'échantillon

Les caractéristiques démographiques des différents groupes de médecins sont présentées dans le *tableau 1* ci-dessous.

Les participants étaient majoritairement des hommes (62,7% ; n=540). Plus de la moitié des répondants (57,9% ; n=498) avaient plus de 50 ans. Les trois quarts avaient une activité libérale (74,3% ; n=640) dont 90,2% de médecins généralistes (n=577). Parmi les médecins généralistes plus de la moitié (57% ; n=329) exerçaient en groupe.

Les quatre grandes régions de provenance étaient équitablement représentées avec un minimum de 20% pour chacune d'entre elle.

Tableau 1 - Caractéristiques générales des 861 répondants

Caractéristiques	Total n (%)	Médecins généralistes libéraux n (%)	Médecins spécialistes libéraux n (%)	Médecins en établissement de santé n (%)
Sexe				
Masculin	540 (62.7)	354 (61.4)	51 (81.0)	135 (61.1)
Féminin	321 (37.3)	223 (38.6)	12 (19.0)	86 (38.9)
Classe d'âge				
25 – 29 ans	13 (1.5)	8 (1.4)	0 (0.0)	5 (2.3)
30 – 39 ans	159 (18.5)	100 (17.3)	8 (12.7)	51 (23.1)
40 – 49 ans	191 (22.2)	104 (18.0)	16 (25.4)	71 (32.1)
50 – 59 ans	346 (40.2)	255 (44.2)	26 (41.3)	65 (29.4)
Plus de 60 ans	152 (17.7)	110 (19.1)	13 (20.6)	29 (13.1)
Région				
Nord Ouest	245 (28.5)	129 (22.4)	27 (42.9)	89 (40.3)
Nord Est	176 (20.4)	60 (10.4)	24 (38.1)	92 (41.6)
Sud Ouest	182 (21.1)	131 (22.7)	12 (19.0)	39 (17.6)
Sud Est	255 (29.6)	255 (44.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
Pratique				
Médecin libéral	640 (74.3)	–	–	–
Médecin généraliste	577 (90.2)	–	–	–
Médecin spécialiste d'organe	63 (9.8)	–	–	–
Médecin en établissement de santé	221 (25.7)	–	–	–
Mode d'exercice des médecins libéraux				
Seul	194 (30.3)	189 (32.8)	5 (7.9)	–
En groupe	385 (60.2)	329 (57.0)	56 (88.9)	–
En maison de santé pluridisciplinaire	61 (9.5)	59 (10.2)	2 (3.2)	–

Parmi les 63 spécialistes d'organes répondants, 11 spécialités médico-chirurgicales étaient représentées. Les oncologues / radiothérapeutes et gastro-entérologues étaient les plus nombreux (42,8%).

Tableau 2 - Spécialités des 63 médecins libéraux spécialistes d'organes

Spécialistes d'organes	n (%)
Oncologue et/ou Radiothérapeute	14 (22.2)
Gastro-entérologue	13 (20.6)
Radiologue	6 (9.5)
Dermatologue	5 (7.9)
Pneumologue	5 (7.9)
Chirurgien	4 (6.3)
Urologue	4 (6.3)
Anatomopathologiste	4 (6.3)
ORL	4 (6.3)
Endocrinologue	1 (1.6)
Gynécologue	1 (1.6)
Ne se prononce pas	2 (3.2)
Total	63 (100)

3.2 Connaissances et pratique de la RCP

100% des médecins spécialistes d'organes libéraux et 13,3% des médecins généralistes ont déclaré avoir participé à une RCP de cancérologie ($p<0.001$).

93,7% des médecins spécialistes d'organes libéraux et 10,4% des médecins exerçant en soins primaires ont déclaré avoir été invités à participer à des RCP de cancérologie ($p<0.001$).

95% des médecins exerçant en établissement de santé, 100% des médecins spécialistes d'organe en activité libérale et 72,1% des médecins généralistes libéraux ont déclaré connaître le plan cancer.

Plus de la moitié des spécialistes d'organes libéraux et moins d'un quart des médecins de soins primaires ont déclaré être plutôt satisfait de la coordination ville-hôpital (54,0% vs 22,5% ; $p<0.001$).

Tableau 3 - Connaissances et pratique des RCP selon le mode d'exercice des médecins

Connaissances et pratique	Total n (%)	Médecins généralistes libéraux n (%)	Médecins spécialistes libéraux n (%)	Médecins en établissement de santé n (%)	Niveau de signifi- cativité <i>p</i> *
Participation antérieure à une RCP					
Oui	357 (41,5)	77 (13.3)	63 (100)	217 (98.2)	< 0.001
Non	504 (58,5)	500 (86.7)	0 (0.0)	4 (1.8)	
Invitation antérieure à une RCP					
Oui	323 (37,5)	60 (10.4)	59 (93.7)	204 (92.3)	< 0.001
Non	538 (62,5)	517 (89.6)	4 (6.3)	17 (7.7)	
Connaissance du plan cancer					
Oui	689 (80,0)	416 (72.1)	63 (100)	210 (95.0)	< 0.001
Non	172 (20,0)	161 (27.9)	0 (0.0)	11 (5.0)	
Satisfaction de la coordination ville-hôpital					
Plutôt oui	262 (30.4)	130 (22.5)	34 (54.0)	98 (44.3)	< 0.001
Ni oui ni non	321 (37.3)	229 (39.7)	15 (23.8)	77 (34.8)	
Plutôt non	278 (32.3)	218 (37.8)	14 (22.2)	46 (20.8)	

*analyse comparative entre les médecins généralistes libéraux et les médecins spécialistes libéraux

3.3 Place du médecin généraliste traitant

76% (n=654) des médecins répondants ont déclaré que le médecin généraliste a sa place au sein des RCP de cancérologie.

Plus de la moitié des médecins répondants (71,2% ; n=613) ont déclaré que la présence d'un médecin généraliste à une RCP aurait un effet de renfort de la coordination ville-hôpital.

94% (n=809) des médecins participants ont déclaré que la présence du médecin généraliste traitant au sein de la RCP de cancérologie permettrait d'apporter des informations psychosociales et environnementales sur le patient.

Près de deux tiers des médecins participants ont déclaré que la présence du médecin généraliste traitant au sein de la RCP de cancérologie apporterait une connaissance sur les antécédents médicaux du patient (59,1% ; n=509).

Plus de la moitié des médecins répondants ont déclaré que le médecin généraliste traitant pourrait intervenir dans la décision thérapeutique finale (53,2% ; n=458).

6,62% (n=57) des médecins répondants ont déclaré que le médecin généraliste traitant peut proposer des traitements lors de la tenue d'une RCP.

58,1% (n=335) des médecins généralistes ont déclaré que leur rôle au sein de la RCP de cancérologie est d'être le représentant de leur patient. 44,4% (n=28) des médecins spécialistes d'organe libéraux l'ont également déclaré (p=0,044).

2,3% (n=20) des 861 répondants ont déclaré que le médecin généraliste traitant n'avait aucun rôle à jouer au sein d'une RCP.

Plus de la moitié des médecins participants ont déclaré que la participation du médecin généraliste traitant à la RCP de cancérologie lui permettrait de rencontrer ses confrères hospitaliers (69,3%, n=597), de connaître les effets secondaires des traitements en vue de leur gestion (64,2%, n=553), d'accompagner plus efficacement leur patient (77,23%, n=665) et sa famille (71,66%, n=617), et de limiter la perte d'information (54,47%, n=469).

42,5% (n=245) des médecins généralistes et 58,7% (n=37) des spécialistes d'organe ont déclaré qu'il était intéressant pour le médecin généraliste traitant de connaître le pronostic de la maladie (p=0,016).

60% (n=346) des médecins généralistes et 81% (n=51) des médecins spécialistes d'organe libéraux ont déclaré qu'il était intéressant pour le médecin généraliste traitant de connaître les traitements du patient (p=0,001), trois quart des médecins exerçant en établissement de santé l'ont également déclaré (75,6% ; n=167).

47% (n=271) des médecins généralistes et 74,6% (n=47) des spécialistes d'organe libéraux ont déclaré que la participation à la RCP était un moyen de formation pour les médecins généralistes traitants (p<0,001).

Tableau 4 - Avis sur la place du médecin généraliste traitant au sein de la RCP selon le mode d'exercice des médecins

Place du médecin généraliste traitant au sein de la RCP	Total n (%)	Médecins généralistes libéraux n (%)	Médecins spécialistes libéraux n (%)	Médecins en établissement de santé n (%)	Niveau de significativité <i>p</i> *
Le médecin généraliste a sa place					
Oui	654 (76.0)	454 (78.7)	45 (71.4)	155 (70.1)	0.317
Non	79 (9.2)	35 (6.1)	6 (9.5)	38 (17.2)	
Ne sait pas	128 (14.9)	88 (15.3)	12 (19.0)	28 (12.7)	
Effet de renfort de coordination ville-hôpital					
Plutôt oui	613 (71.2)	439 (76.1)	37 (58.7)	137 (62.0)	0.001
Ni oui ni non	167 (19.4)	106 (18.4)	15 (23.8)	46 (20.8)	
Plutôt non	81 (9.4)	32 (5.5)	11 (17.5)	38 (17.2)	
Rôle du médecin généraliste au sein de la RCP					
Apporter une connaissance psycho-sociale et environnementale	809 (94.0)	554 (96.0)	58 (92.1)	197 (89.1)	0.182
Apporter une connaissance sur les antécédents médicaux du patient	509 (59.1)	353 (61.2)	38 (60.3)	118 (53.4)	0.892
Proposer des traitements	57 (6.6)	43 (7.5)	5 (7.9)	9 (4.1)	0.803
Intervenir dans la décision thérapeutique finale	458 (53.2)	317 (54.9)	41 (65.1)	100 (45.2)	0.142
Etre le représentant du patient	458 (53.2)	335 (58.1)	28 (44.4)	95 (43.0)	0.044
Aucun rôle	20 (2.3)	10 (1.7)	1 (1.6)	9 (4.1)	1
Intérêt pour le médecin généraliste traitant d'une participation aux RCP					
Rencontrer ses confrères hospitaliers	597 (69.3)	384 (66.6)	47 (74.6)	166 (75.1)	0.207
Connaître le pronostic de la maladie	421 (48.9)	245 (42.5)	37 (58.7)	139 (62.9)	0.016
Connaître les traitements du patient	564 (65.5)	346 (60.0)	51 (81.0)	167 (75.6)	0.001
Connaître et savoir gérer les effets secondaires du traitement	553 (64.2)	399 (69.2)	40 (63.5)	114 (51.6)	0.391
Eviter la perte d'information	469 (54.5)	311 (53.9)	39 (61.9)	119 (53.8)	0.234
Aider et accompagner la famille du patient	617 (71.7)	402 (69.7)	51 (81.0)	164 (74.2)	0.079
Accompagner le patient plus efficacement	665 (77.2)	440 (76.3)	52 (82.5)	173 (78.3)	0.345
Moyen de formation médicale continue	456 (53.0)	271 (47.0)	47 (74.6)	138 (62.4)	< 0.001
Aucun intérêt	13 (1.5)	8 (1.4)	0 (0.0)	5 (2.3)	1

*analyse comparative entre les médecins généralistes libéraux et les médecins spécialistes libéraux

3.4 Moyens envisageables en vue d'une participation

En activité libérale, la quasi-totalité des spécialistes d'organes et deux tiers des médecins généralistes ont déclaré exercer à moins de 30 minutes du/des lieu(x) de déroulement des RCP (96,8% vs 66,9% ; $p < 0,001$).

Plus des trois quart des médecins spécialistes d'organe et un tiers des médecins généralistes envisageaient de se déplacer à une RCP (84,1% vs 33,8% ; $p < 0,001$).

Tous les médecins libéraux répondants étaient équipés en Asymmetric Digital Subscriber Line (ADSL), sans différence significative entre les deux groupes ($p = 0,397$).

Les trois quart des médecins spécialistes d'organe et moins de la moitié des médecins en soins primaires ont déclaré possible d'envisager de libérer du temps pour participer aux RCP (74,6% vs 44,9% ; $p < 0,001$).

Les médecins généralistes étaient de façon significative plus favorables à une rémunération pour participer aux RCP (61,4% vs 54,0% ; $p < 0,001$).

La majorité des participants s'accordaient sur un mode de rémunération forfaitaire (54,1% ; $n = 346$).

Tableau 5 - Avis sur les facteurs envisageables pour favoriser la participation des médecins généralistes traitant aux RCP selon le mode d'exercice des 640 médecins libéraux

Facteurs envisageables pour favoriser la participation aux RCP	Total n (%)	Médecins généralistes libéraux n (%)	Médecins spécialistes libéraux n (%)	Niveau de significativité <i>p</i> *
Distance du cabinet du/des lieu(x) de déroulement des RCP				
< 30 min	447 (69.8)	386 (66.9)	61 (96.8)	< 0.001
> 30 min	193 (30.2)	191(33.1)	2 (3.2)	
Déplacement aux RCP envisageable				
Plutôt oui	148 (23.1)	195 (33.8)	53 (84.1)	< 0.001
Ni oui ni non	148 (23.1)	148 (25.6)	0 (0.0)	
Plutôt non	237 (37.0)	229 (39.7)	8 (12.7)	
Ne se prononce pas	7 (1.1)	5 (0.9)	2 (3.2)	
Equipement ADSL				
Oui	623 (97.3)	560 (97.1)	63 (100)	0.397
Non	17 (2,7)	17 (2.9)	0 (0.0)	
Libération de temps pour participer aux RCP envisageable				
Plutôt oui	306 (47.8)	259 (44.9)	47 (74.6)	< 0.001
Ni oui ni non	160 (25,0)	155 (26.9)	5 (7.9)	
Plutôt non	165 (25.8)	158 (27.4)	7 (11.1)	
Ne se prononce pas	9 (1.4)	5 (0.9)	4 (6.3)	
Incitation à la participation par une rémunération				
Plutôt oui	388 (60.6)	354 (61.4)	34 (54.0)	< 0.001
Ni oui ni non	110 (17.2)	92 (15.9)	18 (28.6)	
Plutôt non	134 (20.9)	127 (22.0)	7 (11.1)	
Ne se prononce pas	8 (1.3)	4 (0.7)	4 (6.3)	
Mode de rémunération possible				
A l'acte	223 (34.8)	204 (35.4)	19 (30.2)	0.487
Forfaitaire	346 (54.1)	310 (53.7)	36 (57.1)	0.690
Bénévolat	28 (4.4)	23 (4.0)	5 (7.9)	0.182
Pas d'avis	86 (13.4)	82 (14.2)	4 (6.3)	0.117
Autres	10 (1.6)	9 (1.6)	1 (1.6)	1

*analyse comparative entre les médecins généralistes libéraux et les médecins spécialistes libéraux

Réponse libre intitulée « Autres », sur la question « quel mode de rémunération serait selon vous le mieux adapté ? », 10 médecins ont répondu :

- *RCP par mail*
- *Rémunération au temps passé, déplacement compris*
- *Temps passé*
- *Rémunération à l'acte + frais de déplacement*
- *Je participe et je ne suis pas payé*
- *Surtout pas de bénévolat, on manque de temps dans notre exercice*
- *Rémunération qui prend en compte le temps perdu au cabinet médical*
- *Points de FMC (Formation Médicale Continue)*
- *Acte ou forfait revient au même sur une action ponctuelle comme celle là, doit payer l'acte et le déplacement*
- *Les deux (acte + forfaitaire)*

3.5 RCP par visioconférence

La moitié des participants étaient utilisateurs de systèmes de visioconférence, sans différence significative entre les trois groupes.

54,6% (n = 315) des médecins généralistes et 73% (n = 46) des médecins spécialistes d'organe ont déclaré être plutôt favorables à une participation aux RCP par visioconférence (73% vs 54,6% ; p < 0,001). Les médecins en établissement de santé étaient favorables à 76% (n = 168).

Tableau 6 - Avis sur le déroulement d'une RCP par visioconférence selon le mode d'exercice des médecins

Avis sur la visioconférence	Total n (%)	Médecins généralistes libéraux n (%)	Médecins spécialistes libéraux n (%)	Médecins en établissement de santé n (%)	Niveau de significativité <i>p</i> *
Utilisateur d'un système de visioconférence					
Oui	401 (46.6)	258 (44.7)	32 (50.8)	111 (50.2)	0.357
Non	460 (53.4)	319 (55.3)	31 (49.2)	110 (49.8)	
Participation à une RCP par visioconférence envisageable					
Plutôt oui	529 (61.4)	315 (54.6)	46 (73.0)	168 (76.0)	0.001
Ni oui ni non	157 (18.2)	126 (21.8)	4 (6.3)	27 (12.2)	
Plutôt non	167 (19.4)	132 (22.9)	11 (17.5)	24 (10.9)	
Ne se prononce pas	8 (0.9)	4 (0.7)	2 (3.2)	2 (0.9)	

*analyse comparative entre les médecins généralistes libéraux et les médecins spécialistes libéraux

4. Discussion

4.1 Caractéristiques générales

La population d'étude semble bien représentative de la population médicale française. Ainsi la majorité des médecins répondants étaient des hommes à 62,7%, ce qui correspond assez bien à la situation démographique médicale en France en 2014, puisque 56% des médecins inscrits au tableau de l'Ordre sont des hommes (28). Dans notre étude près de 60% des médecins sont âgés de plus de 50 ans, ils sont 62,2% au niveau national toujours selon l'Atlas de la Démographie médicale en France en 2014.

Le mode d'exercice des médecins libéraux correspond également à ce que l'on retrouve au niveau national. Lors d'une enquête réalisée en 2011 dans les Pays de la Loire (29), 67% des médecins généralistes interrogés étaient installés en groupe, la moyenne nationale étant de 54%. Dans notre étude 57% des médecins généralistes exerçaient en groupe, auxquels il fallait ajouter 10,2% de médecins généralistes en maison de santé pluridisciplinaire.

Les spécialistes d'organe ayant le plus répondu sont les oncologues et radiothérapeutes (22,2%) suivi par les gastro-entérologues (20,6%) et les pneumologues (7,9%). On peut imaginer que les oncologues et radiothérapeutes sont sensibilisés sur ces questions concernant la place du médecin traitant dans la RCP. Ils travaillent souvent en équipe avec le médecin généraliste et sont probablement les premières victimes des carences dans la coordination entre la ville et l'hôpital. Quand aux gastro-entérologues suivis de près par les pneumologues, ce sont deux spécialités où la cancérologie représente une grande partie de leur quotidien. En 2012 les cancers digestifs représentent 20,7% de l'ensemble des cancers selon l'Inca.

4.2 Pratique actuelle

Dans l'étude, seuls 13,3% des médecins généralistes interrogés déclaraient avoir déjà participé à une RCP, alors que la totalité des médecins spécialistes d'organes y avaient déjà participé. Il existe une différence significative entre les deux

groupes ($p < 0.001$). On retrouve des chiffres similaires, dans une enquête d'opinions auprès de médecins généralistes réalisée en Midi-Pyrénées (30) en 2010. 84% des médecins interrogés n'avaient jamais assisté à des RCP. Toutefois, seulement 10% des répondants n'avaient jamais été invités à des RCP.

Dans notre étude, l'absence de participation s'explique tout d'abord par le fait que les médecins généralistes sont peu conviés aux RCP. Seuls 10,4% des médecins généralistes ont déjà été conviés à une RCP alors que la présence du médecin traitant du patient est sollicitée bien que non obligatoire (32). On peut citer de nombreuses raisons à cette absence mais celle qui revient le plus fréquemment est le manque de temps et une activité libérale difficilement conciliable en l'état avec la présence à la RCP du médecin traitant. Nous envisagerons des solutions au cours de cette discussion.

Moins d'un quart des médecins de soins primaires et seulement la moitié des médecins spécialistes d'organes libéraux ont déclaré être plutôt satisfaits de la coordination ville-hôpital. Pourtant, l'article 36 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi HPST (33) prévoit que le médecin traitant soit le pivot du système de soins centré sur le patient. La mesure 18 du plan cancer 2 rappelle également le rôle pivot du médecin traitant dans la prise en charge en ville et a pour objectif de mieux impliquer les médecins traitants pour qu'ils accompagnent les malades atteints de cancer pendant et après leur traitement (34).

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins, lors de son débat sur le dispositif d'annonce (35) a réaffirmé le rôle coordinateur du médecin traitant : « de par son rôle de pivot, son rôle dans l'annonce de la maladie, le médecin traitant doit être tenu régulièrement informé des relations entretenues entre le patient et les professionnels de santé responsables de sa prise en charge. La coordination de tous les acteurs ainsi que la cohérence des informations données au patient sont primordiales. Il doit par conséquent recevoir les informations en temps réel. Une communication précise, claire et loyale est nécessaire afin que le médecin puisse informer et rassurer son patient. C'est grâce à cette bonne communication que le médecin va pouvoir être à

l'écoute, être disponible et ainsi soutenir son patient tout au long du dispositif d'annonce. »

Une revue de la littérature de 2007 (36) s'est intéressée aux déficits de communication entre l'hôpital et les médecins de soins primaires lors de la sortie d'hospitalisation des patients. La communication directe était rare. Seuls 20% des médecins généralistes traitants déclaraient avoir été informés de la sortie de leur patient. Une semaine après la sortie du patient seule la moitié des médecins traitants avait reçu une lettre de sortie et 14,5% avait reçu un compte rendu d'hospitalisation. 25% des courriers de sortie n'étaient jamais reçus. Dans une étude concernant les perceptions et attentes des médecins traitants de ville et des spécialistes hospitaliers sur l'échange d'informations médicales dans la prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein, 92% des médecins spécialistes déclaraient toujours envoyer un compte rendu d'hospitalisation lors d'un court séjour alors que seuls 48% des médecins généralistes déclaraient le recevoir (38). Les médecins traitants sont régulièrement amenés à recevoir leur patient avant d'avoir reçu le courrier de sortie, les patients sont donc leur première source d'information (37). Des informations importantes pour le médecin traitant sont parfois absentes du courrier de sortie, à savoir le nom du médecin hospitalier responsable du patient (25%), le diagnostic principal (17%), les traitements de sortie (21%), les conseils prodigués au patient et à sa famille (91%). Des informations peuvent également être égarées lors de la sortie, des bilans biologiques réalisés le jour de la sortie peuvent ne pas être transmis au médecin de ville et non contrôlés par le médecin hospitalier alors que les résultats auraient pu annuler la sortie. Certains patients expriment leur mécontentement dans le suivi de leur sortie qui est affecté par le délai de réception du courrier et par les informations incomplètes fournies. Quand la sortie n'est pas coordonnée entre l'hôpital et la ville, des réadmissions sont plus fréquentes (36). Les médecins hospitaliers rapportent également qu'ils ne sont pas toujours informés des événements après la sortie d'hospitalisation et qu'un courrier d'entrée à l'hôpital n'accompagne pas toujours le patient. Les efforts doivent donc être partagés.

La nécessité d'une meilleure coopération ville-hôpital est évoquée dans de nombreux articles, des pistes sont lancées pour faciliter la coordination entre les différentes institutions. Dans une étude qualitative norvégienne (22), des médecins généralistes interrogés sur leur rôle dans le suivi du patient atteint de cancer ont suggéré l'idée d'une réunion avant la sortie du patient de l'hôpital ou lors de la fin des traitements, à laquelle serait présent le spécialiste référent, le patient, sa famille et son médecin traitant afin de partager les informations et de planifier le suivi ultérieur. Dans une étude menée en Champagne-Ardenne concernant la place du médecin généraliste dans le traitement du cancer, 69% des médecins interrogés ont déclaré que la communication entre le cancérologue et le médecin traitant restait à améliorer (31). Dans une enquête régionale sur le rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des personnes atteintes de cancer (39), 93% des médecins interrogés sont en faveur d'un renforcement des échanges entre professionnels de santé.

De façon habituelle, la communication écrite est privilégiée au contact direct lors des échanges entre les médecins (38). Elle a initialement été imposée aux médecins hospitaliers par le décret du 07 Mars 1974 (40) qui stipulait aux médecins hospitaliers d'adresser un courrier aux médecins traitants lors de toute hospitalisation ou consultation d'un de leur patient. De plus, l'article 63 du Code de déontologie médicale stipule que le médecin prenant en charge un malade à l'occasion d'une hospitalisation doit en aviser le médecin traitant et l'article 64 du même code recommande aux médecins de se tenir mutuellement informés lorsqu'ils collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade (41). Dans d'autres pays européens comme la Belgique ou l'Italie la communication se fait plus fréquemment par contact direct (42).

Comme nous l'avons vu précédemment, ce moyen de communication écrit est perfectible. Plusieurs projets ont été évoqués et développés par certains pour remédier à ces carences : la création d'un dossier partagé porté par le patient (39) (43) en version papier ou sur clé USB, une harmonisation du contenu du courrier de sortie (44) (45) (46), l'utilisation du fax, le développement des messageries sécurisées (47). Actuellement, le délai de réception des courriers s'est considérablement réduit depuis leur transmission par voie électronique. Les médecins traitants de soins primaires sont

également demandeurs d'un numéro d'appel spécialisé en cancérologie que ce soit pour des avis ou des urgences (39) (31) (47) (22) (48).

La création des réseaux de santé a aidé à améliorer la coordination des soins entre la ville et l'hôpital. La mise en place des RRC au niveau des territoires de santé (19) a permis d'améliorer la coordination entre les établissements de santé et des professionnels libéraux. La circulaire du 22 février 2005 (49) relative à l'organisation des soins en cancérologie précisait que le médecin traitant devait être informé, dans la mesure du possible, en temps réel et bénéficier auprès de ses partenaires du réseau de l'expertise complémentaire dont il pourrait avoir besoin pour assurer le meilleur suivi à domicile.

Les prises en charge de patients atteints de cancer se faisant de plus en plus en ambulatoire et à domicile, le plan 2014-2019 dans son objectif 2.19 (21) insiste sur la nécessité d'améliorer la coordination et les échanges d'informations entre les professionnels de santé libéraux et les équipes hospitalières par la mise en place d'un Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) ainsi que le développement de la télémédecine en priorité pour les départements à faible démographie médicale. Le DCC (50) est un dossier patient informatisé sécurisé, intégré au sein du Dossier Médical Personnel (DMP), qui réunit l'ensemble des informations relatives à la prise en charge du malade. Le projet DCC a été lancé en 2004 suite au plan cancer 2003-2007. Il contient le diagnostic avec les comptes rendus anatomo-pathologiques, opératoires, radiologiques, biologiques, la fiche RCP, le Programme Personnalisé de Soins (PPS), le programme personnalisé de l'après traitement. L'informatisation des données médicales facilite la transmission de l'information entre les professionnels de santé : chaque médecin qui intervient dans la prise en charge d'un patient a accès au dossier quelle que soit sa spécialité ou son lieu d'exercice dans la région via sa carte de professionnel de santé (CPS). Le patient a également accès aux informations médicales le concernant. Le strict respect de la confidentialité des données médicales est garanti. L'enregistrement des informations médicales du patient est soumis à son consentement.

La finalité du DCC est d'améliorer la coordination des soins pendant le parcours du patient atteint de cancer et d'améliorer le partage des informations avec la médecine de ville. Actuellement le DCC est toujours en phase de développement et n'est pas encore opérationnel partout en France.

La participation du médecin généraliste à la RCP et à la consultation d'annonce sont également des voies possibles à l'amélioration de la coordination des soins autour du patient atteint de cancer (31). Les RCP regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science du moment (51). En oncologie, la RCP s'impose pour la prise de décision de tous les malades et se déroule dans un établissement de santé, un groupement d'établissements de santé, un réseau de cancérologie ou dans le cadre des Centres de Coordination en Cancérologie (3C).

Une RCP à visée diagnostique ou thérapeutique doit se faire en présence d'au moins trois médecins de spécialités différentes permettant d'avoir un avis pertinent sur toutes les procédures envisagées. Il y a un quorum de base pour chaque type d'organe, prévoyant au minimum trois médecins de spécialités différentes dont un oncologue, un chirurgien et un radiologue et qui garantit en pratique la pluridisciplinarité de la discussion lors de la réunion (52). La présence du médecin traitant du patient est sollicitée, mais n'est pas obligatoire. Au cours des RCP, le médecin référent ou la personne déléguée qui maîtrise les informations concernant le patient présente le dossier. Les dossiers des patients sont discutés de façon collégiale, la décision prise est tracée, puis est soumise et expliquée au patient. Lors de la consultation d'annonce, si le patient accepte le traitement proposé par la RCP, son PPS lui est remis. L'organisation de la RCP doit être formalisée avec un rythme clairement établi et adapté à la spécialité et à l'activité mais doit être au minimum bi-mensuelle. La participation aux RCP est un investissement en temps pour les praticiens, temps qu'ils ne passent pas alors auprès de leurs patients. Le Dr Gilles Freyer rapporte passer presque l'équivalent d'une journée par semaine en RCP (53).

