UNIVERSITE TOULOUSE III - Paul SABATIER

FACULTE DE MEDECINE RANGUEIL

Année : 2016 2016 TOU3 1071

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité : MEDECINE GENERALE

INTEGRATION DES MEDECINS GENERALISTES AUX REUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE (RCP) : ETUDE DE FAISABILITE A PARTIR DE LA RCP « MYELODYSPLASIES » DE L'IUCT - ONCOPOLE

Présentée et soutenue publiquement à Toulouse le 8 septembre 2016

Par Paul TACHOUSIN
Né le 31 août 1988
A Tarbes

DIRECTRICES DE THESE :

Madame le Professeur Odile BEYNE-RAUZY
Madame le Docteur Marie-Eve ROUGE-BUGAT

JURY :

Madame le Professeur Odile BEYNE-RAUZY	Président
Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	Assesseur
Madame le Docteur Marie-Eve ROUGE-BUGAT	Assesseur
Monsieur le Docteur Serge BISMUTH	Assesseur
Monsieur le Docteur Marc COURADET	Assesseur

UNIVERSITE TOULOUSE III - Paul SABATIER

FACULTE DE MEDECINE RANGUEIL

Année : 2016 2016 TOU3 1071

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité : MEDECINE GENERALE

INTEGRATION DES MEDECINS GENERALISTES AUX REUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE (RCP) : ETUDE DE FAISABILITE A PARTIR DE LA RCP « MYELODYSPLASIES » DE L'IUCT - ONCOPOLE

Présentée et soutenue publiquement à Toulouse le 8 septembre 2016

Par Paul TACHOUSIN
Né le 31 août 1988
A Tarbes

DIRECTRICES DE THESE :

Madame le Professeur Odile BEYNE-RAUZY
Madame le Docteur Marie-Eve ROUGE-BUGAT

JURY :

Madame le Professeur Odile BEYNE-RAUZY	Président
Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	Assesseur
Madame le Docteur Marie-Eve ROUGE-BUGAT	Assesseur
Monsieur le Docteur Serge BISMUTH	Assesseur
Monsieur le Docteur Marc COURADET	Assesseur

REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY

A ma Présidente de jury, Madame le Professeur Odile BEYNE-RAUZY, pour me faire l'honneur d'avoir codirigé ma thèse et d'en présider le jury. Merci infiniment pour votre implication, votre disponibilité, votre gentillesse, et vos conseils avisés tout au long de ce travail qui n'aurait pu aboutir sans vous. Merci encore de m'avoir consacré tout ce temps, extrêmement précieux pour la réalisation de ce type d'étude. Votre implication dans la formation facultaire tant théorique que pratique est totale et exemplaire. Merci de m'avoir donné l'occasion d'en bénéficier. Veuillez trouver ici toute l'expression de ma reconnaissance et de ma considération.

A Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC, pour avoir accepté de juger mon travail. Merci pour votre implication dans la formation des internes en médecine générale ainsi que pour votre énergie dans la promotion de cette spécialité médicale. Veuillez trouver ici mes sincères remerciements et mon plus grand respect.

A Madame le Docteur Marie-Eve ROUGE-BUGAT, merci Marie-Eve pour ton soutien sans faille et ton accompagnement tout au long de mon internat. Merci de m'avoir donné ce sujet de thèse fort intéressant à traiter. Merci pour ta disponibilité, ton encadrement et tes précieuses relectures qui m'ont permis de mener ce travail à bien. Enfin, merci pour ta gentillesse, ton humanité, et ton dynamisme. Reçois ici l'expression de ma plus sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Serge BISMUTH, merci d'avoir accepté de participer à l'évaluation de mon travail. Votre expérience, notamment en télémédecine, apportera une valeur ajoutée certaine dans nos échanges sur ce sujet. Veuillez trouver ici toute l'expression de ma gratitude.

A Monsieur le Dr Marc COURADET, un grand merci pour tout l'intérêt que tu as porté à ce travail Marc. Merci pour tous tes enseignements et ta pratique exemplaire de la médecine générale que j'ai eu le privilège de découvrir au cours de mon quatrième semestre. Merci infiniment pour ta gentillesse et ton précieux soutien depuis ce temps là. Reçois ici toute l'expression de ma considération et de mon amitié.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

A toi Papa, qui continue de veiller sur moi et qui m'a tout appris, des valeurs du verbe « être » à la persévérance. Parti hélas bien trop tôt, ton combat de patient devient mon combat de soignant. Je tâcherai de le mener avec ardeur et courage, à ton image. Merci encore de m'avoir appris ce qui était vraiment important dans la vie : la famille, les amis, et l'humanité. Avoir marché à tes côtés est ma plus grande fierté.

Cette thèse est pour toi, je t'aime Papa.

A toi Maman, pour ton affection, ton soutien et ton aide pendant toutes ces années. Merci d'être toujours là dans les bons comme dans les mauvais moments.

