

ANNEE 2022

N°

Évaluation des freins et des leviers des internes de médecine générale et des jeunes médecins généralistes concernant la participation aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire d'Oncologie

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 28 juin 2022

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par PITARD Charles
Né le 19 novembre 1991
A Dijon (21)

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourrent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours public.

ANNEE 2022

N°

Évaluation des freins et des leviers des internes de médecine générale et des jeunes médecins généralistes concernant la participation aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire d'Oncologie

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 28 juin 2022

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par PITARD Charles
Né le 19 novembre 1991
A Dijon (21)

Année Universitaire 2021-2022
au 1^{er} **Septembre 2021**

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	BEDANE	Dermato-vénérologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
Mme	Mary	CALLANAN (WILSON)	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSELL	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Philippe	KADHEL	Gynécologie-obstétrique
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie

M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	CardiologieM.
M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	SIMON	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGÈS	(Mission temporaire à Londres du 01/09/2021 au 31/08/2023) Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Louise	BASMACIYAN	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
			(Disponibilité du 16/11/2020 au 15/11/2021)
M.	Mathieu	BLOT	Maladies infectieuses
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Valentin	DERANGERE	Histologie
Mme	Ségolène	GAMBERT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire

Mme	Anne-Sophie	MARIET	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Thomas	MOUILLOT	Physiologie
M.	Alain	PUTOT	Gériatrie
Mme	Claire	TINEL	Néphrologie
M.	Antonio	VITOBELLO	Génétique
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Bernard	BONIN	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Laurent	BRONDEL	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Philippe	CAMUS	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Pascal	CHAVANET	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2018 au 31/10/2021)
M.	Serge	DOUVIER	(15/12/2020 au 14/12/2023)
M.	Claude	GIRARD	(01/01/2019 au 31/12/2021)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2019 au 31/12/2021)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2020 au 31/08/2023)

PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Jacques	BEURAIN	Neurochirurgie
----	---------	----------------	----------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
Mme	Claire	ZABAWA	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	BEAUGRAND	Médecine Générale
Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Olivier	MAIZIERES	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Lucie	BERNARD	Anglais
Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEUR CERTIFIE

M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
----	----------	---------------------	---------

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Amélie	CRANSAC	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Noël BASTIE

Membres : Monsieur le Professeur Laurent MARTIN

Monsieur le Docteur Hicham HUSSAIN

Monsieur le Docteur Georges PEREIRA

Monsieur le Docteur Michel QUESADA

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, 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 et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Remerciements aux membres du Jury

A mon Président du Jury, Monsieur le Professeur Jean-Noël Bastie,
Vous me faites l'honneur de présider ce jury, et je vous en remercie sincèrement.
J'espère que ce travail pourra susciter votre intérêt, et que peut-être un jour, les médecins généralistes auront une véritable place dans vos RCP.

D'autre part, je garde un excellent souvenir de mon stage dans votre service d'Hématologie, ainsi que des matinées de consultations à vos côtés. Merci pour votre investissement et la qualité de vos cours qui m'ont vraiment permis d'affectionner votre discipline qu'est l'Hématologie.

Veillez trouver ici toute l'expression de ma reconnaissance et de ma considération.

A Monsieur le Professeur Laurent Martin,

Merci d'avoir accepté de juger mon travail de thèse.

Malgré le peu de temps passé dans votre service au début de mon internat, je me rappelle de nos échanges à propos de quelques lames, et surtout de votre gentillesse pour me permettre de rejoindre l'internat de médecine générale si rapidement.

Veillez trouver ici mes sincères remerciements et mon plus grand respect.

A mon directeur de Thèse, Monsieur le Docteur Michel Quesada,

Michel, un immense merci de m'avoir accompagné tout au long de ce travail, et pour tous vos conseils avisés et éclairés. Merci pour le temps que vous avez consacré à sa mise en forme.

Mon stage dans votre cabinet fut le commencement de mon internat de médecine générale, et votre façon d'exercer m'a beaucoup inspiré par la suite. J'ai pu y découvrir le champ varié des pratiques en médecine générale, avec l'utilisation de l'échographie, la médecine du travail au commissariat du Creusot...

Recevez ici l'expression de ma plus sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Hicham Hussain,

Hicham, merci pour tout ce que tu m'as apporté depuis ces années, que ce soit professionnellement ou humainement. Ton accueil, ton amitié, et ta façon d'exercer m'ont finalement inspiré à rester travailler avec toi. Merci de me laisser carte blanche pour la gestion des patients du secteur I, et de tes conseils si précieux quand j'en ressens le besoin.

Je suis heureux que tu aies accepté de siéger dans ce jury, et reçois ainsi mes plus chaleureux remerciements.

A Monsieur le Docteur Georges Pereira,

Georges, merci de prendre part à ce jury, et de juger mon travail.

Je connais tout ton investissement à diversifier autant que possible la médecine générale, et j'espère que cette thèse pourra être une ouverture à peut-être prendre part à des RCP à l'avenir, toi qui est si impliqué dans le développement de la télémédecine.

Je te remercie également de me permettre de garder un pied dans la médecine générale en me léguant tes gardes régulièrement. Trouve ici toute l'expression de ma gratitude.

Remerciements personnels

A toi Papa,
Merci pour tout,
Je pense que tu as réussi à me transmettre cette passion de la médecine, et plus particulièrement de la médecine générale qui est si variée et passionnante.

A toi Maman,
Merci pour ton soutien si précieux lors de ces longues années d'études, et d'avoir toujours été aux petits soins pour moi.

A mon frère Paul,
Merci pour les parties de playstation, et tes conseils de placements en bourse.
Bon courage pour ta thèse de sciences !

A ma sœur Jeanne,
Merci pour tes relectures si attentives que ce soit de mon mémoire ou de cette thèse.
« Minette », continue d'être bien attentive à l'école, et fais-en sorte de suivre les traces de tes frères !

A mes grands-parents PITARD, Jacques et Brigitte,
Grand-Pa, je sais que d'où tu es, tu serais fier de moi. Je n'oublierai jamais notre complicité, nos tours de 4*4 dans les chemins de Champmoron, et la passion de la chasse que tu m'as transmise avec ce premier gros sanglier à Bonvaux. Tu me manques énormément!
Bonne-Maman, merci pour tous les bons moments passés ensemble, les déjeuners à Fontaine, le gardiennage de maison quand tu partais à Ré, et où je pouvais organiser des soirées autour de la piscine...

A mes grands-parents DEBOST, Brigitte et Philippe,
Grand-Mère, merci pour ta douceur, et toutes nos balades à Champmoron.
Grand-Père, merci pour nos échanges si intéressants.

A ma très gentille (mais pas toujours!) petite amie Anaïs,
Merci pour ton soutien de tous les jours depuis plus d'un an maintenant.
Merci pour ta bonne humeur et ta gentillesse.
Tu comptes beaucoup à mes yeux.

A ma marraine Frédérique, et son compagnon Bernard,
Merci pour les apéros à Daix, et vos conseils toujours précieux.
Frédérique, merci pour la gestion de mes dents depuis tout petit.

A mon parrain Bernard,

Merci pour mon premier stéthoscope que j'utilise toujours, et le soutien dont tu m'as toujours fait part pendant mes études.

A Chelsea, mon gros labrador d'amour!

A mes deux acolytes :

- Elie, le « beau-gosse » du groupe, alias « Mister Boa », toujours dans les bons coups. Envoie quelques NFT s'il te plait, et prends soin de la cousine berbère !
- Pierre-Arnaud, le champion des bêtises, qui j'espère ne sera pas sous les verrous le jour de cette thèse.

A ma confidente Houda, grande professionnelle du couscous et des merguez,
Merci pour ton amitié de tous les jours, et pour tous nos bons moments passés ensemble depuis cette fameuse soirée au Bougnia.

A mes plus vieux amis de Montchapet,

- Mes deux collègues pêcheurs de Fontaine, Kevin et Lucas, on retourne prendre une carpe cet été.
- A Valentin, pour nos années de lycée si sympas, et notre amitié qui perdure malgré la distance maintenant.

A mon compère de math sup, Kamil, pour sa passion des kebabs. J'attends toujours mon tapis de prières !

A mes compagnons d'externat,

- Loick, l'érudit, toujours là pour des conseils médicaux ou une partie de tennis ! Passe ton permis de chasse...
- Benoit, pour ton amitié si précieuse, et ta gestion des vaccinations COVID à travers toute la région.
- Alban, le grand cardiologue, toujours partant pour une soirée, premier papa du crew !
- Xavier, pour tous nos bons stages d'externat ensemble, en particulier à Champmaillot et en Hémato.
- Nicolas, pour nos appels quasi quotidiens quand on est dans le flou avec nos patients respectifs. Merci pour ma bibliographie de thèse et pour ton aide de tous les jours.
- Gauthier, pour nos cigarettes en sortie d'examens.
- Abdessamad, pour nos révisions d'ECN chez toi, et tous les bons moments passés ensemble.
- Chahbi, pour nos cours d'anglais ou nous étions si assidus.

A mes collègues d'internat à Nevers,

- Adrien, pour nos folles soirées au Privilège, et quand je t'embête régulièrement pour des avis cardio. Je compte sur toi pour trouver une femme dans les plus brefs délais.
- Bertrand, pour nos practices de golf à Magny-Cours, et les plats de pâtes « sauce du chef »!

- Fred, le colloque pas toujours très sage et tombeur de ces dames, grand amateur des flageolets.
- Youba, le grand chef urgentiste et pêcheur de carpes.
- Djaffar, le grand professionnel de la sieste.
- Farid, mon acolyte des repas au CHAN, et des after-work en terrasse
- Camille et Valentin (et leur futur bébé), pour leur amitié

A l'équipe de gastro du CH de Nevers,

- Au Docteur Ouazir. Merci pour vos avis éclairés et précieux dès que j'en ai besoin, et désolé de vous embêter si souvent avec mes demandes d'endoscopies « en urgence », pas toujours urgentes...
- A Abdallah. Travailler avec toi est un véritable plaisir.
- Aux infirmières, aides-soignantes, et à Fabienne. Merci pour les excellentes conditions de travail que vous créez dans ce service, et pour l'amitié qui a pu naître avec certaines.
- Aux secrétaires de gastro : Martine, Sabine, Adeline et Béa. Merci pour votre gentillesse, et pour votre patience quant à la saisie de mes courriers que vous appréciez tant.