Toutefois, les RCP ne sont pas exclusives à l'oncologie et peuvent être utilisées dans d'autres spécialités, notamment pour des prises en charge complexes. La France n'est pas le seul pays à avoir généralisé la mise en place des RCP. Le développement des RCP a permis d'augmenter la coordination, la communication et la prise de décision dans la prise en charge en cancérologie (9). Avec le développement de plus en plus rapide de nouveaux essais thérapeutiques, de nouvelles stratégies de traitement, la RCP permet d'assurer au patient que son traitement est optimal. Plusieurs études internationales ont révélées que la prise en charge multidisciplinaire du patient au travers des RCP améliore les résultats (7) et par la suite la survie globale du patient (6) (8).

Concernant la connaissance du plan cancer, plus de 70% des médecins généralistes ont répondu le connaître, alors que lors des premières rencontres des médecins généralistes face au cancer qui ont eu lieu le 07/10/2010 à Paris, 67% des médecins généralistes interrogés ont estimé ne pas être assez informés sur le plan cancer 2 (54). Cette différence peut s'expliquer par un biais de recrutement. On peut envisager que les médecins répondants étaient plus sensibilisés à la prise en charge du cancer ainsi qu'un biais propre aux études déclaratives où il n'y a aucun moyen de vérification des réponses recueillies.

À ce jour, trois plans cancer ont été lancés par le gouvernement français. Leur but est la lutte contre le cancer et l'amélioration de la prise en charge des malades. Le premier plan cancer 2003-2007 (19) publié sous la présidence de Jacques Chirac, a permis la généralisation de la RCP pour tous les patients atteints de cancer. Le deuxième plan cancer 2009-2013 (20), sous la présidence de Nicolas Sarkozy, reprenait trois grands thèmes : une meilleure prise en compte des inégalités de santé, la personnalisation de la prise en charge avant, pendant et après la maladie via le PPS et le renforcement du rôle du médecin traitant à tous les moments du parcours du patient. Le troisième plan cancer 2014-2019 (21), sous la présidence de François Hollande, vise le développement de la prévention et du dépistage, l'amélioration de la vie des patients pendant et après leur maladie, l'investissement dans la recherche pour une médecine plus personnalisée.

4.3 La place du médecin généraliste traitant au sein de la RCP

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi HPST, a défini le rôle d'acteur pivot du médecin généraliste dans le parcours de soins (33). L'article L. 4130-1 précise qu'une des missions du médecin généraliste est de « veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ». De plus, la mesure 33 du plan cancer 2003-2007 (55) vise à organiser la participation des médecins généralistes membres du réseau à la concertation multidisciplinaire, et l'accès au dossier médical des patients suivis.

76% de l'ensemble des médecins participants dont 78% de médecins généralistes ont répondu que le médecin généraliste traitant a sa place au sein de la RCP de cancérologie. Ces chiffres vont dans le sens d'une volonté de plus en plus importante d'implication des médecins traitants dans la prise en charge du cancer. Dans une enquête d'opinion réalisée en Champagne-Ardenne, 46% des médecins généralistes déclarent vouloir participer aux RCP (31). Une autre étude issue d'un travail de thèse (56) montre que 23,45% des médecins souhaiteraient être invités à la RCP pour donner un avis consultatif mais seulement 5,31% aimeraient présenter eux-mêmes le dossier de leur patient lors de la réunion.

Le médecin généraliste intervient dans deux grands domaines en cancérologie : en amont du diagnostic le dépistage et la prévention, et une fois le diagnostic posé le suivi du patient cancéreux. Le médecin généraliste intervient également régulièrement dans l'annonce du diagnostic, que ce soit dans les suites d'un dépistage collectif, lors d'une découverte fortuite alarmante ou bien lorsque la pathologie est patente (35). Dans une enquête d'opinion réalisée auprès de médecins généralistes en Midi-Pyrénées, 92% des répondants estiment avoir à annoncer le diagnostic de cancer à au moins un de leurs patients chaque année et 40% des répondants considèrent dépister plus de 10 cancers par an (30). Selon les statistiques de l'Observatoire de Médecine

Générale de 2009, les médecins généralistes en France suivraient en moyenne 20,4 patients par an atteints d'un cancer et pratiqueraient en moyenne 61.6 « actes » de cancérologie par an. En effet, le nombre moyen de patients cancéreux suivis par le médecin généraliste ne cesse de croître d'années en années (10,6 en 1997, 19,8 en 2007 et 22,9 en 2010). Cela est confirmé par l'enquête réalisée par la Ligue Contre le Cancer en 2010 auprès de 565 médecins généralistes (57), dans laquelle 65% des médecins interrogés affirment que « les cancers représentent une situation en forte progression dans leur activité ».

L'étude intitulée « Prendre en charge le cancer en médecine générale... » (58) révèle que le médecin traitant assure : la gestion des effets délétères des traitements dans 55% des cas, la prescription des imageries de contrôle et des bilans biologiques de surveillance des inter-cures dans 50% des cas, la prescription des traitements adjuvants dans 45% des cas, et des morphiniques dans 25% des cas.

Ailleurs en Europe, les médecins généralistes participent également à la prise en charge des cancers comme au Danemark où les médecins sont impliqués dans 85% des diagnostics de cancer (59). Des résultats similaires sont retrouvés dans d'autres pays (26) (60). Les médecins généralistes tiennent un rôle important du début à la fin de la prise en charge du cancer, des premiers symptômes au suivi, à la survie et jusqu'à la prise en charge palliative (61) (62).

Plus de 70% des médecins interrogés pensent qu'en participant aux RCP, le médecin généraliste, par sa présence, renforcerait la coordination ville-hôpital. Les patients sont demandeurs d'une meilleure communication entre l'hôpital et leur médecin généraliste. Ils rapportent être les messagers entre les professionnels de santé impliqués dans leur prise en charge (63) et souhaitent également obtenir des informations (diagnostic, traitement, effets secondaires...) sur leur état de santé par leur médecin traitant afin de s'approprier leur pathologie (64). Les médecins traitants se plaignent également de leur communication avec l'hôpital. Dans l'enquête d'opinion menée en Champagne-Ardenne, 60% des médecins traitants répondants affirmaient ne pas connaître le degré d'information délivré au patient sur leur cancer et 78% ne pas connaître le degré d'information délivré à l'entourage du patient (31).

Pour pallier à ce défaut de communication, les médecins généralistes traitant font le choix de sélectionner leurs correspondants et équipes spécialisées, non plus seulement sur leur réputation mais également sur leur capacité à communiquer avec eux et à leur renvoyer leurs patients (58). Une étude concernant les échanges d'informations entre médecin traitant de ville et les spécialistes hospitaliers révèle que 79% des généralistes et 72% des gynécologues libéraux souhaitaient « volontiers » ou « absolument » être considérés comme des partenaires par les services hospitaliers (38).

Un nombre de plus en plus important de professionnels intervient dans la prise en charge des malades atteints de cancer : médecin traitant, oncologue, chirurgien, radiothérapeute, chimiothérapeute, radiologue, infirmier, mais également psychologue, diététicien, assistante sociale, etc. Les médecins généralistes traitants sont désireux de recevoir des informations de la part de leurs confrères spécialistes mais également des intervenants paramédicaux, que ce soit des infirmières de soins palliatifs, des psychologues ou assistantes sociales (47). Les oncologues sont également désireux d'améliorer la communication et la collaboration avec les médecins de familles (65).

Une prise en charge de qualité doit effectivement intégrer toutes les dimensions : médicale, psychologique et sociale. Les parcours de soins sont de plus en plus complexes et longs avec des prises en charge dans des structures diverses : hôpitaux publics, hôpitaux ou cliniques privés, établissements de soins de suite, hospitalisation à domicile... Malgré cette importante offre de soins, les médecins généralistes sont confrontés à des difficultés pour adresser leurs patients suspects d'être atteint d'un cancer. Dans une enquête réalisée par le RRC ONCOLOR, plus de 70% des répondants ont des difficultés pour obtenir un rendez-vous d'IRM, et plus de 40% d'entre eux ont des difficultés pour obtenir un rendez-vous auprès d'un oncologue (39). Une visite avec une équipe de cancérologie pertinente dans un délai court doit être garantie à chaque personne nouvellement diagnostiquée (21).

La mauvaise coordination des soins peut se révéler être très préjudiciable pour le patient. La prévalence des erreurs médicales en lien avec la discontinuité des soins lors de la sortie des patients d'hospitalisation sont importantes et augmentent le risque de nouvelle hospitalisation (66). De plus, les récurrences du cancer sont le plus souvent

dépistées par le médecin traitant entre deux visites chez le spécialiste (67). La prise en charge est donc souvent complexe et la nécessité d'une coordination des différents acteurs apparaît clairement. Les professionnels de santé ont tout intérêt pour leur patient à travailler ensemble, c'est le rôle principal des réseaux. Les réseaux participent à l'efficacité du système en apportant une valeur ajoutée à la fois pour les patients et pour les professionnels.

La participation du médecin généraliste traitant aux RCP de cancérologie permettrait de préciser des informations concernant l'histoire personnelle et sociale du patient. Ces informations seraient importantes pour assurer un soutien adéquat. De plus le médecin traitant serait alors mieux placé pour donner son avis quant aux choix thérapeutiques faits.

4.4 Le rôle du médecin généraliste traitant au sein de la RCP

4. 4. 1 Connaissance psycho-sociale et des antécédents médicaux du patient

94% des médecins ont répondu que le médecin traitant apporterait une connaissance psycho-sociale et environnementale du patient. Certains médecins traitants regrettent de ne pas pouvoir suffisamment faire valoir auprès des équipes spécialisées leur connaissance du patient pour mieux adapter d'emblée le traitement initial. Par exemple, s'il s'agit de patients très âgés ou particulièrement angoissés (58). Dans la discussion des modalités de prise en charge avec leurs patients, les médecins généralistes traitants intègrent les dimensions physiques, psychologiques, sociales, culturelles et existentielles, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrée par des contacts répétés.

La prévalence de la dépression est importante en oncologie, dans une revue de la littérature on retrouve jusqu'à 58% de patients dépressifs (68), dans une autre étude issue d'un travail de thèse, 41% des patients en chimiothérapie présentent des troubles anxieux et 23% sont dépressifs (69). Dans le premier plan cancer (19), il est recommandé un temps d'accompagnement soignant visant à informer, repérer les besoins et orienter les patients vers des psychologues lorsque les besoins s'en font

ressentir dès le début de la maladie. Une autre mesure a été d'augmenter les recours aux consultations de psycho-oncologie en majorant d'une part le nombre de psychologues spécialisés en oncologie au sein des unités mobiles de soutien, d'autre part en finançant des consultations auprès de psychologues de ville associés aux réseaux de soins. Malgré ces soutiens mis à disposition du patient, un grand nombre ne se satisfait pas de ces mesures et ont besoin de leur médecin généraliste pour trouver un soutien. Cela s'explique certainement par la relation de proximité qu'il existe entre un médecin généraliste et son patient.

Les médecins hospitaliers sont demandeurs d'informations concernant les problèmes psychologiques éventuels (83%), les pathologies chroniques associées (74%), les problèmes sociaux éventuels (74%), les difficultés matérielles (73%), le soutien de l'entourage (72%) (38). Un article sur la prise en charge de cancers rares révèle que lors des discussions concernant les choix thérapeutiques, les membres du comité échangent des arguments qui concernent le plus fréquemment l'état clinique et psychologique du patient (3). La connaissance des comorbidités et antécédents médicaux du patient est essentielle dans le choix des traitements à utiliser pour traiter le cancer, les chimiothérapies étant fréquemment pourvoyeuses d'effets secondaires pouvant déstabiliser un état clinique fragile.

4. 4. 2 Proposer des traitements et intervenir dans la décision thérapeutique finale

Plus de la moitié des médecins généralistes désireraient intervenir dans la décision thérapeutique finale alors qu'ils sont seulement 7,5% à vouloir proposer des traitements. Leur connaissance du patient et de sa famille leur est utile pour aider la prise de décision thérapeutique (62). Une étude sur les échanges d'informations médicales (38) révèle que la participation déclarée par les médecins de ville dans les décisions concernant les choix des traitements est faible : seuls 1% des généralistes et 8% des gynécologues libéraux interviennent. Par contre 38% des généralistes et 28% des gynécologues libéraux souhaitent être davantage consultés par les médecins hospitaliers au moment du choix de traitements des patients. Parallèlement, 48% des médecins hospitaliers déclaraient ne « jamais » consulter les médecins de ville dans la

prise de décision concernant les choix thérapeutiques et les consulter « parfois » dans 46% des cas.

On retrouve des résultats similaires dans d'autres études, à savoir que les médecins de ville se sentent globalement impliqués à tous les stades de la maladie, sauf dans les décisions thérapeutiques (70) où ils ont parfois l'impression de se trouver à l'écart des décisions pour leurs patients. Ils aimeraient être associés aux décisions concernant notamment le retour à domicile (85.5%), le choix du parcours de soins (60.9%) et l'arrêt des traitements curatifs (55.1%).

4. 4. 3 Représenter le patient

Par la connaissance de ses patients et la relation de confiance tissée depuis de nombreuses années, le médecin traitant se révèle être le représentant naturel de son patient atteint d'un cancer lors des RCP. Plus de la moitié des médecins répondants déclarent que le médecin traitant tiendrait un rôle de représentant de son patient au sein de la RCP. Certains médecins souhaiteraient être intégrés aux RCP : « Nous pourrions apporter des éléments de contexte : nous sommes ceux qui connaissons le mieux le patient, son histoire et ses propres difficultés », propose un généraliste (57).

Les patients ont confiance en leur médecin généraliste traitant, cette confiance est un élément essentiel pour la relation thérapeutique, elle est corrélée à la satisfaction du patient et à son adhésion au traitement (71). 85% des patients déclarent faire confiance à leur médecin traitant pour qu'il fasse ce qu'il pense être le meilleur pour eux et 82% pensent qu'il est le mieux qualifié pour les soigner (72). Avant l'annonce diagnostique, 88,4% des patients déclarent avoir confiance en leur médecin traitant, 80% renouvellent leur confiance après l'annonce (73). 95% des médecins traitants conservent une relation étroite avec leurs patients après l'annonce diagnostique (57).

D'après la définition de la société européenne de médecine générale (WONCA), les médecins généralistes traitants sont chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Lors des RCP il est

fréquemment fait appel aux arguments fondés sur l'état général du patient. Ceci démontre que le comité ne remplace pas le colloque singulier entre le médecin et son patient : la qualité de la décision finale repose sur la compétence du médecin à comprendre les attentes et les préférences de son patient, à évaluer sa capacité à supporter les traitements envisageables et à en rendre compte aux médecins composant le comité (3).

4.5 Intérêt pour le médecin généraliste traitant d'une participation aux RCP

4. 5. 1 Rencontrer ses confrères hospitaliers

Pour 66,6% des médecins généralistes et 75,1% des médecins des établissements de santé, la participation du médecin généraliste à la RCP lui permettrait de rencontrer ses confrères hospitaliers. Pour 80% des patients, c'est le généraliste qui a contacté l'équipe spécialisée. Il a préférentiellement recours à des réseaux personnels de correspondants spécialisés, pour garantir la qualité des échanges ultérieurs en vue du meilleur suivi du patient (74). Seuls 48% des médecins généralistes se disent satisfaits de l'information qui est délivrée par leurs confrères prenant en charge leurs patients pour un cancer (57). Par sa présence, le médecin généraliste pourrait accéder à toutes les informations qui lui sont nécessaires et avoir des contacts pour le suivi ultérieur. Il pourrait également apporter à ses confrères toutes les informations dont ils ont besoin à propos du patient. L'échange d'informations entre confrères pourrait pallier le défaut de connaissance du médecin généraliste (75), notamment les connaissances concernant le pronostic de la maladie. 62,9% des médecins exerçant en établissement de santé pensent qu'il est intéressant pour le médecin généraliste d'être informé du pronostic de la maladie alors que seul 42,5% des médecins généralistes partagent leur avis.

A peine plus de la moitié des répondants (54,5%) pensent que la participation du médecin traitant à la RCP permettrait d'éviter la perte d'information. Les résultats sont équivalents entre les médecins, sauf les spécialistes libéraux qui sont un peu plus

nombreux à le penser. En effet plusieurs articles relatent cette perte d'information (47) que ce soit sur les aspects sociaux ou ce qui a été annoncé au patient. De plus, les renseignements fournis dans les courriers et comptes rendus sont souvent incomplets (38).

Certaines informations sont considérées comme essentielles par 80% des médecins généralistes à savoir : le diagnostic (94.1%), les traitements recommandés (90.3%), le but du traitement curatif ou palliatif (87.3%), les allergies et réactions aux traitements (86.0%), les résultats des examens (82.4%) et le soulagement de la douleur (80.7%) (47). Ils veulent également connaître le stade de la maladie (94%), le pronostic (95%), le niveau d'information du patient (94%) (38). Les médecins traitants veulent être informés des changements dans l'état de santé de leurs patients (80,8%), des suites de la première visite auprès du médecin spécialiste (76.7%), les moments d'admission et de sortie (75%) et les étapes de traitement (71.7%) (47).

Tous les médecins généralistes n'ont pas la chance de pouvoir compter sur un réseau organisé à proximité et nombreux sont ceux qui regrettent de ne pas être suffisamment tenus informés des soins prodigués à leurs patients durant la phase aiguë des traitements, ce sentiment étant même assez souvent exprimé (57). Les médecins traitants pourraient assurer la surveillance en parallèle des médecins spécialistes, des protocoles pourraient être rédigés où figurerait les symptômes à rechercher, les examens complémentaires à réaliser, les conduites à tenir selon les évènements (76). La circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en oncologie précisait que le médecin traitant devait être informé le plus possible en temps réel et bénéficier auprès de ses partenaires du réseau de l'expertise complémentaire dont il pourrait avoir besoin pour assurer le meilleur suivi à domicile.

4. 5. 2 Connaître les traitements et savoir gérer les effets secondaires

60% des médecins généralistes déclarent vouloir connaître les traitements anti-cancéreux de leur patient et près de 70% veulent en connaître les effets secondaires et savoir les gérer. La prise en charge des effets secondaires par le médecin généraliste semble plus intéresser le médecin généraliste (69,2%) que les médecins des établissements de santé. En effet ces derniers sont à peine plus de la moitié à répondre qu'il est intéressant pour le médecin généraliste de savoir les prendre en charge.

Concernant les traitements anti-cancéreux de leurs patients, 46% des médecins interrogés jugent leur information mauvaise (41%) ou nulle (5%) (70). Les médecins éprouvent des difficultés pendant la phase de traitement, qu'elles soient liées pour 79% d'entre eux à leurs connaissances inadaptées sur les risques ou les effets secondaires des nouveaux traitements ou pour 53% d'entre eux à leur manque d'information sur les traitements mis en œuvre (39). Leur principale source d'information sur les traitements anti-cancéreux provient des oncologues médicaux et des radiothérapeutes. Malheureusement, de la même façon que pour le diagnostic, l'information sur les traitements transite encore par le patient lui-même ou par les proches du patient (30).

Le médecin généraliste accompagne le patient dans tous les traitements lourds qu'il subit, en assurant, conjointement avec les spécialistes, la surveillance des effets indésirables, de l'efficacité, et la gestion des complications aiguës ou chroniques liées à ces traitements. Les oncologues sont demandeurs d'une implication du médecin généraliste lors de la prise en charge de la phase aiguë du traitement. En effet, certaines thérapies peuvent aggraver des comorbidités (77) et effectivement quatre fois sur cinq, le médecin généraliste est amené à voir son patient lors de la phase initiale des traitements pour un motif en lien avec le cancer dans 91% des cas (39). Les médecins traitants sont amenés à traiter des effets secondaires chez 55% de leurs patients alors qu'ils déclarent ne pas les connaître suffisamment pour 47% d'entre eux (74). Les patients atteints d'un cancer consultent deux fois plus souvent leur médecin généraliste, et si leurs symptômes s'aggravent, ils préfèrent consulter leur médecin traitant plutôt que le centre où ils sont soignés (78).

De plus en plus avec le développement de nouveaux traitements anti-cancéreux, la dispense des chimiothérapies va se faire en ambulatoire, la proportion de traitements anti-cancéreux pris par voie orale devrait atteindre 25 à 30% en 2015 (21). Certaines chimiothérapies peuvent être également réalisées au domicile par des professionnels de santé libéraux selon des critères précisés par l'arrêté du 20 décembre 2004 fixant les conditions d'utilisation des anti-cancéreux injectables inscrits sur la liste prévue à l'article L 5126-4 du code de la santé publique (79). Pour accompagner cet essor et garantir l'efficacité et la sécurité de ces traitements, le plan cancer 2014-2019 (21) prévoit l'expérimentation d'organisations permettant une réelle articulation entre l'équipe de premier recours, et en particulier le médecin généraliste, et l'hôpital, ainsi

qu'une juste valorisation de l'implication de chacun des acteurs. Le médecin généraliste aura à gérer les périodes de prise en charge au domicile en cours de traitement, puis le retour dans la vie courante (35).

La gestion des effets secondaires des traitements constitue une difficulté pour 81,4% des patients (57), et pour 66% des médecins généralistes (31). 70,2% des patients estiment que le médecin traitant doit prendre en charge des effets secondaires du cancer ou de la chimiothérapies (69). Enfin, 94% des médecins seraient intéressés par un rappel sur la conduite à tenir en cas de problème, personnalisé pour chaque patient. Ce rappel pourrait être joint au courrier pour 75% des médecins (48).

La rédaction d'un précis sur les traitements des cancers à l'usage des médecins généralistes a fait l'objet d'une publication (80). Les médecins généralistes sont demandeurs de formations relatives à la surveillance pendant (78.1%), mais aussi après le traitement (31.3%) (70).

4. 5. 3 Moyen de formation médicale continue (FMC)

Seuls 47% des médecins généralistes ayant répondu envisageaient leur présence à la RCP comme un moyen de FMC alors que 74,6% des médecins spécialistes libéraux et 62,4% des médecins exerçant en établissement de santé pensaient que la participation du médecin généraliste à la RCP lui permettrait de se former.

Les médecins généralistes reconnaissent avoir besoin de formation en cancérologie. Dans l'enquête de la ligue contre le cancer, 84% des médecins généralistes disaient avoir besoin d'une formation en cancérologie (57), ils sont 96% à le dire dans une autre étude (70). Ils éprouvent des difficultés principalement pour la gestion des effets secondaires des traitements et pour l'aide psychologique à apporter (48).

Les thèmes de formation les plus demandés sont la gestion et la surveillance des effets secondaires des traitements spécifiques, les soins palliatifs (70), les urgences cancérologiques (81%), et le traitement de la douleur (71%) (31).

Étant donné la vitesse d'évolution des traitements, la formation initiale est rapidement obsolète (81) mais 87% des médecins généralistes n'ont pas suivi de formation spécifique en cancérologie depuis la fin de leurs études, la moitié par manque de temps et l'autre moitié par absence de formation suffisamment attractive (82). Dans une étude dans le cadre d'un travail de thèse sur les difficultés du médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints de cancer, seuls 33,33% des répondants ont effectué une formation spécifique en cancérologie après leur thèse (56). Toujours dans cette étude, concernant la formation en cancérologie au cours du cursus médical, 38,69% des médecins la jugent insuffisante, 17,39% des médecins la jugent obsolète au bout de 2 ans, 34,35% au bout de 5 ans et seuls 9,57% des médecins la jugent suffisante pendant 5 ans voire plus. Pourtant, des études dans différents pays démontrent que la survie des patients est étroitement dépendante de la qualité de la formation et du cursus des acteurs de santé (83).

Le deuxième plan cancer prévoit le développement de formations pour les médecins généralistes, afin qu'ils disposent de l'accès à une actualisation de leurs connaissances ainsi que d'outils pour faciliter la continuité des prises en charge sur le terrain. La FMC est une obligation inscrite dans la loi du 9 août 2004 relative à la politique de Santé publique (84).

La formation passant par la presse médicale est le moyen le plus utilisé par les médecins pour avoir accès à des informations générales sur le cancer et les traitements anti-cancéreux. Internet est utilisé de façon très partagée, près de 51% des médecins considèrent qu'il n'est jamais ou rarement une source d'information générale en cancérologie, alors que 49% pensent que c'est une source d'information régulière. Pour les chimiothérapies, les protocoles évoluent vite, le médecin généraliste ne peut pas tout connaître, il faudrait donc un support consultable afin de pallier ce manque. Des efforts ont été faits et se poursuivent avec notamment la publication par l'INCa et la Haute Autorité de Santé (HAS) de guides à destination des médecins sur la prise en charge des différents cancers.

4. 5. 4 Aider et accompagner le patient et sa famille

Plus de trois quarts des médecins répondants voient en la présence du médecin généraliste à la RCP un moyen pour aider et accompagner plus efficacement le patient et sa famille au cours de son parcours de soin.

En effet, le médecin généraliste traitant est celui qui connaît le mieux le patient, il le voit régulièrement depuis de nombreuses années, avant le diagnostic du cancer mais également dans le suivi du cancer. Dans une étude issue d'un travail de thèse (69), 40% des patients connaissaient leur généraliste depuis plus de 10 ans. Il existe une relation de proximité entre un généraliste et son patient, il est régulièrement à l'origine de la découverte du cancer (74).

Un article danois (85) de 2012, révèle qu'un an après le diagnostic de cancer, 40% des patients sont en contact régulier avec leur médecin généraliste. Seuls 29,4% des patients diagnostiqués depuis moins de 6 mois n'ont toujours pas revu leur généraliste depuis le début de la chimiothérapie (69). Les travaux de Jones et Doebbeling (86) démontrent que, dans une population de patients souffrant de cancer depuis moins de 6 mois, la fréquence des consultations chez le généraliste est corrélée à une augmentation significative de la survie.

Le rôle du médecin généraliste est vaste dans l'accompagnement du patient, de la préparation à l'annonce, à la motivation pour les investigations, puis aux traitements qu'ils vont ensuite devoir affronter. Il met également en place les soins de support pour améliorer la qualité de vie du patient et de son entourage, il coordonne l'organisation permettant de répondre aux besoins qu'ils soient nutritionnels, psychologiques, sociaux, de la kinésithérapie, des soins infirmiers. Il s'assure de la prise en charge de la douleur, ce qui est un exercice difficile mais fondamental pour améliorer la qualité de vie. La position occupée par le médecin traitant est souvent délicate, notamment sur le plan psychologique, de part les relations, souvent anciennes ou étroites, qu'il entretient avec la personne qui souffre et sa famille. Ce moment particulier qu'est le cancer dans la vie d'un patient se révèle un des meilleurs exemples concrets du rôle d'un médecin généraliste : « ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés [...] leur activité

professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative (88) ». Le rôle d'accompagnement du patient est décrit dans l'article 84 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite loi HPST. Les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique, elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. Elles sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Ce rôle est complexe et chronophage mais valorisant.

Le médecin traitant est aussi sollicité très fréquemment après les consultations chez l'oncologue, pour un débriefing, une reformulation des propos tenus par le médecin spécialiste, il joue alors un rôle d'interprète. Il voit son patient entre chaque consultation spécialisée, que ce soit pour la gestion de complications (liées au traitement ou au cancer lui-même), ou pour des problèmes de santé non liés au cancer (87). Ce suivi constant et cette confiance donnée sont fortement ancrés dans la pratique de médecine générale. Une association a été observée entre le score de qualité de vie et le niveau d'engagement du médecin de famille dans les soins, surtout s'il discutait avec le patient de sa façon d'envisager son cancer, s'occupait de ses autres problèmes de santé, répondait à ses questions concernant le cancer et son traitement, et en discutait avec la famille (62).

