



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2016

N°

**ETUDE SUR LA PLACE ACTUELLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE PARCOURS DE SOINS EN
CANCEROLOGIE**

THESE

présentée

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

et soutenue publiquement le 2 Novembre 2016

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par AYATI (AGIER-AYATI) Siavoshe

Né(e) le 16 Mars 1988

A Dijon

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 encourt une poursuite pénale.

ANNEE 2016

N°

**ETUDE SUR LA PLACE ACTUELLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE PARCOURS DE SOINS EN
CANCEROLOGIE**

THESE

présentée

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

et soutenue publiquement le 2 Novembre 2016

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Par AYATI (AGIER-AYATI) Siavoshe

Né(e) le 16 Mars 1988

A Dijon

Année Universitaire 2016-2017
au 1^{er} Septembre 2016

Doyen :
1^{er} Assesseur :
Assesseurs :

M. Frédéric HUET
M. Yves ARTUR
Mme Laurence DUVILLARD
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
M. Marc MAYNADIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Laurent	BEDENNE	Gastroentérologie et hépatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Jean-François	BESANCENOT	Médecine interne
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	BONIN	Psychiatrie d'adultes
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	ORL
M.	Alain	BRON	Ophthalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
M.	François	BRUNOTTE	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
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	Ophthalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
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
M.	Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Claude	GIRARD	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie

M.	Denis	KRAUSÉ	Radiologie et imagerie médicale
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-François	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	MAYNADIE	Hématologie - transfusion
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS ASSOCIES DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Bruno	MANGOLA	Urgences (du 01/05/2016 au 14/11/2016)
----	-------	----------------	--

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Roger	BRENOT	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Philippe	CAMUS	(surnombre jusqu'au 31/08/2019)
Mme	Monique	DUMAS-MARION	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Maurice	GIROUD	(surnombre jusqu'au 21/08/2018)
M.	Frédéric	MICHEL	(surnombre du 20/10/2015 au 31/12/2016)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(surnombre du 05/02/2014 au 31/08/2017)

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

			Discipline Universitaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale
(Mobilité Novembre 2016 à 2017)			
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
(Mobilité Novembre 2016 à 2017)			
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Jean	FAIVRE	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M.	Marc	FREYSZ	(01/09/2016 au 28/02/2017)
M	Philippe	GAMBERT	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	MARTIN	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	POTHIER	(01/09/2015 au 31/08/2018)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	-------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Gilles	MOREL	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
Mme	Anne	WALDNER-COMBERNOUX	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	CARNET	Anglais
M.	Jean-Pierre	CHARPY	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

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
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 François GHIRINGHELLI

Membres : Monsieur le Professeur Laurent BRONDEL

Monsieur le Docteur Hervé DEVILLIERS

Madame le Docteur Nathalie BREMAUD

Madame le Docteur Laure FAVIER

A notre Président de thèse,

Monsieur le Professeur François GHIRINGHELLI,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie pour la qualité de vos enseignements et la confiance que vous avez accordé à mon égard.

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Laurent BRONDEL,

Tu me fais l'honneur de juger mon travail. Je te remercie pour l'ensemble du soutien que tu m'as apporté durant toutes ces années.

Reçois l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Hervé DEVILLIERS,

Je suis très honoré de vous compter parmi mes juges. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail ainsi que de votre expérience de praticien interniste dont vous nous faites profiter.

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Nathalie BREMAUD (directrice de thèse)

Tu m'as fait l'honneur de m'accompagner dans ce travail. Je te remercie infiniment de m'avoir guidé pendant ces deux semestres, pour ton intégrité, ton enseignement médical et humain que j'espère parvenir à suivre.

Trouve ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Laure FAVIER

Tu me fais l'honneur d'être membre de mon jury. Je te remercie pour l'accompagnement durant ces deux semestres, pour ton enseignement et tes qualités humaines.

Trouve ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A ma mère Afsaneh, à mon père Abolghassem.

A mes grands-parents maternels.

A mes grands-parents paternels.

A mon frère Massoud, ma tante Maryam, ma cousine Sarvazad.

A mon oncle Amin, mon oncle Afshin, mon oncle Mossadegh, mon oncle Mohammad, ma tante Taraneh, ma tante Shideh, ma cousine Samin, ma cousine Pariah et mon cousin Parsah.

A la famille Lombard, Catherine, Bruno, Sophie, merci.

A la famille Brondel, Laurent, Adrien, Marine, merci.

A Véronique Baillet, merci.

Mes amis d'enfance : Marie, Pierric, Sven, Alix.

Mes amis du lycée : Léa.K, Edouard.B, Romain, Raphaël.J, JS, Vincent.V, Raphaël.A, JB, Edouard.R

Mes amis d'externat : Marion, Christophe, Léa, Edouard.R, Antonin, Axel, Arthur, Thibaut, Olivier, Grégoire, Lucile, Antoine, Alice, Louis.A,

Mes amis d'internat : Benoit, Nicolas, Mathieu, Jean-David, Gilles, Max, Thomas.G, Vincent.J, Maud, Nejla, Anne, Thomas.R, Johan, Aylin, Sabrina, Jeremy, Auguste, Sarah.T, Anna, Sarah, Marie, Laura,

A la famille Yorick Gueneau

Les médecins que j'ai rencontré et qui m'ont appris : Dr.Reignard, Pr.Besancenot, Dr.Champigneulle, Dr.Boucher Dr.Domart, Dr.Lambourg, Dr.Coudert, Dr.Lagrange, Dr.Bengrine, Dr. Vincent, Dr.Desmoulins, Dr.Ladoire, Dr.Hervieu, Dr.Isambert, Dr.Zanetta, Dr.Courtet, Dr.Zabawa, Dr.Faddoul, Dr.Guenoun, Dr.Peignelin, Dr.Giorgione, Dr.Limagne, Dr.Pieta, Pr.Coutant, Dr.Da Silva, Dr.Labattut, Dr.Philip, Dr.Bertaut, Dr.Perrot, Dr.Lorgis

Les infirmières que j'ai rencontrées et qui m'ont appris : Auxerre, Pédiatrie Dijon, CGFL.

A ma filleule Zoé Brondel.

A Suzanne.

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."