Table des matières

I - Introduction	16
1) Le Cancer	16
2) Du diagnostic au traitement	16
3) Le rôle des médecins généralistes	18
4) Vision des RCP pour les jeunes médecins généralistes	19
II – Matériel et Méthode	21
1) Type d'étude	21
2) Population d'étude et effectifs	21
3) Aspects réglementaires	21
4) Déroulement de l'étude	22
5) Description du questionnaire	22
6) Analyses statistiques	23
III – Résultats	24
1) Participation à l'étude et diagramme de flux	24
2) Caractéristiques socio-démographiques de la population	24
3) Participation aux RCP	25
4) Freins et leviers quant à la participation des jeunes médecins généralistes aux RCP	26
5) Compensation financière	29
6) Moyens de participation	29
IV - Discussion	30
1) Reprise des principaux résultats, et comparaison à la littérature	30
2) Discussion méthodologique : forces et limites	33
3) Perspectives	34
V - Conclusion	36
VI - Bibliographie	38
VII - Annexe	41

Table des tableaux

Tableau I Caractéristiques globales selon le souhait ou non de participer aux RCP	41
Tableau II Exploration du lien entre ces caractéristiques globales et l'envie de participer aux RCP	43
Tableau III Description des réponses à la 3e partie du questionnaire selon le souhait ou non de participer aux RCP	44

Table des figures

Figure 1: Diagramme de flux	24
Figure 2 Participation ou non des répondants à des RCP au cours de leur externat et de leur internat	25
Figure 3 Stages lors desquels les répondants avaient participé à des RCP.....	26
Figure 4 Souhait des participants de participer à des RCP dans leur pratique future	27
Figure 5 : Leviers mis en évidence en comparant le groupe de sujets souhaitant participer aux RCP, et le groupe ne souhaitant pas y participer.....	28
Figure 6 : Freins mis en évidence en comparant le groupe de sujets souhaitant participer aux RCP, et le groupe ne souhaitant pas y participer.....	28
Figure 7: Moyen de participation favori aux RCP pour les sujets souhaitant y prendre part dans le futur.....	29
Figure 8 : Importance perçue par les médecins généralistes de leurs rôles dans les différents aspects de la prise en charge des patients souffrant d'un cancer (33)	31

Liste des abréviations

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

PPS : Plan Personnalisé de Soins

3C : Centre de Coordination en Cancérologie

MG : Médecin Généraliste

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ALD : Affection Longue Durée

ISNAR : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des internes de médecine générale

ECN : Épreuves Classantes Nationales

DRCI : Délégation à la Recherche Clinique et l'Innovation

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

ROSP : Rémunération sur Objectif de santé Publique

I - Introduction

1) Le Cancer

a) Définition

Pour l'Institut National du Cancer, un cancer est une « maladie provoquée par la transformation de cellules qui deviennent anormales et prolifèrent de façon excessive. Ces cellules dérégées finissent par former une masse qu'on appelle tumeur maligne. Les cellules cancéreuses ont tendance à envahir les tissus voisins et à se détacher de la tumeur. Elles migrent alors par les vaisseaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques pour aller former une autre tumeur (une métastase). » (1)

Voici la définition au sens littéral du terme d'un « cancer ».

b) Épidémiologie

Les cancers représentent en France la première cause de décès chez l'homme et la deuxième chez la femme, après les maladies cardio-vasculaires (2).

En 2018, le nombre de nouveaux cas de cancer en France métropolitaine était estimé à 382 000 (204 600 chez les hommes, et 177 400 chez les femmes) (3).

Il s'agit donc de pathologies très fréquentes, causes d'une morbidité et d'une mortalité importantes.

A noter d'ailleurs une majoration importante de ce nombre de cas de cancers ces dernières années, avec une augmentation de l'ordre de 45 % de l'incidence chez la femme et de 6 % chez l'homme depuis 1990, abstraction faite de l'augmentation de la population et de son vieillissement (4).

Ces chiffres se ressentent aussi dans les consultations de médecine générale avec 7 nouvelles découvertes de cancers estimées par an en 2011 par médecin généraliste (5).

La survie augmente également de nos jours, avec une amélioration généralement plus marquée chez les jeunes adultes que chez les plus âgés, excepté pour le cancer de l'ovaire où ces améliorations s'observent à tous les âges (6).

Est-ce la conséquence de protocoles de soins globaux mieux définis depuis la création des différents plans cancer en France? Ou simplement d'une amélioration des thérapeutiques?

Ainsi, par une augmentation du nombre de cas, et une majoration de cette survie chez les patients souffrant de cancer, la prévalence des patients atteints ne cesse d'augmenter, et on peut être amené à penser que le rôle du médecin généraliste, en y étant confronté de plus en plus, ne peut être que primordial pour le diagnostic, l'annonce, et pour le suivi à long terme.

2) Du diagnostic au traitement

Les protocoles diagnostiques et thérapeutiques sont de mieux en mieux codifiés actuellement avec les progrès scientifiques de la médecine. Une étape clef se doit cependant d'être individualisée, à savoir la RCP ou Réunion de Concertation Pluridisciplinaire, d'où découlent les propositions de prise en charge ultérieures.

La lutte contre le cancer a connu une restructuration en France dès 2003 autour de plans nationaux. Lancé le 24 mars 2003, le plan cancer 2003-2007, ou premier plan cancer, a impulsé une nouvelle dynamique dans la prise en charge des patients (7). Y figurent les mesures 29 à 38 visant à coordonner soins de ville et en milieu hospitalier autour du patient, et permettant ainsi à toutes les nouvelles personnes atteintes de cancer de bénéficier d'une concertation pluridisciplinaire et d'un "programme personnalisé de soins" ou PPS, retraçant les décisions prises en RCP. De plus, des Centres de Coordination en Cancérologie (3C) ont été individualisés dans chaque établissement traitant des patients atteints du cancer (6).

S'en sont ensuite suivis 2 autres plans cancer :

- Le second en 2009 visant au déploiement de moyens garantissant l'efficacité des RCP. Y figure d'ailleurs le rôle central du médecin généraliste avec « un renforcement de la coordination des soins et de son extension au-delà de l'hôpital » (8).

- le troisième de 2014 à 2019 permettant de déployer de nombreuses mesures pour garantir la qualité des prises en charge pour tous, notamment au travers de RCP de qualité. Y était encore stipulé le pôle primordial du médecin traitant (9).

En fait, la création de ces RCP tient au fait que la multidisciplinarité médicale a pour objectif d'optimiser les choix thérapeutiques en accord avec les guides de bonnes pratiques et la coordination des traitements (7).

L'objectif principal de cette multidisciplinarité est bien sûr d'agir sur la survie, mais également sur les effets indésirables des traitements, et sur la prise en charge palliative. Elle prend donc tout son sens dans une prise globale et centrée sur le patient. Trois études peuvent en témoigner :

- La première visait à étudier la survie chez des patients présentant un cancer du poumon nouvellement diagnostiqué en Australie. Un premier échantillon voyait son dossier discuté de façon collégiale en RCP, et le second échantillon non. Au total il y avait 988 patients inclus, dont 504 patients qui ont été présentés en RCP, et 484 qui ne l'ont pas été. La discussion du dossier en RCP était associée à une meilleure tolérance des traitements, ce qui pouvait potentiellement améliorer la qualité de vie. Cependant, cela n'améliorait pas la survie (10).

- La seconde étudiait selon le même modèle deux échantillons, cette fois-ci chez des femmes nouvellement diagnostiquées comme porteuse de néoplasie mammaire. On retrouvait également une prise en charge globale (incluant la survie, mais également la prise en charge palliative) meilleure dans le groupe de patientes ayant bénéficié d'une RCP, que dans l'autre groupe (11).

- La troisième était plus récente et était menée dans la région Rhône-Alpes, et évaluait l'intérêt ressenti par un panel d'urologues quant aux RCP d'urologie (12). Il en ressortait qu'elle revêtait pour eux un caractère fondamental pour les dossiers complexes de cancérologie, mais que cet apport était moins net pour les patients relevant de conduites à tenir simples et bien codifiées par les référentiels édités par les sociétés savantes.

Toujours dans cette dernière étude (12), étaient soulignées les difficultés de formuler une décision thérapeutique lorsque que le référent médical déléguait la présentation de ses

dossiers à un de ses confrères, mais aussi l'existence de décisions inadaptées lorsque le dossier de RCP ne précisait par exemple pas les comorbidités. C'est ainsi, pour pallier à ce genre de difficultés qu'il existe un référentiel strict, pourvoyeur d'une qualité certaine aux RCP. Par exemple :

- « Le projet thérapeutique envisagé pour chaque patient atteint de cancer ainsi que les changements significatifs d'orientation thérapeutique sont enregistrés en réunion de concertation pluridisciplinaire » (13).

- « Tous les membres de l'équipe médicale intervenant auprès des patients atteints de cancer participent régulièrement aux réunions de concertation pluridisciplinaire » (13).

- « Une fiche retraçant l'avis et la proposition thérapeutique résultant de la réunion de concertation pluridisciplinaire est insérée dans le dossier médical du malade. Cette proposition thérapeutique est ensuite présentée au patient dans des conditions spécifiques » (13).

- Pour être jugée valable, une RCP à visée diagnostique ou thérapeutique doit se faire en présence d'au moins 3 médecins de spécialités différentes, permettant d'avoir un avis pertinent sur toutes les procédures envisagées. La présence du médecin traitant du patient est sollicitée, mais n'est pas obligatoire (14).

3) Le rôle des médecins généralistes

a) Constats

Au cours de mes différents stages d'externat et d'internat, je n'ai jamais vu de médecins généralistes prendre part à ces réunions de concertation pluridisciplinaire d'ocologie. La littérature fait d'ailleurs apparaître qu'ils y seraient conviés (14), mais reçoivent-ils réellement l'information des dates et lieux de ces réunions? Les compte-rendus de RCP sont-ils suffisamment complets, et ne serait-il pas intéressant d'y préciser les effets indésirables des protocoles de chimiothérapie choisis par exemple?

Il est d'ailleurs souligné dans une étude de 2017 qu'un modèle de compte-rendu standardisé incluant le diagnostic, la prise en charge thérapeutique et les effets indésirables éventuels, serait susceptible d'apporter une aide précieuse aux médecins de soins de premiers recours tels que les médecins généralistes, pour la prise en charge ultérieure de leurs patients. (15).

b) Un rôle pourtant primordial

Dans la prise en charge des cancers, le rôle du médecin généraliste est rarement clairement défini. Son rôle était pourtant décrit dès 2003 et le premier plan cancer, avant d'être renforcé par les deuxième et troisième plans, comme décrit précédemment. Il est pourtant clair que par leur statut de médecin de premier recours, leur rôle est primordial. Ce rôle est important pour toutes les étapes de la prise en charge globale des patients, allant du diagnostic, aux traitements, et jusqu'aux soins de confort en situation palliative.

Ainsi, au moment de la découverte de la maladie, le médecin généraliste est amené dans certains cas à annoncer le diagnostic. Dans une étude menée en Midi-Pyrénées en 2009,

92% des MG répondent disaient avoir annoncé un diagnostic de cancer à au moins un patient dans l'année (16).

Le médecin généraliste a également un rôle clé dans le suivi et l'accompagnement voire dans l'après-cancer. Plusieurs travaux ont montré que le suivi à long terme après un cancer pouvait être assuré par les généralistes en garantissant la qualité de la prise en charge et la satisfaction des patients (17,18). Les patients font d'ailleurs de leur médecin traitant leur principale ressource pour l'information, l'assistance morale, et les soins de support en général (19). Une étude réalisée par la DREES en 2014 refaisait le point sur ce rôle, intitulée « Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital » (20). Il y apparaissait qu'au cours de l'année 2015, 55% des médecins interrogés avaient rempli moins de 10 demandes de mise en ALD pour cancer, 34 % entre 10 et 20, et 11 % plus de 20. Ces chiffres étaient supérieurs aux résultats des enquêtes précédemment réalisées (20,21), ce qui était cohérent avec le constat de l'augmentation du nombre de nouveaux cas de cancers d'années en années, et de l'implication de plus en plus importante des médecins généralistes.

La participation de médecins généralistes à des RCP est cependant relativement rare : elle ne concernerait que 10% de ces derniers (22). La zone d'exercice (rurale ou urbaine) du médecin n'aurait pas d'effet sur la fréquence de cette participation. En revanche, cette dernière serait plus fréquente parmi les médecins membres d'un réseau de cancérologie ou de soins palliatifs (18 %). Pourtant une étude britannique de 2011 (11) pointait que les aspects psycho-sociaux, et les comorbidités du patient étaient souvent peu prises en considération lors des RCP. Autant d'informations qu'un médecin généraliste serait à même de fournir à ses confrères participant aux RCP.