Dans les phases avancées de cancer, où se poursuivent des traitements spécifiques et/ou des soins palliatifs, le rôle du médecin traitant est essentiel puisqu'il permet d'assurer un suivi continu entre les consultations spécialisées, les phases d'hospitalisation et les périodes à domicile. Lorsque les soins palliatifs sont réalisés au domicile, le médecin généraliste est très souvent sollicité par le patient et son entourage. Une étude réalisée en 2008 (58) estime à 40% les patients qui vivent leur phase terminale à domicile, entourés de leurs proches et de leur médecin traitant. La proportion de patients décédant à l'hôpital est passée de 73% en 1994 à 30% en 2000, et les décès en hôpital local ont augmenté (46). Le médecin généraliste établit également le protocole de soins d'Affection Longue Durée (ALD30) afin d'assurer à son patient une prise en charge financière optimale des soins.

Les patients veulent être considérés comme une personne dans sa globalité et pas seulement comme un cancéreux, ils sont à la recherche d'engagement, de

communication, de temps, de soutien, de réassurance, ils veulent être en face d'un être humain doté de sentiment et pas seulement d'un technicien (63). Leur état général, angoisse, problèmes de famille ou économiques représentent pour eux parfois des problèmes plus importants que le cancer lui-même et souvent les médecins hospitaliers ne prennent pas en charge les autres problèmes que ceux liés au cancer (22).

On entend par « proches du patient » sa famille et ses amis (assimilés à une famille d'élection). Chaque mois, près de 90% des médecins interrogés ont à annoncer aux proches du patient le diagnostic, le traitement ou l'arrêt des soins spécifiques pour la pathologie (30). Dans le parcours de soins au cours du cancer, les patients se réfèrent à leur médecin traitant comme leur principale ressource pour l'information et le support moral (89). Les proches des patients sollicitent le médecin traitant, demandent des informations sur la maladie, le pronostic vital, les modalités des traitements et leurs effets secondaires. Le médecin généraliste traitant intervient dans de multiples situations : soutien psychologique dans les temps difficiles comme la fin de vie et le deuil, aide sociale pour obtenir des allocations financières ainsi que support logistique quand cela est nécessaire (90). Il est important de donner à l'aidant des temps de consultation qui lui sont dédiés afin qu'il puisse faire part de ses difficultés, de ses angoisses. Le médecin traitant reçoit également souvent les proches du patient après son décès et les accompagne dans ces moments douloureux. La Ligue Nationale contre le cancer (2004) via Cancer Info Service a mis à disposition des familles un numéro pour l'écoute et l'information au service de tous.

4. 5. 5 Intérêt pour le patient et l'oncologue de la participation du médecin généraliste traitant à la RCP

Dans l'intérêt du patient, le médecin généraliste par sa présence au RCP peut ensuite jouer un rôle « d'interprète médical » auprès de son patient. Si les patients en cours de traitement se disent globalement satisfaits de l'information donnée par le médecin oncologue ou le spécialiste d'organe, ils regrettent parfois, pour respectivement 48% et 33% d'entre eux, que l'information donnée soit « trop compliquée » ou donnée « en quantité trop importante » (91). Le patient fait confiance

à son médecin traitant pour lui donner des réponses honnêtes sur son cancer et il voit en lui un interprète médical car il se sent parfois perdu après les informations que lui a fourni le cancérologue (62). Dans une étude, près d'un patient sur deux souhaitant un suivi partagé, c'est-à-dire un suivi par le cancérologue et leur médecin généraliste, souhaite que ce dernier joue ce rôle d'« interprète médical » (69).

Les patients se sentent rassurés que leur médecin généraliste, qui les connaît le mieux, soit présent dans les décisions thérapeutiques les concernant, qu'il puisse continuer à suivre leurs autres problèmes de santé chroniques (22) ou intercurrents comme les effets secondaires des chimiothérapies (69). Le médecin généraliste traitant est un important soutien psychologique, les patients se sentent moins déprimés, moins perdus quand ils sont bien informés par leur praticien (92). L'information sur le traitement et ses effets secondaires sont spécialement importants (93). Les patients qui sont suivis également par leur médecin traitant pendant les six premiers mois après le diagnostic ont une mortalité inférieure à ceux qui ne consultent pas leur médecin traitant (86).

Les oncologues expriment leur difficulté à contacter les médecins généralistes à cause de leur manque de disponibilité. De plus, certains oncologues considèrent que les médecins généralistes ne leur fournissent pas toujours suffisamment de renseignements sur les patients, gênant alors les prises de décisions adaptées pour le malade (65). Par leur présence au RCP, les médecins généralistes pourraient rencontrer leurs confrères et ainsi leur apporter toutes les informations qui leur sont nécessaires à la prise de décision la mieux adaptée à chacun des patients.

4.6 Le déplacement du médecin généraliste traitant à la RCP de cancérologie

Dans une étude australienne publiée en 2010 (47), et portant sur les informations nécessaires au médecin généraliste pour soigner un patient avec un cancer du poumon, les médecins généralistes expriment leur désir de recevoir l'information provenant de l'hôpital en temps réel. Ils veulent être capables d'assurer un suivi du patient immédiat et approprié. Ces informations nécessaires portent sur le diagnostic exact, le traitement recommandé et le but du traitement s'il est curatif ou

palliatif. Ces informations sont réclamées à la fois par les médecins généralistes et les médecins hospitaliers, mais également par les patients eux-mêmes (22). Il y a clairement un besoin de développer et d'évaluer de nouvelles interventions dont le but serait d'améliorer le contenu et la rapidité de la communication entre les soins primaires et les soins hospitaliers (94). Le médecin généraliste est certes déjà très occupé mais il incarne une stabilité qui peut rarement être égalée dans la complexité du système hospitalier (22). En se déplaçant à une RCP, le médecin généraliste pourrait bénéficier de toutes ces informations.

45% des médecins généralistes interrogés étaient prêts à libérer du temps pour participer aux RCP. La question ne précisait pas si c'était du temps pris sur les consultations de la journée ou du temps pris sur le temps personnel du soir. L'organisation des RCP va être propre à chaque centre. En moyenne, les RCP se déroulent, selon les centres et quel que soit le pays, toutes les une à deux semaines (6) (10) (95) (96). Cette fréquence hebdomadaire s'accorde avec celle des recommandations françaises de la circulaire de 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie et qui estime qu'il faut des RCP minimum deux fois par mois (49).

Aucune donnée de la littérature ne mentionne un impact du moment de la journée à laquelle se déroule la RCP. Si certains centres préfèrent des réunions la journée, d'autres vont privilégier des réunions sur le temps de la pause déjeuner ou bien le soir. La législation française et internationale intervient en imposant le déroulement des RCP et en imposant des critères de qualité (12) (19) (20) (49) (97) (51) (98) mais elle n'impose pas un moment dédié précis. Une donnée temporelle était quasi absente de la littérature : c'est le temps passé sur chaque dossier discuté. Seule l'étude anglaise de Wright FC et al. (99) nous indique que la discussion de chaque cas durait approximativement 10 minutes par patient présenté. Dans une RCP plusieurs dossiers sont discutés et le temps passé sur chaque dossier est très variable selon la complexité du cas. Une étude française estime de deux à trois heures la durée totale de la RCP selon le nombre de cas discutés (100). Dans une étude canadienne (101) il était précisé que l'idéal était une RCP hebdomadaire à heure fixe d'au minimum une heure. Ce qui en découle directement pour le médecin généraliste c'est la pertinence d'un déplacement et d'une perte de temps de consultation qui peut être de plusieurs heures pour 5 à 15 minutes de temps de réunion utile.

Cette dernière notion est à nuancer par le fait que le nombre de patients atteints de cancer dans la patientèle d'un médecin généralistes représente finalement assez peu de cas par an et n'occasionnerait donc pas des allers et venues réguliers vers les centres hospitaliers. Ainsi un éditorial anglais portant sur l'implication du médecin généraliste au sein de ce que les auteurs appellent la « dream » RCP, c'est-à-dire une fois traduit la « RCP de rêve » écrit que la plupart des généralistes ne verront qu'un à deux nouveaux cas par an de cancer du poumon (102). Une étude française menée dans la région Aquitaine en mars 2000 (103) corrobore ce résultat avec des médecins généralistes qui déclaraient suivre en moyenne sur un an 16 patients atteints de cancer dont 5 nouveaux cas par an.

Pourtant une étude canadienne revient sur les barrières qui peuvent exister à la mise en pratique régulière des RCP et notamment celle de la nécessité d'un temps dédié et protégé réservé aux RCP garantissant la qualité des décisions prises (104). Helfrich et al. (105) dans leur étude, explorent les facteurs influençant la mise en œuvre d'innovations en termes d'organisation du temps de travail. Le plus important était la perception par tous que le nouveau processus d'organisation était une priorité et avait pour but de promouvoir, soutenir et récompenser. En d'autres termes, la présence du médecin généraliste à la RCP doit être promue par tous, le médecin généraliste lui-même et l'équipe intra-hospitalière.

66,9% des médecins généralistes interrogés et 96,8% des médecins spécialistes libéraux exerçaient à moins de 30 minutes du/des lieux de déroulement habituel de la RCP. Ceci signifie également que près d'un tiers des médecins généralistes (30,2%) exerçaient à plus de 30 minutes du/des lieux de déroulement de la RCP de cancérologie. En France une étude de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) réalisée en 2011 et portant sur la fréquentation des hôpitaux de court séjour a montré que près de 30% des patients sont hospitalisés à moins de 10 minutes de chez eux et près de 50% à moins de 20 minutes. Ce sont logiquement les prises en charges fréquentes et bénignes qui sont réalisées au plus proche du domicile alors que les hospitalisations pour des pathologies complexes peuvent avoir lieu assez loin du lieu de résidence (106). Les soins en cancérologie requièrent souvent des prises en charges spécialisées complexes et les temps de parcours des patients hospitalisés vont considérablement s'allonger avec d'importantes disparités régionales. Le médecin généraliste est lui le médecin de

proximité. En France, l'accès géographique au médecin généraliste est globalement très satisfaisant : seulement 1% de la population vivant dans 4% des communes françaises est à plus de 15 minutes de trajet d'un médecin généraliste en 2007 (107). Cela concerne environ 600 000 personnes vivant dans des zones essentiellement rurales ou montagneuses mais qui cumulent également de nombreux autres désavantages liés à leur isolement géographique, notamment l'éloignement aux autres équipements et services.

En France, le médecin généraliste libéral installé est rémunéré selon un paiement à l'acte (108). Chaque consultation est cotée selon un barème et le médecin est rémunéré en fonction du nombre d'actes effectués. S'il ne fait aucun acte durant une demi-journée, il n'est alors pas payé. Il est donc aisé de comprendre la difficulté pour un médecin généraliste éloigné du lieu de déroulement habituel de la RCP de se rendre à cette dernière. Et effectivement près de 40% des généralistes interrogés n'envisagent pas de se déplacer à une RCP, et un quart ne se prononcent ni pour ni contre. Par contre 61,4% des médecins généralistes interrogés sont favorables à une rémunération en cas de participation à une RCP et cela serait un facteur incitatif à leur venue.

Le mode de rémunération des médecins français est toutefois en train d'évoluer. Ainsi depuis quelques années, les médecins ayant une activité purement libérale reçoivent aussi une part de leur revenu sous forme de paiements forfaitaires. Cette part forfaitaire a représenté 6,1% de la rémunération des omnipraticiens en 2006 alors qu'elle était quasiment inexistante en 2000 (0,2%) (109). Les modes de rémunération des médecins d'un pays à l'autre sont extrêmement variables (108). A l'étranger, les modes de rémunération varient autour de trois modes de rémunération principaux :

- la rémunération fixe (salarial) correspond à un paiement forfaitaire pour un temps de travail donné, indépendamment de l'intensité de l'activité pendant ce temps de travail
- la rémunération à l'acte est un paiement fonction du nombre de consultations du médecin

- la capitation correspond au cas où le médecin perçoit une somme forfaitaire par patient inscrit à son cabinet, indépendamment du volume de soins qu'il lui prodiguera. Si le mécanisme est trimestriel, le praticien est payé la même somme qu'il voie ou non le patient dans le trimestre et quel que soit le nombre de fois où il le voit. Le forfait peut éventuellement intégrer les soins et médicaments prescrits lors de ces consultations (à l'instar du Royaume-Uni).

Comme le paiement à l'acte, le paiement à la capitation rémunère le médecin en fonction de son activité. Dans le premier cas, cette activité est appréhendée par le nombre de consultations ; dans le second par le nombre de patients suivis. Mais à nombre de patients donné, les deux types de paiement produisent des incitations financières inverses : payé à l'acte, le médecin a intérêt à voir le plus souvent possible ses patients ; payé à la capitation, il a au contraire intérêt à les voir le moins souvent possible. La capitation partage par ailleurs avec le salariat la caractéristique d'être un paiement prospectif, dont le montant est prévisible, tandis que le paiement à l'acte est par nature rétrospectif (on ne connaît le nombre de consultations qu'en fin de période) donc moins facile à budgéter.

Dans la plupart des pays, ces trois modes de paiement coexistent, mais interviennent dans des proportions variables. Le Royaume-Uni et les Pays-Bas accordent une place importante à la capitation, qu'ils complètent par du salariat (Royaume-Uni) ou du paiement à l'acte (Pays-Bas). La situation est plus contrastée aux États-Unis où tous les modes de rémunération sont présents de façon significative. Le salariat y est notamment développé au sein des Health Maintenance Organizations (HMO), qui sont les assureurs ayant poussé le plus loin la logique d'intégration des soins. L'Allemagne a un système de rémunération sophistiqué qui emboîte un paiement à l'acte plafonné dans un schéma global de capitation. Les caisses d'assurance maladie versent aux unions régionales de médecins des enveloppes financières sur le principe de la capitation (les sommes sont donc fonction du nombre de patients traités par les médecins de la région). Ensuite, la répartition entre médecins fait intervenir l'activité (le nombre de consultations), mais ce paiement à l'activité est plafonné et la valeur de la consultation peut varier (selon le nombre de consultations global).

Dans notre étude, nous avons proposé aux médecins généralistes une rémunération à l'acte, forfaitaire ou du bénévolat en cas de participation à une RCP. 35,4% d'entre

eux souhaitaient la mise en place d'une rémunération classique à l'acte quand 53,7% préféraient une rémunération forfaitaire. Seuls 4,0% étaient favorables à du bénévolat. Nous avons laissé une question ouverte pour avoir des suggestions concernant d'autres modes de rémunérations possibles. Seuls 10 médecins ont fait d'autres propositions. Ce qui ressort nettement c'est que les médecins généralistes veulent une prise en compte du temps passé à la RCP, mais également une prise en compte financière du déplacement que cela occasionnerait.

Dans les recommandations pour un troisième plan cancer (27), le Pr JP Vernant, avait lui suggéré de considérer que la participation du médecin traitant à une RCP contribue à la validation de son DPC (Développement Professionnel Continu). La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi HPST (33) instaure l'obligation de DPC pour l'ensemble des professionnels de santé. Selon l'article 59 de cette loi, le DPC a pour objectifs « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. » Le DPC correspond ainsi à une démarche professionnelle continue qui repose sur l'identification et la mise en œuvre, dans sa pratique quotidienne, d'actions concrètes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il permet de combiner les activités de formation et d'analyse des pratiques dans le cadre d'une démarche permanente (sans ordre prédéfini de ces activités). Chaque médecin bénéficie d'un forfait annuel pour valider son obligation de DPC avec une indemnisation sur la base de demi-journées de formations validées. Le DPC pourrait donc être un autre mode d'indemnisation de la participation du médecin généraliste aux RCP.

Les médecins spécialistes libéraux étaient 84,1% à envisager un déplacement aux RCP et 74,6% à envisager une libération de temps pour participer aux RCP. Ces chiffres étaient significativement plus élevés que les réponses faites par les médecins généralistes libéraux. Cette différence peut s'expliquer d'une part par une proximité hospitalière nettement plus importante avec 96,8% des spécialistes d'organes qui déclaraient exercer à moins de 30 min du/des lieu(x) de déroulement habituel de la RCP. D'autre part, comme le montre une étude de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques) parue en 2009 (110) il est à noter que 42%

des spécialistes libéraux exercent en mode mixte (salarial + libéral) contre 19% des médecins généralistes. Ce mode d'exercice mixte comprend des médecins libéraux avec temps partiel hospitalier ou dans une autre structure et ceux exerçant à l'hôpital à temps plein avec secteur privé. Une RCP hospitalière n'occasionne donc pas forcément de déplacement supplémentaire pour ces médecins.

On peut s'interroger sur l'intérêt d'un déplacement plutôt que la réception d'un compte rendu par le médecin généraliste. Une étude australienne (111) s'est intéressée aux modes de communication entre les membres d'une équipe soignante pluridisciplinaire en cancérologie pulmonaire. Il en ressort que le mode de contact préféré entre les différents membres de l'équipe était une communication en temps réel, verbale et face à face. Le téléphone et la réception de courriers électroniques était beaucoup moins sollicités. La RCP apparaît dans cette étude comme un moment privilégié à ce contact direct. L'avantage d'un déplacement plutôt que la réception d'un compte rendu quel qu'en soit sa forme est l'immédiateté de l'information délivrée, une baisse du risque de perte d'information, un contact direct favorisant un contact ultérieur si besoin et la possibilité d'un échange. Il est de plus à noter que la participation à une RCP n'empêche pas la réception ultérieure du compte rendu de la RCP.

Il existe un impact significatif de la présence de certaines spécialités aux RCP et cette présence va influencer la décision. Pour exemple, si un oncologue est présent et que le radiothérapeute est absent, le traitement sera plus facilement à base de chimiothérapie car c'est ce que l'oncologue connaîtra le mieux. Comme le précise l'article de Castel *et al.* (3), il apparaît clairement que la qualité des décisions ne repose pas uniquement sur le caractère collectif des discussions mais dépend aussi des compétences individuelles et spécifiques de certains membres de la RCP et que les autres membres leur reconnaissent. La présence du médecin généraliste traitant du patient pourrait donc influencer sur la prise de décision en faveur de telle ou telle option thérapeutique proposée.

L'intérêt d'un déplacement pour le médecin généraliste pourrait être à nuancer par le faible rôle à jouer lors de ces réunions. Il serait avant tout spectateur. Ainsi, dans l'étude australienne citée précédemment (111) les infirmières présentent aux

RCP ont déploré leur faible implication lors des réunions. Le personnel paramédical aurait aimé également davantage d'interactions avec le corps médical. Dans cette même étude, il est noté la réticence de certains membres à ce que chacun exprime son point de vue car l'allongement de la durée des réunions aurait pour conséquence une perte d'élan et de devenir moins propices au travail. De plus, une équipe française du Centre Léon Bérard (100) a remarqué que les médecins travaillant en dehors du centre étaient plus souvent contredits et désavoués en RCP que les autres membres. Il pourrait donc en être de même pour le médecin généraliste. Il est enfin à noter que le médecin généraliste aurait à se déplacer à une réunion ou seul le cas de un ou deux patients discutés l'impliquerait directement. Mais est-ce qu'une participation aux RCP sans déplacements ne serait pas envisageable ?

4.7 Participer sans se déplacer

« Clairement, la vidéoconférence doit encore se développer pour arriver sur le devant de la scène en cancérologie au Royaume Uni », c'est ainsi que l'équipe de Soukop et al. (112) conclut son article portant sur la RCP dans le cancer colorectal. Dans leur étude publiée en 2007, 30% des centres étaient équipés pour pratiquer la vidéoconférence et 10% des sites planifiaient de s'équiper prochainement. Une méta-analyse de la Cochrane Collaboration (113) effectuée en 2000 s'intéressait déjà à la télé-médecine en pratique quotidienne hospitalière. Par télé-médecine, il était entendu tout type de télécommunication comme l'utilisation du téléphone ou de la technologie vidéo. Dans le domaine de l'oncologie, un article français paru en 2001 (114) s'intéressait aux Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) : « discrètes au début des années 1990, elles touchent maintenant toutes les disciplines médicales et paramédicales. La cancérologie est une discipline particulièrement sollicitée pour leur utilisation. Touchant un problème majeur de santé publique dans le monde, son mode organisationnel multidisciplinaire, sa très haute technicité diagnostique ou thérapeutique et sa demande permanente de résultats de recherche en font l'une des disciplines les plus concernées par cette révolution. De nombreuses expérimentations technologiques en cours ou prévues témoignent de

l'importance des changements qui vont se mettre en place pour la prise en charge des soins et la recherche. »

Plus récemment, l'article de Boxer et al. (7) recense une RCP de pneumologie par vidéoconférence qui est tenue chaque semaine entre deux centres. Une équipe chinoise (95) fait même entrer la visioconférence dans la définition de la RCP. D'après eux, il s'agit d'un groupe de personnes de diverses professions de santé qui se rencontrent à un moment donné aussi bien physiquement à un endroit donné que par vidéoconférence. Bien qu'elle semble peu développée la pratique de la visioconférence (ou vidéoconférence) en milieu hospitalier est déjà une réalité.

Une étude canadienne (11) permet de bien situer l'enjeu de la RCP par vidéoconférence quand les auteurs considèrent l'utilisation de technologies telle la vidéoconférence comme des moyens de faciliter l'élargissement de la couverture des RCP. En effet, l'équipe de Saghir et al. (115) précise que les établissements ne disposant pas d'une équipe de spécialistes suffisante ont tendance à ne pas organiser de RCP et leurs médecins peuvent choisir d'attendre la RCP d'un établissement voisin. L'équipe de Wright et al. (101) écrit quant à elle que dans les hôpitaux ne disposant pas de toutes les spécialités médicales requises au sein de l'établissement, des liens peuvent être créés par visioconférence permettant aux participants de multiples hôpitaux et de diverses spécialités de se rencontrer dans une RCP « virtuelle ». Une équipe américaine (116) a justifié le développement d'une RCP de cancérologie pneumologique par visioconférence en s'appuyant sur le fait qu'un accès insuffisant aux pneumologues pouvait compromettre la survie et influencer négativement sur le devenir du patient.

L'utilité de la visioconférence est notamment établie dans les zones rurales où les oncologues et autres spécialistes peuvent se trouver à des distances significativement éloignées du programme de soins du patient (117). La centralisation des services médicaux a pour but d'assurer une haute qualité de traitement et ce de façon uniforme pour tous les patients, quel que soit leur lieu de résidence (118). Mais des doutes existent sur la véritable équité des soins prodigués notamment en terme de coûts des soins (119), et cela pourrait également diminuer l'accessibilité aux soins hospitaliers des patients qui résident loin, notamment les personnes âgées et les personnes ayant

peu de ressources financières (120) (121). Plusieurs articles internationaux recommandent ainsi l'utilisation et l'élargissement de la couverture de la visioconférence dans les structures hospitalières de petite taille ou disposant de peu de moyens et dans les zones rurales (115) (116). L'équipe anglaise de Jalil *et al.* (122) écrit quant à elle que la tendance internationale à la centralisation des soins aura pour conséquence un développement de la télémédecine qui deviendra de plus en plus pertinente avec de petites structures hospitalières qui pourront être en lien avec de grands centres et prendre des décisions conjointes pour leurs patients.

Dans notre étude, la majorité (61,4%) des médecins interrogés était favorable à une RCP par visioconférence. Toutefois, les médecins généralistes n'étaient que 54,6% à être favorable à la visioconférence contre 76% des médecins en établissement de santé. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les médecins hospitaliers étaient plus habitués à des vidéoconférences que certains centres utilisent déjà couramment.

D'un point de vue technique, l'équipement ADSL qui permet une connexion internet haut débit des médecins interrogés était quasi-total (97,3%). Ce chiffre élevé est à nuancer car notre questionnaire a été envoyé par mail et sous-entend une connexion internet et une exclusion d'office de l'étude des médecins non informatisés. Dans une utilisation plus personnelle, 46,6% des médecins interrogés sont utilisateurs d'un système de visioconférence, sans différence significative entre les trois populations d'étude.

Un rapport européen paru en 2013 a évalué le déploiement des systèmes de santé par informatique chez les médecins généralistes de 31 pays européens (123). 97% des médecins généralistes européens utilisent un ordinateur durant leur consultation et ont un accès à internet, dont 52% par ADSL. L'échantillon français a porté sur 401 médecins généralistes : 98% d'entre eux ont déclaré utiliser un ordinateur durant leur consultation. Ce chiffre était de 72% en 2007 dans une précédente étude. Également 98% des médecins généralistes français disposaient d'un accès internet et 100% d'entre eux utilisaient un ordinateur dans leur pratique.

Le débit internet est la quantité de données susceptibles d'être transférées par seconde. Il est exprimé en bit qui correspond à l'unité de mesure d'information. Au 31 décembre 2013, sur un total de 31 millions de foyers français raccordés à un réseau de communication électronique filaire, le nombre de foyers éligibles au très haut débit dépassait légèrement 10 millions. Pour répondre aux enjeux du développement du très haut débit, le Plan France Très Haut Débit (124) vise une couverture intégrale du territoire d'ici 2022. Il pose également un objectif intermédiaire de très haut débit pour 50% des foyers en 2017.

L'accès à internet peut être proposé par différents types de réseaux :

- Le « DSL sur cuivre », qui désigne le réseau téléphonique historique, à partir duquel s'est développé l'ADSL.
- Le « câble » désigne un réseau mis en place pour les services de télévision, dont la modernisation permet de fournir un accès à Internet par la technologie dite « DOCSIS » (Data Over Cable Service Interface Specification).
- La « fibre FttH » signifiant « Fiber to the Home » est un réseau spécifiquement déployé pour l'accès à Internet, qui s'appuie sur le déploiement de la fibre optique jusque dans les logements.

Le réseau en cuivre permet d'apporter un accès haut débit correct aux usagers proches des centraux téléphoniques, voire du très haut débit pour les habitations très proches, mais est insuffisant pour généraliser le très haut débit à l'ensemble des habitations et entreprises. Pour le développement et la généralisation de la visioconférence, la généralisation du très haut débit permettrait une utilisation en pratique quotidienne de façon optimale.

Une RCP par visioconférence incluant un médecin généraliste ne nécessiterait pas un équipement important et coûteux comme nous le montre l'expérience américaine au Duke Cancer Network (116). Un logiciel de visioconférence permettait l'utilisation d'un site internet sécurisé pour les participants de la conférence dans le but de garantir la confidentialité des données médicales échangées. Une licence était requise et payée par l'établissement qui utilise le logiciel. La conférence ne pouvait

être visionnée que par l'intermédiaire d'un site internet sécurisé et seulement par les membres invités. L'adresse web pour la réunion était envoyée aux participants à travers un courriel sécurisé. Une fois le logiciel téléchargé par les participants sur leur ordinateur, ils n'avaient plus qu'à cliquer sur le lien envoyé pour accéder à la visioconférence. Les participants pouvaient utiliser un ordinateur fixe ou portable mais aussi une tablette ou un smartphone. Cette technique paraît donc tout à fait utilisable à l'échelle du médecin généraliste.

La mise en place d'une RCP par visioconférence qui inclurait le médecin généraliste traitant aurait l'avantage de résoudre le problème du temps et du coût du déplacement occasionné par la réunion, notamment pour les médecins généralistes en zone rurale. La visioconférence permettrait également un accès à toutes les RCP même les plus spécialisées qui se déroulent souvent plus loin du domicile et donc du cabinet du médecin traitant. Enfin la visioconférence permettrait de conserver l'échange direct et en temps réel entre les différents acteurs de l'équipe prenant en charge le patient par rapport à un simple compte rendu.

En France, du point de vue législatif, le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 (125) (Annexe 7) a donné une définition précise de la télémédecine et fixé son cadre réglementaire. La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

Cinq actes de télémédecine sont actuellement reconnus réglementairement :

– La téléconsultation : consultation à distance entre un médecin et un patient, ce dernier pouvant être assisté par un autre professionnel de santé.

- La téléexpertise : permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l’avis d’un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d’un patient. C’est dans ce cadre réglementaire que s’inclurait la RCP par visioconférence.
- La télésurveillance médicale : permettre à un professionnel médical d’interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d’un patient et, le cas échéant, de rendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L’enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.
- La téléassistance : permettre à un professionnel médical d’assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d’un acte.
- La réponse médicale urgente apportée dans le cadre des activités de régulation SAMU (Service d’Aide Médicale Urgente) - Centre 15.