Abréviations

CGFL Centre Georges François Leclerc

DMP Dossier Médical Personnel

EA Echelle Analogique

FMC Formation Médicale Continue

WONCA World Organization of National Colleges

Table des matières

Introduction.....	15
Matériels et méthodes.....	16
Résultats.....	18
Discussion.....	21
Conclusion.....	25
Références.....	26
Annexes.....	28

Table des tableaux

Tableau I : Résultats questionnaire patient.....	28
Tableau II : Résultats questionnaire médecin.....	31
Tableau III : Analyse univariée patient.....	34
Tableau IV : Analyse univariée médecin.....	35
Tableau V : Analyse multivariée médecin.....	37

Introduction

Responsable de 150 000 décès annuels, le cancer représente la première cause de mortalité en France tous sexes confondus. Bien que le taux de mortalité lié au cancer ait diminué ces dernières années (1), l'incidence a quant à elle augmenté jusqu'en 2005 pour être stable aujourd'hui. Ainsi, les besoins en soins oncologiques ont fortement augmenté et ne vont cesser de croître à l'avenir en raison d'une prise en charge toujours plus spécialisée et précoce. L'arrivée de nouvelles thérapies toujours plus efficaces et personnalisées permet aux patients de vivre plus longtemps tout en se soignant chez eux.

Toutes ces évolutions conduisent à une augmentation des prises en charge à domicile des patients, sollicitant plus fortement les professionnels de proximité et de soins primaires. Tel que défini dans le plan cancer 2014-2019, le médecin généraliste est désormais au centre de la prise en charge du patient en cancérologie(2)(3). Il centralise l'information, coordonne les soins reçus par son patient et l'oriente dans son parcours de soins afin d'avoir une vision globale(4). Cependant, en 2016, le médecin généraliste ne semble pas être le pivot de la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer, que ce soit en phase aiguë ou chronique (5). Paradoxalement, les missions théoriques demandées aux généralistes du point de vue oncologique semblent en augmentation en dépit d'une surspécialisation.

Un suivi fréquent et régulier auprès du médecin généraliste, notamment en début de traitement, s'avère indispensable afin d'augmenter la survie et d'améliorer de la qualité de vie des patients (6)(7)(8). Le renforcement de la formation en cancérologie des jeunes médecins (9) a également pour vocation de repositionner le médecin traitant au cœur de la prise en charge oncologique du patient.

L'objectif primaire de cette étude est donc d'évaluer la place du médecin généraliste dans l'organisation de la prise en charge oncologique en 2016. Les objectifs secondaires sont d'évaluer les préférences de prise en charge des patients et de les confronter au ressenti des médecins traitants, de mesurer le niveau de confiance accordé ou estimé en cancérologie et enfin de dégager des outils d'améliorations souhaités par les patients et les médecins généralistes.

Matériels et méthodes

Population

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive de type transversale réalisée au Centre Georges François Leclerc (CGFL), structure spécialisée dans la lutte contre le cancer situé à Dijon.

Dans un premier temps, nous avons inclus les patients hospitalisés en hôpital de jour au CGFL entre Juin et Juillet 2016. Nous avons défini cette période afin de limiter le nombre de doublons les cycles de chimiothérapie étant généralement de 3 semaines.

Dans un second temps, entre Juillet et Septembre 2016, nous avons inclus les médecins traitants des patients préalablement inclus.

Il n'y avait aucun critère d'exclusion.

Déroulement de l'étude

L'étude a donc été menée pendant 3 mois en 2 phases : interrogation des patients puis interrogation des médecins. Pour cela, nous avons construit deux questionnaires à l'aide du logiciel Google Forms©. Ceux-ci ont préalablement été testés auprès d'un patient hospitalisé en service conventionnel et de 4 médecins généralistes.

Le questionnaire « patient » était proposé en version papier au patient à l'accueil de l'hôpital de jour. Celui-ci comprenait quarante-huit questions réparties en cinq parties : informations socio-démographiques, relation avec le médecin traitant, coordination du parcours de soin, disponibilité du médecin traitant et accompagnement par le médecin traitant au cours du traitement du cancer. Certaines questions étaient estimées par une échelle analogique de 0 à 10 (par exemple : avez-vous le sentiment que votre médecin généraliste est au centre de la prise en charge de votre maladie ? 0 pour pas du tout et 10 complètement)

Via la base de données informatique du CGFL, nous avons pu inclure les médecins traitants des patients participant à l'étude. Chaque médecin était d'abord contacté par téléphone afin d'obtenir son accord pour participer à l'étude. Ensuite, le questionnaire « médecin » leur était transmis par mail ou bien directement rempli par l'investigateur à l'occasion d'un entretien téléphonique avec le médecin généraliste.

Celui-ci comprenait quarante-six questions réparties en quatre parties : informations socio-démographiques, suivi et compétences, développement d'outils et ressenti du médecin traitant. Certaines questions étaient estimées par une échelle analogique de 0 à 10 (par exemple : avez-vous l'impression d'être au centre de de la prise en charge globale de votre patient(e) ? 0 pour pas du tout et 10 beaucoup)

Analyses statistiques

Nous avons tout d'abord réalisé une analyse descriptive afin d'étudier les caractéristiques des réponses des médecins et des patients. Les variables qualitatives ont été décrites par des pourcentages et comparées à l'aide de test du CHI2 ou de Fisher. Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne avec écart et leur médiane avec étendue.

L'impact de la prise en charge de patients cancéreux, de patients en soins palliatifs ainsi que l'impression d'être au cœur de la prise en charge ont été étudiés à l'aide de régressions logistiques multivariées ajustées sur l'âge, le sexe et le type d'exercice (seul vs groupe).

Les analyses statistiques ont été réalisées avec la logiciel SAS 9.4 (SAS Institute, Cary, NC, USA). Tous les tests étaient bilatéraux, le seuil de significativité choisi était de 5%.

Résultats

Questionnaire patient

Population étudiée

Au total 328 patients répondant aux critères de l'étude ont reçu le questionnaire. Le taux de remplissage était de près de 42% avec 135 questionnaires remplis. Le motif de refus était inconnu.

La moyenne d'âge des patients était de 59 ans, la médiane était à 61 ans, avec pour extrêmes des âges de 21 et 87 ans. Les femmes étaient majoritaires avec 90%.

Près de 63% des patients connaissaient leur diagnostic depuis moins d'un an et un quart depuis plus de 2 ans.