Mais, leur participation permettrait elle de modifier les prises en charge et les décisions prises en RCP ? C'est ce qu'a essayé de montrer Paul Tachousin dans sa thèse de médecine en 2016, qui étudiait par une étude de faisabilité l'impact de la participation de médecins généralistes aux « RCP Myélodysplasie » à Toulouse (23,24). Il proposait à des médecins généralistes une visioconférence ou une conférence téléphonique à une date et heure précise, au moment de la discussion en RCP du dossier de leur patient. Les médecins généralistes interrogés souhaitaient participer dans 97% des cas (n=37) mais n'ont en fait participé de façon effective que dans 61% des cas (n=27). Leur participation a influé sur la décision thérapeutique dans près d'un cas sur cinq. En effet, cela avait entraîné un changement de prise en charge dans 5 cas, avec dans 4 cas des intensifications de traitement et dans un cas une désintensification. Les 2 principales raisons de non-participation des médecins généralistes sur l'ensemble des étapes de cette étude étaient le manque de temps (16%) et le fait d'être injoignable (14%).

Enfin, beaucoup d'entre eux semblaient trouver que cette participation faisait partie intégrante de leur travail (25).

4) Vision des RCP pour les jeunes médecins généralistes

Le but de cette thèse était d'évaluer les freins et les leviers concernant la participation de jeunes médecins généralistes en formation ou remplaçant à participer à des RCP d'oncologie. La thèse de Catheline Le Loup Léger, datant de 2014 évaluant les représentations,

les attentes et les difficultés des médecins généralistes face aux réunions de concertation pluridisciplinaire en Oncologie, avait déjà permis une étude chez les médecins généralistes installés (26). Globalement, les médecins généralistes méconnaissaient la réunion de concertation pluridisciplinaire. Rares étaient ceux ayant déjà reçu une invitation à y participer. Cependant, ils étaient motivés pour être présents soit par visioconférence, soit par téléphone. La question d'une reconnaissance telle que financière pour cette participation leur semblait par contre primordiale.

Il me semblait donc important de questionner de jeunes médecins généralistes et internes en formation à ce sujet de par :

- une génération différente, avec forcément des habitudes et des attraits différents
- une formation universitaire différente, ainsi que lors de leurs stages
- leur participation à des RCP lors de leur externat ou de leur internat, qui pourrait être une motivation à y participer plus tard
- l'ère actuelle avec le développement de la visioconférence, la modernisation des cabinets de médecine générale...

II – Matériel et Méthode

1) Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale, analytique et descriptive, visant à recueillir des réponses par auto-questionnaire informatisé auprès des internes actuels en médecine générale et des « jeunes » médecins généralistes (non encore installés) français.

2) Population d'étude et effectifs

Les données requises au calcul du nombre de sujets nécessaires, afin de mettre en évidence des freins ou leviers significativement associés à la participation aux RCP n'étaient pas disponibles dans la littérature. Nous avons donc cherché à recueillir un maximum de réponses au sein de la population cible.

Celle-ci était composée des promotions d'internes de médecine générale français des années 2019 et 2020 et 2021, soit 3 388, 3 398 et 3 489 étudiants, soit un total de 10 275 internes actuels (27). Ces effectifs étaient ceux retrouvés sur les arrêtés relatifs à l'affectation des étudiants et des internes en médecine ayant satisfait aux épreuves classantes nationales anonymes, donnant accès au troisième cycle des études de médecine.

De plus, dans une étude réalisée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, intitulée « Etude sur l'installation des jeunes médecins », on retrouvait que 35% des primo-inscrits au Conseil de l'Ordre en 2014 exerçaient en libéral à 5 ans. Dans cette même étude, à la question « à quelle échéance prévoyez-vous de vous installer ? », les médecins remplaçants répondaient à 65% à moins 3 ans, et les internes à 57% d'ici 3 ans (28). Un taux de 50% des jeunes médecins ayant fini leur internat semblait donc cohérent pour le calcul d'effectif de ce travail. Ce taux probabiliste cherchait à inclure dans l'effectif global les jeunes médecins généralistes non encore installés.

Nous avons donc également souhaité inclure la moitié des jeunes médecins ayant fini leur internat sur les trois années précédentes, soit 3 506/2 en 2016, 3 099/2 en 2017 et 3 254/2 en 2018, soit 4 929 jeunes médecins.

Notre population cible était donc de 15 204 sujets, internes de médecine générale actuellement en formation et jeunes médecins généralistes non encore installés, comme précisés plus haut dans la définition.

Afin de maximiser la représentativité, nous avons tenté d'inclure un maximum de sujets issus de la population cible, avec l'espoir d'en inclure au moins 5%.

Par exemple, une étude comme celle de l'ISNAR en 2012, quant aux projets d'installations futurs des internes de médecine générale, recueillait 25% de réponses, mais avait certainement une force de diffusion bien meilleure (29).

3) Aspects réglementaires

Ce projet de thèse et d'étude a été soumis à la responsable de l'unité de promotion interne et chef de projet de la Délégation à la Recherche Clinique et l'Innovation (DRCI) du CHU de Dijon le 29 Novembre 2021.

Sa réponse était que s'agissant d'une enquête auprès de professionnels, ce projet ne relevait pas de la réglementation de la recherche clinique. Seule la Loi Informatique et Liberté s'appliquait avec en particulier l'information et l'accord des participants.

4) Déroulement de l'étude

La diffusion du questionnaire a été réalisée aux travers de 16 groupes Facebook d'internes et de jeunes médecins sur la période 09/12/2021 au 18/01/2022.

Une diffusion plus large avait été tentée, mais dépendait de l'approbation des administrateurs et modérateurs des groupes Facebook d'internes et de jeunes médecins, et cette dernière n'a pas pu aboutir dans toutes les régions. L'approbation quant à la publication du questionnaire n'était en fait accordée que sur 16 groupes, dont 2 pour la région Bourgogne.

Les internes et jeunes médecins appartenaient donc en fait à 15 facultés d'origine (Antilles, Auvergne Rhône-Alpes, Bourgogne Franche-Comté, Bretagne, Centre Val de Loire, Grand-est, Hauts de France, Ile de France, La Réunion, Nord Pas-de-Calais Picardie, Normandie, Nouvelle Aquitaine, Occitanie, Pays de la Loire et Provence Alpes-Cote d'Azur).

Deux relances ont été réalisées au total, toujours au moyen de ces groupes Facebook, la première le 20/12/2021, la seconde le 10/01/2022.

5) Description du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé avec l'outil en ligne GoogleForm. Celui-ci ne recueillait aucune information identifiante.

Il comprenait une première section sur les caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, faculté de rattachement, classement aux Epreuves Classantes Nationale) et le lieu d'installation projeté (urbain ou rural). Afin d'exclure les éventuels internes d'autres spécialités ayant répondu à tort, il leur était également demandé leur spécialité.

La deuxième section évaluait si le sujet avait participé à des RCP durant son externat ou son internat. En cas de réponse positive il lui était demandé dans quel contexte (stage hospitalier ou chez le praticien de médecine générale) et si d'autres médecins généralistes y étaient présents.

La troisième section évaluait le souhait du sujet de participer à des RCP dans sa pratique future, ainsi que les freins et leviers qui pourraient impacter son choix. Le type de participation préféré était demandé (en présentiel ou via un système de visioconférence).

La quatrième section était destinée aux sujets ayant mentionné l'aide financière comme levier, et il leur était demandé le montant idéal souhaité.

6) Analyses statistiques

Les variables qualitatives ont été décrites à l'aide de l'effectif et de la proportion. Les variables quantitatives l'ont été selon la moyenne et l'écart-type.

L'exploration du lien entre les réponses des sujets quant aux freins et leviers et leur souhait de participer ou non aux RCP à l'avenir a fait l'objet de tests de Student et de tests exacts de Fisher. Les résultats ont été fournis sous la forme d'Odd Ratios (OR) et de différences moyennes (μ) avec intervalles de confiance et p-values.

L'ensemble des analyses, Tables et Figures a été réalisé via le logiciel R version 4.1.0 avec un seuil alpha fixé à 5%

III – Résultats

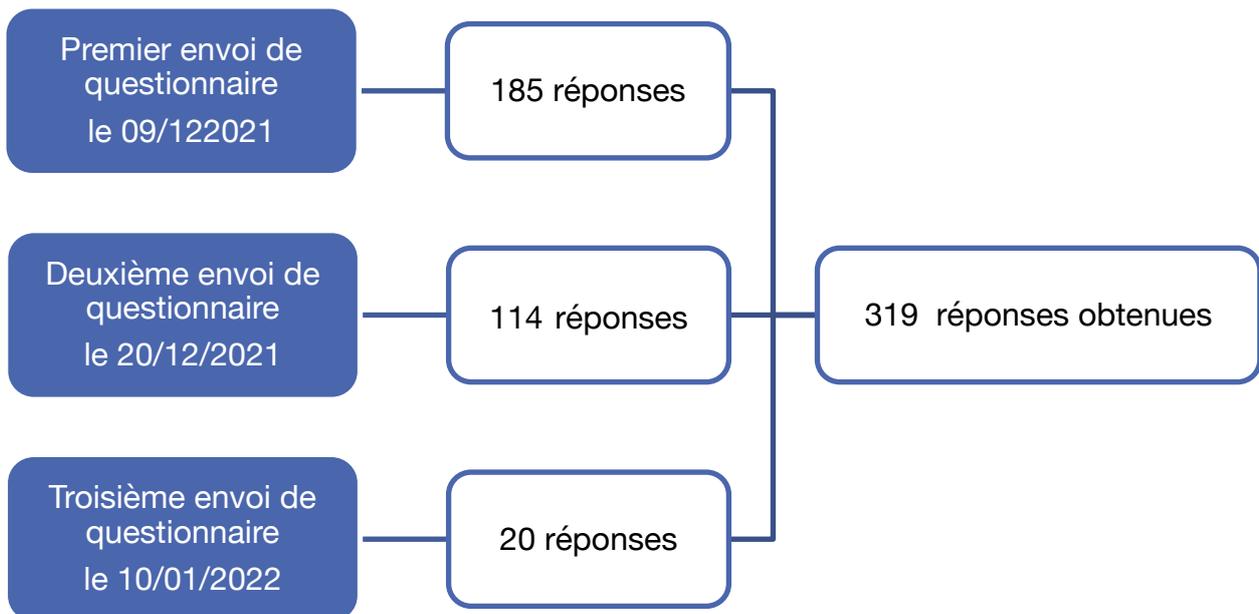
1) Participation à l'étude et diagramme de flux

Sur la période de diffusion du questionnaire, 319 réponses ont été obtenues.

Pour ce qui est des sujets exclus, 31 provenaient de sujets exerçant une spécialité autre que la médecine générale et 2 sujets n'ont pas précisé de réponse à cette question. Enfin, un sujet n'avait pas précisé s'il souhaitait participer aux RCP (ce qui ne permettait pas de le classer dans l'un des deux groupes d'étude). Ils ont donc été exclus (N=34) en amont des analyses, soit un total de 285 sujets analysés.

Les 285 sujets restants représentaient 1,87% de la population cible, comme décrite dans la partie Matériel ci-dessus.

Figure 1: Diagramme de flux



2) Caractéristiques socio-démographiques de la population

Les caractéristiques principales de la population sont décrites dans le tableau I.