Toutefois, il existe des barrières à la généralisation de la visioconférence et les différentes études ayant testées l’utilisation de la visioconférence rapportent des problèmes techniques tels que des déconnexions intempestives du logiciel, même si en un « clic » le problème était résolu (116). Sans plus de précisions, une étude anglaise (122) explique que les problèmes techniques affectaient de façon négative la prise de décision durant la RCP. Dans une étude australienne (126) il était noté que bien que la vidéoconférence ait été très attendue par les participants, le nombre moyen de cas discutés à la RCP par vidéoconférence était significativement moins important que le nombre de cas présenté en RCP classique. Les réunions en face à face étaient informelles, spontanées et conduisait à des discussions ouvertes alors que la vidéoconférence amenait à des réunions formelles et figées. Enfin une étude canadienne (127) rapporte des problèmes dans la programmation des réunions et un manque de soutien dans l’organisation des réunions.

Il est indéniable que l’utilisation de la visioconférence nécessite un apprentissage pour les médecins qui ne seraient pas utilisateurs de façon courante et non coutumiers des systèmes informatiques. La visioconférence avec le médecin généraliste de chaque

patient représenterait également un allongement du temps de la réunion car il faudrait appeler chaque médecin traitant entre chaque dossier discuté. Cela demanderait également une organisation et une planification très rigoureuse, tant du côté hospitalier que du côté du médecin généraliste. Enfin, il faut utiliser un système de visioconférence garantissant la sécurité des données échangées notamment en ce qui concerne l'identité du patient.

4.8 Limites de l'étude

Le questionnaire a été envoyé uniquement par courrier électronique et certains médecins consultant peu leur boîte mail ont pu ne pas ouvrir le lien. De plus le questionnaire a été diffusé par l'intermédiaire d'organismes officiels (l'URPS et les RRC) pour garantir l'anonymat des participants et avoir accès à des listes de diffusion de médecins. Mais nous n'avons pas pu contrôler le courrier électronique qui était envoyé et la façon dont l'enquête était introduite et expliquée. Ce biais de sélection peut expliquer en partie le faible taux de participation de l'étude qui était de 5,9%. Il est à noter que ce taux de participation était uniforme entre les médecins libéraux (5,8%) et les médecins exerçant en établissement de santé (6,1%).

Le faible taux de participation peut aussi être expliqué par l'absence de relance auprès des médecins, l'absence de compensation financière à la participation au questionnaire, et une sollicitation importante des médecins par des questionnaires de toutes sortes.

La population d'étude des médecins spécialistes d'organes libéraux ne comprenait que 63 médecins répondants, ce qui pouvait gêner à l'analyse statistique.

Concernant l'élaboration du questionnaire, il existe des biais de confusion avec le choix de poser des questions fermées pour faciliter l'analyse statistique mais obligeant le médecin répondant à un choix qui n'est pas forcément le sien. Normalement les médecins avaient obligation de répondre à la question pour pouvoir répondre à la question suivante. Suite à une erreur de manipulation de notre part avec le logiciel de Google document® les questions numéros 13, 16, 17 et 18 (Annexe 3) ne comportaient pas d'obligation de réponse. Les médecins qui n'ont pas répondu ont été

analysé comme réponse « ne se prononce pas ». Toujours concernant le questionnaire, une question supplémentaire sur le mode d'exercice des médecins spécialistes d'organe libéraux aurait été nécessaire pour connaître leur lien éventuel avec un établissement de santé organisant des RCP. En effet ce lien a pu être source de facteur de confusion dans l'analyse des résultats.

Les deux investigateurs de l'enquête sont des médecins généralistes et cela a pu occasionner un biais d'information dans l'élaboration du questionnaire et la façon dont les questions étaient formulées mais aussi dans la discussion des résultats trouvés.

Concernant les réponses aux questions, l'enquête étant déclarative nous n'avons aucun contrôle pour s'assurer de la véracité des réponses fournies.

Enfin, cette étude a été menée sur l'ensemble du territoire français mais du fait de l'organisation du système de soins en France il se peut que les résultats ne soient pas applicables dans d'autres pays. Il serait intéressant de savoir si une étude comparable dans d'autres pays apporterait les mêmes conclusions.

Conclusions

A l'heure actuelle, la participation des médecins généralistes traitants aux RCP de cancérologie est très limitée. Les raisons de cette absence sont principalement le manque de disponibilité et de temps, mais également une activité libérale rémunérée à l'acte.

Le médecin généraliste a cependant toute sa place au sein de la RCP de cancérologie, même si elle semble en retrait dans le troisième plan cancer. Son rôle ne serait pas de choisir les traitements mais d'apporter un éclairage sur les problèmes somatiques, psychologiques et sociaux qui peuvent être déterminants pour les choix thérapeutiques.

La participation des médecins généralistes traitants aux RCP de cancérologie permettrait de renforcer l'échange d'informations utiles entre les soins spécialisés institutionnels et les soins primaires ambulatoires et le sentiment d'appartenance à l'équipe soignante.


Une rémunération est à envisager et elle doit prendre en compte le temps passé à la RCP et le coût du déplacement. La présence aux RCP représenterait de l'ordre de cinq déplacements par an et par médecin généraliste. Pour ceux exerçant en zones rurales éloignées, la visioconférence est une alternative au déplacement moins chronophage, peu coûteuse, simple d'utilisation et gardant les avantages du face à face et de l'instantanéité.

Le système de santé a évolué depuis le début des années 2000 avec la reconnaissance des droits des patients conformément à la loi n°2002-403 du 4 mars

2002. Pour aller plus loin nous pouvons nous interroger sur la place du patient au sein de sa RCP de cancérologie.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président

Signature *Laurent LERAIN*



Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **18 NOV. 2014**

VU :
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Lyon-Est



Professeur Jérôme ETIENNE

VU :
Pour Le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales



Professeur François-NOËL GILLY

Références

1. Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC). Communiqué de presse du 03 février 2014 [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.iarc.fr/fr/media-centre/pr/2014/pdfs/pr224_F.pdf (consulté le 18/08/2014)
2. INCa. Les cancers en France en 2013 [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.lesdonnees.e-cancer.fr/> (consulté le 18/08/2014)
3. Castel P, Blay J-Y, Meeus P, Sunyach M-P, Ranchère-Vince D, Thiesse P, *et al.* [Organization and impact of the multidisciplinary committee in oncology]. *Bull Cancer (Paris)*. oct 2004;91(10):799-804.
4. Forrest LM, McMillan DC, McArdle CS, Dunlop DJ. An evaluation of the impact of a multidisciplinary team, in a single centre, on treatment and survival in patients with inoperable non-small-cell lung cancer. *Br J Cancer*. 31 oct 2005;93(9):977-8.
5. Segelman J, Singnomkloa T, Hellborg H, Martling A. Differences in multidisciplinary team assessment and treatment between patients with stage IV colon and rectal cancer. *Colorectal Dis Off J Assoc Coloproctology G B Irel*. sept 2009;11(7):768-74.
6. Chae BJ, Bae JS, Song BJ, Jung SS. Multidisciplinary team approach in breast cancer: a nationwide survey in Korea. *J Korean Surg Soc*. juin 2012;82(6):340-6.
7. Boxer MM, Vinod SK, Shafiq J, Duggan KJ. Do multidisciplinary team meetings make a difference in the management of lung cancer? *Cancer*. 15 nov 2011;117(22):5112-20.
8. Chirgwin J, Craike M, Gray C, Watty K, Mileskin L, Livingston PM. Does multidisciplinary care enhance the management of advanced breast cancer?: evaluation of advanced breast cancer multidisciplinary team meetings. *J Oncol Pract Am Soc Clin Oncol*. nov 2010;6(6):294-300.
9. Bydder S, Nowak A, Marion K, Phillips M, Atun R. The impact of case discussion at a multidisciplinary team meeting on the treatment and survival of patients with inoperable non-small cell lung cancer. *Intern Med J*. déc 2009;39(12):838-41.
10. Lamb BW, Sevdalis N, Vincent C, Green JSA. Development and evaluation of a checklist to support decision making in cancer multidisciplinary team meetings: MDT-QuIC. *Ann Surg Oncol*. juin 2012;19(6):1759-65.
11. Ellis PM. The importance of multidisciplinary team management of patients with non-small-cell lung cancer. *Curr Oncol Tor Ont*. juin 2012;19(Suppl 1):S7-15.
12. Wright F, De Vito C, Langer B, Hunter A. Expert Panel on the Multidisciplinary Cancer Conference Standards. *Multidisciplinary cancer conference standards*.

- [Internet]. Toronto: Cancer Care Ontario; 2006 juin. Disponible sur: <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=14318> (consulté le 18/08/2014)
13. Kesson EM, Allardice GM, George WD, Burns HJG, Morrison DS. Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13 722 women. *BMJ*. 2012;344:e2718.
 14. Multidisciplinary meetings for cancer care : a guide for health service providers. [Internet]. Camperdown, NSW: National Breast Cancer Centre; 2005. Disponible sur: http://canceraustralia.gov.au/sites/default/files/publications/mdm-mdc-meeting-for-cancer-care_504af02d7368d.pdf (consulté le 18/08/2014)
 15. National Breast and Ovarian Cancer Centre. Multidisciplinary care principles for advanced disease : a guide for cancer health professionals. Surry Hills, NSW: National Breast and Ovarian Cancer Centre; 2008.
 16. Department of Health. The NHS Cancer Plan. National Health Service; 2000 sept.
 17. The expert advisory group on cancer to the chief medical officers of England and Wales. A Policy Framework for commissioning for cancer services. Guidance for purchasers and providers of cancers services [Internet]. Department of Health; 1995 avril. Disponible sur: http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalasset/s/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4014366.pdf (consulté le 18/08/2014)
 18. Department of Health. Cancer Reform Strategy. National Health Service; 2007 déc.
 19. InCa. Plan Cancer 2003-2007 : mission interministérielle pour la lutte contre le cancer. [Internet]. 2003. Disponible sur: http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/Historique/Plan_cancer_2003-2007_MILC.pdf (consulté le 18/08/2014)
 20. INCa, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Ministère de l'enseignement Supérieur et de la Recherche. Plan Cancer 2009-2013 [Internet]. 2009. Disponible sur: http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/plancancer20092013_02112009.pdf (consulté le 18/08/2014)
 21. INCa, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Ministère de l'enseignement Supérieur et de la Recherche. Plan cancer 2014-2019 [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.plan-cancer.gouv.fr> (consulté le 18/08/2014)
 22. Anvik T, Holtedahl KA, Mikalsen H. « When patients have cancer, they stop seeing me »--the role of the general practitioner in early follow-up of patients with cancer--a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2006;7:19.
 23. Demagny L, Holtedahl K, Bachimont J, Thorsen T, Letourmy A, Bungener M. General practitioners' role in cancer care: a French-Norwegian study. *BMC Res Notes*. 2009;2:200.

24. Grunfeld E. Cancer survivorship: a challenge for primary care physicians. *Br J Gen Pract.* 1 oct 2005;55(519):741-2.
25. Del Giudice ME, Grunfeld E, Harvey BJ, Pilotis E, Verma S. Primary care physicians' views of routine follow-up care of cancer survivors. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 10 juill 2009;27(20):3338-45.
26. Allgar VL, Neal RD. General practitioners' management of cancer in England: secondary analysis of data from the National Survey of NHS Patients-Cancer. *Eur J Cancer Care (Engl).* déc 2005;14(5):409-16.
27. Vernant JP. Recommandations pour le troisième Plan Cancer. Rapport à la ministre des affaires sociales et de la santé et à la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche. [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/Historique/recommandations-pour-le-3e-plan-cancer.pdf> (consulté le 18/08/2014)
28. Le Breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2014. Conseil National de l'Ordre des Médecins;
29. ORS Pays de la Loire, URPS-ml Pays de la Loire. L'exercice en cabinet de groupe des médecins généralistes en Pays de la Loire. Panel D'observation Prat Cond D'exercice En Médecine Libérale. Février 2013;(N° 4).
30. Marie-Eve Rougé Bugat, Pierre Mesthé, Thomas Filleron, Michel Bismuth, Jean Pierre Delord, Henri Roché, Stéphane Oustric. Prévention, dépistage et annonce du cancer : le rôle du médecin généraliste. « Enquête d'opinion dans la région Midi-Pyrénées ». 14 avr 2010;
31. Tardieu É, Thiry-Bour C, Devaux C, Ciocan D, de Carvalho V, Grand M, et al. [The place of general practitioners in cancer care in Champagne-Ardenne]. *Bull Cancer (Paris).* mai 2012;99(5):557-62.
32. Haute Autorité de Santé. Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)- Evaluation et amélioration des pratiques. HAS; 2014.
33. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *JORF.* 2009;texte n°1:12184.
34. République Française. Mesure 18 plan cancer 2009-2013 : Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant. 2012 oct.
35. Docteur Jean-Yves GRALL, cardiologue, directeur général de la santé, Professeur Dominique MARANINCHI, Professeur Christian HERVÉ, directeur du laboratoire d'éthique médicale, de l'université René Descartes-Paris V, et al. Ordre national des médecins, la consultation d'annonce : les dispositifs d'annonce de diagnostics graves [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1099> (consulté le 02/09/2014)
36. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and

- primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA J Am Med Assoc.* 28 févr 2007;297(8):831-41.
37. Kam WJ van der, Branger PJ, Bommel JH van, Jong BM. Communication between physicians and with patients suffering from breast cancer. *Fam Pract.* 10 janv 1998;15(5):415-19.
 38. Milliat-Guittard L, Letrilliart L, Galand-Desmé S, Berthoux N, Charlois A-L, Romestaing P, et al. Échanges d'informations médicales dans la prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein : perceptions et attentes des médecins traitants de ville et des spécialistes hospitaliers. *Bull Cancer (Paris).* 31 janv 2006;93(2):223-31.
 39. ARS Lorraine O. Médecins généralistes leur rôle dans la prise en charge des personnes atteintes de cancer. 2014.
 40. Décret n°74-230 du 7 mars 1974 relatif à la communication du dossier des malades hospitalisés ou consultants des établissements hospitaliers publics (application de la loi 701318 du 21/12/1970). *JORF* 12 Mars 1974. :2832.
 41. Ordre National des Medecins. Code de Déontologie médicale. 2012.
 42. Letourmy A, Carricaburu D, Bungener M. La prise en charge des malades cancéreux par le médecin généraliste dans cinq pays européens. *Rev Fr Aff Soc* 2 37-50. 1999;
 43. Milliat-Guittard L, Romestaing P, Letrilliart L, Berthoux N, Charlois A-L, Mere P, *et al.* Le dossier de santé détenu par le patient : impact sur le suivi du cancer du sein dans la région Rhône-Alpes. Projet Archimed. *Revue d'épidémiologie et de santé publique [Internet]. Elsevier Masson; 2008 [cité 25 août 2014]. Disponible sur: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=20598898>*
 44. Stålhammar J, Holmberg L, Svärdsudd K, Tibblin G. Written communication from specialists to general practitioners in cancer care. What are the expectations and how are they met? *Scand J Prim Health Care.* sept 1998;16(3):154-9.
 45. McConnell D, Butow PN, Tattersall MH. Improving the letters we write: an exploration of doctor-doctor communication in cancer care. *Br J Cancer.* mai 1999;80(3-4):427-37.
 46. Braun TC, Hagen NA, Smith C, Summers N. Oncologists and family physicians. Using a standardized letter to improve communication. *Can Fam Physician.* juill 2003;49:882-6.
 47. Rowlands S, Callen J, Westbrook J. What information do general practitioners need to care for patients with lung cancer? A survey of general practitioners perceptions. *HIM J.* 2010;39(1):8-16.
 48. Laury-Auzeric M, Nguyen TD, Pavlovitch J-M. Réseau de soins en cancérologie mammaire : enquête d'opinion prospective auprès des médecins généralistes. *Bull Cancer (Paris).* 14 janv 2002;88(12):1228-34.

49. Ministère de la Santé, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. CIRCULAIRE N°DHOS/SDO/2005/101 relative à l'organisation des soins en cancérologie. 2005 fevrier.
50. INCa & ASIP Santé. Dossier communicant de cancérologie (DCC) et dossier médical personnel (DMP). 2010.
51. Haute Autorité de Santé. Développement professionnel continu (DPC - Fiche méthode- Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) [Internet]. 2014. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire_fiche_technique_2013_01_31.pdf (consulté le 18/08/2014)
52. Réseau Régional de cancérologie Rhône-Alpes O. Charte qualité Réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP) de la région Rhône-Alpes. 2009.
53. Freyer G. Faire face au cancer. Odile Jacob. 2008. 240 p.
54. CNIT. 1ère rencontre des médecins généralistes face au cancer. 7 oct 2010;
55. Republique Française. Mesure 33 plan cancer 2009-2013 : Faciliter la prise en charge et le suivi de proximité des patients atteints de cancer par une meilleure insertion des médecins généralistes dans les réseaux de soins en cancérologie. 2012 oct.
56. Pinganaud G. Difficultés du médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints de cancer (rôles, besoins et perspectives). 2013.
57. « Les médecins généralistes face au cancer en 2010 », une enquête inédite de la Ligue contre le cancer, communiqué de presse. 2010.
58. Bungener M, *et al.* Prendre en charge le cancer en médecine générale. Médecine générale, médecine spécialisée entre hiérarchie, concurrence et complémentarité. Cent Rech Médecine Sci Santé Société CNRS UMR 8169 EHESS INSERM U 750 Univ Paris Sud. 2008;
59. Hansen RP. Delay in the diagnosis of cancer. Faculty of Health Science, Aarhus;
60. Campbell NC, MacLeod U, Weller D. Primary care oncology: essential if high quality cancer care is to be achieved for all. *Fam Pract.* 12 janv 2002;19(6):577-8.
61. Vedsted P, Olesen F. Early diagnosis of cancer - the role of general practice. *Scand J Prim Health Care.* 2009;27(4):193-4.
62. Sisler JJ, Brown JB, Stewart M. Family physicians' roles in cancer care. Survey of patients on a provincial cancer registry. *Can Fam Physician.* 6 janv 2004;50(6):889-96.
63. Lundstrøm LH, Johnsen AT, Ross L, Petersen MA, Groenvold M. Cross-sectorial cooperation and supportive care in general practice: cancer patients' experiences. *Fam Pract.* 10 janv 2011;28(5):532-40.

64. Bulsara C, Ward AM, Joske D. Patient perceptions of the GP role in cancer management [Internet]. 2005 [cité 27 août 2014]. Disponible sur: <http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=368883599802740;res=IELHEA>
65. Wood ML, McWilliam CL. Cancer in remission. Challenge in collaboration for family physicians and oncologists. *Can Fam Physician*. mai 1996;42:899-910.
66. Moore C, Wisnivesky J, Williams S, McGinn T. Medical Errors Related to Discontinuity of Care from an Inpatient to an Outpatient Setting. *J Gen Intern Med*. 1 août 2003;18(8):646-51.
67. Grunfeld E, Gray A, Mant D, Yudkin P, Adewuyi-Dalton R, Coyle D, *et al.* Follow-up of breast cancer in primary care vs specialist care: results of an economic evaluation. *Br J Cancer*. mars 1999;79(7-8):1227-33.
68. Massie MJ. Prevalence of Depression in Patients With Cancer. *JNCI Monogr*. 7 janv 2004;2004(32):57-71.
69. Gérard P. Place du médecin généraliste dans le suivi des patients en cours de chimiothérapie. Enquête auprès des patients de l'hôpital de jour d'oncologie du CHR d'Annecy. Thèse d'exercice : Médecine : Université Joseph Fourier ; 2012.
70. Couraud Laouisset C. Le médecin généraliste face à la prise en charge des patients atteints de cancer. Thèse d'exercice : Médecine : Université Paris 7 - Diderot ; 2011.
71. Tarrant C, Stokes T, Baker R. Factors associated with patients' trust in their general practitioner: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract*. 10 janv 2003;53(495):798-800.
72. Grumbach K, Selby JV, Damberg C, *et al.* Resolving the gatekeeper conundrum: What patients value in primary care and referrals to specialists. *JAMA*. 21 juill 1999;282(3):261-6.
73. Larsen MB, Hansen RP, Olesen F, Vedsted P. Patients' confidence in their GP before and after being diagnosed with cancer. *Br J Gen Pract*. mai 2011;61(586):e215-22.
74. Bungener M. La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ? 2009;
75. Grunfeld E. Primary care physicians and oncologists are players on the same team. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 10 mai 2008;26(14):2246-7.
76. Mitchell GK. The role of general practice in cancer care. *Aust Fam Physician*. sept 2008;37(9):698-702.
77. Sada Y, Street RL, Singh H, Shada R, Naik AD. Primary care and communication in shared cancer care: A Qualitative Study. *Am J Manag Care*. avr 2011;17(4):259-65.

78. McWhinney IR, Hoddinott SN, Bass MJ, Gay K, Shearer R. Role of the Family Physician in the Care of Cancer Patients. *Can Fam Physician*. déc 1990;36:2183-6.
79. Code de la santé publique - Article L5126-4. Code de la santé publique.
80. Delfieu D. Les traitements des cancers Précis à l'usage des médecins généralistes. *Oncologie*. 1 févr 2010;12(2):135-41.
81. Barton MB, Bell P, Sabesan S, Koczwara B. What should doctors know about cancer? Undergraduate medical education from a societal perspective. *Lancet Oncol*. juill 2006;7(7):596-601.
82. Nguyen T-D, Vincent P, Lamberth F, Robles V, Curé H. Perspectives en cancérologie pour les médecins généralistes : enquête interrégionale 2010. *Bull Cancer (Paris)*. 1 oct 2011;98(10):1143-52.
83. Bossard N, Velten M, Remontet L, Belot A, Maarouf N, Bouvier AM, et al. Survie des patients atteints de cancer en France : étude à partir des données des registres du réseau Francim. *BEH Thématique*. 2007;9-10:66-9
84. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ; J.O.R.F. Lois et décrets ; 9 août 2004
85. Christensen KG, Fenger-Gron M, Flarup KR, Vedsted P. Use of general practice, diagnostic investigations and hospital services before and after cancer diagnosis - a population-based nationwide registry study of 127,000 incident adult cancer patients. *BMC Health Serv Res*. 28 juill 2012;12:224.
86. Jones LE, Doebbeling CC. Beyond the traditional prognostic indicators: the impact of primary care utilization on cancer survival. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 20 déc 2007;25(36):5793-9.
87. Aubin M, Vezina L, Verreault R, Fillion L, Hudon E, Lehmann F, et al. Family Physician Involvement in Cancer Care Follow-up: The Experience of a Cohort of Patients With Lung Cancer. *Ann Fam Med*. nov 2010;8(6):526-32.
88. WONCA. La définition européenne de la médecin générale - Médecins de famille. 2002.
89. Brazil K, Sussman J, Bainbridge D, Whelan T. Who Is Responsible? The Role of Family Physicians in the Provision of Supportive Cancer Care. *J Oncol Pract*. 1 janv 2010;6(1):19-24.
90. Soum-Pouyalet F. Prise en compte de l'entourage des patients atteints de cancer: un aperçu mondial des programmes et des actions d'information et de soutien = Information and support programs for cancer patient' family and friends : a world survey [Internet]. Chicoutimi: J.-M. Tremblay; 2012 [cité 4 sept 2014]. Disponible sur: http://classiques.uqac.ca/contemporains/hubert_annie/information_soutien_entourage/information.html

91. Le Corroller-Soriano AG, Malavolti L, Mermilliod C. Les conditions de vie des patients atteints du cancer deux ans après le diagnostic. *Etudes Résultats*. 2006;(n° 486).
92. Steptoe A, Sutcliffe I, Allen B, Coombes C. Satisfaction with communication, medical knowledge, and coping style in patients with metastatic cancer. *Soc Sci Med* 1982. 1991;32(6):627-32.
93. Newall DJ, Gadd EM, Priestman TJ. Presentation of information to cancer patients: A comparison of two centres in the UK and USA. *Br J Med Psychol*. 1 juin 1987;60(2):127-31.
94. Farquhar MC, Barclay SIG, Earl H, Grande GE, Emery J, Crawford R a. F. Barriers to effective communication across the primary/secondary interface: examples from the ovarian cancer patient journey (a qualitative study). *Eur J Cancer Care (Engl)*. sept 2005;14(4):359-66.
95. Ye Y-J, Shen Z-L, Sun X-T, Wang Z-F, Shen D-H, Liu H-J, *et al*. Impact of multidisciplinary team working on the management of colorectal cancer. *Chin Med J (Engl)*. janv 2012;125(2):172-7.
96. Davies AR, Deans DAC, Penman I, Plevris JN, Fletcher J, Wall L, *et al*. The multidisciplinary team meeting improves staging accuracy and treatment selection for gastro-esophageal cancer. *Dis Esophagus Off J Int Soc Dis Esophagus ISDE*. 2006;19(6):496-503.
97. Carlson RW, Larsen JK, McClure J, Fitzgerald CL, Venook AP, Benson AB, *et al*. International adaptations of NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Cancer Netw JNCCN*. mai 2014;12(5):643-8.
98. Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. Guidelines for the Management of Colorectal Cancer, 3rd edition [Internet]. London, UK; 2007 p. 117 p. Disponible sur : <http://www.mccn.nhs.uk/userfiles/documents/Nat%20Ass%20of%20Coloproctology%20Guidelines%281%29.pdf> (consulté le 09/08/2014)
99. Wright FC, Lookhong N, Urbach D, Davis D, McLeod RS, Gagliardi AR. Multidisciplinary cancer conferences: identifying opportunities to promote implementation. *Ann Surg Oncol*. oct 2009;16(10):2731-7.
100. Castel P, Tassy L, Lurkin A, Blay J-Y, Meeus P, Mignotte H, *et al*. Multidisciplinarity and medical decision, impact for patients with cancer: sociological assessment of two tumour committees' organization. *Bull Cancer (Paris)*. 1 avr 2012;99(4):E34-42.
101. Wright FC, De Vito C, Langer B, Hunter A, Expert Panel on Multidisciplinary Cancer Conference Standards. Multidisciplinary cancer conferences: a systematic review and development of practice standards. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. avr 2007;43(6):1002-10.