Relation médecin patient

La totalité des patients avait un médecin traitant et près de la moitié était fidèle depuis plus de 10 ans.

Près de 70% des patients voyaient leur médecin généraliste moins d'une fois par mois et la majorité ne souhaitait pas le voir plus fréquemment.

Les raisons de visites invoquées, parmi le choix de réponses proposées comprenaient dans près de 50% des cas des soins de support : effets indésirables de chimiothérapies, douleurs et pour discuter du cancer.

Cette consultation avait un caractère global puisque dans près de la moitié des cas elle participait à un renouvellement d'ordonnance.

Médecin généraliste et parcours de soins

Plus de la moitié des patients plaçait le spécialiste en oncologie au centre de leur prise en charge globale actuelle contre moins de la moitié leur médecin traitant. Cependant 57,6% des patients souhaiteraient que le médecin généraliste soit plus au centre de cette prise en charge.

Plus d'un quart des généralistes ont annoncé le diagnostic de cancer à leur patient. Plus de la moitié ont participé au diagnostic de la maladie. Plus de la moitié des patients discutait des résultats de biologie ou d'imagerie avec leur médecin traitant.

Les patients jugeaient leur médecin traitant disponible. D'après eux plus de la moitié des généralistes étaient accessibles en moins de 24 heures, et 90% en moins de 72 heures.

Médecin généraliste et prise en charge

Les patients estimaient leur médecin plutôt compétent en cancérologie avec une échelle analogique (EA) à 7/10 en médiane et ils estimaient que les réponses à leurs problèmes en cancérologie étaient adaptées avec une EA à 7/10 en médiane. 39% des patients souhaiteraient qu'il s'implique encore plus.

Les patients estimaient que leur médecin s'impliquait sur la prise en charge professionnelle avec une EA à 7/10 en médiane. Par contre, ils jugeaient que leur médecin était peu impliqué au sujet de leur situation sociale (EA 2/10 en médiane).

Facteurs associés

L'âge était significativement ($p=0,05$) corrélé aux fréquences de consultations, au-delà de 61 ans les patients voient leur médecin 1 à 2 fois par mois.

Plus l'ancienneté de la prise en charge est longue, plus il semblait exister un sentiment de grande proximité entre le médecin et son patient ($p = 0.07$ non significatif).

Lorsque le médecin participait au diagnostic du cancer, il semblait être plus au centre de la prise en charge ($p=0,07$, non significatif).

Questionnaire médecin

Population étudiée

119 médecins répondant aux critères de l'étude ont été retenus. Le taux de remplissage était de 26,6% avec 31 questionnaires remplis.

La moyenne d'âge des médecins était de 54 ans, la médiane était à 56 ans, avec pour extrêmes des âges de 28 et 72 ans. Près de 58% des répondants étaient des hommes.

Suivi patient

96,8% des médecins suivaient plus de 5 patients atteints de cancer au moment de l'étude et 80,6% des médecins prenaient en charge des patient en phase palliative. La majorité des médecins affirmait gérer les problèmes liés au cancer ou au traitement.

83,9% des médecins disaient s'impliquer plus au sujet de l'activité professionnelle des patients atteints de cancer que pour leurs autres patients et 71% expliquaient s'investir plus que pour d'autres patients du point vue sociale.

Cependant, le médecin traitant, s'estimait comme étant peu au centre de la prise en charge (EA 5/10 en médiane) et plus de la moitié souhaiterait être davantage impliqués dans celle-ci.

Autojugement en cancérologie

84% des médecins ressentait avoir une perte de lien avec leur patient pendant la phase de prise en charge spécifique.

Les médecins s'estimaient moyennement compétents en cancérologie avec un EA à 5 sur 10 en médiane. La FMC (45%) et les revues médicales (35%) étaient les moyens d'accès principaux de formation

Développement d'outils

La majorité des médecins était favorable à des outils de prise en charge spécifiques avec une majorité en faveur des e-mails sécurisés.

Par contre ils n'étaient pas favorables à un suivi médical type e-santé de leur patient à 79,3%.

Facteurs associés

Les médecins âgés de plus de 56 ans suivaient significativement ($p=0,01$) plus de patient atteint d'un cancer.

Les hommes suivaient significativement ($p=0,03$) plus de patient atteint d'un cancer.

Les médecins qui travaillaient à temps plein semblaient ($p=0,07$) suivre plus de patient en soins palliatifs.

Les médecins qui jugeait leurs connaissances bonnes en cancérologie se jugeaient significativement ($p=0,05$) plus au centre de la prise en charge.

Discussion

Limites

Notre travail est une étude observationnelle descriptive faisant apparaître un biais de sélection et un biais de déclaration.

La population de patients inclus dans cette étude n'est pas représentative de l'ensemble des patients atteints d'un cancer. En effet 90% des répondants atteints d'un cancer étaient des femmes alors que le cancer touche davantage les hommes.(1)

La population de médecins inclus dans cette étude semble représentative des médecins exerçant en Bourgogne, les médecins généralistes présentent un âge moyen de 51,5 ans en Bourgogne(10) pour 54 ans dans notre étude.

En 2009, un médecin généraliste suivait en moyenne 20,4 patients atteints d'un cancer et réalisait 61,6 actes de cancérologie. Comparativement aux données de 1994, les chiffres ont quasiment doublé.(11) Notre population de médecins semble prendre en charge la même proportion de patient.

Impact du médecin généraliste

Le médecin généraliste peut être défini comme le « guide » des patients : il joue un rôle fondamental dans le parcours de soins et constitue un point de repère pour le patient en dehors de l'hôpital.

Notre étude confirme certains points, qui tendent à confirmer la place centrale du médecin généraliste dans l'accompagnement des patients atteints d'un cancer : le médecin généraliste a participé à plus de la moitié des diagnostics et à un quart des consultations d'annonce de la pathologie. Dans la phase thérapeutique le médecin généraliste gère également des soins support divers liés au cancer et s'occupe du suivi hors cancer dans la majorité des cas.

Du point de vue du soutien social et professionnel, les médecins généralistes expriment un engagement plus important que d'habitude auprès de patient atteint d'un cancer. Les patients en revanche ressentent un appui de la part de leur médecin dans leur vie professionnelle, mais minorent le rôle de ce dernier vis-à-vis de leur situation sociale. Cette différence tient probablement aux démarches hors consultation conduites par le médecin traitant, telles que le renouvellement des protocoles « affection longue durée » ou l'établissement des certificats médicaux, travail sous-estimé par le patient.