L'âge moyen des répondants était de 28,46 ans, et ces derniers étaient des femmes dans 68% des cas. Ce sexe ratio était en cohérence avec les proportions de jeunes médecins

généralistes de sexe féminin, qui représentent 65% des médecins généralistes de moins de 40 ans en France à l'heure actuelle (30)

Les réponses étaient les plus nombreuses en Bourgogne Franche-Comté, avec un total de 44 réponses, soit 16% du panel total. La région Bourgogne Franche-Comté était suivie par la région Auvergne Rhône-Alpes, et par la Bretagne.

Le panel d'internes et de jeunes médecins était assez similaire, avec 145 internes ayant répondu, et 137 jeunes médecins généralistes ayant fini leur internat.

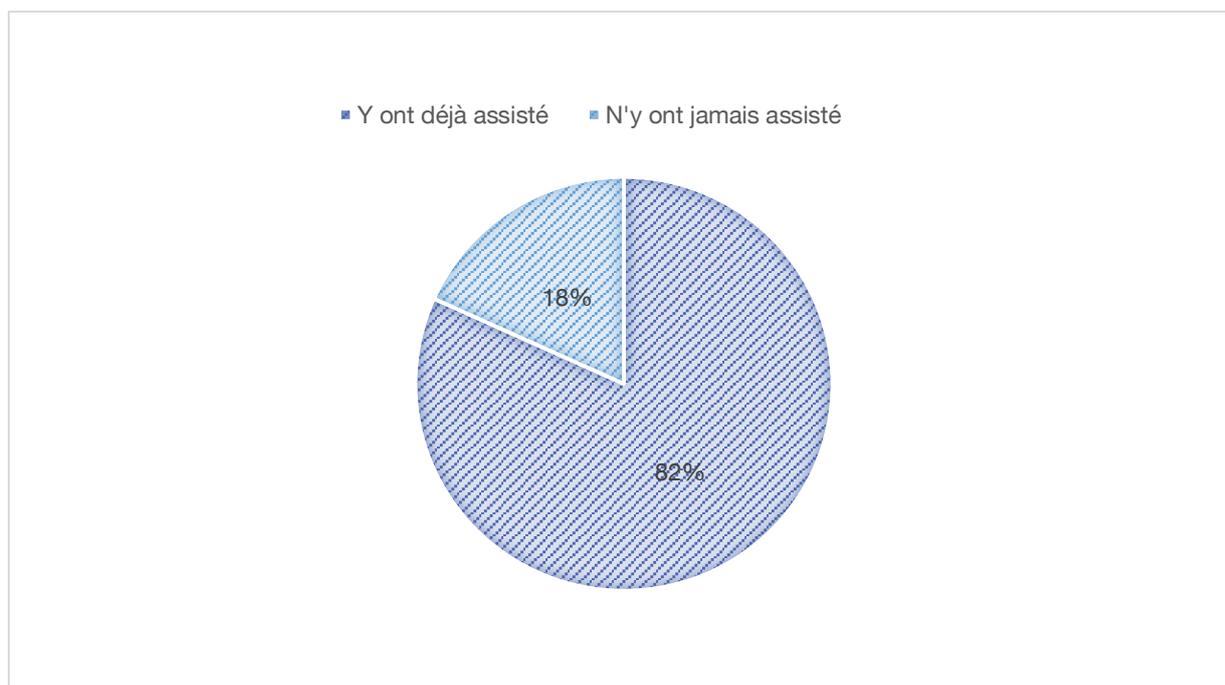
Les années de passage des ECN appartenait à un intervalle entre 2010 et 2021.

Seulement 3,5% des répondants étaient classés dans les 1 500 premiers aux ECN, et ils étaient les plus nombreux à avoir été classés entre le rang 6 000 et le rang 7 500. Ces proportions étaient sensiblement les mêmes que la répartition des internes de médecine générale en fonction de leurs résultats aux ECN (31).

3) Participation aux RCP

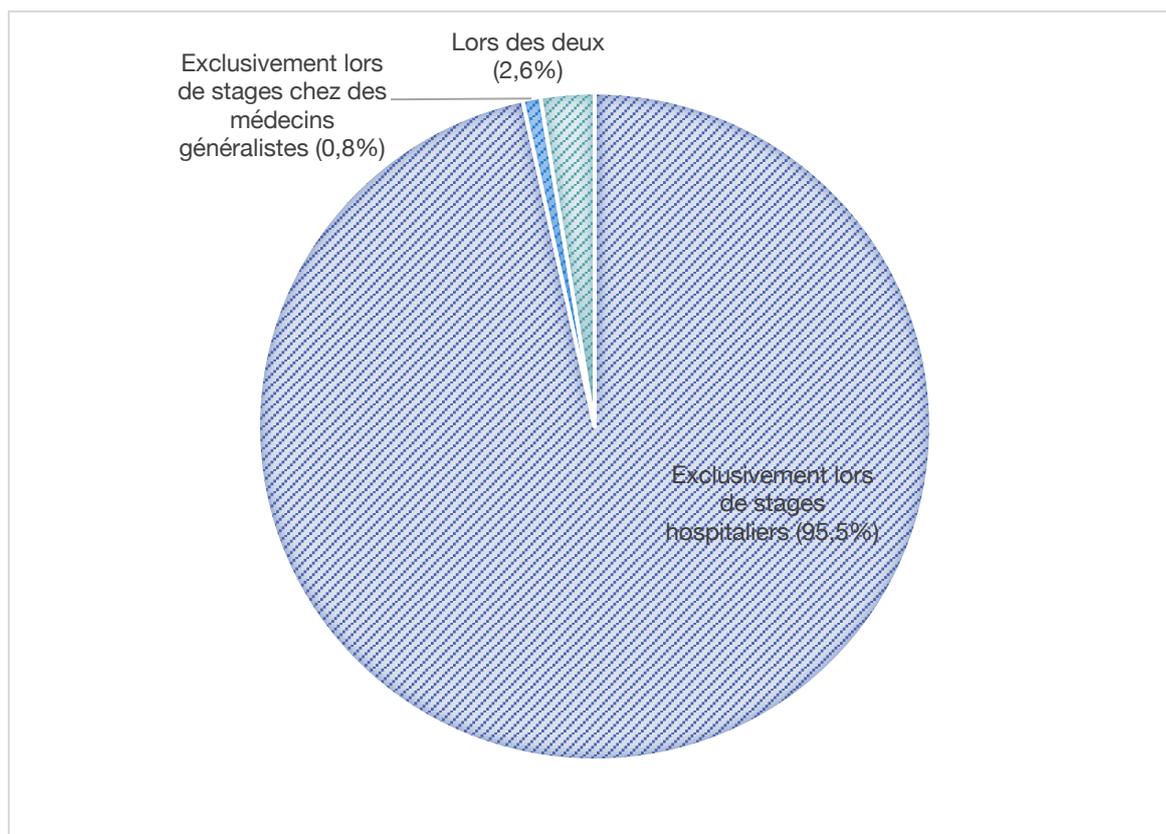
Globalement, 82% des répondants avaient participé, ou tout du moins assisté à des RCP lors de leur externat et de leur internat, soit 233 sujets (table I), soit une grande majorité.

Figure 2 : Participation ou non des répondants à des RCP au cours de leur externat et de leur internat



Parmi ces 233 sujets répondants, seulement deux y avaient participé exclusivement lors de leurs stages chez des médecins généralistes, et six y avaient participé lors de stages chez des médecins généralistes et lors de stages hospitaliers. Ainsi, on peut en déduire que huit sujets avaient participé à des RCP lors de stages de médecine générale soit 3.4% (table II).

Figure 3 : Stages lors desquels les répondants avaient participé à des RCP



Parmi les sujets y ayant déjà participé (233 sujets), 217 sujets, soit 93,1% n'y avait jamais vu de médecin généraliste.

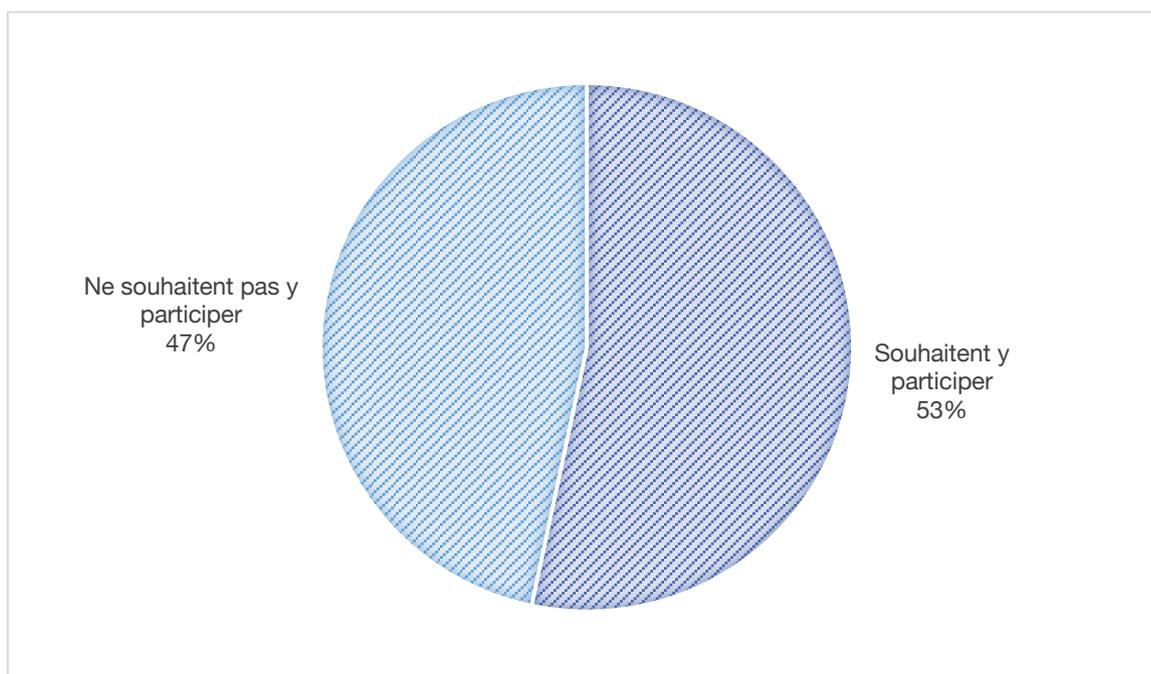
4) Freins et leviers quant à la participation des jeunes médecins généralistes aux RCP

La tableau III décrit les réponses à la troisième partie du questionnaire, qui explorait les freins et les leviers concernant la participation des jeunes médecins généralistes aux RCP.

Cela nous a permis d'individualiser deux groupes d'effectifs relativement similaires :

- Un premier souhaitant participer à des RCP dans sa pratique future, se composant de 152 sujets, soit 52,8%.
- Un second ne souhaitant pas y participer à l'avenir se composant de 133 sujets, soit 47,2%.

Figure 4 Souhait des participants de participer à des RCP dans leur pratique future



Ces deux groupes ont été comparés statistiquement, et les différences ont été exprimées à l'aide d'odds ratios et de différences moyennes.