102. The Dream MDT for lung cancer : Delivering high quality lung cancer care and outcomes [Internet]. United Kingdom Lung Cancer Coalition; 2012 nov. Disponible sur: http://www.uklcc.org.uk/images/stories/pdf/Dream_MDT_for_Lung_Cancer.pdf (consulté le 18/08/2014)
103. Dagada C, Mathoulin-Pélissier S, Monnereau A, Hoerni B. [Management of cancer patients by general practitioners. Results of a survey among 422 physicians in Aquitaine]. *Presse Médicale Paris Fr* 1983. 28 juin 2003;32(23):1060-5.
104. Look Hong NJ, Gagliardi AR, Bronskill SE, Paszat LF, Wright FC. Multidisciplinary cancer conferences: exploring obstacles and facilitators to their implementation. *J Oncol Pract Am Soc Clin Oncol.* mars 2010;6(2):61-8.
105. Helfrich CD, Weiner BJ, McKinney MM, Minasian L. Determinants of implementation effectiveness: adapting a framework for complex innovations. *Med Care Res Rev MCCR.* juin 2007;64(3):279-303.
106. Evain F. A quelle distance de chez soit se fait-on hospitaliser ? Un Panor Établ Santé. *Fevrier 2011;n°754.*
107. Coldefy M, Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V. Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine. *Quest Déconomie Santé.* Avril 2011;n°164.
108. Albouy V, Deprez M. Mode de rémunération des médecins. *TRESOR-ECO.* sept 2008;n°42.
109. Fréchou H, Guillaumat-Tailliet F. Les revenus libéraux des médecins en 2005 et 2006. *Etudes Résultats DRESS.* Juin 2008;n°643.
110. Attal-Toubert K, Fréchou H, Guillaumat-Tailliet F. Le revenu global d'activité des médecins ayant une activité libérale. *Revenus Act Indép INSEE.* 2009;76 p.
111. Rowlands S, Callen J. A qualitative analysis of communication between members of a hospital-based multidisciplinary lung cancer team. *Eur J Cancer Care (Engl).* janv 2013;22(1):20-31.
112. Soukop M, Robinson A, Soukop D, Ingham-Clark CL, Kelly MJ. Results of a survey of the role of multidisciplinary team coordinators for colorectal cancer in England and Wales. *Colorectal Dis Off J Assoc Coloproctology G B Irel.* févr 2007;9(2):146-50.
113. Currell R, Urquhart C, Wainwright P, Lewis R. Telemedicine versus face to face patient care: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD002098.
114. Labrèze L. [New techniques and methods of means of communication in oncology]. *Bull Cancer (Paris).* janv 2001;88(1):114-20.
115. El Saghir NS, Keating NL, Carlson RW, Khoury KE, Fallowfield L. Tumor boards: optimizing the structure and improving efficiency of multidisciplinary

- management of patients with cancer worldwide. *Am Soc Clin Oncol Educ Book ASCO Am Soc Clin Oncol Meet.* 2014;e461-6.
116. Stevenson MM, Irwin T, Lowry T, Ahmed MZ, Walden TL, Watson M, *et al.* Development of a virtual multidisciplinary lung cancer tumor board in a community setting. *J Oncol Pract Am Soc Clin Oncol.* mai 2013;9(3):e77-80.
 117. Fennell ML, Prabhu Das I, Clauser S, Petrelli N, Salner A. The Organization of Multidisciplinary Care Teams: Modeling Internal and External Influences on Cancer Care Quality. *J Natl Cancer Inst Monogr.* avr 2010;2010(40):72-80.
 118. Smith SM, Campbell NC. Provision of oncology services in remote rural areas: a Scottish perspective. *Eur J Cancer Care (Engl).* mai 2004;13(2):185-92.
 119. Pearce S, Kelly D, Stevens W. « More than just money » -- widening the understanding of the costs involved in cancer care. *J Adv Nurs.* févr 2001;33(3):371-9.
 120. Baird AG, Donnelly CM, Miscampell NT, Wemyss HD. Centralisation of cancer services in rural areas has disadvantages. *BMJ.* 11 mars 2000;320(7236):717.
 121. Baird G, Flynn R, Baxter G, Donnelly M, Lawrence J. Travel time and cancer care: an example of the inverse care law? *Rural Remote Health.* déc 2008;8(4):1003.
 122. Jalil R, Ahmed M, Green JSA, Sevdalis N. Factors that can make an impact on decision-making and decision implementation in cancer multidisciplinary teams: an interview study of the provider perspective. *Int J Surg Lond Engl.* 2013;11(5):389-94.
 123. Codagnone C, Lupianez-Villanueva F. Benchmarking Deployment of eHealth among General Practitioners 2013 [Internet]. European Commission; 2013. Disponible sur: ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/benchmarking-deployment-ehealth-among-general-practitioners-2013-smart-20110033 (consulté le 11/08/2014)
 124. Ministère du redressement productif, Ministère délégué chargé des PME de l'innovation et de l'économie numérique. Plan France Très Haut Débit [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.francethd.fr/> (consulté le 11/08/2014)
 125. Code de la santé publique. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine [Internet]. 2010. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr (consulté le 11/08/2014)
 126. Delaney G, Jacob S, Iedema R, Winters M, Barton M. Comparison of face-to-face and videoconferenced multidisciplinary clinical meetings. *Australas Radiol.* déc 2004;48(4):487-92.
 127. Bauman G, Winquist E, Chin J. A pilot study of regional participation in a videoconferenced multidisciplinary genitourinary tumor board. *Can J Urol.* févr 2005;12(1):2532-6.

Annexes

Annexe 1 : Courriel type destiné aux URPS

Bonjour,

(J'ai contacté le secrétariat de votre URPS hier, la secrétaire m'a donné votre adresse mail)

Nous sommes 2 étudiantes en DES de médecine générale à l'Université de Lyon.

Nous réalisons une thèse dont la question est : « La place du médecin généraliste traitant au sein des réunions de concertation pluridisciplinaire de cancérologie »

Cette étude observationnelle est une analyse des pratiques professionnelles, multicentrique au niveau national. Nous avons rédigé un questionnaire destiné aux médecins généralistes et également à tout médecin participant à des RCP au sein d'un établissement de santé.

Nous aimerions diffuser notre questionnaire par mail et pour cela nous sollicitons votre aide. Serait-il possible, via le réseau de l'Union Régional des Professions de Santé, de transmettre par mail notre questionnaire aux médecins libéraux ?

Si vous acceptez nous vous enverrons par mail le lien internet vers notre questionnaire et nous vous laisserons le soin de le transmettre aux médecins membre du réseau accompagné d'un préambule que nous avons rédigé.

Nous garantissons l'anonymat des données collectées.

Notre étude a donné lieu à une déclaration auprès de la Commission National de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (n°nrN0678081p).

Nous avons également obtenu l'autorisation du comité d'éthique des Hospices civiles de Lyon (soumis en séance du 19-11-2013).

Si vous désirez plus d'informations nous pouvons vous envoyer le synopsis de notre étude et une version word de notre questionnaire.

Merci de l'attention que vous porterez à ce mail,

Merci pour votre aide,

Voici le lien vers notre questionnaire : <https://docs.google.com/forms/d/1PXBio-URFvGqqiMAiswZCn9QW8iB4ixUNw2v25cFsHg/viewform>

Cordialement,

Aurélie GUICHARD

Cécilia BACHEVILLIER

Université Lyon

Annexe 2 : Courriel type destiné aux RRC

Bonjour,

Nous sommes 2 étudiantes en DES de médecine générale à l'Université de Lyon.

Nous réalisons une thèse dont la question est de savoir si les médecins généralistes traitant pourraient avoir leur place au sein des réunions de concertations pluridisciplinaires en cancérologie (RCP).

Cette étude observationnelle multicentrique au niveau national comporte un questionnaire destiné aux médecins généralistes et également à tout médecin participant à des RCP au sein d'un établissement de santé.

Nous aimerions diffuser notre questionnaire par mail et pour cela nous sollicitons votre aide. Serait-il possible, via le réseau régional de cancérologie, d'envoyer notre questionnaire aux médecins du réseau ?

Si vous acceptez nous vous enverrons par mail le lien internet vers notre questionnaire et nous vous laisserons le soin de le transmettre aux membres du réseau accompagné d'un préambule que nous avons rédigé. Nous garantissons l'anonymat des données collectées.

Notre questionnaire a été approuvé par le comité d'éthique des Hospices Civils de Lyon dans sa séance du 19/11/2013 et est enregistré auprès de la Commission National de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sous le n°nrN0678081p.

Si vous désirez plus d'informations nous pouvons vous envoyer le synopsis de notre étude et une version Word de notre questionnaire.

Merci de l'attention que vous porterez à ce mail,

Merci pour votre aide,

Cordialement,

Cécilia BACHEVILLIER

Aurélié GUICHARD

Université Lyon 1

Annexe 3 : Questionnaire (Version Word)

Nous sommes deux étudiantes en DES de médecine générale à l'Université de Lyon. Nous réalisons une thèse dont la question est de savoir si les médecins généralistes traitant pourraient avoir leur place au sein des réunions de concertations pluridisciplinaires en cancérologie (RCP).

Cette étude observationnelle comporte un questionnaire destiné à tout médecin participant à des RCP au sein d'établissement de santé et aux médecins libéraux.

Ce questionnaire anonyme ne comporte aucune obligation de réponse et vous prendra entre 5 et 10 minutes de votre temps au maximum. En y répondant vous nous autorisez à utiliser les données collectées dans le cadre de notre thèse et en vue d'une publication.

Notre étude a donné lieu à une déclaration auprès de la Commission National de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sous le n°nrN0678081p. Nous avons également obtenu l'autorisation du comité d'éthique des Hospices Civiles de Lyon (soumis en séance du 19-11-2013).

Cette enquête sera clôturée le 01/02/2014.

Nous vous remercions d'avance pour votre participation,

Cordialement,

Aurélie GUICHARD et Cécilia BACHEVILLIER

Université LYON 1

Première partie : Vous et les RCP de cancérologie :

Question 1 : Avez-vous déjà participé à une RCP de cancérologie?

oui

non

Question 2 : Avez-vous déjà été convié à une RCP de cancérologie?

oui

non

Question 3 : Connaissez-vous l'existence du plan cancer 2009-2013

oui

non

Question 4 : Etes-vous satisfait de la coordination ville-hôpital dans votre région ?

1

2

3

4

5

non, pas du tout - plutôt non - ni oui, ni non - plutôt oui - oui, tout à fait

Deuxième partie : Le médecin généraliste traitant et les RCP de cancérologie :

Question 5 : Pensez-vous qu'un médecin généraliste puisse avoir sa place au sein d'une RCP de cancérologie ?

oui

non

ne sait pas

Question 6 : La participation d'un médecin généraliste à une RCP de cancérologie renforcerait la coordination ville-hôpital

1

2

3

4

5

non, pas du tout - plutôt non - ni oui, ni non - plutôt oui - oui, tout à fait

Question 7 : Selon vous, quel pourrait être le rôle du médecin généraliste traitant au sein d'une RCP de cancérologie ? (plusieurs propositions possibles)

- Apporter une connaissance psycho-sociale et environnementale du patient
- Apporter une connaissance sur les antécédents médicaux du patient
- Proposer des traitements
- Intervenir dans la décision thérapeutique finale
- Etre le représentant du patient
- Aucun rôle

Question 8 : Selon vous, quel serait l'intérêt pour un médecin généraliste traitant d'assister à la RCP de cancérologie de son patient ? (plusieurs propositions possibles)

- Connaître ses confrères hospitaliers
- Connaître le pronostic de la maladie
- Connaître les traitements en cours et à venir du patient
- Connaître et savoir gérer les effets secondaires du traitement
- Eviter la perte d'information
- Etre plus à même d'aider et d'accompagner la famille du patient
- Accompagner son patient plus efficacement
- Moyen de formation médicale continue
- Aucun intérêt

Question 9 : Vous êtes :

- Médecin libéral
- Médecin hospitalier

Le questionnaire s'arrête là pour ceux qui répondent « médecin hospitalier » sauf les questions 15, 16, 20, 21, 22 qui restent des questions communes.

Troisième partie : Votre pratique au quotidien

Question 10 : Vous êtes :

- Spécialiste d'organe (précisez la spécialité)
- Spécialiste en médecine générale

Question 11 : Vous exercez :

- Seul
- En groupe
- En maison de santé pluridisciplinaire

Question 12 : A combien de temps votre cabinet se situe-t-il du lieu de la RCP de cancérologie habituelle ?

- 0-15 min
- 16-30 min
- 31- 60 min
- plus de 1h

Quatrième partie : comment faciliter l'accès aux RCP

Question 13 : Est-il envisageable que vous vous déplaciez pour assister à une RCP ?

- 1 2 3 4 5
non, pas du tout - plutôt non - ni oui, ni non - plutôt oui - oui, tout à fait

Question 14 : Etes-vous équipé d'un réseau internet haut débit (ADSL) ?

- oui
- non

Question 15 : Etes-vous utilisateur d'un système de visioconférence type *Skype* ou *Google talk* ?

oui

non

Question 16 : Seriez-vous d'accord pour participer à une RCP par visioconférence ?

1

2

3

4

5

non, pas du tout - plutôt non - ni oui, ni non - plutôt oui - oui, tout à fait

Question 17 : Etes-vous prêt à libérer du temps de consultation pour assister aux RCP ?

1

2

3

4

5

non, pas du tout - plutôt non - ni oui, ni non - plutôt oui - oui, tout à fait

Question 18 : Une rémunération vous inciterait-elle à assister à une RCP ?

1

2

3

4

5

non, pas du tout - plutôt non - ni oui, ni non - plutôt oui - oui, tout à fait

Question 19 : Quel mode de rémunération serait selon vous le mieux adapté ?

Rémunération à l'acte

Rémunération forfaitaire

Bénévolat

Pas d'avis

Autres (précisez)

Cinquième partie : pour mieux vous connaître

Question 20 : Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

Question 21 : Vous avez entre

- 20 et 29 ans
- 30 et 39 ans
- 40 et 49 ans
- 50 et 59 ans
- plus de 60 ans

Question 22 : Dans quelle région de France exercez-vous :

- Région Nord-Ouest
- Région Nord-Est
- Région Sud-Ouest
- Région Sud-Est Rhône-Alpes
- Région Sud-Est hors Rhône-Alpes

Annexe 4 : Déclaration à la CNIL

CNIL 8 rue Vivienne 75083 Paris cedex 02 T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00 www.cnil.fr	Cadre réservé à la CNIL N° d'enregistrement : nrN0678081p
--	---

DÉCLARATION SIMPLIFIÉE

ENGAGEMENT DE CONFORMITÉ
(Articles 24-I, 25-II, 26-IV et 27-III de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004)

1 Déclarant

Nom et prénom ou raison sociale : CHANCEREL CECILIA	Sigle (facultatif) :
Service :	N° SIRET :
Adresse : 268 RUE DESIRE WALTER	Code APE :
Code postal : 69400 Ville : VILLEFRANCHE SUR SAONE	Téléphone : 0666398250
Adresse électronique : C.BABACH@VOILA.FR	Fax :

2 Texte de référence

Vous déclarez par la présente que votre traitement est strictement conforme aux règles énoncées dans le texte de référence.

N° de référence MR-1 Recherches biomédicales
--

3 Transferts de données hors de l'Union européenne

Vous transférez tout ou partie des données enregistrées dans votre traitement vers organisme (filiale, maison mère, prestataire de service, etc.) qui se trouve dans un pays situé hors de l'Union européenne

Non Oui

4 Personne à contacter

Veuillez indiquer ici les coordonnées de la personne qui a complété ce questionnaire au sein de votre organisme et qui répondra aux éventuelles demandes de compléments que la CNIL pourrait être amenée à formuler

Votre nom (prénom) : CHANCEREL CECILIA	
Service :	
Adresse : 268 RUE DESIRE WALTER	
Code postal : 69400 - Ville : VILLEFRANCHE SUR SAONE	Téléphone : 0666398250
Adresse électronique : C.BABACH@VOILA.FR	Fax :

Raison sociale :	N° SIRET :
Sigle (facultatif) :	Code NAF :
Adresse :	
Code postal : Ville :	Téléphone :
Adresse électronique :	Fax :

N° CERFA 13810*01 CNIL - FORMULAIRE ENGAGEMENT DE CONFORMITÉ

5 Signature

Je m'engage à ce que le traitement décrit par cette déclaration respecte les exigences de la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

Personne responsable de l'organisme déclarant.

Nom et prénom : CHANCEREL CECILIA

Date le : 11-06-2013

Fonction : Déclarant

Signature :

Adresse électronique : C.BABACH@VOILA.FR

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à permettre à la CNIL l'instruction des déclarations qu'elle reçoit. Elles sont destinées aux membres et services de la CNIL. Certaines données figurant dans ce formulaire sont mises à disposition du public en application de l'article 31 de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. Vous pouvez exercer votre droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent en vous adressant à la CNIL: 8 rue Vivienne - CS 30223 - 75083 Paris cedex 02.

Exemplaire à conserver - ne pas envoyer

Annexe 5 : Avis du comité d'éthique

Comité d'Ethique du CHU de Lyon

Président :

Jean-François Guérin

*Groupement Hospitalier Est
Hôpital Femme Mère Enfant
Service de médecine de la reproduction
59 boulevard Pinel
69677 Bron*

Tél : 04 72 12 95 75

Mail : hcl.comite-ethique@chu-lyon.fr

Bureau

Nathalie Brousse
François Chapuis
Fabienne Doiret
Nicolas Kopp



Hôpitaux de Lyon

Lyon le 18/12/2013

**Mme Cécilia BACHEVILLIER
Mme Aurélie GUICHARD**

doctorantes

Mesdames,

Vous avez soumis pour avis au Comité d'Ethique, le protocole :
« **Quelle est la place du médecin généraliste traitant au sein des réunions de concertation pluridisciplinaire de cancérologie ?** »

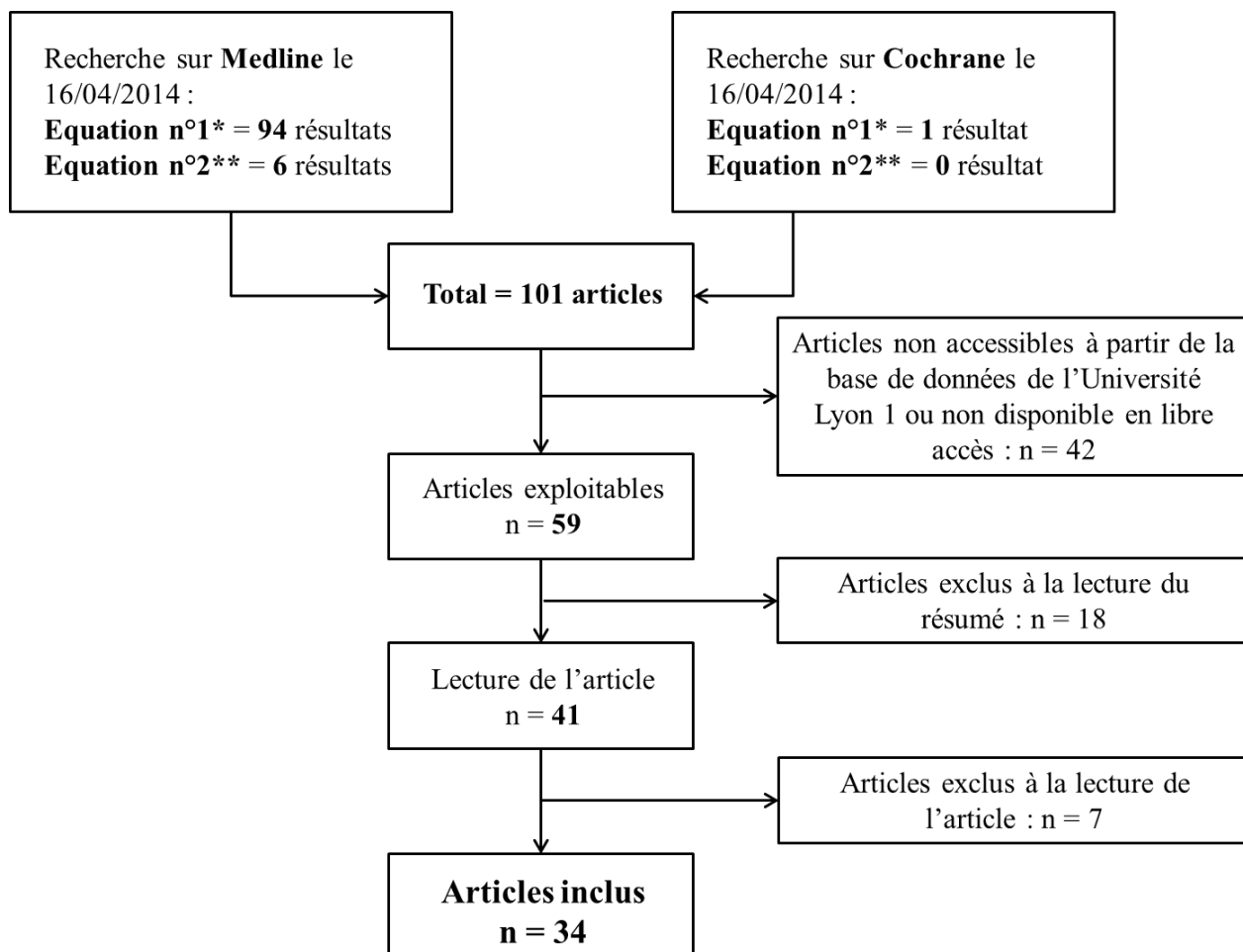
Le Bureau du Comité d'Ethique a examiné votre projet, et a donné un avis favorable pour sa réalisation, dans la mesure où il s'agit d'une étude non interventionnelle qui ne soulève pas de problème éthique, et où vous avez modifié le questionnaire adressé aux médecins en tenant comptes des suggestions formulées en séance

En vous remerciant d'avoir sollicité le Comité d'Ethique, je vous prie de croire, Mesdames, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

**Professeur J.F. GUERIN
Président du Comité d'éthique**

*Hospices Civils de Lyon
www.chu-lyon.fr*

Annexe 6 : Schéma de sélection des articles



***Equation n°1** : "multidisciplinary"[Title] AND "team"[Title] AND ("cancer"[Title] OR "oncology"[Title]) AND ("last 10 years"[PDat])

****Equation n°2** : "multidisciplinary cancer conferences"[Title]

Annexe 7 : Extrait du décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télé médecine

JORF n°0245 du 21 octobre 2010 page
texte n° 13

Article 1

« Chapitre VI
« Télé médecine

« Section 1

« Définition « Art.R. 6316-1.-Relèvent de la télé médecine définie à l'article L. 6316-1 les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Constituent des actes de télé médecine :

« 1° La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ;

« 2° La téléexpertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;

« 3° La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient.

L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;

« 4° La téléassistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ; « 5° La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1.

« Section 2

« Conditions de mise en œuvre

« Art.R. 6316-2.-Les actes de télémédecine sont réalisés avec le consentement libre et éclairé de la personne, en application notamment des dispositions des articles L. 1111-2 et L. 1111-4. « Les professionnels participant à un acte de télémédecine peuvent, sauf opposition de la personne dûment informée, échanger des informations relatives à cette personne, notamment par le biais des technologies de l'information et de la communication.

« Art.R. 6316-3.-Chaque acte de télémédecine est réalisé dans des conditions garantissant : « 1° a) L'authentification des professionnels de santé intervenant dans l'acte ; « b) L'identification du patient ; « c) L'accès des professionnels de santé aux données médicales du patient nécessaires à la réalisation de l'acte ; « 2° Lorsque la situation l'impose, la formation ou la préparation du patient à l'utilisation du dispositif de télémédecine.

« Art.R. 6316-4.-Sont inscrits dans le dossier du patient tenu par chaque professionnel médical intervenant dans l'acte de télémédecine et dans la fiche d'observation mentionnée à l'article R. 4127-45 : « 1° Le compte rendu de la réalisation de l'acte ; « 2° Les actes et les prescriptions médicamenteuses effectués dans le cadre de l'acte de télémédecine ; « 3° L'identité des professionnels de santé participant à l'acte ; « 4° La date et l'heure de l'acte ; « 5° Le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte.

« Art.R. 6316-5.-Les actes de télémédecine sont pris en charge dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7, L. 162-14-1, L. 162-22-1, L. 162-22-6, L. 162-32-1 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

« Section 3

« Organisation

« Art.R. 6316-6.-L'activité de télémédecine et son organisation font l'objet :

« 1° Soit d'un programme national défini par arrêté des ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie ;

« 2° Soit d'une inscription dans l'un des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ou l'un des contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins, tels qu'ils sont respectivement mentionnés aux articles L. 6114-1, L. 1435-3 et L. 1435-4 du code de la santé publique et aux articles L. 313-11 et L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ;

« 3° Soit d'un contrat particulier signé par le directeur général de l'agence régionale de santé et le professionnel de santé libéral ou, le cas échéant, tout organisme concourant à cette activité. « Les contrats mentionnés aux 2° et 3° du présent article doivent respecter les prescriptions du programme relatif au développement de la télémédecine mentionné à l'article L. 1434-2 du code de la santé publique.

« Art.R. 6316-7.-Les programmes et les contrats mentionnés à l'article R. 6316-6 précisent les conditions dans lesquelles s'exerce l'activité de télémédecine, en tenant compte notamment des spécificités de l'offre de soins dans le territoire considéré. « Ils précisent en particulier les modalités retenues afin de s'assurer que le professionnel médical participant à un acte de télémédecine respecte les conditions d'exercice fixées à l'article L. 4111-1 ou à l'article L. 4112-7 ou qu'il est titulaire d'une autorisation d'exercice délivrée par le ministre chargé de la santé et qu'il satisfait à l'obligation d'assurance prévue à l'article L. 1142-2.

« Art.R. 6316-8.-Les organismes et les professionnels de santé qui organisent une activité de télémédecine, à l'exception de la réponse médicale donnée dans le cadre de

la régulation médicale, concluent entre eux une convention respectant les dispositions inscrites dans les contrats ou programmes mentionnés à l'article R. 6316-6. Cette convention organise leurs relations et les conditions dans lesquelles ils mettent en œuvre les exigences mentionnées dans le présent chapitre.

« Art.R. 6316-9.-Les organismes et les professionnels libéraux de santé qui organisent une activité de télémédecine s'assurent que les professionnels de santé et les psychologues participant aux activités de télémédecine ont la formation et les compétences techniques requises pour l'utilisation des dispositifs correspondants.

« Art.R. 6316-10.-Les organismes et les professionnels de santé utilisateurs des technologies de l'information et de la communication pour la pratique d'actes de télémédecine s'assurent que l'usage de ces technologies est conforme aux dispositions prévues au quatrième alinéa de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique relatif aux modalités d'hébergement des données de santé à caractère personnel. « Le consentement exprès de la personne, prévu au premier alinéa de ce même article L. 1111-8, peut être exprimé par voie électronique.

« Art.R. 6316-11.-L'activité de télémédecine peut bénéficier des financements prévus aux articles L. 221-1-1 et L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale ainsi que dans les conditions prévues aux articles L. 314-1 et L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles. »

Annexe 8 : Article numéro 1 soumis au comité de lecture de la revue le Bulletin du Cancer le 04/11/2014.

Compte auteur

En tant qu'auteur, l'accès à cet espace vous permet de :

- Mettre à jour votre profil, - Avoir un aperçu des manuscrits soumis, - Télécharger vos figures,
- Voir/mettre à jour toutes les informations concernant les manuscrits soumis, - Connaître le statut actuel de votre soumission

Auteur correspondant : Compléter / Modifier


Nom Dr. humber de FREMINVILLE
Institut Université Claude Bernard Lyon 1, Collège Universitaire de médecine générale. Faculté de Médecine Lyon-Est.
Adresse Université Claude Bernard Lyon 1, Collège Universitaire de médecine générale. Faculté de Médecine Lyon-Est. 8, avenue Rockefeller, 69373 LYON CEDEX 08, FRANCE.
Ville 69373 LYON
Pays France
Adresse électronique humber.de-freminville@univ-lyon1.fr

Changer votre mot de passe

Votre/vos soumission(s)

Ajouter un manuscrit

Veillez ne pas créer (ajouter) une nouvelle soumission pour un manuscrit révisé, mais cliquez sur le numéro identifiant de votre soumission initiale.

 = Cliquez sur la poubelle pour effacer des essais de soumission.

R = Manuscrit en révision. Veuillez cliquer sur ce numéro identifiant pour télécharger votre version révisée.

C = Demande de mise en conformité. Veuillez cliquer sur ce numéro identifiant pour télécharger votre version conforme aux demandes.

Identifiant du manuscrit	Titre	Statut	Date de création
bdc140368	PLACE DU MEDECIN GENERALISTE TRAITANT AU SEIN DE LA REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE (RCP)...	Envoyé aux experts	04-11-14 09:29:40
bdc140367	La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie : quels moyens pour faciliter l'...	Envoyé aux experts	04-11-14 08:55:18

PLACE DU MEDECIN GENERALISTE TRAITANT AU SEIN DE LA REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE (RCP) EN CANCEROLOGIE : INTERETS ET LIMITES

The general practitioner's place in a multidisciplinary team meeting (MTM): interests and limits

Aurélie GUICHARD¹, Cécilia BACHEVILLIER¹, Nadir KELLOU¹, Humbert de FREMINVILLE^{1,2}

¹ Université Claude Bernard Lyon 1, Collège Universitaire de médecine générale, 8 Avenue Rockefeller, 69373 LYON CEDEX 08, FRANCE.

² Laboratoire « Santé, Individu, Société »-EAM 4128-Faculté de Médecine Laënnec 7-11 rue Guillaume Paradin – Bât B-69372 Lyon Cedex 08, FRANCE.

Correspondance:

Aurélie GUICHARD oreli.guichard@gmail.com;

Humbert de Fréminville humbert.de-freminville@univ-lyon1.fr

Résumé

Introduction

Bien que le médecin généraliste traitant ait un rôle à jouer dans le suivi d'un patient atteint de cancer, ce dernier est rarement présent à la Réunion de Concertation pluridisciplinaire (RCP).

Méthode

Une étude nationale observationnelle multicentrique non randomisée a été réalisée en France entre le 20 novembre 2013 et le 31 janvier 2014, pour décrire la place potentielle du médecin généraliste au sein de la RCP. Un questionnaire anonyme a été envoyé par courrier électronique à 11 096 médecins libéraux et 3611 médecins exerçant en établissements de santé.

Résultats

861 médecins ont répondu au questionnaire. 13.3% des médecins généralistes avaient déjà participé à une RCP, 76% des médecins répondants ont déclaré que le médecin généraliste traitant avait sa place au sein de la RCP de cancérologie et 94% ont répondu que ce dernier apporterait des informations psychosociales et environnementales sur le patient.