Le modèle théorique du médecin généraliste, « pivot » dans la prise en charge du patient, présente un intérêt tout particulier, d'autant qu'il bénéficie d'un très bon niveau de confiance et de fidélité des patients, ce que montre notre étude. Les contacts répétés dans le temps confirment des niveaux de confiance significatifs en fonction de l'ancienneté du suivi.

De plus, au fil du temps, la patientèle âgée est davantage exposée à développer un cancer. Cette continuité des relations entre un patient et son médecin traitant implique une proximité grandissante à mesure que le risque de contraction d'un cancer augmente. Dans notre étude, les médecins plus âgés suivent ainsi davantage de patients atteints d'un cancer. Cet état des lieux confirme une enquête réalisée par le collège de médecine générale.(12)

En dépit de ces constats, notre enquête révèle que les médecins généralistes interrogés ne se sentent pas au centre de la prise en charge en phase active du traitement. Les patients en jugent de même.

Pourtant les patients estiment leur médecin traitant suffisamment compétent pour gérer les problèmes liés à la cancérologie en parallèle de leur suivi habituel.

Au-delà de ce rapport entre le patient et son médecin généraliste, ce dernier exprime une perte de lien entre eux au moment de la phase active, déjà soulignée dans la littérature. (13)(14) Le médecin ressent dans sa pratique l'exercice d'un rôle « tampon » entre patient et hôpital, ces consultations n'étant pas valorisées dans la réalité. Celles-ci sont de plus décrites par la littérature comme chronophages du fait que l'information soit difficile d'accès, surtout sur le plan thérapeutique.(14)(15)

Cette position inconfortable pourrait être améliorée par une meilleure transmission de l'information qui valoriserait la satisfaction et le sentiment d'utilité des médecins généralistes. (6)

Une hypothèse intéressante de consultation systématique chez le généraliste pendant la phase active a été évoquée(16). Celle-ci présente deux avantages : elle entretiendrait les connaissances du médecin, en favorisant l'enseignement du soin en cancérologie directement par la pratique clinique (17) et permettrait d'assurer un suivi continu dans la phase thérapeutique, en limitant la perte de lien inhérente à la multiplication des personnes intervenant dans le traitement du cancer.

Cette approche renouvelée permettrait de modifier la prise en charge classique « chirurgie, radiothérapie et oncologie médicale ». Ce tripode thérapeutique ne semble plus correspondre aux attentes des malades et des professionnels, comme en témoigne les états généraux.(5)

Cette consultation auprès d'un médecin généraliste en cancérologie suppose que l'information hospitalière soit directement accessible au médecin traitant. Ce besoin apparaît clairement dans notre étude, qui révèle que les médecins souhaitent accéder aux comptes rendus plus rapidement. Dans le cas contraire et actuel, la difficulté pour les médecins traitants d'accéder à ces informations nuit à leur capacité de se placer au centre de la prise en charge, avec des conséquences pour le patient : perte de temps, prise en charge hachée et déshumanisée.

Un moyen de pallier à cette problématique, serait de recourir aux emails sécurisés et de faciliter leur accès. Cet outil est majoritairement plébiscité par la population interrogée dans notre étude, permettrait de favoriser la communication et d'accélérer l'information ville-hôpital par le simple envoi des courriers d'hospitalisations. Cette méthode peut pallier au défaut de connaissance du médecin (18), négligée elle est un facteur de fragilité de l'autorité médicale (19) par défaut de synchronisme.

La complexité du parcours de soins en cancérologie et la multiplicité des acteurs nécessitent une meilleure coordination et une meilleure communication entre les différents professionnels. Malgré la surspécialisation de la cancérologie, cette communication peut s'articuler en ville, au bénéfice de la médecine générale, autour de moyens dont certains sont encore en cours d'expérimentation, comme le dossier médical personnel (DMP). La création de celui-ci en 2004 vise à améliorer le transfert d'information. Opérationnel depuis 2011, seul 589 000 dossier ont été créés, dont environ 18 000 en bourgogne (7).

Les moyens modernes sont plébiscités par les médecins pour partager l'information mais les systèmes de e-santé demeurent méconnus et sont peu soutenus. Dans notre étude les patients ne sont pas favorables à utiliser une application médicale de correspondance ainsi que les médecins alors qu'une application médicale de suivi dans le cancer du poumon publiée récemment permet d'allonger la survie globale de 7 mois (20). Dans certains centres de luttés des applications médicales se développent afin de faciliter le quotidien du patient, favoriser l'éducation thérapeutique et faciliter le parcours de soins. C'est l'exemple de « Appli Chimio »(21) en cours d'expérimentation, « My Curie »(22) ou encore « myCLB »(23) permettant même d'accéder aux données médicales.

Ces nouvelles technologies encore trop peu exploitées peuvent répondre aux missions du plan cancer 3 en assurant une prise en charge globale et personnalisée.

Enfin, une conséquence préoccupante de l'allongement de vie des patients concerne leur devenir dans des situations de vie complexe (alimentation entérale, antibiothérapie au long cours...), que les praticiens rencontrent dans les services hospitaliers. Henri Pujol a dit « plus on guérit de gens, plus on doit se préoccuper de leurs conditions de vie pendant et après la maladie » (5). Le médecin généraliste devrait ainsi participer davantage aux décisions dans certaines situations, notamment s'agissant du retour à domicile et des décisions de placement en soins palliatifs. 40% des patients ont ainsi passé tout ou partie de leur phase terminale à domicile, entourés par leur famille et leur médecin traitant. (24)

La stratégie reste à définir, mais le médecin traitant doit être regardé comme un maillon de la chaîne d'autant plus que sa présence à tous les moments de la prise en charge améliore la qualité de vie et la survie globale des patients(7)(8)(9).

Conclusion

Dans notre étude, les patients atteints de cancers se montraient favorables à une prise en charge à domicile, se décentralisant de l'hôpital. Ils estimaient leur médecin traitant compétent pour prendre en charge l'ensemble des événements liés à leur maladie ou à leur traitement.