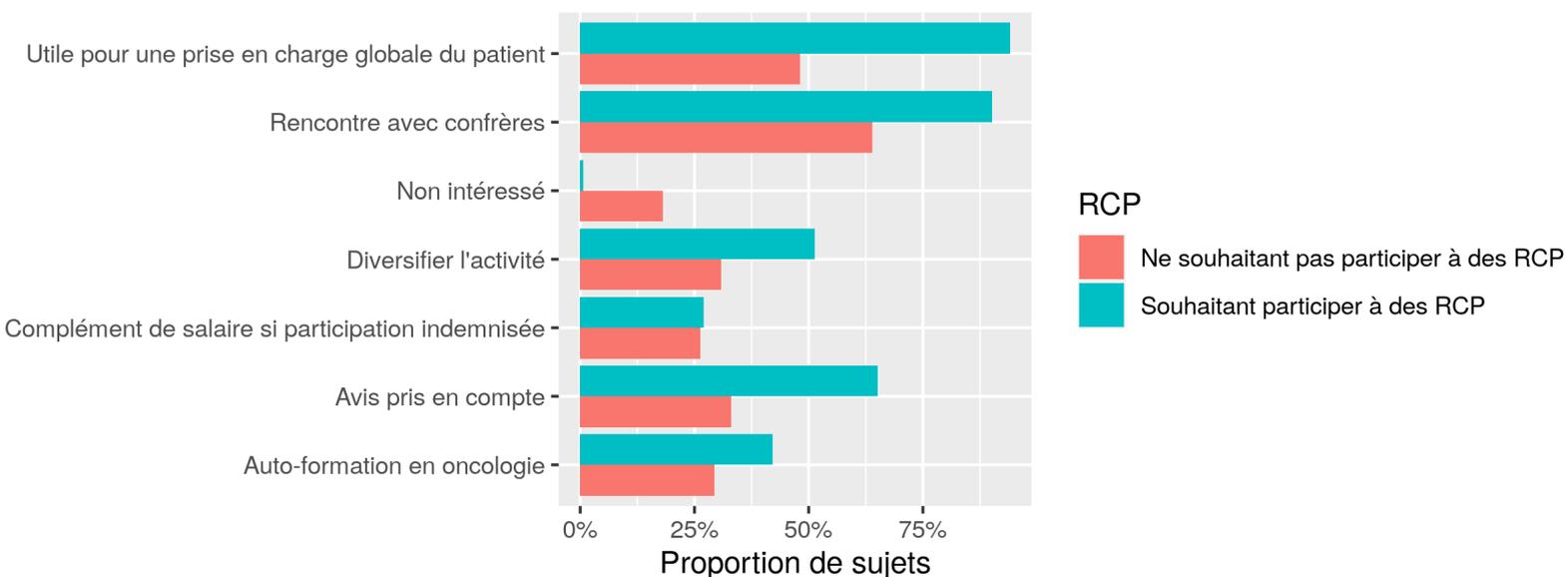
On constatait de nombreuses différences significatives quant aux freins et leviers à la participation aux RCP entre les sujets qui souhaitent y participer et ceux ne le souhaitant pas.

Les sujets intéressés pour prendre part aux RCP étaient significativement plus nombreux à penser que :

- cela pouvait avoir un intérêt pour le patient (OR=17 [7,7 ; 41], $p<0,001$).
- cela leur permettrait de diversifier leur activité (OR=2,3 [1,4 ; 3,9], $p<0,001$),
- cela leur permettrait une auto-formation en oncologie (OR=1,7 [1,0 ; 2,9], $p=0,035$),
- cela leur permettrait de rencontrer leurs confrères spécialistes (OR=5,0 [2,6 ; 10], $p<0,001$)
- que leur avis pourrait compter (OR=3,7 [2,2 ; 6,3], $p<0,001$).

Cela est également illustré dans la Figure 5 comparant les deux groupes souhaitant, et ne souhaitant pas participer aux RCP, et permettant ainsi d'individualiser certains leviers.

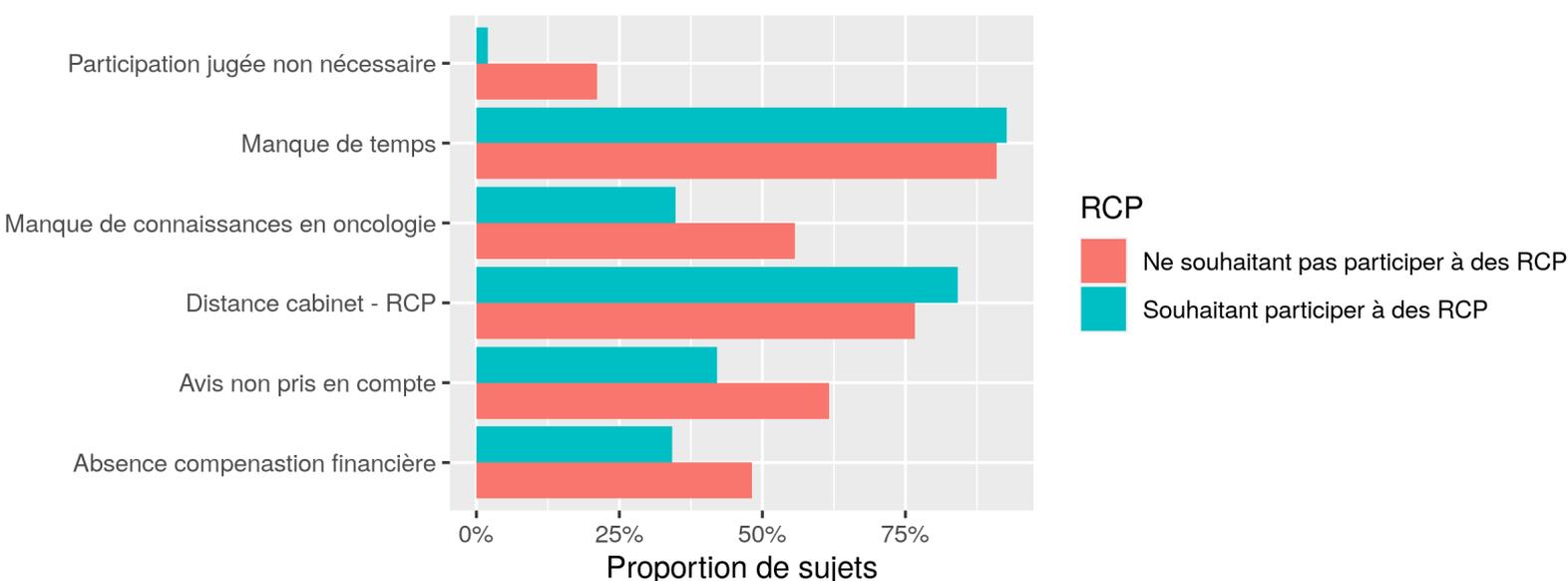
Figure 5 : Leviers mis en évidence en comparant le groupe de sujets souhaitant participer aux RCP, et le groupe ne souhaitant pas y participer



Inversement, les sujets ne souhaitant pas participer aux RCP étaient plus nombreux à :

- déclarer ne pas trouver d'intérêt dans ces RCP (OR=0,03 [0,00 ; 0,19], p<0,001).
- manquer de connaissances en oncologie (OR=0,43 [0,26 ; 0,71], p<0,001),
- penser que leur avis ne compterait pas (OR=0,45 [0,27 ; 0,75], p=0,001).
- penser que l'absence de compensation financière était un frein (OR=0,56 [0,34 ; 0,93], p=0,022).
- penser cela inutile d'y participer (OR=0,08 [0,01 ; 0,26], p<0,001).

Figure 6 : Freins mis en évidence en comparant le groupe de sujets ne souhaitant pas participer aux RCP, et le groupe souhaitant y participer



Enfin, globalement, la distance géographique des lieux de RCP par rapport au lieu d'exercice futur des sujets interrogés était un frein pour 230 sujets, soit 80% des sujets interrogés, qu'ils souhaitent ou non participer aux RCP à l'avenir.

De même, le manque de temps était un frein pour 262 sujets, soit pour 92% de la totalité des sujets inclus, et représentait donc un frein important.

5) Compensation financière

A la question du montant de la compensation financière pour une heure de participation à une RCP, qui était posée sous forme d'une question ouverte à réponse libre dans le questionnaire, ce qui ressortait (de manière non-significative) était l'équivalent de 4 consultations de médecine générale soit 100 euros, plus ou moins les frais de déplacement. Certains émettaient d'ailleurs l'idée d'une cotation type télé-consultation, en cas de participation à distance.

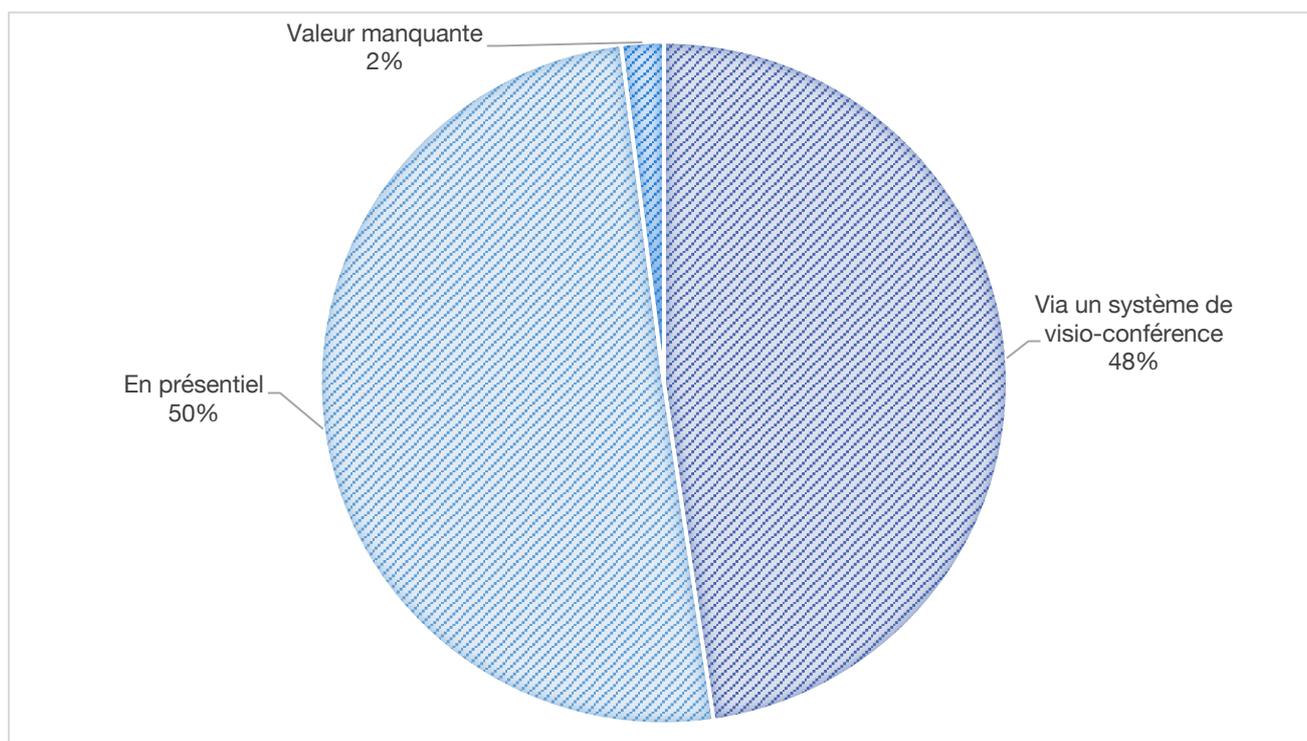
6) Moyens de participation

Enfin, sur l'idée de participer aux RCP, 72 sujets sur les 152 intéressés pour y participer, trouvaient l'idée de la visio-conférence intéressante, soit 47,3%.

Certains remarquaient en commentaire libre que cela donnait la possibilité de ne participer qu'à la discussion collégiale à propos de leur patient, et non à la totalité de la RCP.

50% soit 76 sujets trouvaient par contre la participation présentielle plus appropriée.