Conclusion

La participation du médecin généraliste à la RCP de cancérologie renforcerait la coordination ville-hôpital, elle permettrait aux médecins de soins primaires de rencontrer leurs confrères hospitaliers, de préciser les informations concernant l'histoire personnelle et environnementale du patient qui sont nécessaire aux choix thérapeutiques les mieux adaptés.

Mots clés : cancérologie, médecin généraliste, concertation pluridisciplinaire, coordination ville-hôpital.

Abstract

Purpose

Although the General Practitioner (GP) has an important role to play in following-up a patient with cancer, they are rarely present at multidisciplinary team meetings (MTM).

Method

A non randomized national observational multicenter study was conducted in France between 20 November 2013 and 31 January 2014 to describe the potential role of practitioners in MTMs. An anonymous questionnaire was emailed to 11 096 private doctors and 3 611 physicians in health institutions.

Results

861 physicians responded to the questionnaire. 13.3% of GPs had already participated in an MTM, 76% of respondents considered that primary care physicians have a place in an oncology MTM, and 94% responded that the GP provided psychosocial and environmental information on the patient.

Conclusion

The participation of GPs in oncology MTMs would improve city-hospital coordination and enable primary care physicians to meet their hospital colleagues, and clarify information on the patient's personal and environmental history. This would result in making the most appropriate therapeutic choice to suit the patient's needs.

Key words: oncology, general practitioners, multidisciplinary team meeting, city-hospital coordination, primary care physicians

Introduction

Le rôle et la place du médecin généraliste en oncologie ont fait l'objet de multiples publications internationales [1-5]. Le médecin généraliste a un rôle indéniable à jouer dans le suivi d'un patient atteint de cancer aussi bien dans la phase initiale de découverte que dans la phase de traitement puis de rémission. Pourtant, une étude britannique de 2011 [6] précise, à propos des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), que les informations sur le point de vue du patient, les aspects psycho-sociaux en relation avec les soins, et les comorbidités du patient sont souvent peu considérés dans la décision clinique. Ce sont autant d'informations qu'un médecin généraliste serait à même de fournir aux autres membres de la RCP.

En France, la RCP est la clé de voûte du Plan Cancer initié en 2003[7]. Ce dernier a permis la généralisation de la RCP pour tous les patients atteints de cancer. Réactualisé en 2009, le deuxième plan cancer [8] avait pour objectif de renforcer le rôle pivot du médecin généraliste. De mieux, l'informer et l'associer au parcours de soins afin qu'il dispose de tous les éléments pour assurer pleinement la prise en charge globale de proximité du patient. Toutefois, dans ses recommandations pour le troisième plan cancer, le Pr Jean-Paul Vernant constate que les mesures suggérées pour impliquer le médecin généraliste sont restées peu productives [9]. Il évoque le retard avec lequel le médecin traitant reçoit les comptes rendus de RCP ou d'hospitalisation, comptes rendus qui constituent le seul lien, et à sens unique, entre les établissements de santé et les médecins généralistes. Selon lui, les relais avec la médecine de proximité sont restés insuffisants. Le troisième plan cancer 2014-2019 déploie de nombreuses mesures pour garantir la qualité des prises en charge pour tous, notamment au travers de RCP de qualité [10].

Afin de décrire la place potentielle du médecin généraliste au sein de la RCP de cancérologie, nous avons mené une enquête nationale dont l'objectif principal était de montrer que le médecin généraliste traitant pouvait avoir une place au sein de la RCP de cancérologie, puis en objectif secondaire d'en définir les intérêts et les limites.

Matériels et méthode

Type d'étude-Echantillon

Il s'agissait d'une étude nationale descriptive observationnelle des pratiques professionnelles. Un questionnaire a été adressé aux médecins libéraux (spécialistes en soins primaires et spécialistes d'organes) dont l'adresse courriel était renseignée dans la base de données d'une des huit Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) ayant acceptées de participer à l'étude et aux médecins exerçant en établissement de santé participant habituellement à des RCP de cancérologie et dont l'adresse courriel était renseignée dans la base de donnée d'un des dix Réseaux Régionaux de Cancérologie (RCC) ayant accepté de diffuser le questionnaire.

Recueil des données

Un questionnaire unique informatisé constitué de quatorze questions communes a été adressé aux médecins libéraux et aux médecins en établissements de santé. Les questions étaient principalement fermées et 2 questions étaient rédigées selon une échelle de Likert. Le questionnaire comportait 3 parties (voir figure 1) :

- La première partie intitulée « *vous et les RCP de cancérologies* » portant sur les connaissances et pratique habituelle en matière de RCP.
- La deuxième partie intitulée « *le médecin généraliste traitant et les RCP de cancérologie* » portant sur la place du médecin généraliste traitant au sein de la RCP de cancérologie.
- La troisième partie intitulée « *pour mieux vous connaître* » portant sur les caractéristiques sociodémographiques et le mode d'exercice des participants avec une question sur l'origine géographique Nord-Ouest / Nord-Est / Sud-Ouest / Sud-Est.

La période de recueil des données s'est déroulée du 20 novembre 2013 au 31 janvier 2014 sans relance.

Analyse statistique

Une analyse descriptive des données a été réalisée. Les variables qualitatives ont été décrites sous forme d'effectif (n) et de fréquence (%). Puis une analyse comparative a été effectuée à l'aide d'un test du chi deux (+/- correction de Yates) ou d'un test exact

de Fischer entre les différents échantillons des populations. Un seuil de significativité strictement inférieur à 5% a été retenu pour l'ensemble des statistiques des tests.

Considérations éthiques et réglementaires

Notre étude a donné lieu à une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sous le n° nrN0678081p. Le questionnaire a été soumis le 19/11/2013 au comité d'éthique des Hospices Civiles de Lyon et un avis favorable a été rendu le 18/12/2013.

Résultats

Caractéristiques générales de l'échantillon (tableau 1)

Onze mille quatre-vingt-seize médecins libéraux et trois mille six cent onze médecins exerçant en établissement de santé ont reçu le questionnaire par courriel. Huit cent soixante et un médecins ont répondu ce qui représentait un taux de participation global était de 5.9%. Le taux de participation pour les médecins libéraux était de 5.8% (640 sur 11 096) et de 6.1% (221 sur 3611) pour les médecins exerçant en établissement de santé.

Les participants (tableau 1) étaient majoritairement des hommes (62.7% ; n=540), plus de la moitié des répondants (57.9% ; n =498) avaient plus de 50 ans. Les trois quarts avaient une activité libérale (74.3% ; n=640) dont 90.2% de médecins généralistes (n=577) parmi eux plus de la moitié (57% ; n=329) exerçaient en groupe. Parmi les 63 spécialistes d'organes, les oncologues / radiothérapeutes et gastro-entérologue étaient les plus nombreux (42.8%) (tableau 2). Les quatre grandes régions de provenance étaient équitablement représentées avec un minimum de 20% pour chacune.

Connaissances et pratique de la RCP (tableau 3)

Tous les médecins spécialistes d'organes libéraux ont déclaré avoir déjà participé à une RCP de cancérologie alors que seul 13.3% des médecins généralistes ont déclaré y avoir participé (p<0.001). Plus de 9 médecins spécialistes d'organes libéraux sur 10

ont déclaré avoir été invité à participer à une RCP de cancérologie pour 1 médecin sur 10 exerçant en soins primaires ($p < 0.001$). Moins d'un tiers de l'ensemble des médecins se disent satisfaits de la coordination ville-hôpital (30.4%).

Place du médecin généraliste traitant (*tableau 4*)

76% des médecins répondants ont déclaré que le médecin généraliste traitant avait sa place au sein de la RCP de cancérologie ($n=654$). Plus de 7 médecins répondants sur 10 (71.2% ; $n=613$) ont déclaré que la présence d'un médecin généraliste à une RCP renforcerait la coordination ville-hôpital.

Rôle du médecin généraliste traitant en RCP (*tableau 4*)

Les médecins participants ont déclaré que la présence du médecin généraliste traitant au sein de la RCP de cancérologie permettrait d'apporter des informations psychosociales et environnementales sur le patient (94% ; $n=809$) ainsi que des éléments sur les antécédents médicaux du patient (59.1% ; $n=509$).

Plus de la moitié des médecins répondants ont déclaré que le médecin généraliste traitant pourrait intervenir dans la décision thérapeutique finale (53.2% ; $n=458$) et pour certains (6.62% ; $n=57$) le médecin généraliste traitant pourrait proposer des traitements.

58.1% ($n=335$) des médecins généralistes se verrait en tant que « représentant » de leur patient au sein de la RCP de cancérologie et 44.4% ($n=28$) des médecins spécialistes d'organe libéraux partageaient cet avis ($p=0.044$).

2.3% ($n=20$) des 861 répondants ont déclaré que le médecin généraliste traitant n'avait aucun rôle à jouer au sein d'une RCP

Intérêt pour le médecin généraliste traitant de participer aux RCP (*tableau 4*)

Les intérêts déclarés par les médecins généralistes répondant étaient de rencontrer ses confrères hospitaliers (69.3%, $n=597$), connaître les effets secondaires des traitements en vue de leur gestion (64.2%, $n=553$), d'accompagner plus efficacement leur patient (77.23%, $n=665$) et sa famille (71.66%, $n=617$) et de limiter la perte d'information (54.47%, $n=469$).

42.5% (n=245) des médecins généralistes et 58.7% (n=37) des spécialistes d'organe ont déclaré qu'il était intéressant pour le médecin généraliste traitant de connaître le pronostic de la maladie de son patient (p=0.016).

47% (n=271) des médecins généralistes et 74.6% (n=47) des spécialistes d'organe libéraux ont déclaré que la participation du médecin généraliste traitant à la RCP était un moyen de formation pour les médecins généralistes traitants (p<0.001).

Discussion

Cette étude a mis en évidence que le médecin généraliste traitant avait sa place au sein de la RCP de cancérologie. Sa présence pourrait améliorer la communication entre la ville et l'hôpital et la qualité du soutien que ce dernier apporte au patient et sa famille. Néanmoins, les médecins généralistes étaient conscients que leur connaissance et leur formation en cancérologie étaient limitées, que leur principale difficulté était la gestion des effets secondaires des traitements.

Dans notre étude, moins d'un tiers des médecins, toutes spécialités confondues, avait déclaré être satisfait de la coordination ville-hôpital et plus de deux tiers pensaient que la présence du médecin généraliste traitant à la RCP renforcerait la coordination ville-hôpital.

En effet, les médecins hospitaliers sont demandeurs d'informations concernant les problèmes psychologiques éventuels, les pathologies chroniques associées, les problèmes sociaux, les difficultés matérielles et le soutien de l'entourage [11]. Certains oncologues considèrent que les médecins généralistes ne leur fournissent pas toujours suffisamment de renseignements sur les patients, ce qui gêne alors les prises de décisions adaptées pour le malade [12]. Rencontrer ses confrères hospitaliers permettra au médecin traitant d'obtenir toutes les informations nécessaires pour faciliter le suivi du patient en ambulatoire. Dans l'enquête « *les médecins généralistes face aux cancers* », menée par La Ligue nationale contre le cancer en 2010, seuls 48% des médecins généralistes se disent satisfaits de l'information qui leur est délivrée par

leurs confrères prenant en charge leurs patients pour un cancer [13]. Pour pallier à ce défaut de communication les médecins généralistes traitant font le choix de sélectionner leurs correspondants et équipes spécialisées non plus seulement sur leur réputation mais également sur leur capacité à communiquer avec eux et à leur renvoyer leurs patients [14]. Les patients sont, eux aussi, demandeurs d'une meilleure communication entre l'hôpital et leur médecin généraliste. Ils jouent parfois le rôle de messagers entre les professionnels de santé impliqués dans leur prise en charge et rapportent à leur médecin généraliste les propos de leur oncologue [15]. Pour remédier aux problèmes de communication plusieurs idées ont été proposées comme la création d'un dossier partagé porté par le patient [16-17] en version papier ou sur clé USB, une harmonisation du contenu du courrier de sortie [18-20], l'utilisation du fax, le développement des messageries sécurisées [21], la mise en place d'un numéro d'appel spécialisé en cancérologie que ce soit pour des avis ou des urgences [1, 16, 21-23] ainsi que la création de réseaux de santé.

Dans notre enquête, 76% des médecins interrogés ont déclaré que le médecin généraliste traitant avait sa place au sein de la RCP de cancérologie de son patient. Quelle place serait alors la sienne ? Plus de la moitié des médecins généralistes désireraient intervenir dans la décision thérapeutique finale non pas pour proposer des traitements (7.5%) mais afin d'être associés aux décisions concernant, notamment le retour à domicile (85.5%), le choix du parcours de soins (60.9%), l'arrêt des traitements curatifs (55.1%) [24]. De par la connaissance qu'il a de ses patients et de la relation de confiance tissée depuis de nombreuses années, le médecin traitant est le représentant naturel de son patient atteint d'un cancer. Cette confiance est un élément essentiel de la relation thérapeutique, elle est corrélée à la satisfaction du patient et à son adhésion au traitement [25]. Malgré leur volonté de participation à la RCP ils ne sont que 5.31% à désirer présenter eux-mêmes le dossier de leur patient [26].

La présence du médecin généraliste à la RCP permettrait d'améliorer le suivi ambulatoire du patient. La gestion des effets secondaires des traitements anticancéreux est un problème récurrent pour les médecins traitants avec le développement de nouveaux traitements et la dispense ambulatoire, de plus en plus fréquente, des chimiothérapies. En effet, la proportion de traitements anticancéreux pris par voie orale devrait atteindre 25 à 30 % en 2015 [10]. Dans notre enquête, 60%

des médecins généralistes déclaraient vouloir connaître les traitements anti-cancéreux de leur patient et près de 70% voulaient en connaître les effets secondaires et savoir les gérer. Dans cette optique, un guide thérapeutique sur les traitements des cancers destiné au médecin généraliste a été publié [27].

Le rôle du médecin traitant est d'accompagner son patient au cours de son cancer, l'aider à surmonter ses angoisses, ses problèmes familiaux et économiques qui viennent se greffer à sa situation [1]. Les proches des patients sollicitent aussi le médecin traitant, ils demandent des informations sur la maladie, le pronostic vital, les traitements et leurs effets secondaires. Par contre les médecins généralistes, bien que demandeurs de formation en oncologie, n'envisageaient pas leur présence à la RCP comme un moyen de formation médicale continue.

Si l'on compare nos résultats avec ceux de l'atlas de la démographie médicale de 2014 [28], notre échantillon était représentatif de la population médicale française. En effet, nous n'observons pas de différence en termes de sexe, d'âge et de mode d'exercice. Pour avoir accès aux coordonnées courrielles des médecins nous avons sollicité des organismes officiels (URPS et RRC) mais certains médecins n'ont pas consulté leur boîte courriel ou n'ont pas pu ouvrir le lien. Ce biais de sélection pouvait expliquer en partie le faible taux de participation de l'étude 5.9%. On pouvait également émettre l'hypothèse, que l'absence de relance, ou de compensation financière à la participation, a pu affecter notre taux de participation, sans oublier que les médecins sont beaucoup sollicités par les questionnaires de toutes sortes. Ils ne s'attardent que sur ceux dont les thèmes les intéressent. Concernant les réponses aux questions, l'enquête étant déclarative nous n'avons aucun moyen pour s'assurer de la véracité des réponses fournies.

Conclusion

La participation du médecin généraliste à la RCP de cancérologie est encore anecdotique. Dans notre étude, seul 13.3% des médecins généralistes interrogés

déclaraient avoir déjà participé à une RCP, alors que la totalité des médecins spécialistes d'organes y avaient déjà participé. Les raisons de leur absence sont nombreuses, principalement par manque de disponibilité et de temps, l'activité libérale, rémunérée à l'acte, est peu compatible actuellement avec un déplacement pouvant représenter jusqu'à 1 heure de route pour se rendre au centre de référence afin de participer une RCP à propos d'un de leur patient.

La création des réseaux de santé a permis d'améliorer la coordination entre la ville et l'hôpital, la participation du médecin généraliste à la RCP de cancérologie permettrait de renforcer la communication entre les soins spécialisés institutionnels et les soins primaires ambulatoires. Le système de santé actuel qui prône l'approche centrée sur le patient, on peut envisager qu'il soit présent à la RCP le concernant comme c'est déjà le cas pour certains cancers [29].

Remerciements

Les auteurs sont particulièrement reconnaissants auprès des médecins ayant participé à cette enquête. Les auteurs remercient les RRC et les URPS pour leur soutien logistique dans la diffusion du questionnaire.

Conflits d'intérêts

Aucun

Références

1. Anvik T, Holtedahl KA, Mikalsen H. « When patients have cancer, they stop seeing me »--the role of the general practitioner in early follow-up of patients with cancer--a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2006;7:19.
2. Demagny L, Holtedahl K, Bachimont J, Thorsen T, Letourmy A, Bungener M. General practitioners' role in cancer care: a French-Norwegian study. *BMC Res Notes.* 2009;2:200.
3. Grunfeld E. Cancer survivorship: a challenge for primary care physicians. *Br J Gen Pract.* 1 oct 2005;55(519):741-2.

4. Del Giudice ME, Grunfeld E, Harvey BJ, Piliotis E, Verma S. Primary care physicians' views of routine follow-up care of cancer survivors. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 10 juill 2009;27(20):3338-45.
5. Allgar VL, Neal RD. General practitioners' management of cancer in England: secondary analysis of data from the National Survey of NHS Patients-Cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. déc 2005;14(5):409-16.
6. Lamb BW, Sevdalis N, Vincent C, Green JSA. Development and evaluation of a checklist to support decision making in cancer multidisciplinary team meetings: MDT-QuIC. *Ann Surg Oncol*. juin 2012;19(6):1759-65.
7. InCa. Plan Cancer 2003-2007 : mission interministérielle pour la lutte contre le cancer. [Internet]. 2003. Disponible sur: <http://www.plan-cancer.gouv.fr>
8. INCa, Ministère des affaires sociales et de la santé, ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Plan Cancer 2009-2013 [Internet]. 2009. Disponible sur: <http://www.plan-cancer.gouv.fr>. Consulté le 28/08/2014
9. Vernant JP. Recommandations pour le troisième Plan Cancer. Rapport à la ministre des affaires sociales et de la santé et à la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche. [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.plan-cancer.gouv.fr>
10. INCa, Ministère des affaires sociales et de la santé, ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Plan cancer 2014-2019 [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.plan-cancer.gouv.fr>. Consulté le 28/08/2014
11. Milliat-Guittard L, Letrilliart L, Galand-Desmé S, Berthoux N, Charlois A-L, Romestaing P, et al. Échanges d'informations médicales dans la prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein : perceptions et attentes des médecins traitants de ville et des spécialistes hospitaliers. *Bull Cancer (Paris)*. 31 janv 2006;93(2):223-31.
12. Wood ML, McWilliam CL. Cancer in remission. Challenge in collaboration for family physicians and oncologists. *Can Fam Physician*. mai 1996;42:899-910.
13. « Les médecins généralistes face au cancer en 2010 », une enquête inédite de la Ligue contre le cancer, communiqué de presse. 2010.
14. Bungener M. La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ? 2009;
15. Lundstrøm LH, Johnsen AT, Ross L, Petersen MA, Groenvold M. Cross-sectorial cooperation and supportive care in general practice: cancer patients' experiences. *Fam Pract*. 10 janv 2011;28(5):532-40.

16. ARS Lorraine O. Médecins généralistes leur rôle dans la prise en charge des personnes atteintes de cancer. 2014.
17. Milliat-Guittard L, Romestaing P, Letrilliart L, Berthoux N, Charlois A-L, Mere P, et al. Le dossier de santé détenu par le patient : impact sur le suivi du cancer du sein dans la région Rhône-Alpes. Projet Archimed. Revue d'épidémiologie et de santé publique [Internet]. Elsevier Masson; 2008 [cité 25 août 2014]. Disponible sur: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=20598898>
18. Stålhammar J, Holmberg L, Svärdsudd K, Tibblin G. Written communication from specialists to general practitioners in cancer care. What are the expectations and how are they met? Scand J Prim Health Care. sept 1998;16(3):154-9.
19. McConnell D, Butow PN, Tattersall MH. Improving the letters we write: an exploration of doctor-doctor communication in cancer care. Br J Cancer. mai 1999;80(3-4):427-37.
20. Braun TC, Hagen NA, Smith C, Summers N. Oncologists and family physicians. Using a standardized letter to improve communication. Can Fam Physician. juill 2003;49:882-6.
21. Rowlands S, Callen J, Westbrook J. What information do general practitioners need to care for patients with lung cancer? A survey of general practitioners perceptions. HIM J. 2010;39(1):8-16.
22. Tardieu É, Thiry-Bour C, Devaux C, Ciocan D, de Carvalho V, Grand M, et al. [The place of general practitioners in cancer care in Champagne-Ardenne]. Bull Cancer (Paris). mai 2012;99(5):557-62.
23. Laury-Auzeric M, Nguyen TD, Pavlovitch J-M. Réseau de soins en cancérologie mammaire: enquête d'opinion prospective auprès des médecins généralistes. Bull Cancer (Paris). 14 janv 2002;88(12):1228-34.
24. Couraud Laouisset C. Le médecin généraliste face à la prise en charge des patients atteints de cancer. Université Paris 7 – Diderot ; 2011.
25. Tarrant C, Stokes T, Baker R. Factors associated with patients' trust in their general practitioner: a cross-sectional survey. Br J Gen Pract. 10 janv 2003;53(495):798-800.
26. Pinganaud G. Difficultés du médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints de cancer (rôles, besoins et perspectives). 2013.
27. Delfieu D. Les traitements des cancers Précis à l'usage des médecins généralistes. Oncologie. 1 févr 2010;12(2):135-41.

- 28.** Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2014. Conseil National de l'Ordre des Médecins;
- 29.** Guillem P, Bolla M, Courby S, Descotes J-L, Laramas M, Moro-Sibilot D. Évaluation des réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie : quelles priorités pour quelles améliorations? Bull Cancer (Paris). 1 sept 2011;98(9):989-98.

Figure 1 : Questionnaire Place du médecin généraliste (Version Word)

Nous sommes deux étudiantes en DES de médecine générale à l'Université de Lyon. Nous réalisons une thèse dont la question est de savoir si les médecins généralistes traitant pourraient avoir leur place au sein des réunions de concertations pluridisciplinaires en cancérologie (RCP).

Cette étude observationnelle comporte un questionnaire destiné à tout médecin participant à des RCP au sein d'établissement de santé et aux médecins libéraux.

Ce questionnaire anonyme ne comporte aucune obligation de réponse et vous prendra entre 5 et 10 minutes de votre temps au maximum. En y répondant vous nous autorisez à utiliser les données collectées dans le cadre de notre thèse et en vue d'une publication.

Notre étude a donné lieu à une déclaration auprès de la Commission National de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sous le n° nrN0678081p. Nous avons également obtenu l'autorisation du comité d'éthique des Hospices Civiles de Lyon (soumis en séance du 19-11-2013).

Cette enquête sera clôturée le 01/02/2014.

Nous vous remercions d'avance pour votre participation,

Cordialement,

Aurélie GUICHARD et Cécilia BACHEVILLIER

Université LYON 1

Première partie : Vous et les RCP de cancérologie :

Question 1 : Avez-vous déjà participé à une RCP de cancérologie? oui non

Question 2 : Avez-vous déjà été convié à une RCP de cancérologie? oui non

Question 3 : Connaissez-vous l'existence du plan cancer 2009-2013 oui non

Question 4 : Etes-vous satisfait de la coordination ville-hôpital dans votre région ?

1 2 3 4 5

non, pas du tout - plutôt non - ni oui, ni non - plutôt oui - oui, tout à fait

Deuxième partie : Le médecin généraliste traitant et les RCP de cancérologie :

Question 5 : Pensez-vous qu'un médecin généraliste puisse avoir sa place au sein d'une RCP de cancérologie ?

oui non ne sait pas

Question 6 : La participation d'un médecin généraliste à une RCP de cancérologie renforcerait la coordination ville-hôpital

1 2 3 4 5

non, pas du tout - plutôt non - ni oui, ni non - plutôt oui - oui, tout à fait

Question 7 : Selon vous, quel pourrait être le rôle du médecin généraliste traitant au sein d'une RCP de cancérologie ? (plusieurs propositions possibles)

Apporter une connaissance psycho-sociale et environnementale du patient

Apporter une connaissance sur les antécédents médicaux du patient

Proposer des traitements

Intervenir dans la décision thérapeutique finale

Etre le représentant du patient

Aucun rôle

Question 8 : Selon vous, quel serait l'intérêt pour un médecin généraliste traitant d'assister à la RCP de cancérologie de son patient ? (plusieurs propositions possibles)

Connaître ses confrères hospitaliers

Connaître le pronostic de la maladie

Connaître les traitements en cours et à venir du patient

Connaître et savoir gérer les effets secondaires du traitement

Eviter la perte d'information

Etre plus à même d'aider et d'accompagner la famille du patient

Accompagner son patient plus efficacement

Moyen de formation médicale continue

Aucun intérêt

Question 9 : Vous êtes :

Médecin libéral

Médecin hospitalier

Troisième partie : pour mieux vous connaître

Question 10 : Vous êtes :

Un homme

Une femme

Question 11 : Vous avez entre

20 et 29 ans

30 et 39 ans

40 et 49 ans

50 et 59 ans

plus de 60 ans

Question 12 : Vous êtes :

Spécialiste d'organe (précisez la spécialité)

Spécialiste en médecine générale

Question 13 : Vous exercez :

Seul

En groupe

En maison de santé pluridisciplinaire

Question 14 : Dans quelle région de France exercez-vous :

Région Nord-Ouest

Région Nord-Est

Région Sud-Ouest

Région Sud-Est Rhône-Alpes

Région Sud-Est hors Rhône-Alpes

Tableau 2. Caractéristiques générales des médecins interrogés.

Caractéristiques	Total n (%)	Médecins généralistes libéraux n (%)	Médecins spécialistes libéraux n (%)	Médecins en établissement de santé n (%)
Sexe				
Masculin	540 (62.7)	354 (61.4)	51 (81.0)	135 (61.1)
Féminin	321 (37.3)	223 (38.6)	12 (19.0)	86 (38.9)
Classe d'âge				
25 – 29 ans	13 (1.5)	8 (1.4)	0 (0.0)	5 (2.3)
30 – 39 ans	159 (18.5)	100 (17.3)	8 (12.7)	51 (23.1)
40 – 49 ans	191 (22.2)	104 (18.0)	16 (25.4)	71 (32.1)
50 – 59 ans	346 (40.2)	255 (44.2)	26 (41.3)	65 (29.4)
Plus de 60 ans	152 (17.7)	110 (19.1)	13 (20.6)	29 (13.1)
Région				
Nord Ouest	245 (28.5)	129 (22.4)	27 (42.9)	89 (40.3)
Nord Est	176 (20.4)	60 (10.4)	24 (38.1)	92 (41.6)
Sud Ouest	182 (21.1)	131 (22.7)	12 (19.0)	39 (17.6)
Sud Est	255 (29.6)	255 (44.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
Pratique				
Médecin libéral	640 (74.3)	–	–	–
Médecin généraliste	577 (90.2)	–	–	–
Médecin spécialiste d'organe	63 (9.8)	–	–	–
Médecin en établissement de santé	221 (25.7)	–	–	–
Mode d'exercice des médecins libéraux				
Seul	194 (30.3)	189 (32.8)	5 (7.9)	–
En groupe	385 (60.2)	329 (57.0)	56 (88.9)	–
En maison de santé pluridisciplinaire	61 (9.5)	59 (10.2)	2 (3.2)	–

Tableau 2. Répartition par spécialité d'organe

Spécialistes d'organes	n (%)
Oncologue et/ou Radiothérapeute	14 (22.2)
Gastro-entérologue	13 (20.6)
Radiologue	6 (9.5)
Dermatologue	5 (7.9)
Pneumologue	5 (7.9)
Chirurgien	4 (6.3)
Urologue	4 (6.3)
Anatomopathologiste	4 (6.3)
ORL	4 (6.3)
Endocrinologue	1 (1.6)
Gynécologue	1 (1.6)
Ne se prononce pas	2 (3.2)
Total	63 (100)

Tableau 3. Connaissances et pratique des RCP.