Dans le même temps, les médecins traitants ne se sentaient pas assez impliqués dans la prise en charge notamment pendant la phase active de traitement. Ils exprimaient une volonté d'être placés davantage au centre de la prise en charge de leur patient.

De nombreux facteurs pourraient améliorer cette coordination du parcours de soin : le développement du dossier médical personnalisé (DMP), s'il tient ses promesses pourrait changer le quotidien des patients et des professionnels de santé par une meilleure circulation de l'information. Néanmoins cette coordination doit aussi susciter de nouveaux rapports entre la médecine de ville et l'hôpital avec de nouveaux outils d'échanges et une nouvelle définition de l'organisation des soins.

Références

1. Hill C, Ribassin-Majed L. Epidémiologie du cancer en France [Internet]. 2015 [cité 1 août 2016]. Disponible sur: <https://www.gustaveroussy.fr/fr/content/epid%C3%A9miologie-et-pr%C3%A9vention-1>
2. INCA. Les cancers en France en 2015: L'essentiel des faits et chiffres. [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-cancers-en-France-en-2015-L-essentiel-des-faits-et-chiffres>
3. e-cancer. Plan Cancer 2009 - 2013 [Internet]. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/content/download/121696/1458130/file/PlanCancer20092013_02112009.pdf
4. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale [Internet]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
5. Les malades prennent la parole : le livre blanc des 1ers États généraux des malades du cancer. Ramsay;
6. Jefford M, Baravelli C, Dudgeon P, Dabscheck A, Evans M, Moloney M, et al. Tailored chemotherapy information faxed to general practitioners improves confidence in managing adverse effects and satisfaction with shared care: results from a randomized controlled trial. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 10 mai 2008;26(14):2272-7.
7. Sisler JJ, Brown JB, Stewart M. Family physicians' roles in cancer care. Survey of patients on a provincial cancer registry. *Can Fam Physician Médecin Fam Can*. juin 2004;50:889-96.
8. Holtedahl K, Norum J, Anvik T, Richardsen E. Do cancer patients benefit from short-term contact with a general practitioner following cancer treatment? A randomised, controlled study. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. nov 2005;13(11):949-56.
9. 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.
10. Ministère des affaires sociales et de la santé. Age moyen des médecins par spécialité, mode d'exercice, zone d'inscription et sexe. [Internet]. data.Drees Etudes et Statistiques. [cité 22 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=2492>
11. Observatoire de la Médecine Générale. Données en consultation pour cancer [Internet]. 2009. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>
12. Cancer : la grande insatisfaction des généralistes [Internet]. *Le Généraliste*. [cité 2 oct

2016]. Disponible sur: http://www.legeneraliste.fr/actualites/dossier-professionnel/2015/12/11/resultats-de-lenquete-du-cmg_284141

13. 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.

14. Enquête de La Ligue Nationale contre le Cancer. Les médecins généralistes face au cancer en 2010 [Internet]. 2010. Disponible sur: <https://www.ligue-cancer.net/presse/download/455>

15. Courand Laouisset C, Lerol A. Le médecin généraliste face à la prise en charge des patients atteints de cancer [Internet]. Université Diderot Paris 7; 2011. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3525_THESE-COURAUD.pdf

16. Toutirais G. Consultation systématique programmée auprès du médecin traitant pour le patient cancéreux en cours de traitement [Internet]. Université de Nantes; 2015 [cité 8 janv 2016]. Disponible sur: <http://theseimg.fr/>

17. Marshall MN. Qualitative study of educational interaction between general practitioners and specialists. *BMJ.* 7 févr 1998;316(7129):442-5.

18. 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.

19. Castel P. Le médecin, son patient et ses pairs. *Rev Fr Sociol.* 2005;46(3):443-67.

20. Denis F, Yossi S, Septans A-L, Charron A, Voog E, Dupuis O, et al. Improving Survival in Patients Treated for a Lung Cancer Using Self-Evaluated Symptoms Reported Through a Web Application. *Am J Clin Oncol.* 24 mars 2015;

21. Appli Chimio : pour accompagner les patients sous chimiothérapie orale - Institut Curie [Internet]. [cité 18 oct 2016]. Disponible sur: <http://curie.fr/actualites/appli-chimio-accompagner-patients-sous-chimiotherapie-orale-006826>

22. Cancer: une appli pour Curie [Internet]. [cité 18 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.notretemps.com/sante/cancer-une-appli-pour-curie,i105243>

23. Une appli' pour suivre le cancer [Internet]. *ladepeche.fr.* [cité 18 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.ladepeche.fr/article/2016/06/17/2367640-une-appli-pour-suivre-le-cancer.html>

24. 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.

Annexes

Tableau 1 : Résultats questionnaire patient

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES				
	nombre	%	moyenne ± SD	médiane
Sexe (F/M)	121/14	90/10		
Age (ans)			59±13	61
Situation				
Autre	4	3,0		
Marié	63	46,7		
Marié et enfants	30	22,2		
Célibataire	31	23,0		
Célibataire avec enfants	7	5,2		
Date diagnostic (ans)				
1 - 2	17	12,7		
< 1	84	62,7		
≥ 2	33	24,6		
Manquant	1			
RELATION MEDECIN MALADE				
	nombre	%	moyenne ± SD	médiane
Médecin traitant (oui/non)	130/1	99,2/0,8		
Manquant	4			
Durée suivi par MG (ans)				
1 - 2	13	10,1		
3 - 5	20	15,5		
> 10	60	46,5		
5 - 10	26	20,2		
0,5 - 1	4	3,1		
< 0,5	6	4,7		
Manquant	6			
Fréquence cs auprès MG (mois)				
Jamais	3	2,4		
< 1	84	66,7		
2	1	0,8		
1	38	30,2		
Manquant	9			
Proximité du MG (EA)			7,8±2,25	8
Confiance envers MG (EA)			8,24±2,0	9
Disponibilité du MG (EA)			8,38±1,97	9
Motifs visite habituelle				
Renouvellement	85	45,9		
Effets indésirables chimiothérapie	35	18,9		
Douleurs	30	16,2		
Problème socio-professionnelle	21	11,4		
Parler du cancer	14	7,6		
Motifs dernière visite				