Figure 7: Moyen de participation favori aux RCP pour les sujets souhaitant y prendre part dans le futur



IV - Discussion

1) Reprise des principaux résultats, et comparaison à la littérature

a) Intérêt pour prendre part à des RCP

L'objectif principal de cette étude était de connaître la motivation des internes de médecine générale et des jeunes médecins généralistes français, à participer dans leur pratique future à des RCP d'oncologie.

Parmi les 285 sujets répondants, 53% semblaient intéressés pour y participer un jour. En comparaison, 37 médecins généralistes installés sur 44 contactés avaient accepté d'y participer dans l'étude de Paul Tachousin en 2016 (23). De même, dans un autre travail de thèse, 18 médecins généralistes avaient accepté de se déplacer à une colloque pour discuter de leur motivation pour assister à des RCP, prouvant leur intérêt pour ce sujet (26). Dans une étude belge de 2017, les médecins généralistes interrogés semblaient d'ailleurs trouver que cette participation aux RCP faisait partie intégrante de leur travail (25). Le souhait d'y prendre part est donc quelque chose qui semblait intéresser bon nombre de médecins généralistes, et semble-t-il également des internes et jeunes médecins généralistes.

Pourtant, cette étude a également permis de souligner que seulement 3,4% des sujets interrogés avaient participé à des RCP lors de leurs stages de médecine générale que ce soit pendant l'externat ou l'internat. La littérature retrouve des valeurs proches pour les médecins installés qui sont environ 10% à participer à des RCP, ce qui est donc relativement rare (22).

Il existe donc une inadéquation entre le souhait des médecins généralistes de prendre part aux RCP d'oncologie et leur réelle participation, soulevant ainsi la probable existence de freins.

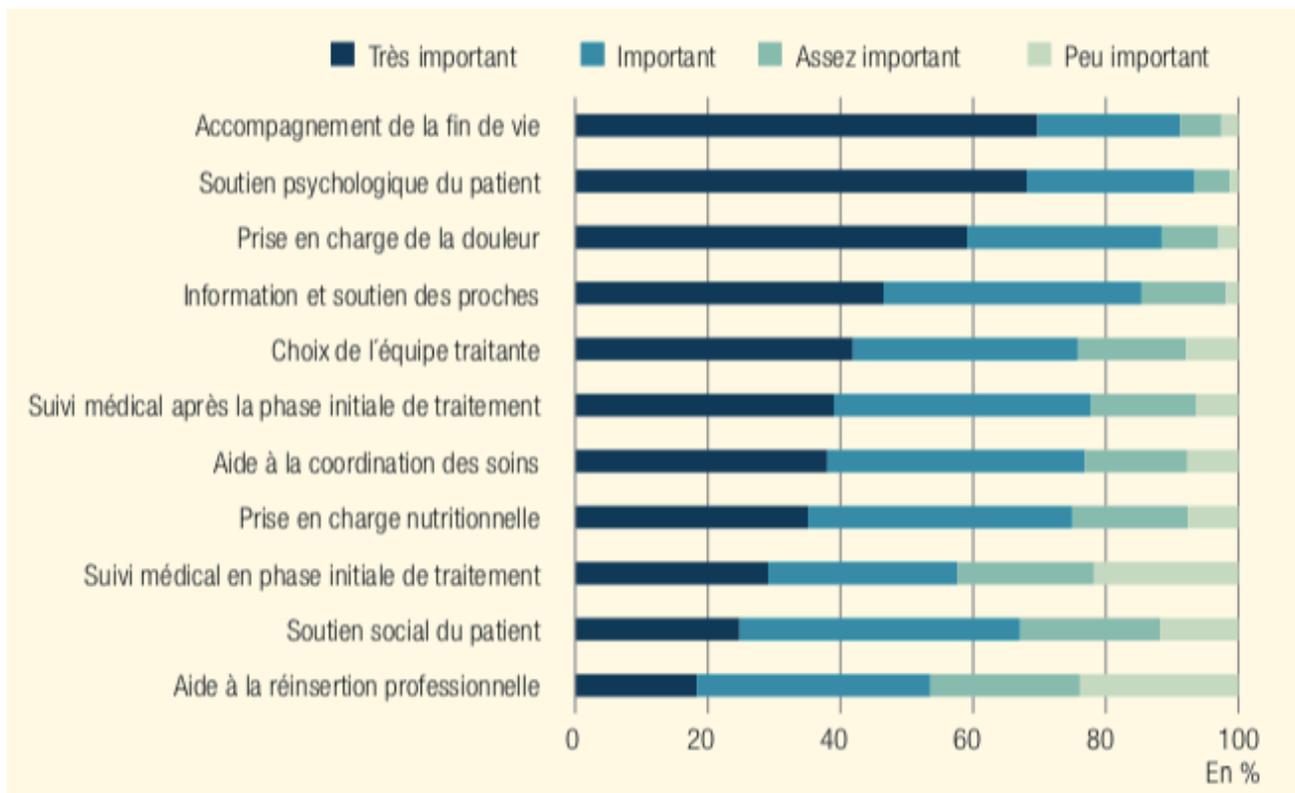
b) Leviers pour la participation aux RCP des jeunes médecins généralistes et internes de médecine générale

Premièrement, les sujets souhaitant participer dans leur pratique future à des RCP pensaient que cela pouvait avoir un réel intérêt pour leur patient. En Europe, les politiques de santé actuelles tendent à inciter à une prise en charge de plus en plus précoce des patients atteints de cancer de l'hôpital vers la médecine de ville (32). Les médecins généralistes devenant le pivot de la coordination des soins, il est difficile de les imaginer jouer ce rôle sans participer de façon active aux RCP, ou sont prises les décisions quant à la prise en charge future de leurs patients.

Le troisième panel national de médecins généralistes libéraux est un dispositif d'enquêtes réalisées en partenariat entre la DREES, les observatoires régionaux de la santé et les unions régionales des professions de santé, incluant des médecins libéraux de trois régions (Poitou-Charentes, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur). Ce groupe avait mené une enquête en 2015, permettant d'interroger 2 094 médecins généralistes sur la prise en

charge de leurs patients atteints de cancer (33). A été retranscrite l'importance perçue par les médecins généralistes de leur rôle dans les différents aspects de la prise en charge des patients souffrant de cancer.

Figure 8 : Importance perçue par les médecins généralistes de leurs rôles dans les différents aspects de la prise en charge des patients souffrant d'un cancer (33)



La prise en charge du diagnostic aux traitements, en passant par les soins de confort ou la réinsertion professionnelle semblaient être des points importants pour bon nombre de médecins généralistes, rendant probablement la participation aux RCP de leurs patients intéressante, et pouvant amener une plus-value notable aux prises en charges ultérieures.

Deuxièmement, dans notre étude, les sujets pensaient que leur avis pourrait compter, et que leur voix serait entendue. Comme vu précédemment, une thèse récente retrouvait que leur participation avait influé sur la décision thérapeutique dans près d'un cas sur cinq (23).

Ils pensaient également que cela leur permettrait une auto-formation en oncologie. En effet, les médecins généralistes sont assez peu formés à l'oncologie de nos jours. Toujours selon cette étude de 2015, seuls 11 % des médecins généralistes auraient suivi une formation complémentaire en oncologie ou auraient un diplôme complémentaire, et 16% seraient membres d'un réseau de cancérologie ou de soins palliatifs (33). Pourtant, de par

l'augmentation de la prévalence des patients atteints de cancers dans les patientèles de médecine générale, une participation aux RCP de leurs patients, pourrait être à elle seule un moyen d'auto-formation. Par voie de conséquence, cela leur permettrait également de diversifier leur activité comme retrouvé dans le panel interrogé dans ce travail, et les internes et jeunes médecins généralistes intéressés par les RCP semblaient y être attachés.

Enfin, les sujets intéressés par la participation aux RCP trouvaient que ce serait certainement un bon moyen de rencontrer leurs confrères spécialistes, et potentiellement de créer une alliance thérapeutique avec eux. Le défaut de communication ville/hôpital est souvent montré du doigt par les médecins généralistes, et représente une véritable source de difficulté (33). Moins de 20% des médecins généralistes reçoivent en fait l'information sur les effets secondaires attendus des traitements (33), ce qui par voie de conséquence peut porter préjudice au patient. Des comptes rendus standardisés pourraient être une solution à cela (15). De même, au moment de l'annonce, moins d'un tiers des médecins généralistes bénéficient d'une information complète sur la pathologie de leurs patients, comme recommandé par le plan Cancer (33). Et pourtant, leurs confrères spécialistes semblent représenter une véritable source d'information dans le domaine de l'oncologie, puisque 92% des médecins généralistes l'évoquent (33). Ainsi, l'attrait des futurs médecins généralistes semblant vouloir s'impliquer dans la participation aux RCP, semble très lié au contact privilégié qu'ils pourraient créer avec leurs confrères spécialistes.

c) Freins pour la participation des jeunes médecins généralistes et internes de médecine générale

Différents freins ont pu être soulevés chez les sujets ne souhaitant pas participer aux RCP dans le futur.

La plupart pensait manquer de connaissances en oncologie, ce qui comme vu dans la partie précédente pourrait être contré par leur participation en guise d'auto-formation, mais également par la rencontre avec les médecins spécialistes en guise de source d'information.

Ils pensaient également en proportion significativement supérieure que leur avis ne compterait pas, et jugeaient leur participation inutile. Dans une étude allemande, les médecins généralistes percevaient d'ailleurs une implication claire dans la dernière phase de la prise en charge du cancer, mais un rôle principalement sporadique (au fur et à mesure des besoins) dans les phases antérieures, pouvant leur faire penser que leur participation aux RCP serait inutile (34). Pourtant, comme cité dans la partie précédente également, la thèse de Paul Tachousin soulignait que leur avis pouvait changer les décisions prises en RCP dans près d'un cas sur 5 (23).

L'absence de compensation financière semblait un frein. Il était d'ailleurs déjà souligné dans une étude intéressant un panel urologues, que l'absence de valorisation financière de cette activité était fréquemment ressentie comme une difficulté. En effet, il n'existe actuellement pas de compensation financière prévue à cet effet pour les médecins libéraux, si ce n'est dans les ROSP (35). Certains répondants de notre étude émettaient l'idée d'une compensation financière de l'ordre de 4 consultations de médecine générale pour la participation à une heure de RCP. Une autre solution qui était mise en avant était une

compensation par une téléconsultation pour chaque patient de la patientèle d'un médecin généraliste dont le dossier était discuté en RCP. Il semblait donc exister quelques pistes quant à une rémunération en conséquence de leur participation.

Enfin, la distance géographique des lieux de RCP, ainsi que le manque de temps des médecins généralistes libéraux étaient soulevés comme des freins pour bon nombres d'entre eux. On peut alors aisément penser que la participation via visio-conférence pourrait être un compromis intéressant.

2) Discussion méthodologique : forces et limites

a) Forces de l'étude

Après une revue de littérature, il s'agissait à priori de la première étude évaluant les motivations et les freins des internes de médecine générale et jeunes médecins généralistes français, quant à la participation aux RCP d'oncologie. Cette originalité fait la force de ce travail.

Une thèse réalisée en 2014 dans le Boulonnais avait étudié via une étude qualitative les représentations, les attentes et les difficultés des médecins généralistes face aux RCP (26). Même si non précisé, on peut aisément penser que la moyenne d'âge chez ces médecins interrogés était bien supérieure à celle de notre étude. L'intérêt ici d'interroger de jeunes médecins était que pour la plupart d'entre eux, ils avaient assisté à des RCP lors de leurs stages d'externat et d'internat, et savaient déjà les tenants et aboutissants de ces réunions. Comparer ce groupe à un panel de médecins installés plus âgés aurait également pu être intéressant, en émettant l'hypothèse qu'y avoir assisté au cours de sa formation était pourvoyeur d'une envie de participation future.