Connaissances et pratiques	Total n (%)	Médecins généralistes libéraux n (%)	Médecins spécialistes libéraux n (%)	Médecins en établissement de santé n (%)	Niveau de signifi- cativité <i>p</i> *
Participation antérieure à une RCP					
Oui	357 (41,5)	77 (13.3)	63 (100)	217 (98.2)	< 0.001
Non	504 (58,5)	500 (86.7)	0 (0.0)	4 (1.8)	
Invitation antérieure à une RCP					
Oui	323 (37,5)	60 (10.4)	59 (93.7)	204 (92.3)	< 0.001
Non	538 (62,5)	517 (89.6)	4 (6.3)	17 (7.7)	
Connaissance du Plan Cancer					
Oui	689 (80,0)	416 (72.1)	63 (100)	210 (95.0)	< 0.001
Non	172 (20,0)	161 (27.9)	0 (0.0)	11 (5.0)	
Satisfaction de la coordination ville-hôpital					
Plutôt oui	262 (30.4)	130 (22.5)	34 (54.0)	98 (44.3)	< 0.001
Ni oui ni non	321 (37.3)	229 (39.7)	15 (23.8)	77 (34.8)	
Plutôt non	278 (32.3)	218 (37.8)	14 (22.2)	46 (20.8)	

*analyse comparative entre les médecins généralistes libéraux et les médecins spécialistes libéraux

Tableau 4. Place du médecin généraliste traitant au sein de la RCP.

Place du médecin généraliste traitant au sein de la RCP	Total n (%)	Médecins généralistes libéraux n (%)	Médecins spécialistes libéraux n (%)	Médecins en établissement de santé n (%)	Niveau de signifi- cativité <i>p</i> *
Le médecin généraliste a sa place					
Oui	654 (76.0)	454 (78.7)	45 (71.4)	155 (70.1)	0.317
Non	79 (9.2)	35 (6.1)	6 (9.5)	38 (17.2)	
Ne sait pas	128 (14.9)	88 (15.3)	12 (19.0)	28 (12.7)	
Effet de renfort de coordination ville-hôpital					
Plutôt oui	613 (71.2)	439 (76.1)	37 (58.7)	137 (62.0)	0.001
Ni oui ni non	167 (19.4)	106 (18.4)	15 (23.8)	46 (20.8)	
Plutôt non	81 (9.4)	32 (5.5)	11 (17.5)	38 (17.2)	
Rôle du médecin généraliste au sein de la RCP					
Apporter une connaissance psycho- sociale et environnementale	809 (94.0)	554 (96.0)	58 (92.1)	197 (89.1)	0.182
Apporter une connaissance sur les antécédents médicaux du patient	509 (59.1)	353 (61.2)	38 (60.3)	118 (53.4)	0.892
Proposer des traitements	57 (6.6)	43 (7.5)	5 (7.9)	9 (4.1)	0.803
Intervenir dans la décision thérapeutique finale	458 (53.2)	317 (54.9)	41 (65.1)	100 (45.2)	0.142
Etre le représentant du patient	458 (53.2)	335 (58.1)	28 (44.4)	95 (43.0)	0.044
Aucun rôle	20 (2.3)	10 (1.7)	1 (1.6)	9 (4.1)	1
Intérêt pour le médecin généraliste traitant d'une participation aux RCP					
Rencontrer ses confrères hospitaliers	597 (69.3)	384 (66.6)	47 (74.6)	166 (75.1)	0.207
Connaître le pronostic de la maladie	421 (48.9)	245 (42.5)	37 (58.7)	139 (62.9)	0.016
Connaître les traitements du patient	564 (65.5)	346 (60.0)	51 (81.0)	167 (75.6)	0.001
Connaître et savoir gérer les effets secondaires du traitement	553 (64.2)	399 (69.2)	40 (63.5)	114 (51.6)	0.391
Eviter la perte d'information	469 (54.5)	311 (53.9)	39 (61.9)	119 (53.8)	0.234
Aider et accompagner la famille du patient	617 (71.7)	402 (69.7)	51 (81.0)	164 (74.2)	0.079
Accompagner le patient plus efficacement	665 (77.2)	440 (76.3)	52 (82.5)	173 (78.3)	0.345
Moyen de formation médicale continue	456 (53.0)	271 (47.0)	47 (74.6)	138 (62.4)	< 0.001
Aucun intérêt	13 (1.5)	8 (1.4)	0 (0.0)	5 (2.3)	1

*analyse comparative entre les médecins généralistes libéraux et les médecins spécialistes libéraux

Annexe 9 : Article numéro 2 soumis au comité de lecture de la revue le Bulletin du Cancer le 04/11/2014

Compte auteur

En tant qu'auteur, l'accès à cet espace vous permet de :

- Mettre à jour votre profil, - Avoir un aperçu des manuscrits soumis, - Télécharger vos figures,
- Voir/mettre à jour toutes les informations concernant les manuscrits soumis, - Connaître le statut actuel de votre soumission

[Auteur correspondant : Compléter / Modifier](#)

Nom Dr. humbert de FREMINVILLE
Institut Université Claude Bernard Lyon 1, Collège Universitaire de médecine générale. Faculté de Médecine Lyon-Est.
Adresse Université Claude Bernard Lyon 1, Collège Universitaire de médecine générale. Faculté de Médecine Lyon-Est. 8, avenue Rockefeller, 69373 LYON CEDEX 08, FRANCE.
Ville 69373 LYON
Pays France
Adresse électronique humbert.de-freminville@univ-lyon1.fr

[Changer votre mot de passe](#)

Votre/vos soumission(s)

[Ajouter un manuscrit](#)

Veillez ne pas créer (ajouter) une nouvelle soumission pour un manuscrit révisé, mais cliquez sur le numéro identifiant de votre soumission initiale.

🗑 = Cliquez sur la poubelle pour effacer des essais de soumission.

R = Manuscrit en révision. Veuillez cliquer sur ce numéro identifiant pour télécharger votre version révisée.

C = Demande de mise en conformité. Veuillez cliquer sur ce numéro identifiant pour télécharger votre version conforme aux demandes.

Identifiant du manuscrit	Titre	Statut	Date de création
bdc140368	PLACE DU MEDECIN GENERALISTE TRAITANT AU SEIN DE LA REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE (RCP)...	Envoyé aux experts	04-11-14 09:29:40
bdc140367	La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie : quels moyens pour faciliter l'...	Envoyé aux experts	04-11-14 08:55:18

La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie : quels moyens pour faciliter l'accès aux médecins généralistes traitants ?

*Multidisciplinary team meetings (MTM): what resources are available to
facilitate access to general practitioners*

Cécilia BACHEVILLIER¹, Aurélie GUICHARD¹, Nadir KELLOU¹, Humbert de
FREMINVILLE^{1,2}

1. Université Claude Bernard Lyon 1, Collège Universitaire de médecine générale. Faculté de
Médecine Lyon-Est. 8, avenue Rockefeller, 69373 LYON CEDEX 08, FRANCE.

2. Laboratoire « Santé, Individu, Société »-EAM 4128-Faculté de Médecine Laënnec
7-11 rue Guillaume Paradin – Bât B-69372 Lyon Cedex 08, FRANCE.

Correspondance:

Cécilia BACHEVILLIER cecilia.bachevillier@hotmail.fr

Humbert de Fréminville humbert.de-freminville@univ-lyon1.fr

Résumé

Introduction

La Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) est la base de la prise en charge en cancérologie. La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, dite loi HPST, et le Plan Cancer 2009-2013 insistent sur le rôle pivot du médecin généraliste dans la prise en charge des malades atteints de cancer.

Méthode

Une étude nationale multicentrique observationnelle a été réalisée du 20 Novembre 2013 au 31 Janvier 2014 pour étudier les différents moyens pouvant faciliter l'accès de la RCP de cancérologie aux médecins généralistes traitants. Un questionnaire anonyme a été envoyé par courrier électronique à 11 096 médecins libéraux et 3 611 médecins exerçant en établissements de santé.

Résultats

861 médecins ont répondu au questionnaire. 13.3% des médecins généralistes avaient déjà participé à une RCP, 39.7% n'envisageaient pas de se déplacer à une RCP et 61.4% étaient incités à participer en cas de rémunération. 54.6% des participants trouvaient envisageable de participer à une RCP par visioconférence.

Conclusion

La participation du médecin généraliste traitant à la RCP de cancérologie est à promouvoir et permettrait une information en temps réel entre la ville et l'hôpital. Elle serait facilitée par une rémunération des médecins participants et par l'utilisation de la visioconférence.

Mots clés : cancérologie, médecin généraliste, concertation pluridisciplinaire, visioconférence

Abstract

Introduction

The Multidisciplinary Team Meeting (MTM) is now standard practice in oncology. In France, the HPST law and the second national cancer plan give general practitioners (GP) a key role in cancer care.

Method

The aim of this study is to determine the resources for improving the place of GPs during MTMs. A survey was conducted in France from November 2013 to January 2014. A questionnaire was sent by mail to 11 096 physicians in private practice (GP and specialists) and 3 611 hospital practitioners.

Results

861 physicians answered the questionnaire. 13.3% of GPs had attended an MTM, 39.7% did not envisage attending an MTM and 61.4% could be motivated to attend an MTM in return for payment. 54.6% of participants said they could attend an MTM by video conference.

Conclusion

The place of GPs at MTMs should be promoted as it would result in the direct and complete communication of information between primary care and hospitals. This participation could be encouraged by financial compensation for time and traveling costs, and by the use of video conference technology, notably in rural areas.

Keywords: oncology, general practitioners, multidisciplinary team meeting, videoconference

Introduction

En 2012, l'incidence mondiale du cancer a augmenté pour atteindre 14 millions de nouveaux cas par an. Ce chiffre devrait passer à 22 millions de nouveaux cas par an au cours des 20 prochaines années [1]. En France, le nombre de nouveaux cas de cancers a augmenté de plus de 100 % ces trente dernières années pour atteindre 355 000 nouveaux cas en 2012. [2]. Cette mortalité par cancer représente un enjeu de santé publique majeure.

Afin d'améliorer la délivrance des soins et traitements aux patients, des soins spécialisés par des équipes pluridisciplinaires se sont développés [3]. Les Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) sont actuellement à la base de la prise en charge en cancérologie. Le rôle et la place du médecin généraliste en cancérologie ont fait l'objet de multiples publications internationales [4-8]. Il a été mis en évidence que le médecin généraliste avait un rôle indéniable à jouer dans le suivi d'un patient atteint de cancer aussi bien dans la phase initiale de découverte que dans la phase de traitement puis de rémission. Pourtant, une étude britannique de 2011 [9], précise à propos des RCP, que les informations sur le point de vue du patient, les aspects psycho-sociaux en relation avec les soins et les comorbidités du patient sont souvent peu considérés dans la décision thérapeutique. Autant d'informations qu'un médecin généraliste serait à même de fournir aux autres membres de la RCP. Une étude australienne [10] explique que les médecins généralistes peuvent se comporter comme des défenseurs pour leur patient, poser des questions sur les effets secondaires du traitement et sur les différents essais en cours, et encourager l'augmentation des soins en ville. Enfin, ils reviennent sur l'existence d'une série de barrière pour les médecins généralistes voulant être présents en personne aux RCP et, pour ces derniers, d'autres moyens de communications nécessitent d'être envisager.

En France, une des mesures phare du deuxième plan cancer 2009-2013 [11] rappelle le rôle pivot du médecin traitant dans la prise en charge en ville et a pour objectif de mieux impliquer les médecins traitants pour qu'ils accompagnent les malades atteints de cancer pendant et après leur traitement. Dans les recommandations pour le troisième plan cancer [12], J.P. Vernant constate que l'implication du médecin généraliste en cancérologie ne s'est pas faite. Il explique cela par le retard du médecin traitant à recevoir les comptes rendus de RCP ou d'hospitalisation qui constituent le seul lien, et à sens unique, entre les établissements de santé et les médecins généralistes.

L'objectif de cette étude était d'identifier les moyens à mettre en œuvre pour faciliter l'accès de la RCP de cancérologie aux médecins généralistes traitants.

Matériels et méthode

Type et population d'étude

Il s'agissait d'une étude nationale multicentrique descriptive observationnelle menée par deux investigateurs.

Deux populations ont été étudiées : les médecins libéraux et les médecins exerçant en établissement de santé (public, privé ou participant au service public) participant habituellement à des RCP.

Les critères d'inclusion étaient : tout médecin libéral inscrit à l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) quel que soit sa spécialité; tout médecin exerçant en établissement de santé participant aux RCP ; ces médecins devaient être inscrits sur la liste courriel d'une URPS ou d'un Réseau Régional de Cancérologie (RRC). Le seul critère d'exclusion existant était l'absence de connexion internet de la part du médecin.

Première population d'étude : l'échantillon était constitué des médecins libéraux et se divisait en deux sous-groupes : les spécialistes en soins primaires et les spécialistes d'organes. Leur adresse courriel devait être renseignée dans la base de données d'une URPS ayant accepté de participer à l'étude. 22 URPS métropolitaines ont été initialement contactées par téléphone puis un courriel type avec un lien vers le questionnaire leur a été envoyé le 20/11/2013. En l'absence de réponse une relance courriel a été effectuée le 16/12/2013 puis de nouveau le 06/01/2014. 8 URPS ont accepté de diffuser le questionnaire (Alsace, Aquitaine, Basse-Normandie, Bretagne, Haute-Normandie, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes et Rhône Alpes). 11 096 médecins libéraux ont ainsi été contactés par courriel.

Deuxième population d'étude : l'échantillon était constitué à partir de médecins exerçant en établissement de santé participant habituellement à des RCP de cancérologie et dont l'adresse courriel était renseignée dans la base de donnée d'un RRC ayant accepté de diffuser le questionnaire. La liste et les coordonnées des responsables des RRC ont été récupérées sur le site de l'Institut National du Cancer (INCa). 21 RRC de France métropolitaine ont été sollicités par un courriel type le 21/11/2013. En l'absence de réponse, une relance téléphonique a été faite au secrétariat des responsables des réseaux le 06/12/2013. 10 RRC ont accepté de diffusé le questionnaire (ONCOLR, ONCOMIP, ONCO-POITOU-CHARENTES,

ONCOCENTRE, ONCOLIE, CAROL, ONCOLOR, ONCO-NORMAND, ONCO BASSE NORMANDIE, ONCO NORD-PAS-DE-CALAIS). 3 611 médecins exerçant en établissement de santé et participant à des RCP ont ainsi été contactés par courriel.

Recueil des données

Google document® a été utilisé pour créer un questionnaire unique informatisé *contenant 15 questions (Figure 1)*. Le questionnaire était précédé d'un texte exposant la question de recherche, le temps moyen de réponse au questionnaire, les considérations éthiques, la date de clôture, la Faculté d'origine. Les réponses ont été recueillies de manière anonyme. La période de recueil des données s'est déroulée du 20 novembre 2013 au 31 janvier 2014.

Analyse statistique

Les données ont été recueillies de manière anonyme par le tableur de Google document® et téléchargées au format Microsoft Excel®. Une analyse descriptive des données a été réalisée par chacun des deux investigateurs de manière indépendante puis comparée. Les variables qualitatives ont été décrites sous forme d'effectif (n) et de fréquence (%). Puis une analyse comparative a été effectuée à l'aide d'un test du chi deux (+/- correction de Yates) ou d'un test exact de Fischer entre les différents échantillons des populations. Un seuil de significativité strictement inférieur à 5% a été retenu pour l'ensemble des statistiques des tests.

Considérations éthiques et réglementaires

L'étude a donné lieu à une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) sous le n° nrN0678081p.

Le questionnaire a été soumis le 19/11/2013 auprès du comité d'éthique des Hospices Civiles de Lyon. A la suite de la séance le questionnaire a été modifié comme demandé et ceci dans un souci de clarification. Un avis favorable a été rendu le 18/12/2013.

Résultats

14 707 médecins ont été interrogés par courrier électronique. Parmi eux, 861 ont répondu au questionnaire, soit un taux de participation global de 5.9%. Le taux de participation était de 5.8% (640/11 096) pour les médecins libéraux et de 6.1% (221/3 611) pour les médecins exerçant en établissement de santé.

Caractéristiques générales de l'échantillon

Les caractéristiques démographiques des différents groupes de médecins sont présentées dans le *Tableau 1*. Les médecins répondants étaient majoritairement des hommes (62.7% ; n=540) âgés de plus de 50 ans (57.9% ; n = 498).

Les trois quarts des médecins répondants avaient une activité libérale (74.3% ; n=640) dont 90.2% de médecins généralistes (n=577) et 9.8% de médecins spécialistes d'organes (n=63). 100 % des médecins spécialistes d'organes libéraux et 13.3% des médecins généralistes ont déclaré avoir participé à une RCP de cancérologie ($p < 0.001$). Parmi les 63 spécialistes d'organes répondants, 11 spécialités médico-chirurgicales étaient représentées (*Tableau 2*). Les oncologues / radiothérapeutes et gastro-entérologue étaient les plus nombreux (42.8% ; n= 27)).

Moyens envisageables en vue d'une participation

En activité libérale, la quasi-totalité des spécialistes d'organes et deux tiers des médecins généralistes déclaraient exercer à moins de 30 minutes du/des lieu(x) de déroulement habituel des RCP (96.8% vs 66.9% ; $p < 0.001$). Le *tableau 3* présente les facteurs susceptibles d'influencer la participation du médecin généraliste traitant aux RCP. Plus des trois quart des médecins spécialistes d'organe et un tiers des médecins généralistes envisageaient de se déplacer à une RCP (84.1% vs 33.8% ; $p < 0.001$). Tous les médecins libéraux répondants étaient équipés en ADSL, sans différence significative entre les deux groupes ($p = 0.397$). Les trois quart des médecins spécialistes d'organe et moins de la moitié des médecins en soins primaires déclaraient possible la libération de temps pour participer aux RCP (74.6% vs 44.9% ; $p < 0.001$). Les médecins généralistes étaient significativement plus favorables à une rémunération pouvant encourager la participation aux RCP (61.4 % vs 54.0 %). La majorité des participants s'accordaient sur un mode de rémunération forfaitaire (53.7 % vs 57.1 % ; $p = 0.690$). La deuxième option envisagée pour un tiers des médecins libéraux était une rémunération à l'acte (34.8%).

Concernant la question du mode de rémunération envisageable en cas de participation du médecin généraliste traitant à la RCP, une possibilité de réponse libre intitulée « Autres » était permise. Dix médecins ont répondu :

- *RCP par courriel*
- *Rémunération au temps passé, déplacement compris*
- *Temps passé*
- *Rémunération à l'acte + frais de déplacement*
- *Je participe et je ne suis pas payé*
- *Surtout pas de bénévolat, on manque de temps dans notre exercice*
- *Rémunération qui prenne en compte le temps perdu au cabinet médical*
- *Points de FMC*
- *Acte ou forfait revient au même sur une action ponctuelle comme celle-là, doit payer l'acte et le déplacement*
- *Les deux (acte + forfaitaire)*

RCP par visioconférence

La moitié des 861 participants (46.6%, n=401) étaient utilisateurs d'un système de visioconférence, sans différence significative entre les trois groupes.

61.4% (n=529) des médecins interrogés envisageaient leur participation à une RCP par visioconférence quand 19.4% (n=167) ne l'envisageaient pas du tout. Huit des médecins interrogés ne se prononçaient pas sur la question, et 157 (18.2%) ne se prononçaient ni pour ni contre la visioconférence. Il existait une différence d'avis significative entre les médecins généralistes libéraux et les médecins spécialistes d'organes libéraux comme le montre le *Tableau 4*.

Discussion

Caractéristiques générales

La majorité des médecins répondants étaient des hommes à 62.7%, ce qui correspondait à la situation démographique médicale en France en 2014, puisque 56% des médecins inscrits au tableau de l'Ordre sont des hommes. De même, dans notre étude près de 60% des médecins étaient âgés de plus de 50 ans, ils sont 62.2% au niveau national [13].

Lors d'une enquête réalisée en 2011 dans les Pays de la Loire [14], 67% des médecins généralistes interrogés étaient installés en groupe, la moyenne nationale étant de 54%. Dans notre étude 57% des médecins généralistes exerçaient en groupe, auxquels il fallait ajouter 10.2% de médecins généralistes en maison de santé pluridisciplinaire.

13.3% des médecins généralistes interrogés déclaraient avoir déjà participé à une RCP, alors que la totalité des médecins spécialistes d'organes avaient déjà participé. Pourtant, l'article 36 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 [15], dite loi HPST « Hôpital, patients, santé, territoires », prévoit que le médecin traitant soit le pivot du système de soins centré sur le patient. De même la mesure 18 du deuxième plan cancer [11] rappelle le rôle pivot du médecin traitant dans la prise en charge en ville et a pour objectif de mieux impliquer les médecins traitants pour qu'ils accompagnent les malades atteints de cancer pendant et après leur traitement.

Déplacement du médecin généraliste traitant à la RCP de cancérologie

Dans une étude australienne publiée en 2010 [16] et portant sur les informations nécessaires au médecin généraliste pour soigner un patient avec un cancer du poumon, les médecins généralistes expriment leur désir de recevoir l'information provenant de l'hôpital en temps réel. Ils veulent être capables d'assurer un suivi du patient immédiat et approprié. Ces informations nécessaires portent sur le diagnostic exact, le traitement recommandé et le but du traitement s'il est curatif ou palliatif. Ces informations sont réclamées à la fois par les médecins généralistes et les médecins hospitaliers [17], mais également par les patients eux même [4]. Il y a clairement un besoin de développer et d'évaluer de nouvelles interventions dont le but serait d'améliorer le contenu et la rapidité de la communication entre les soins primaires et les soins hospitaliers [18]. En se déplaçant à une RCP le médecin généraliste pourrait bénéficier de toutes ses informations.

45 % des médecins généralistes interrogés étaient prêts à libérer du temps pour participer aux RCP. En moyenne les RCP se déroulent, selon les centres et quel que soit le pays, toutes les

une à deux semaines [9,19-21]. Cette fréquence hebdomadaire s'accorde avec celle des recommandations françaises de la circulaire de 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie qui estime qu'il faut des RCP minimum deux fois par mois [22]. L'étude anglaise de Wright FC et al. [23] nous indique que la discussion de chaque cas durait approximativement 10 minutes par patient présenté. Une étude française estime de deux à trois heures la durée totale de la RCP selon le nombre de cas discutés [24]. Ce qui en découle directement pour le médecin généraliste c'est la pertinence d'un déplacement et d'une perte de temps de consultation qui peut être de plusieurs heures pour 5 à 15 minutes de réunion.

Cette dernière notion est à nuancer par le fait que le nombre de patients atteints de cancer dans la patientèle d'un médecin généralistes représente finalement assez peu de cas par an et n'occasionnerait donc pas des allers et venues réguliers vers les centres hospitaliers. Ainsi un éditorial anglais portant sur l'implication du médecin généraliste écrit que la plupart des généralistes ne verront qu'un à deux nouveaux cas par an de cancer du poumon [25]. Une étude française menée dans la région Aquitaine en mars 2000 [26] corrobore ce résultat avec des médecins généralistes qui déclaraient suivre en moyenne sur un an 16 patients atteints de cancer dont 5 nouveaux cas par an.

66.9 % des médecins généralistes interrogés et 96.8 % des médecins spécialistes libéraux exerçaient à moins de 30 min du/des lieux de déroulement habituel de la RCP. En France une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) réalisée en 2011 et portant sur la fréquentation des hôpitaux de court séjour [27] a montré que près de 30 % des patients sont hospitalisés à moins de 10 min de chez eux et près de 50 % à moins de 20 min. Ce sont logiquement les prises en charges fréquentes et bénignes qui sont réalisées au plus proche du domicile alors que les hospitalisations pour des pathologies complexes peuvent avoir lieu assez loin du lieu de résidence. Les soins en cancérologie requièrent souvent des prises en charges spécialisées complexes et les temps de parcours des patients hospitalisés vont considérablement s'allonger avec d'importantes disparités régionales.

En France le médecin généraliste libéral installé est rémunéré selon un paiement à l'acte [28]. Chaque consultation est cotée selon un barème et le médecin est rémunéré en fonction du nombre d'actes effectués. Il est donc aisé de comprendre la difficulté pour un médecin généraliste éloigné du lieu de déroulement habituel de la RCP de se rendre à cette dernière. Et effectivement près de 40% des généralistes interrogés n'envisagent pas de se déplacer à une RCP, et un quart ne se prononcent ni pour ni contre. Par contre 61.4% des médecins

généralistes interrogés sont favorables à une rémunération en cas de participation à une RCP et cela serait un facteur incitatif à leur venue.

Dans notre étude nous avons proposé aux médecins généralistes une rémunération à l'acte, forfaitaire ou du bénévolat en cas de participation à une RCP. 35.4% d'entre eux souhaitaient la mise en place d'une rémunération classique à l'acte quand 53.7% préféraient une rémunération forfaitaire. Seuls 4.0% étaient favorables à du bénévolat. Nous avons laissé une question ouverte pour avoir des suggestions concernant d'autres modes de rémunérations possible. Seuls 10 médecins ont fait d'autres propositions. Ce qui ressort nettement c'est que les médecins généralistes veulent une prise en compte du temps passé à la RCP, mais également une prise en compte financière du déplacement que cela occasionnerait.

Dans les recommandations pour un troisième plan cancer [12], JP. Vernant avait suggéré de considérer que la participation du médecin traitant à une RCP contribue à la validation de son DPC (Développement Professionnel Continu). La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, dite loi HPST [15], instaure l'obligation de DPC pour l'ensemble des professionnels de santé. Le DPC correspond à une démarche professionnelle continue qui repose sur l'identification et la mise en œuvre, dans sa pratique quotidienne, d'actions concrètes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

On peut s'interroger sur l'intérêt d'un déplacement à la RCP plutôt que la réception d'un compte rendu par le médecin généraliste. Une étude australienne [29] s'est intéressée aux modes de communication entre les membres d'une équipe soignante pluridisciplinaire en cancérologie pulmonaire. Il en ressort que le mode de contact préféré entre les différents membres de l'équipe était une communication en temps réel, verbale et face à face. Le téléphone et la réception d'e-mail était beaucoup moins sollicités. L'avantage d'un déplacement plutôt que la réception d'un compte rendu quel qu'en soit sa forme est l'immédiateté de l'information délivrée, une baisse du risque de perte d'information, un contact direct favorisant un contact ultérieur si besoin et la possibilité d'un échange. Il est de plus à noter que la participation à une RCP n'empêche pas la réception ultérieure du compte rendu de la RCP.

Il existe un impact significatif de la présence de certaines spécialités aux RCP et cette présence va influencer la décision. Comme le précise l'article de Castel et al.[30], il apparaît clairement que la qualité des décisions ne repose pas uniquement sur le caractère collectif des discussions mais dépend aussi des compétences individuelles et spécifiques de certains membres de la RCP La présence du médecin généraliste traitant du patient pourrait donc influencer sur la prise de décision en faveur de telle ou telle option thérapeutique proposée.

Toutefois l'intérêt d'un déplacement pour le médecin généraliste pourrait être à nuancer par le faible rôle à jouer lors de ces réunions. Il serait avant tout spectateur. Ainsi dans l'étude australienne citée précédemment [29], il est noté la réticence de certains membres à ce que chacun exprime son point de vue car cela occasionnerait un allongement de la durée des réunions. De plus une équipe française du Centre Léon Bérard [24] a remarqué que les médecins travaillant en dehors du centre étaient plus souvent contredits et désavoués en RCP que les autres membres. Il pourrait donc en être de même pour le médecin généraliste. Il est enfin à noter que le médecin généraliste aurait à se déplacer à une réunion de une à plusieurs heures où seul le cas de un ou deux patients discutés l'impliquerait directement. Mais est-ce qu'une participation aux RCP sans déplacements ne serait pas envisageable ?