Renouvellement	53	39,6		
Effets indésirables chimiothérapie	27	20,1		
Douleurs	21	15,7		
Problème socio-professionnelle	23	17,2		
Parler du cancer	10	7,5		
PARCOURS DES SOINS				
	nombre	%	moyenne ± SD	médiane
Orientation vers CGFL				
Autre	28	22,0		
Chirurgien	18	14,2		
Radiologue	10	7,9		
Spécialiste	20	15,7		
Médecin traitant	51	40,2		
Manquant	8			
MG informé du KC (Oui/Non)	131/1	99,2/0,8		
Manquant	3			
Participation du MG au diagnostic (Oui/Non)	73/57	56,2/43,8		
Manquant	5			
Annonce cancer				
Autre	13	10,2		
Médecin traitant	34	26,6		
Spécialiste au CGFL	40	31,3		
Spécialiste hors CGFL	41	32,0		
Manquant	7			
Discussion résultats avec MG(Oui/Non)	84/47	64,1/35,9		
Manquant	4			
Référent actuel PEC globale				
Autre	5	3,8		
Spécialiste du CGFL	72	54,5		
Médecin traitant	55	41,7		
Manquant	3			
Préférence référent PEC globale				
Autre	4	3,2		
Spécialiste du CGFL	49	39,2		
Médecin traitant	72	57,6		
Manquant	10			
DISPONIBILITE MEDECIN TRAITANT				
	nombre	%	moyenne ± SD	médiane
Accessibilité du MG (EA)			7,68±2,21	8
Accessibilité du Spécialiste (EA)			7,43±2,36	8
Rapidité cs MG (jours)				
< 1	72	54,5		
1 - 3	51	38,6		
3 - 7	9	6,8		

> 7	0	0,0		
Manquant	3			
MG visite au domicile				
Ne sait pas	21	16,0		
Non	31	23,7		
Oui	79	60,3		
Manquant	4			
ACCOMPAGNEMENT DU MEDECIN TRAITANT				
	nombre	%	moyenne ± SD	médiane
MG au centre PEC KC (EA)			5,81±2,83	5
Préférence MG soit davantage centre PEC KC (Oui/Non)	45/79	36,3/63,7		
Manquant	11			
Dernière cs avec MG (mois)				
< 1	57	43,5%		
1 à 3	50	38,2%		
4 à 6	17	13,0%		
7 à 12	5	3,8%		
> 12	2	1,5%		
Manquant	4			
Souhait cs plus fréquente du MG (Oui/Non)	123/7	94,6/5,4		
Manquant	5			
Si non les raisons				
Attente trop longue	0	0,0		
CGFL suffisant	56	39,2		
Pas besoin	79	55,2		
Trop de RDV	8	5,6		
MG répond problèmes lié KC (EA)			6,72±2,75	7
Préférence MG répondent davantage (Oui/Non)	39/79	33,1/66,9		
Manquant	17			
Si non pourquoi				
Autre	7	8,4		
J'appelle le CGFL	71	85,5		
Internet	5	6,0		
Compétences cancer MG (EA)			6,97±2,43	7
PEC professionnelle (EA)			5,48±3,59	7
Davantage (Oui/Non)	17/84	16,8/83,2		
Manquant	34			
Si non pourquoi				
Autre	11	9,7		
Ne travaille pas	57	50,4		
Le CGFL me suffit	45	39,8		
PEC sociale (EA)			3,32±3,54	2
Problème lié KC qui appelez vous				
Autre	7	4,5		

Le CGFL	120	76,9		
Votre médecin traitant	29	18,6		
Application mobile (EA)			3,56±3,42	3

EA : échelle analogique ; MG : médecin généraliste ; KC : cancer ; Cs : consultation ; CGFL : Centre Georges François Leclerc

Tableau II : Questionnaire médecin

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES				
	nombre	%	moyenne ±SD	médiane
Sexe (F/M)	13/18	42/58		
Age (ans)			54±12,3	56
Exercice				
Temps plein	25	80,6		
Temps partiel	6	19,4		
Heure/semaine (heures)				
<35	0	0,0		
35-45	5	16,1		
46-55	13	41,9		
>56	13	41,9		
Pratique				
Cabinet seul	12	38,7		
Groupé/Maison médicale	19	61,3		
CH/Clinique	0	0,00		
Mode consultation				
RDV uniquement	23	74,2		
RDV et cs libre	8	25,8		
Visite à domicile (Oui/Non)	30/1	96,8/3,2		
Cs d'urgence				
Toujours	9	29		
Souvent	10	32,3		
Parfois	10	32,3		
Jamais	2	6,5		
	SUIVI			
	nombre	%	moyenne ±SD	médiane
Urgences à domicile				
Jamais	2	6,5		
Parfois	4	12,9		
Souvent	16	51,6		
Toujours	9	29		
Priorisation cs KC (EA)			4,61±3,3	5
Disponibilité pour patient avec KC (EA)			5,52±2,31	5
Disponibilité pour écoute KC (EA)			6,87±1,72	7
PEC patients en SP (nombre)				
0	6	19,4		
1 à 5	24	77,4		

6 à 10	1	3,2		
> 10	0	0,0		
PEC patients avec KC (nombre)				
< 5	1	3,2		
5 - 20	17	54,8		
21 - 50	10	32,3		
> 50	3	9,7		
Gérer problèmes KC (Oui/Non)	29/2	93,5/6,5		
Centre PEC (EA)			5,25±2,39	5
Souhait plus (Oui/Non)	16/13	55,2/44,8		
Manquant	2			
Accès information facile (EA)			6,16±2,58	6
Souhait plus (Oui/Non)	20/11	64,5/35,5		
Si oui, comment				
Rapidité CR médicaux	15	75,0		
Dossier médical commun	3	15,0		
Autres	2	10,0		
PEC sociale accru (Oui/Non)	22/9	71/29		
PEC professionnelle accru (Oui/Non)	26/5	83,9/16,1		

CONNAISSANCES EN CANCEROLOGIE

	nombre	%	moyenne ±SD	médiane
Chimiothérapie vs TC (Oui/Non)	23/6	79,3/20,7		
Manquant	2			
Chimiothérapie patient (EA)			2,25±2,39	5
TC patient (EA)			3,68±1,78	4