Les freins et leviers proposés lors du questionnaire étant issus de différents travaux, et en particulier toujours de cette même thèse étudiant de manière qualitative sous forme d'entretiens les motivations et les freins de la participation de médecins généralistes aux RCP (26). Rédiger ce travail en étudiant de façon quantitative ces freins et leviers était donc complémentaire de ce premier travail, et était également une force.

De plus, il s'agissait d'une étude à l'échelle nationale, permettant de limiter le biais de sélection centre-dépendant (même si des réponses n'ont pu être obtenus dans toutes les régions françaises).

Le questionnaire était simple, et les répondants ne mettaient que quelques minutes à y répondre. Cela permettait de minimiser leur lassitude, et engendrait certainement plus de réponses.

b) Limites de l'étude

Tout d'abord, cette étude était réalisée via une inclusion sur la base du volontariat. Les internes de médecine générale et jeunes médecins généralistes français (qui avaient accès au lien de l'étude via les réseaux sociaux) avaient le choix ou non d'y participer, créant

ainsi un potentiel biais de sélection. Cependant, l'âge moyen, le sex-ratio du panel, et le classement aux ECN des répondants... semblaient en adéquation avec la population d'étude.

Le panel de répondants était finalement relativement faible, avec 285 réponses, représentant 1,87% de la population cible. A titre de comparaison, des études comme celles de l'ISNAR interrogeant tous les internes de médecine générale français recueillent régulièrement entre 15 et 30% de réponses parmi la population cible, mais leur capacité de diffusion des questionnaires est certainement bien supérieure à celui de notre étude (30).

La diffusion du questionnaire dépendait également de l'approbation des modérateurs des groupes Facebook de jeunes médecins généralistes, ce premier n'a pu être proposé que dans certaines régions, créant également un biais de sélection.

Il existait certainement également un biais de volontariat, avec le plus grand nombre de réponses obtenues dans la région Bourgogne Franche-Comté, ou certains ont pu répondre par connaissance et sympathie à mon égard.

Il s'agissait enfin d'une étude déclarative, n'ayant pas la force d'une étude observationnelle. Un modèle étudiant la participation des médecins généralistes avant et après compensation financière pourrait d'ailleurs être une idée d'étude à l'avenir.

3) Perspectives

Les perspectives qui pourraient être mise en avant seraient d'abord l'élaboration d'études interventionnelles pour explorer le poids de certains leviers et la résolution de certains freins, par exemple via des études avant/après. D'éventuelles études qualitatives pour explorer plus largement les freins et leviers qui auraient pu être oubliés seraient également intéressantes. Le ressenti des médecins spécialistes quant à la participation de médecins généralistes à leurs RCP pourrait enfin être une piste d'étude.

A titre personnel, je pense qu'un système de participation des médecins généralistes aux RCP, via un système de visio-conférence pourrait être une solution. En effet, leur présence pour discuter des patients qui ne sont pas les leurs me semble certainement moins prolifique, et potentiellement redondante. Leur apport sur les volets psycho-sociaux de leurs patients serait par contre je pense d'une grande aide aux décisions thérapeutiques.

Une compensation financière de l'ordre d'une consultation pour avoir assisté à chaque présentation de leur patient me semble intéressante. Il faudrait cependant pour cela une organisation très précise quant aux horaires de passage des différents dossiers en RCP, ainsi qu'un apport des dernières technologies que ne possèdent pas encore tous les médecins généralistes. Une étude de 2021 prouve d'ailleurs que les consultations vidéos multidisciplinaires entre le patient atteint de cancer, le médecin généraliste et l'oncologue étaient réalisables dans la pratique quotidienne. Les premiers obstacles à surmonter étaient des problèmes techniques liés au matériel ou à la vidéo, et les seconds problèmes la difficulté d'accorder les agendas des différents protagonistes, pour mettre en place ce genre d'entretien. Les patients signalaient par contre une grande satisfaction, avec une approche centrée sur eux-mêmes et le rôle de chacun des médecins qui leur apparaissait

plus clair. Les médecins généralistes et les oncologues étaient globalement satisfaits de ces entretiens (36).

V - Conclusion



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



THESE SOUTENUE PAR M. Charles PITARD

CONCLUSIONS

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'intérêt que portaient en France les internes de médecine générale et les jeunes médecins généralistes non-installés aux RCP d'oncologie. Il s'agissait alors de recenser ce qui pouvait les motiver à y prendre part, ainsi que les éventuels freins quant à leur participation.

Cette étude permettait d'inclure 285 sujets, représentant 1.87% de la population cible. La représentativité des sujets inclus était en cohérence avec le sexe ratio et le classement aux ECN des jeunes médecins généralistes actuels.

Seulement 3,4% des répondants avaient participé à des RCP lors de stages chez des médecins généralistes au cours de leur externat ou de leur internat, mettant en évidence un véritable manque de participation à l'heure actuelle de ces derniers.

Finalement, cette étude montrait que 52,8% des répondants étaient intéressés pour participer à des RCP d'oncologie dans leur pratique future. Les leviers significativement associés à leur motivation à y prendre part étaient l'intérêt pour le patient, la diversification de leur activité, l'auto-formation en oncologie induite par cette participation, la rencontre avec leurs confrères spécialistes, et que leur avis serait une plus-value à ces RCP.

A contrario, 47,2% des répondants n'étaient pas intéressés, et ils soulignaient ne pas trouver d'intérêt à y participer et manquer de connaissances en oncologie pour être à même d'y prendre part. Ils pensaient également que leur avis ne compterait pas et que l'absence de compensation financière était un frein.

Le manque de temps et la distance géographique du lieu de RCP étaient des freins majeurs pour tous.

Une compensation financière de l'ordre de 100 euros, soit quatre consultations de médecine générale pour une heure de participation aux RCP semblait être satisfaisante.

La participation via un système de visio-conférence paraissait intéressante pour 47,3% des sujets interrogés.

Au regard des résultats de cette étude, et au vu de la modernisation des cabinets de médecine générale à l'heure du développement technologique, un système de participation via un système de visio-conférence aux discussions pluridisciplinaires de leurs patients seulement pourrait être une idée pour la démocratisation de la participation des futurs médecins généralistes aux RCP.

L'élaboration d'études interventionnelles pour explorer le poids de certains leviers ou la résolution de certains freins, par exemple via des études avant/après pourrait être intéressante dans le futur.

Le Président du jury,

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 30 MAI 2022
Le Doyen

Pr. JN. BASTIE



Pr. M. MAYNADIÉ



VI - Bibliographie

1. Définition cancer [Internet]. [cité 3 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/C/cancer>
2. Defossez G, Le Guyader-Peyrou S. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 : Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim.
3. Cancers [Internet]. [cité 3 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.santepublique-france.fr/maladies-et-traumatismes/cancers>
4. Les nouveaux cas de cancer en forte hausse en France [Internet]. [cité 3 mai 2022]. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/sciences/article/2019/07/02/les-nouveaux-cas-de-cancer-en-forte-hausse-en-france_5484200_1650684.html?fbclid=IwAR2XDPxb9muocw-Sutxbi0slUV1oVbo3JsgHxFw2sXCjGdJ_cZ2SR7tmu6nM
5. « En cancérologie, la mission du généraliste n'est pas reconnue » [Internet]. Le Généraliste. 2015 [cité 3 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.legeneraliste.fr/actual-medicale/en-cancerologie-la-mission-du-generaliste-nest-pas-reconnue>
6. Survie des personnes atteintes de cancer : nouvelles estimations pour la période 1989-2018 en France métropolitaine pour 37 localisations cancéreuses [Internet]. [cité 3 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-nouvelles-estimations-pour-la-periode-1989-2018-en-france-metropolitaine-pour-37-localisations-cancereuses>
7. Le Plan cancer 2003-2007 - Les Plans cancer [Internet]. [cité 3 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer/Le-Plan-cancer-2003-2007>
8. INCa, Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère des enseignements supérieurs et de la recherche. Plan cancer 2009-2013. 2009 p. 28.
9. INCa, Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère des enseignements supérieurs et de la recherche. Plan cancer. 2014 p. 152.
10. 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.
11. Chirgwin J, Craike M, Gray C, Watty K, Mileshekin L, Livingston PM. Does Multidisciplinary Care Enhance the Management of Advanced Breast Cancer?: Evaluation of Advanced Breast Cancer Multidisciplinary Team Meetings. *J Oncol Pract*. nov 2010;6(6):294-300.
12. Descotes JL, Guillem P, Bondil P, Colombel M, Chabloz C. Évaluation des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie dans la région Rhône-Alpes : une enquête de terrain. *Prog En Urol*. oct 2010;20(9):651-6.

13. Ministère des Solidarités et de la Santé. Note d'information n° DGOS/DIR/PF5/2019/148 du 28 juin 2019 relative aux lignes directrices nationales pour la mise en œuvre d'un outil de gestion des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) au sein des filières de santé, centres de référence, centres de compétences et centres de ressources et de compétences dans le domaine des maladies rares [Internet]. 2019. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2019/19-07/ste_20190007_0000_0066.pdf
14. Haute Autorité de Santé. Réunion de concertation pluridisciplinaire [Internet]. 2017 [cité 3 mai 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-11/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire.pdf
15. Rankin NM, Collett GK, Brown CM, Shaw TJ, White KM, Beale PJ, et al. Implementation of a lung cancer multidisciplinary team standardised template for reporting to general practitioners: a mixed-method study. *BMJ Open*. déc 2017;7(12):e018629.
16. Rougé-Bugat ME, Mesthé P, Filleron T. Prévention, dépistage et annonce du cancer : le rôle du médecin généraliste. " Enquête d'opinion dans la région Midi-Pyrénées". :14 : 21.
17. Augestad KM, Norum J, Dehof S, Aspevik R, Ringberg U, Nestvold T, et al. Cost-effectiveness and quality of life in surgeon versus general practitioner-organised colon cancer surveillance: a randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2013;3(4):e002391.
18. Grunfeld E, Levine MN, Julian JA, Coyle D, Szechtman B, Mirsky D, et al. Randomized Trial of Long-Term Follow-Up for Early-Stage Breast Cancer: A Comparison of Family Physician Versus Specialist Care. *J Clin Oncol*. 20 févr 2006;24(6):848-55.
19. 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*. janv 2010;6(1):19-24.
20. Dagada C, Mathoulin-Pélissier S, Monnereau A. Prise en charge des patients cancéreux par les médecins généralistes. Résultats d'une enquête auprès de 422 médecins en Aquitaine. *Management of cancer patients by general practition*. 2003;32(23)(1060-65).
21. Tardieu É, Thiry-Bour C, Devaux C, Ciocan D, de Carvalho V, Grand M, et al. Place du médecin généraliste dans le traitement du cancer en Champagne-Ardenne. *Bull Cancer (Paris)*. mai 2012;99(5):557-62.
22. Bachevillier C, Guichard A. La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en oncologie : place du médecin généraliste traitant [Thèse d'exercice]. Université de Lyon; 2014.
23. Tachousin P. Intégration des médecins généralistes aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) : étude de faisabilité à partir de la RCP « myélodysplasies » de l'IUCT Oncopole [Thèse d'exercice]. Université de Toulouse; 2016.
24. Druel V, Gimenez L, Tachousin P, Boussier N, Bauvin E, Pascale G, et al. Adapting patients' oncological treatment through remote participation of general practitioners in

multi-disciplinary consultation meetings: A feasibility study. Eur J Gen Pract. 31 déc 2022;28(1):15-22.