Participer sans se déplacer

« Clairement, la vidéoconférence doit encore se développer pour arriver sur le devant de la scène en cancérologie », c'est ainsi que l'équipe anglaise de Soukop et al. conclut son article portant sur la RCP dans le cancer colorectal [31]. Dans leur étude publiée en 2007, 30% des centres étaient équipés pour pratiquer la vidéoconférence et 10% des sites planifiaient de s'équiper prochainement. Une méta-analyse de la Cochrane Collaboration [32] effectuée en 2000 s'intéressait déjà à la télémédecine en pratique quotidienne hospitalière. Par télémédecine, il était entendu tout type de télécommunication comme l'utilisation du téléphone ou de la technologie vidéo. Dans le domaine de l'oncologie, un article français paru en 2001 [33] s'intéressait aux Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) : « discrètes au début des années 1990, elles touchent maintenant toutes les disciplines médicales et paramédicales. La cancérologie est une discipline particulièrement sollicitée pour leur utilisation. »

Une étude canadienne [34] permet de bien situer l'enjeu de la RCP par vidéoconférence quand les auteurs considèrent l'utilisation de cette technologies comme un moyen de faciliter l'élargissement de la couverture des RCP. En effet l'équipe de Saghir et al. [35] précise que les établissements ne disposant pas d'une équipe de spécialistes suffisante ont tendance à ne pas organiser de RCP et leurs médecins peuvent choisir d'attendre la RCP d'un établissement voisin. L'équipe de FC. Wright [36] précise que des liens peuvent être créés par visioconférence permettant aux participants de multiples hôpitaux et de diverses spécialités de se rencontrer dans une RCP « virtuelle ». Une équipe américaine [37] a justifié le développement d'une RCP de cancérologie par visioconférence en s'appuyant sur le fait

qu'un accès insuffisant aux spécialistes pouvait compromettre la survie et influencer négativement le devenir du patient.

L'utilité de la visioconférence est notamment établie dans les zones rurales où les oncologues et autres spécialistes peuvent se trouver à des distances significativement éloignées du programme de soin du patient [38]. La centralisation des services médicaux a pour but d'assurer une haute qualité de traitement et ce de façon uniforme pour tous les patients, quel que soit leur lieu de résidence [39]. Mais cela pourrait également diminuer l'accessibilité aux soins hospitaliers des patients qui résident loin, notamment les personnes âgées et les personnes ayant peu de ressources financières [40,41]. Plusieurs articles internationaux recommandent ainsi l'utilisation et l'élargissement de la couverture de la visioconférence dans les structures hospitalières de petite taille ou disposant de peu de moyens et dans les zones rurales [35,37].

Dans notre étude, la majorité (61.4%) des médecins interrogés étaient favorables à une RCP par visioconférence. Toutefois les médecins généralistes n'étaient que 54.6% à être favorable à la visioconférence contre 76% des médecins en établissement de santé. Ce résultat pouvait s'expliquer par le fait que les médecins hospitaliers étaient plus habitués à des vidéoconférences que certains centres utilisent déjà couramment.

D'un point de vue technique, l'équipement Asymmetric Digital Subscriber Line (ADSL) qui permet une connexion internet haut débit des médecins interrogés était quasi-total (97.3%). Ce chiffre élevé était à nuancer car notre questionnaire a été envoyé par courriel et sous-entend une connexion internet et une exclusion d'office de l'étude des médecins non informatisés. Dans une utilisation plus personnelle, 46.6% des médecins interrogés étaient utilisateurs d'un système de visioconférence, sans différence significative entre les trois populations d'étude.

Un rapport portant sur 31 pays européen paru en 2013 a évalué le déploiement des systèmes de e-santé chez les médecins généralistes [42]. 97% des médecins généralistes européens utilisent un ordinateur durant leur consultation et ont un accès à internet, dont 52% par ADSL. L'échantillon français a porté sur 401 médecins généralistes : 98% des médecins généralistes français ont déclaré utiliser un ordinateur durant leur consultation. Ce chiffre était de 72% dans une précédente étude réalisée en 2007. 98% des médecins généralistes français disposaient d'un accès internet et 100% d'entre eux utilisaient un ordinateur dans leur pratique quotidienne.

Une RCP par visioconférence incluant un médecin généraliste ne nécessiterait pas un équipement important et coûteux comme le montre l'expérience américaine au Duke Cancer

Network [37]. Un logiciel de visioconférence permettait l'utilisation d'un site internet sécurisé pour les participants de la conférence dans le but de garantir la confidentialité des données médicales échangées. Les participants pouvaient utiliser un ordinateur fixe ou portable mais aussi une tablette ou un smart phone. Cette technique paraît donc tout à fait réalisable à l'échelle du médecin généraliste.

La mise en place d'une RCP par visioconférence qui inclurait le médecin généraliste traitant aurait l'avantage de résoudre le problème du temps et du coût du déplacement occasionné par la réunion, notamment pour les médecins généralistes en zone rurale. La visioconférence permettrait également un accès à toutes les RCP même les plus spécialisées qui se déroulent souvent plus loin du domicile et donc du cabinet du médecin traitant. Enfin, la visioconférence permettrait de conserver l'échange direct et en temps réel entre les différents acteurs de l'équipe prenant en charge le patient par rapport à un simple compte rendu.

Toutefois, il existe des barrières à la généralisation de la visioconférence. Les différentes études ayant testées l'utilisation de la visioconférence rapportent des problèmes techniques tels que des déconnexions intempestives de la liaison [37,43]. Dans une étude australienne [44], il était noté que le nombre moyen de cas discutés à la RCP par vidéoconférence était significativement moins important que le nombre de cas présenté en RCP classique. Les réunions en face à face étaient informelles, spontanées et conduisaient à des discussions ouvertes alors que la vidéoconférence amenait à des réunions formelles et figées. Enfin, une étude canadienne [45] rapporte des problèmes dans la programmation des réunions et un manque de soutien dans l'organisation de ces dernières.

Il est indéniable que l'utilisation de la visioconférence nécessite un apprentissage pour les médecins qui ne seraient pas utilisateurs de façon courante et non coutumiers des systèmes informatiques. La visioconférence avec le médecin généraliste de chaque patient représenterait également un allongement du temps de la réunion car il faudrait appeler chaque médecin traitant entre chaque dossier discuté. Cela demanderait également une organisation et une planification très rigoureuse, tant du côté hospitalier que du côté du médecin généraliste. Enfin, il faut utiliser un système de visioconférence garantissant la sécurité des données échangées notamment en ce qui concerne l'identité du patient.

Limites de l'étude

Le questionnaire a été envoyé par courrier électronique et certains médecins consultant peu leur boîte courriel ont pu ne pas ouvrir le lien. De plus le questionnaire a été diffusé par l'intermédiaire d'organismes officiels (URPS et RRC) pour garantir l'anonymat des

participants et avoir accès à des listes de diffusion de médecins. Ces biais de sélection peuvent expliquer en partie le faible taux de participation de l'étude qui était de 5.9%. La population d'étude des médecins spécialistes d'organes libéraux ne comprenait que 63 médecins répondants ce qui pouvait limiter l'analyse statistique. Concernant l'élaboration du questionnaire, il existe des biais de confusion avec le choix de poser des questions fermées pour faciliter l'analyse statistique mais obligeant le médecin répondant à un choix qui n'est pas forcément le sien. Toujours concernant le questionnaire, une question supplémentaire sur le mode d'exercice des médecins spécialistes d'organe libéraux aurait été nécessaire pour connaître leur lien éventuel avec un établissement de santé organisant des RCP. En effet ce lien a pu être source de facteur de confusion dans l'analyse des résultats.

Enfin, cette étude a été menée sur l'ensemble du territoire français mais du fait de l'organisation du système de soins en France, il se peut que les résultats ne soit pas extrapolables à d'autres pays. Il serait intéressant de savoir si une étude comparable dans d'autres pays apporterait les mêmes conclusions.

Conclusion

La participation des médecins généralistes traitants aux RCP de cancérologie serait une aide à la décision thérapeutique, non pas basée sur le plan de la pathologie mais basée sur la connaissance du patient, de son histoire personnelle, familiale et de ses conditions de vie. A l'heure actuelle, leur participation reste quasi inexistante. Pourtant elle permettrait une information en temps réel entre l'hôpital et les soins primaires. Sa mise en place nécessiterait un engagement et une volonté bilatérale. Une rémunération serait à envisager dans un mode d'exercice purement libéral et elle devrait prendre en compte le temps passé à la RCP et le coût du déplacement. Même si assister aux RCP représenterait assez peu de déplacement par an, cela poserait un problème pour les médecins généralistes des zones rurales éloignées des grands centres hospitaliers et déjà souvent surchargés de travail. La visioconférence pourrait alors devenir une alternative moins consommatrice de temps, ne nécessitant pas un investissement coûteux, assez simple d'utilisation et gardant les avantages du face à face et de l'instantanéité.

L'évaluation d'une RCP par visioconférence incluant les médecins généralistes traitants des patients discutés serait à envisager pour permettre la validation de l'utilisation de cette technologie.

Remerciements : Les auteurs sont particulièrement reconnaissants auprès des médecins ayant qui ont participé à cette enquête. Les auteurs remercient les RRC et les URPS pour leur soutien logistique dans la diffusion du questionnaire.

Conflits d'intérêts : aucun

Références

1. Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC). Communiqué de presse du 03 février 2014 [Internet]. 2014. Available from: http://www.iarc.fr/fr/media-centre/pr/2014/pdfs/pr224_F.pdf (consulté le 18/08/2014)
2. INCa. Les cancers en France en 2013 [Internet]. 2014. Available from: <http://www.lesdonnees.e-cancer.fr/> (consulté le 18/08/2014)
3. Forrest LM, McMillan DC, McArdle CS, Dunlop DJ. An evaluation of the impact of a multidisciplinary team, in a single centre, on treatment and survival in patients with inoperable non-small-cell lung cancer. *Br J Cancer*. 2005 Oct 31;93(9):977–8.
4. Anvik T, Holtedahl KA, Mikalsen H. 'When patients have cancer, they stop seeing me' -- the role of the general practitioner in early follow-up of patients with cancer--a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2006;7:19.
5. Demagny L, Holtedahl K, Bachimont J, Thorsen T, Letourmy A, Bungener M. General practitioners' role in cancer care: a French-Norwegian study. *BMC Res Notes*. 2009;2:200.
6. Grunfeld E. Cancer survivorship: a challenge for primary care physicians. *Br J Gen Pract*. 2005 Oct 1;55(519):741–2.
7. Del Giudice ME, Grunfeld E, Harvey BJ, Piliotis E, Verma S. Primary care physicians' views of routine follow-up care of cancer survivors. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2009 Jul 10;27(20):3338–45.
8. Allgar VL, Neal RD. General practitioners' management of cancer in England: secondary analysis of data from the National Survey of NHS Patients-Cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2005 Dec;14(5):409–16.
9. Lamb BW, Sevdalis N, Vincent C, Green JSA. Development and evaluation of a checklist to support decision making in cancer multidisciplinary team meetings: MDT-QuIC. *Ann Surg Oncol*. 2012 Jun;19(6):1759–65.
10. Chirgwin J, Craike M, Gray C, Watty K, Mileskin L, Livingston PM. Does multidisciplinary care enhance the management of advanced breast cancer?: evaluation of

advanced breast cancer multidisciplinary team meetings. *J Oncol Pract Am Soc Clin Oncol*. 2010 Nov;6(6):294–300.

11. INCa, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Ministère de l'enseignement Supérieur et de la Recherche. Plan Cancer 2009-2013 [Internet]. 2009. Available from: http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/plancancer20092013_02112009.pdf (consulté le 18/08/2014)

12. Vernant JP. Recommandations pour le troisième Plan Cancer. Rapport à la ministre des affaires sociales et de la santé et à la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche. [Internet]. 2013. Available from: <http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/Historique/recommandations-pour-le-3e-plan-cancer.pdf> (consulté le 18/08/2014)

13. Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2014. Conseil National de l'Ordre des Médecins;

14. ORS Pays de la Loire, URPS-ml Pays de la Loire. L'exercice en cabinet de groupe des médecins généralistes en Pays de la Loire. Panel D'observation Prat Cond D'exercice En Médecine Libérale. 2013 Février;(N° 4).

15. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *JORF*. 2009;texte n°1:12184.

16. Rowlands S, Callen J, Westbrook J. What information do general practitioners need to care for patients with lung cancer? A survey of general practitioners perceptions. *HIM J*. 2010;39(1):8–16.

17. Babington S, Wynne C, Atkinson CH, Hickey BE, Abdelaal AS. Oncology service correspondence: do we communicate? *Australas Radiol*. 2003 Mar;47(1):50–4.

18. Farquhar MC, Barclay SIG, Earl H, Grande GE, Emery J, Crawford R a. F. Barriers to effective communication across the primary/secondary interface: examples from the ovarian cancer patient journey (a qualitative study). *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2005 Sep;14(4):359–66.

19. Ye Y-J, Shen Z-L, Sun X-T, Wang Z-F, Shen D-H, Liu H-J, et al. Impact of multidisciplinary team working on the management of colorectal cancer. *Chin Med J (Engl)*. 2012 Jan;125(2):172–7.

20. Davies AR, Deans DAC, Penman I, Plevris JN, Fletcher J, Wall L, et al. The multidisciplinary team meeting improves staging accuracy and treatment selection for gastro-esophageal cancer. *Dis Esophagus Off J Int Soc Dis Esophagus ISDE*. 2006;19(6):496–503.

21. Chae BJ, Bae JS, Song BJ, Jung SS. Multidisciplinary team approach in breast cancer: a nationwide survey in Korea. *J Korean Surg Soc*. 2012 Jun;82(6):340–6.

22. Ministère de la Santé, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. CIRCULAIRE N°DHOS/SDO/2005/101 relative à l'organisation des soins en cancérologie. 2005 février.

23. Wright FC, Lookhong N, Urbach D, Davis D, McLeod RS, Gagliardi AR. Multidisciplinary cancer conferences: identifying opportunities to promote implementation. *Ann Surg Oncol*. 2009 Oct;16(10):2731–7.
24. Castel P, Tassy L, Lurkin A, Blay J-Y, Meeus P, Mignotte H, et al. Multidisciplinarity and medical decision, impact for patients with cancer: sociological assessment of two tumour committees' organization. *Bull Cancer (Paris)*. 2012 Apr 1;99(4):E34–42.
25. The Dream MDT for lung cancer : Delivering high quality lung cancer care and outcomes [Internet]. United Kingdom Lung Cancer Coalition; 2012 Nov. Available from: http://www.uklcc.org.uk/images/stories/pdf/Dream_MDT_for_Lung_Cancer.pdf (consulté le 18/08/2014)
26. Dagada C, Mathoulin-Pélissier S, Monnereau A, Hoerni B. [Management of cancer patients by general practitioners. Results of a survey among 422 physicians in Aquitaine]. *Presse Médicale Paris Fr* 1983. 2003 Jun 28;32(23):1060–5.
27. Evain F. A quelle distance de chez soit se fait-on hospitaliser ? *Un Panor Établ Santé*. 2011 Février;n°754.
28. Albouy V, Deprez M. Mode de rémunération des médecins. *TRESOR-ECO*. 2008 Sep;n°42.
29. Rowlands S, Callen J. A qualitative analysis of communication between members of a hospital-based multidisciplinary lung cancer team. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2013 Jan;22(1):20–31.
30. Castel P, Blay J-Y, Meeus P, Sunyach M-P, Ranchère-Vince D, Thiesse P, et al. [Organization and impact of the multidisciplinary committee in oncology]. *Bull Cancer (Paris)*. 2004 Oct;91(10):799–804.
31. Soukop M, Robinson A, Soukop D, Ingham-Clark CL, Kelly MJ. Results of a survey of the role of multidisciplinary team coordinators for colorectal cancer in England and Wales. *Colorectal Dis Off J Assoc Coloproctology G B Irel*. 2007 Feb;9(2):146–50.
32. Currell R, Urquhart C, Wainwright P, Lewis R. Telemedicine versus face to face patient care: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(2):CD002098.
33. Labrèze L. [New techniques and methods of means of communication in oncology]. *Bull Cancer (Paris)*. 2001 Jan;88(1):114–20.
34. Ellis PM. The importance of multidisciplinary team management of patients with non-small-cell lung cancer. *Curr Oncol Tor Ont*. 2012 Jun;19(Suppl 1):S7–S15.
35. El Saghir NS, Keating NL, Carlson RW, Khoury KE, Fallowfield L. Tumor boards: optimizing the structure and improving efficiency of multidisciplinary management of patients with cancer worldwide. *Am Soc Clin Oncol Educ Book ASCO Am Soc Clin Oncol Meet*. 2014;e461–466.
36. Wright FC, De Vito C, Langer B, Hunter A, Expert Panel on Multidisciplinary Cancer Conference Standards. Multidisciplinary cancer conferences: a systematic review and development of practice standards. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. 2007 Apr;43(6):1002–10.

37. Stevenson MM, Irwin T, Lowry T, Ahmed MZ, Walden TL, Watson M, et al. Development of a virtual multidisciplinary lung cancer tumor board in a community setting. *J Oncol Pract Am Soc Clin Oncol*. 2013 May;9(3):e77–80.
38. Fennell ML, Prabhu Das I, Clauser S, Petrelli N, Salner A. The Organization of Multidisciplinary Care Teams: Modeling Internal and External Influences on Cancer Care Quality. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2010 Apr;2010(40):72–80.
39. Smith SM, Campbell NC. Provision of oncology services in remote rural areas: a Scottish perspective. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2004 May;13(2):185–92.
40. Baird AG, Donnelly CM, Miscampell NT, Wemyss HD. Centralisation of cancer services in rural areas has disadvantages. *BMJ*. 2000 Mar 11;320(7236):717.
41. Baird G, Flynn R, Baxter G, Donnelly M, Lawrence J. Travel time and cancer care: an example of the inverse care law? *Rural Remote Health*. 2008 Dec;8(4):1003.
42. Codagnone C, Lupianez-Villanueva F. Benchmarking Deployment of eHealth among General Practitioners 2013 [Internet]. European Commission; 2013. Available from: ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/benchmarking-deployment-ehealth-among-general-practitioners-2013-smart-20110033 (consulté le 11/08/2014)
43. Jalil R, Ahmed M, Green JSA, Sevdalis N. Factors that can make an impact on decision-making and decision implementation in cancer multidisciplinary teams: an interview study of the provider perspective. *Int J Surg Lond Engl*. 2013;11(5):389–94.
44. Delaney G, Jacob S, Iedema R, Winters M, Barton M. Comparison of face-to-face and videoconferenced multidisciplinary clinical meetings. *Australas Radiol*. 2004 Dec;48(4):487–92.
45. Bauman G, Winquist E, Chin J. A pilot study of regional participation in a videoconferenced multidisciplinary genitourinary tumor board. *Can J Urol*. 2005 Feb;12(1):2532–6.

Figure 1. Questionnaire

I : Vous et les RCP de cancérologie :

Question 1 : Avez-vous déjà participé à une RCP de cancérologie?

- oui
- non

Question 2 : Vous êtes :

- Médecin libéral
- Médecin hospitalier

*Les questions marquées d'un astérisque * s'adressent uniquement aux médecins libéraux, seules les questions 8, 9, 13, 14, 15 restent des questions communes.*

II : Votre pratique au quotidien

Question 3* : Vous êtes :

- Spécialiste d'organe (précisez la spécialité)
- Spécialiste en médecine générale

Question 4* : Vous exercez :

- Seul
- En groupe
- En maison de santé pluridisciplinaire

Question 5* : A combien de temps votre cabinet se situe-t-il du lieu de la RCP de cancérologie habituelle ?

- 0-15 min
- 16-30 min
- 31- 60 min
- plus de 1h

III : comment faciliter l'accès aux RCP

Question 6* : Est-il envisageable que vous vous déplaçiez pour assister à une RCP ?

- 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
- non, pas du tout - plutôt non - ni oui, ni non - plutôt oui - oui, tout à fait

Question 7* : Etes-vous équipé d'un réseau internet haut débit (ADSL) ?

- oui
- non

Question 8 : Etes-vous utilisateur d'un système de visioconférence type *Skype* ou *Google talk* ?

- oui
- non

Question 9 : Seriez-vous d'accord pour participer à une RCP par visioconférence ?

- 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
- non, pas du tout - plutôt non - ni oui, ni non - plutôt oui - oui, tout à fait

Question 10* : Etes-vous prêt à libérer du temps de consultation pour assister aux RCP ?

- 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
- non, pas du tout - plutôt non - ni oui, ni non - plutôt oui - oui, tout à fait

Question 11* : Une rémunération vous inciterait-elle à assister à une RCP ?

- 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
- non, pas du tout - plutôt non - ni oui, ni non - plutôt oui - oui, tout à fait

Question 12* : Quel mode de rémunération serait selon vous le mieux adapté ?

- Rémunération à l'acte
- Rémunération forfaitaire
- Bénévolat
- Pas d'avis
- Autres (précisez)

IV : pour mieux vous connaître

Question 13 : Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

Question 14 : Vous avez entre

- 20 et 29 ans
- 30 et 39 ans
- 40 et 49 ans
- 50 et 59 ans
- plus de 60 ans

Question 15 : Dans quelle région de France exercez-vous :

- Région Nord-Ouest
- Région Nord-Est
- Région Sud-Ouest
- Région Sud-Est Rhône-Alpes
- Région Sud-Est hors Rhône-Alpes

Tableau 1. Caractéristiques générales des médecins interrogés

Caractéristiques	Total n (%)	Médecins généralistes libéraux n (%)	Médecins spécialistes libéraux n (%)	Médecins en établissement de santé n (%)
Sexe				
Masculin	540 (62.7)	354 (61.4)	51 (81.0)	135 (61.1)
Féminin	321 (37.3)	223 (38.6)	12 (19.0)	86 (38.9)
Classe d'âge				
25 – 29 ans	13 (1.5)	8 (1.4)	0 (0.0)	5 (2.3)
30 – 39 ans	159 (18.5)	100 (17.3)	8 (12.7)	51 (23.1)
40 – 49 ans	191 (22.2)	104 (18.0)	16 (25.4)	71 (32.1)
50 – 59 ans	346 (40.2)	255 (44.2)	26 (41.3)	65 (29.4)
Plus de 60 ans	152 (17.7)	110 (19.1)	13 (20.6)	29 (13.1)
Région				
Nord Ouest	245 (28.5)	129 (22.4)	27 (42.9)	89 (40.3)
Nord Est	176 (20.4)	60 (10.4)	24 (38.1)	92 (41.6)
Sud Ouest	182 (21.1)	131 (22.7)	12 (19.0)	39 (17.6)
Sud Est	255 (29.6)	255 (44.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
Mode d'exercice des médecins libéraux				
Seul	194 (30.3)	189 (32.8)	5 (7.9)	–
En groupe	385 (60.2)	329 (57.0)	56 (88.9)	–
En maison de santé pluridisciplinaire	61 (9.5)	59 (10.2)	2 (3.2)	–

Tableau 2. Répartition par spécialité d'organe

Spécialistes d'organes	n (%)
------------------------	-------

Oncologue et/ou Radiothérapeute	14 (22.2)
Gastro-entérologue	13 (20.6)
Radiologue	6 (9.5)
Dermatologue	5 (7.9)
Pneumologue	5 (7.9)
Chirurgien	4 (6.3)
Urologue	4 (6.3)
Anatomopathologiste	4 (6.3)
ORL	4 (6.3)
Endocrinologue	1 (1.6)
Gynécologue	1 (1.6)
Ne se prononce pas	2 (3.2)
Total	63 (100)

Tableau 3. Facteurs pouvant favoriser la participation des médecins généralistes traitant aux RCP

Facteurs envisageables pour favoriser la participation aux RCP	Total n (%)	Médecins généralistes libéraux n (%)	Médecins spécialistes libéraux n (%)	Niveau de significativité <i>p</i> *
Déplacement aux RCP envisageable				
Plutôt oui	148 (23.1)	195 (33.8)	53 (84.1)	< 0.001
Ni oui ni non	148 (23.1)	148 (25.6)	0 (0.0)	
Plutôt non	237 (37.0)	229 (39.7)	8 (12.7)	
Ne se prononce pas	7 (1.1)	5 (0.9)	2 (3.2)	
Equipement ADSL				
Oui	623 (97,3)	560 (97.1)	63 (100)	0.397
Non	17 (2,7)	17 (2.9)	0 (0.0)	
Libération de temps pour participer aux RCP envisageable				
Plutôt oui	306 (47.8)	259 (44.9)	47 (74.6)	< 0.001
Ni oui ni non	160 (25,0)	155 (26.9)	5 (7.9)	
Plutôt non	165 (25.8)	158 (27.4)	7 (11.1)	
Ne se prononce pas	9 (1.4)	5 (0.9)	4 (6.3)	
Incitation à la participation par une rémunération				
Plutôt oui	388 (60.6)	354 (61.4)	34 (54.0)	< 0.001
Ni oui ni non	110 (17.2)	92 (15.9)	18 (28.6)	
Plutôt non	134 (20.9)	127 (22.0)	7 (11.1)	
Ne se prononce pas	8 (1.3)	4 (0.7)	4 (6.3)	
Mode de rémunération possible				
A l'acte	223 (34.8)	204 (35.4)	19 (30.2)	0.487
Forfaitaire	346 (54.1)	310 (53.7)	36 (57.1)	0.690
Bénévolat	28 (4.4)	23 (4.0)	5 (7.9)	0.182
Pas d'avis	86 (13.4)	82 (14.2)	4 (6.3)	0.117
Autres	10 (1.6)	9 (1.6)	1 (1.6)	1

*analyse comparative entre les médecins généralistes libéraux et les médecins spécialistes libéraux

Tableau 4. Utilisation de la visioconférence

Avis sur la visioconférence	Médecins généralistes libéraux n (%)	Médecins spécialistes libéraux n (%)	Médecins en établissement de santé n (%)	Niveau de significativité <i>p</i> *
Utilisateur d'un système de visioconférence				
Oui	258 (44.7)	32 (50.8)	111 (50.2)	0.357
Non	319 (55.3)	31 (49.2)	110 (49.8)	
Participation à une RCP par visioconférence envisageable				
Plutôt oui	315 (54.6)	46 (73.0)	168 (76.0)	0.001
Ni oui ni non	126 (21.8)	4 (6.3)	27 (12.2)	
Plutôt non	132 (22.9)	11 (17.5)	24 (10.9)	
Ne se prononce pas	4 (0.7)	2 (3.2)	2 (0.9)	

*analyse comparative entre les médecins généralistes libéraux et les médecins spécialistes libéraux

Aurélie GUICHARD ; Cécilia BACHEVILLIER Ep. CHANCEREL

La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie :

Place du médecin généraliste traitant

Nbre f.148 ill.1 tab.6

Th. Méd : Lyon 2014 n°

RÉSUMÉ : *Introduction.* La RCP est la base de la prise en charge en cancérologie. La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, dite loi HPST, et le Plan Cancer 2009-2013 insistent sur le rôle pivot du médecin généraliste dans la prise en charge des malades atteints de cancer. *Méthode.* Une étude nationale multicentrique observationnelle a été réalisée entre le 20 Novembre 2013 et le 31 Janvier 2014 pour définir la place du médecin généraliste traitant au sein de la RCP de cancérologie et étudier les différents moyens pouvant en faciliter l'accès aux médecins généralistes traitants. Un questionnaire anonyme a été envoyé par courrier électronique à 11 096 médecins libéraux et 3 611 médecins exerçant en établissements de santé. *Résultats.* 861 médecins ont répondu au questionnaire. 13,3% des médecins généralistes avaient déjà participé à une RCP. 76% des médecins répondants déclaraient que le médecin généraliste traitant avait sa place au sein de la RCP de cancérologie. 61,4% des médecins généralistes étaient incités à participer en cas de rémunération et 54,6% des participants trouvaient envisageable de participer à une RCP par visioconférence. *Conclusion.* La participation du médecin généraliste traitant à la RCP de cancérologie renforcerait la coordination ville-hôpital et permettrait de préciser des informations concernant l'histoire personnelle et environnementale du patient nécessaires aux choix thérapeutiques. Elle doit être facilitée par une rémunération des médecins participants et par l'utilisation de la visioconférence.

MOTS CLEFS : cancérologie, médecin généraliste, concertation pluridisciplinaire, coordination ville-hôpital, visioconférence

JURY : Président : Monsieur le Professeur Laurent LETRILLIART
 Membres : Monsieur le Professeur Gilles FREYER
 Monsieur le Professeur François CHAPUIS
 Monsieur le Docteur Humbert de FREMINVILLE

DATE DE SOUTENANCE : 04 Décembre 2014

Adresse des auteurs :

Aurélie GUICHARD 37 Quai Thannaron 26500 Bourg les Valence

Cécilia CHANCEREL 268 Rue Désiré Walter 69400 Villefranche S/S

Mail : oreli.guichard@gmail.com ; cecilia.bachevillier@hotmail.fr