AUTO JUGEMENT EN CANCEROLOGIE

	nombre	%	moyenne ±SD	médiane
Confiance du patient			7,5±1,72	8
Recours facile patient			7,47±1,53	7,5
Perte de lien				
Jamais	5	16,1		
Parfois	20	64,5		
Souvent	5	16,1		
Toujours	1	3,2		
Problèmes lié KC				
Habitude de les gérer	6	19,4		
Appelle spécialiste	21	67,7		
Informations internet	2	6,5		
Autres	2	6,5		
Compétences en cancérologie			5,06±2,2	5
Si insuffisante				
Formation continue	2	14,3		
Formation initiale inadaptée	6	42,9		
Informations difficile d'accès	6	42,9		
Si suffisante moyen d'accès				
E-learning	1	5,0		

FMC	9	45,0
Internet	3	15,0
Revue médicale	7	35,0

Accessibilité du cancérologue 6,23±2,38 7

DEVELOPPEMENT D'OUTILS

	nombre	%	moyenne ±SD	médiane
Outils de PEC spécifique ville (Oui/Non)	23/6	79,3/20,7		
manquant	2			
Type de méthode				
Livret de poche	4	17,4		
Application médicale	3	13,0		
E-learning	2	8,7		
E-mail sécurisé	6	26,1		
Accès distant	1	4,3		
Vidéo consultation	3	13,0		
Autres	4	17,4		
Suivi instantané par application (Oui/Non)	6/23	20,7/79,3		
Manquant	2			

RESSENTI

	nombre	%	moyenne ±SD	médiane
Patients bien informés par spécialistes			6,26±2,1	7
Explication aux patients des informations du cancérologue				
Jamais	1	3,2		
Parfois	15	48,4		
Souvent	14	45,2		
Toujours	1	3,2		

CR : comptes rendus ; KC : cancer ; FMC : formation médicale continue ; PEC : prise en charge ; RDV : rendez-vous ; SP : soins palliatifs ; TC : thérapie ciblée ;

Tableau III : analyse univariée patients

Fréquence de consultation du MG					
Age	Jamais - <1 fois/mois		1 fois/mois - toutes les 2 semaines		
≤ 61 ans	54	61,4%	16	42,1%	0,05
> 61 ans	34	38,6%	22	57,9%	
Outils informatiques peuvent aider votre prise en charge					
Date du diagnostic	Non (≤5)		Oui (>5)		
Moins d'un an	65	65,7%	19	54,3%	0,23
Plus d'un an	34	34,3%	16	45,7%	
Outils informatiques peuvent aider votre prise en charge					
Age	Non (≤5)		Oui (>5)		
≤ 61 ans	49	49,5%	23	63,9%	0,14
> 61 ans	50	50,5%	13	36,1%	
Vous sentez-vous proche de votre MG					
MG depuis	Non (≤5)		Oui (>5)		
Moins de 5 ans	11	50,0%	32	29,9%	0,07
Plus de 5 ans	11	50,0%	75	70,1%	
Niveau de confiance au MG					
MG depuis	Les moins confiants (≤8)		Les plus confiants (>8)		
Moins de 5 ans	24	40,7%	19	27,1%	0,10
Plus de 5 ans	35	59,3%	51	72,9%	
Qui vous a adressé au CGFL					
Responsable de votre pec	Votre médecin traitant		Un spécialiste		
Votre médecin traitant	26	51,0%	21	48,8%	0,83
Le spécialiste du CGFL	25	49,0%	22	51,2%	
Le médecin a participé au diagnostic					
Responsable de votre pec	Non		Oui		
Votre médecin traitant	19	33,9%	35	50,0%	0,07
Le spécialiste du CGFL	37	66,1%	35	50,0%	
Sentiment que MG au centre de la pec					
Responsable de votre pec	Non		Oui		
Votre médecin traitant	28	40,0%	27	47,4%	0,4
Le spécialiste du CGFL	42	60,0%	30	52,6%	
Votre médecin répond aux problèmes liés à la maladie					
Responsable de votre pec	Non		Oui		
Votre médecin traitant	20	35,7%	35	43,2%	0,98
Le spécialiste du CGFL	26	46,4%	46	56,8%	
Fréquence de consultation du MG					
Date du diagnostic	Jamais - <1 fois/mois		1 fois/mois - / 2 semaines		
Moins d'un an	53	60,2%	26	70,3%	0,28
Plus d'un an	35	39,8%	11	29,7%	

Tableau IV : Analyse univariée médecin

	Patients en Soins palliatifs					Patients atteints d'un cancer					Au centre de la prise en charge					Connaissances				
	Non (≤ 5)		Oui (> 5)			≤ 20		> 20			≤ 5		> 5			Bonne		"Mauvaise"		
	N	%	N	%	p	N	%	N	%	p	N	%	N	%	p	N	%	N	%	p
Age																				
≤ 56 ans	11	57,9%	5	41,7%	0,38	13	72,2%	3	23,1%	0,01	11	57,9%	5	41,7%	0,38	5	45,5%	10	55,6%	0,6
> 56 ans	8	42,1%	7	58,3%		5	27,8%	10	76,9%		8	42,1%	7	58,3%		6	54,5%	8	44,4%	
Sexe																				
Homme	4	66,7%	14	56,0%	1,00	7	38,9%	11	84,6%	0,03	12	63,2%	6	50,0%	0,47	5	45,5%	11	61,1%	0,41
Femme	2	33,3%	11	44,0%		11	61,1%	2	15,4%		7	36,8%	6	50,0%		6	54,5%	7	38,9%	
Pratique																				
Seul	2	33,3%	10	40,0%	1,00	6	33,3%	6	46,2%	0,47	7	36,8%	5	41,7%	0,78	6	54,5%	6	33,3%	0,26
Groupe	4	66,7%	15	60,0%		12	66,7%	7	53,8%		12	63,2%	7	58,3%		5	45,5%	12	66,7%	
Consultation en urgence																				
Toujours/Souvent	2	33,3%	17	68,0%	0,17	11	61,1%	8	61,5%	0,98	13	68,4%	6	50,0%	0,31	5	45,5%	13	72,2%	0,15
Parfois/Jamais	4	66,7%	8	32,0%		7	38,9%	5	38,5%		6	31,6%	6	50,0%		6	54,5%	5	27,8%	
Exercice																				
Temps plein	3	50,0%	22	88,0%	0,07	14	77,8%	11	84,6%	1,00	15	78,9%	10	83,3%	1,00	7	63,6%	16	88,9%	0,10
Temps partiel	3	50,0%	3	12,0%		4	22,2%	2	15,4%		4	21,1%	2	16,7%		4	36,4%	2	11,1%	
	Patients en Soins palliatifs					Patients atteints d'un cancer					Au centre de la prise en charge									
	Non		Oui			≤ 20		> 20			≤ 5		> 5							
	N	%	N	%	p	N	%	N	%	p	N	%	N	%	p					
Patients en Soins palliatifs																				
Non						4	22,2%	2	15,4%	1,00	3	15,8%	3	25,0%	0,65					
Oui						14	77,8%	11	84,6%		16	84,2%	9	75,0%						
Patients atteints d'un cancer																				
≤ 20											11	57,9%	7	58,3%	0,98					
> 20											8	42,1%	5	41,7%						
Connaissances																				
Bonne	3	60,0%	8	33,3%	0,34	6	35,3%	5	41,7%	0,72	4	22,2%	7	63,6%	0,05					
"Mauvaise"	2	40,0%	16	66,7%		11	64,7%	7	58,3%		14	77,8%	4	36,4%						