25. Pype P, Mertens F, Belche J, Duchesnes C, Kohn L, Sercu M, et al. Experiences of hospital-based multidisciplinary team meetings in oncology: An interview study among participating general practitioners. Eur J Gen Pract. 2 oct 2017;23(1):156-64.
26. Le Loup Leger C. Représentations, attentes et difficultés des médecins généralistes face à la réunion de concertation pluridisciplinaire en Oncologie. Quels moyens pour quelle implication ? Une étude qualitative dans le Boulonnais. [Thèse d'exercice]. Université de Lille 2; 2014.
27. Arrêté du 2 septembre 2019 rappelant pour l'année 2019 et projetant pour la période 2020-2023 le nombre d'internes en médecine à former, par spécialité et par centre hospitalier universitaire.
28. CNOM. Etude sur l'installation des jeunes médecins. :27.
29. Vincent J. Milieu rural et souhaits d'exercice des internes de médecine générale. Pour. 2012;214(2):131-8.
30. La place des femmes médecins en France [Internet]. RemplaFrance. [cité 3 mai 2022]. Disponible sur: <https://remplafrance.com/blog/femmes-medecins-france>
31. Statistiques ECN 2020 par spécialités [Internet]. [cité 3 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/concours-2020/specialites/>
32. Geelen E, Krumeich A, Schellevis FG, van den Akker M. General practitioners' perceptions of their role in cancer follow-up care: A qualitative study in the Netherlands. Eur J Gen Pract. mars 2014;20(1):17-24.
33. Rey D, Lescher S, Paraponaris A. Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2017 [cité 3 mai 2022]. (Études et résultats). Report No.: N° 1034. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/suivi-des-patients-atteints-de-cancer-les-generalistes-favorables>
34. Dahlhaus A, Vanneman N, Guethlin C, Behrend J, Siebenhofer A. German general practitioners' views on their involvement and role in cancer care: a qualitative study. Fam Pract. 1 avr 2014;31(2):209-14.
35. Réseau régional de cancérologie Nord Pas de Calais. Indemnisation des praticiens libéraux participant aux RCP - Nord Pas de Calais. 2014.
36. Trabjerg TB, Jensen LH, Søndergaard J, Sisler JJ, Hansen DG. Cross-sectoral video consultations in cancer care: perspectives of cancer patients, oncologists and general practitioners. Support Care Cancer. janv 2021;29(1):107-16.

VII - Annexe

Tableau I Caractéristiques globales selon le souhait ou non de participer aux RCP

Caractéristique	Ne souhaitant pas participer à des RCP, N = 133 ¹	Souhaitant participer à des RCP, N = 152 ¹	Total, N = 285 ¹
Age	28,18 (3,15)	28,70 (3,51)	28,46 (3,35)
Valeurs manquantes	1	5	6
Sexe masculin	42 (32%)	49 (32%)	91 (32%)
Région			
Antilles	5 (3,8%)	7 (4,7%)	12 (4,3%)
Auvergne-Rhône-Alpes	19 (14%)	23 (15%)	42 (15%)
Bourgogne-Franche-Comté	13 (9,8%)	31 (21%)	44 (16%)
Bretagne	19 (14%)	19 (13%)	38 (13%)
Centre-Val-de-Loire	9 (6,8%)	15 (10%)	24 (8,5%)
Grand-Est	8 (6,0%)	1 (0,7%)	9 (3,2%)
Hauts-de-France	7 (5,3%)	7 (4,7%)	14 (5,0%)
Île-de-France	3 (2,3%)	3 (2,0%)	6 (2,1%)
La Réunion	2 (1,5%)	1 (0,7%)	3 (1,1%)
Nord-Pas-de-Calais-Picardie	3 (2,3%)	4 (2,7%)	7 (2,5%)
Normandie	5 (3,8%)	6 (4,0%)	11 (3,9%)
Nouvelle Aquitaine	14 (11%)	11 (7,4%)	25 (8,9%)
Occitanie	1 (0,8%)	2 (1,3%)	3 (1,1%)
Pays-de-la-Loire	16 (12%)	12 (8,1%)	28 (9,9%)
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	9 (6,8%)	7 (4,7%)	16 (5,7%)
Valeurs manquantes	0	3	3
Exercice			
Interne en formation	67 (51%)	78 (52%)	145 (51%)
Médecin remplaçant ayant fini leur internat de médecine générale	64 (49%)	73 (48%)	137 (49%)
Valeurs manquantes	2	1	3
Année de passage de l'ECN			
2010	0 (0%)	1 (0,7%)	1 (0,4%)
2013	1 (0,8%)	1 (0,7%)	2 (0,7%)
2014	3 (2,3%)	4 (2,6%)	7 (2,5%)
2015	7 (5,3%)	5 (3,3%)	12 (4,3%)
2016	12 (9,2%)	16 (11%)	28 (9,9%)
2017	22 (17%)	22 (15%)	44 (16%)

Caractéristique	Ne souhaitant pas participer à des RCP, N = 133 ¹	Souhaitant participer à des RCP, N = 152 ¹	Total, N = 285 ¹
2018	26 (20%)	31 (21%)	57 (20%)
2019	22 (17%)	32 (21%)	54 (19%)
2020	19 (15%)	22 (15%)	41 (15%)
2021	19 (15%)	17 (11%)	36 (13%)
Valeurs manquantes	2	1	3
Classement aux ECN			
1-1500	4 (3,0%)	6 (4,0%)	10 (3,5%)
1501-3000	12 (9,0%)	18 (12%)	30 (11%)
3001-4500	24 (18%)	21 (14%)	45 (16%)
4501-6000	39 (29%)	36 (24%)	75 (27%)
6001-7500	38 (29%)	52 (35%)	90 (32%)
>7500	16 (12%)	17 (11%)	33 (12%)
Valeurs manquantes	0	2	2
Projet d'installation			
Zone rurale	67 (50%)	78 (52%)	145 (51%)
Zone urbaine	45 (34%)	42 (28%)	87 (31%)
Tout autre projet d'installation	21 (16%)	30 (20%)	51 (18%)
Valeurs manquantes	0	2	2
Participation à des RCP pendant l'internat ou l'externat	104 (78%)	129 (85%)	233 (82%)

¹Moyenne (ET); n (%)

Tableau II Exploration du lien entre ces caractéristiques globales et l'envie de participer aux RCP

Caractéristique	N = 233 ¹
Contexte de ces RCP	
Lors de stages chez des médecins généralistes	2 (0,9%)
Lors de stages hospitaliers	225 (97%)
Lors des deux	6 (2,6%)
Contact que des médecins généralistes participaient à ces RCP	16 (6,9%)

¹n (%)

Tableau III Description des réponses à la 3e partie du questionnaire selon le souhait ou non de participer aux RCP

Caractéristique	Ne souhaitant pas participer à des RCP, N = 133 ¹	Souhaitant participer à des RCP, N = 152 ¹	Taille d'effet ²	p-value
Leviers	64 (48%)	143 (94%)	OR=17 [7,7 ; 41]	p<0,001
Utile pour la prise en charge globale du patient	64 (48%)	143 (94%)	OR=17 [7,7 ; 41]	p<0,001
Moyen de diversifier votre activité	41 (31%)	78 (51%)	OR=2,3 [1,4 ; 3,9]	p<0,001
Permettrait une auto-formation en oncologie	39 (30%)	64 (42%)	OR=1,7 [1,0 ; 2,9]	p=0,035
Permettrait de rencontrer vos confrères	85 (64%)	137 (90%)	OR=5,0 [2,6 ; 10]	p<0,001
Permettrait un complément de salaire si indemnisé	35 (27%)	41 (27%)	OR=1,0 [0,58 ; 1,8]	p>0,99
Vous pensez que votre avis pourrait compter	44 (33%)	99 (65%)	OR=3,7 [2,2 ; 6,3]	p<0,001
Cela ne vous intéresse pas	24 (18%)	1 (0,7%)	OR=0,03 [0,00 ; 0,19]	p<0,001
Freins				
Manque de temps	121 (91%)	141 (93%)	OR=1,3 [0,49 ; 3,3]	p=0,66
Distance géographique	102 (77%)	128 (84%)	OR=1,6 [0,86 ; 3,1]	p=0,13
Sentiment que votre avis ne compterait pas	82 (62%)	64 (42%)	OR=0,45 [0,27 ; 0,75]	p=0,001
Absence de compensation financière	64 (48%)	52 (34%)	OR=0,56 [0,34 ; 0,93]	p=0,022
Manque de connaissance en oncologie	74 (56%)	53 (35%)	OR=0,43 [0,26 ; 0,71]	p<0,001
Vous ne jugez pas nécessaire d'y participer	28 (21%)	3 (2,0%)	OR=0,08 [0,01 ; 0,26]	p<0,001
Mode de participation				
En présentiel	48 (38%)	76 (50%)	OR=1,6 [1,0 ; 2,7]	p=0,052
Via un système de visio-conférence	75 (60%)	72 (48%)	OR=0,62 [0,37 ; 1,0]	p=0,054
Valeurs manquantes	10	4		

¹n (%); Moyenne (ET)

²OR = Odd Ratio (rapport de cotes) ;

Titre de la thèse : Évaluation des freins et des leviers des internes de médecine générale et des jeunes médecins généralistes concernant la participation aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire d'Oncologie

Auteur : PITARD Charles

Résumé :

Introduction : Les cancers représentent de nos jours une des deux principales causes de morbi-mortalité en France. Après le diagnostic initial, les différentes décisions quant aux prises en charge ultérieures sont discutées en Réunions de Concertation Pluridisciplinaire, faisant intervenir des médecins de différentes spécialités.

En réalité, très peu de médecins généralistes y prennent part.

Aucune étude en France n'évalue le souhait des jeunes générations de médecins généralistes d'y participer dans leur pratique future.

L'objectif principal de cette étude était de connaître leur motivation à s'impliquer dans les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire, et les freins et leviers quant à cette participation.

Méthode : Étude quantitative, descriptive et transversale conduite selon un questionnaire anonyme. Les participants ont été contactés via différents groupes d'internes et de jeunes médecins généralistes sur les réseaux sociaux.

Résultats : Sur les 285 sujets analysés, 53% disaient être intéressés par la participation à des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire à l'avenir.

Les leviers mis en avant par ces derniers étaient que cela pouvait avoir un intérêt pour leurs patients, que cela leur permettrait de diversifier leur activité, que cela leur permettrait également une auto-formation en oncologie, que cela leur donnerait l'opportunité de rencontrer leurs confrères spécialistes, et enfin que leur avis pourrait compter.

Inversement les freins mis en avant par les sujets ne souhaitant pas y prendre part étaient qu'ils ne trouvaient pas d'intérêt dans ces Réunions de Concertation Pluridisciplinaire, qu'ils estimaient manquer de connaissances en oncologie, qu'ils pensaient que leur avis ne compterait pas, et également ils trouvaient que l'absence de compensation financière était un frein.

La distance géographique des lieux de Réunions de Concertation Pluridisciplinaire, et le manque de temps étaient soulignés comme des freins dans les deux groupes.

Discussion : L'intérêt des jeunes médecins généralistes français vis à vis des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire était en inadéquation avec la participation des médecins généralistes actuels.

A l'ère de l'informatisation progressive des cabinets de médecine générale, y assister via un système de visio-conférence pourrait être un excellent moyen de palier à certains de ces freins.

Mots clés : « Réunion de concertation pluridisciplinaire » ; « étudiant en médecine » ; « coordination ville hôpital » ; « cancérologie »