Tableau IV : Analyse univariée médecin

						Intéressé par des outils de pec	
Souhait information plus rapide		Non		Oui			
Non	4	66,7%	6	26,1%	0,14		
Oui	2	33,3%	17	73,9%			
						Au centre de la prise en charge	
Information rapidement accessible		≤ 5		>5			
≤ 5	6	31,6%	5	41,7%	0,26		
>5	13	68,4%	7	58,3%			

Tableau V : Analyse multivariée médecins

	Patients en Soins palliatifs			Patients atteints d'un cancer			Au centre de la prise en charge		
	multivariate HR	95% CI	p	multivariate HR	95% CI	p	multivariate HR	95% CI	p
Age			0,22			0,07			
≤ 56 ans	1			1			1		
> 56 ans	7,95	0,28-226,44		0,18	0,03-1,18		3,4	0,50-23,03	
Sexe			0,15			0,09			
Homme	1			1			1		
Femme	13,2	0,41-432,97		7	0,76-64,22		3,62	0,52-25,29	
Pratique			0,26			0,32			
Seul	1			1			1		
Groupe	0,17	0,01-3,60		2,79	0,37-21,00		1,25	0,23-6,65	
Consultation urgence			0,07			0,59			
Toujours /Souvent	1			1			1		
Parfois /Jamais	0,03	<0,001-1,31		1,68	0,26-10,80		1,91	0,39-9,34	
Exercice			0,03			0,83			
Temps plein	1			1			1		
Temps partiel	0,01	<0,001-0,65		1,31	0,11-15,54		0,54	0,07-4,22	

Université de Dijon – Faculté de médecine de Dijon

Thèse soutenue par Mr AGIER-AYATI Siavoshe

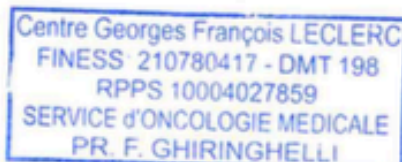
Conclusion

Dans notre étude, les patients atteints de cancers se montraient favorables à une prise en charge à domicile, se décentralisant de l'hôpital. Ils estimaient leur médecin traitant compétent pour prendre en charge l'ensemble des événements liés à leur maladie ou à leur traitement.

Dans le même temps, les médecins traitants ne se sentaient pas assez impliqués dans la prise en charge notamment pendant la phase active de traitement. Ils exprimaient une volonté d'être placés davantage au centre de la prise en charge de leur patient.

De nombreux facteurs pourraient améliorer cette coordination du parcours de soin : le développement du dossier médical personnalisé (DMP), s'il tient ses promesses pourrait changer le quotidien des patients et des professionnels de santé par une meilleure circulation de l'information. Néanmoins cette coordination doit aussi susciter de nouveaux rapports entre la médecine de ville et l'hôpital avec de nouveaux outils d'échanges et une nouvelle définition de l'organisation des soins.

Le président de thèse



Vu et permis d'imprimer

Dijon le 5 Octobre 2016

Le Doyen

P. D. HUET

AUTEUR : S.AYATI, A.BERTAUT, F.COUSIN, N.BREMAUD

RESUME :

Objectifs : Les objectifs de cette étude sont d'évaluer la place du médecin généraliste dans l'organisation de la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer, d'évaluer les préférences des patients et des médecins traitants et d'identifier les facteurs et outils d'améliorations.

Population et méthodes : cette étude transversale a été menée pendant 3 mois en 2 phases au Centre Georges François Leclerc à Dijon. Un questionnaire était distribué aux patients en hôpital de jour puis un second aux médecins traitants des patients inclus dans l'étude.

Résultats : 135 questionnaires patients (taux de participation : 42%) ont été analysés. L'âge moyen des patients était de 59 ans. Près de 70% des patients voyaient leur médecin moins d'une fois par mois. Environ un quart (26,6%) des diagnostics d'annonces l'ont été par le médecin traitant. Moins de la moitié (41,7%) considéraient leur médecin comme étant au centre de la prise en charge mais plus de la moitié (56,4%) souhaiteraient qu'ils le soient. Ils notaient leur médecin compétent en cancérologie (moyenne de 7/10) et 39% souhaiteraient qu'ils s'impliquent plus. Plus de 50% des consultations comprenaient des cas de soins de support. Au total 31 questionnaires médecins (taux de participation : 26%) ont été analysés. L'âge moyen était de 54 ans. En majorité ils ressentaient une perte de lien (84%). Ils ne se considéraient pas comme au centre de la prise en charge en moyenne (5/10) et plus de la moitié (55,2%) souhaiteraient être davantage impliqué. La majorité (93,5%) des médecins géraient les problèmes liés au cancer ou au traitement et suivaient des patients en phase palliative (80,6%).

Conclusion : Les patients atteints de cancer se montraient favorables à une prise en charge à domicile. Les médecins traitants ne se sentaient pas assez impliqués dans la prise en charge. De nombreux facteurs pourraient améliorer cette coordination du parcours de soins : développement du dossier médical personnalisé et nouveaux rapports entre la médecine de ville et l'hôpital avec de nouveaux outils d'échanges.

MOTS-CLES : SOINS DE SUPPORT, CANCER, MEDECINE GENERALE, RESEAUX DE SOIN, COORDINATION