A mes sœurs, Audrey, Emilie et Lucie. Merci pour tous ces bons moments passés et à venir (disputes à part !). Merci pour votre affection, votre soutien, et … votre patience durant ces longues années d'études.

A Manu, un grand merci pour ton aide précieuse tout au long de cette thèse, du traitement des résultats à la mise en page. Merci pour ton accueil et ton soutien avant, pendant, et après ces longs mois de travail.

A Ninie, merci pour ta relecture attentive. Mais surtout, merci infiniment pour tout ce que tu as fait pour moi. Ton soutien, ta gentillesse, et ton réconfort pendant toutes ces années - et au-delà - m'ont beaucoup aidé à atteindre mes objectifs.

A mes grands-parents : Mamie Gogo, Mamie Mado et Papi. Merci beaucoup pour votre épaule affective, vos bons petits plats et tant d'autres choses. Merci pour votre présence et votre réconfort au quotidien.

A mes cousins, ma seconde fratrie, merci pour tous ces éclats de rire et ces bons moments rafraîchissants passés et à venir. Merci à vous Mumu, David, Charly, Nathalie, Cécé, Cécile, Julien, Poupette, Marie, Benoît, Seb, Julie, Damien, Mat, Dédée, Roms', Noémie, Pierrot, Sims', Max, Claire, Sarah, Colline, Nathan.

A mes oncles, tantes, et l'ensemble de ma famille. Merci d'être toujours là quelque soit la distance, merci plus particulièrement à toi Phiphi pour tous tes bons conseils, tes services, ta présence et ta disponibilité.

A mes amis, d'enfance, de lycée, de fac, et d'ailleurs : William, Romain, Jean-Baptiste, Fanny, Julien, Romain, Morgane, JV, Solenne, Kévin, Cécile, Leïla, Anne-Gaëlle, Clémence, Seb, Karine, Marie, et Marion. Merci pour tout, j'ai beaucoup de chance de vous avoir rencontrés, vous êtes de très belles personnes.

A tous mes camarades et co-externes Purpanais.

A mes co-internes Auscitains des semestres d'hiver … et d'été ! Un grand merci pour cette belle tranche de vie qui continue à travers les weekends et autres soirées. Merci pour tous ces moments passés et à venir, avec une mention spéciale à mes co-internes de gériatrie : Marion, Arnaud, et Guigui. Bien à vous Gaëlle, Claire, Coomy, Bastien, Hugo, Arthur, Gauthier, Maud, Pépée, Capu, Claire, Adélaïde, MCJ, Kim, Lulu, Florence, Zak, Julien, Simon, Mathias, Guigui, PM, Francis.

A mes co-internes du 1A de l'Oncopole : Marion, Romain, et Vincent. Merci d'avoir été et d'être toujours là. Votre présence et votre soutien pendant ces longs mois de travail ont été extrêmement précieux. On a eu aussi beaucoup de très bons moments, c'est l'essentiel !

A ma co-interne de ce dernier semestre Iphigénie, nos échanges et notre soutien mutuel m'ont beaucoup aidé.

A mes deux autres co-internes de DESC en cancérologie Laure et Hermès.

A mes maîtres de stage Valérie, Marc, Jean-Marc, et Michel ; un grand merci pour votre accueil et votre enseignement. Vous m'avez donné le goût de la médecine générale ambulatoire, au plus proche du patient. Je suis très heureux d'avoir croisé votre route.

A mon maître de cœur, Michel Gigaud. Merci pour votre enseignement, votre culture, votre verbe, et votre amitié. J'ai beaucoup de chance d'avoir croisé votre route.

A mes futurs maîtres et collaborateurs Nathalie, Muriel, Cathy, Uwe, Bruno, et Michel. Merci pour votre accueil, votre dynamisme et votre implication pédagogique. Je suis très heureux de pouvoir travailler avec vous cette prochaine année.

A Thierry, pour ton expertise précieuse dans le traitement des résultats de ma thèse.

Et à tous ceux que j'ai oubliés, désolé, la liste est longue … Merci à vous.

Liste des abréviations

- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- DCC : Dossier Communicant de Cancérologie
- DMP : Dossier Médical Partagé
- DPC : Développement Professionnel Continu
- DPI : Dossier Patient Informatisé
- DSIO : Direction du Système d'Information et de l'Organisation
- EBM : Evidence-Based Medicine
- EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
- IPSS : International Prognosis Scoring System
- IUCT : Institut Universitaire du Cancer de Toulouse
- LAM : Leucémie Aigue Myéloïde
- MDS : Myélodysplasie
- MG : Médecin Généraliste
- RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
- RDV : Rendez-vous

Table des matières

INTRODUCTION **3**

I) Généralités **3**

II) Rationnel de l'étude et question de recherche **5**

MATERIELS ET METHODES **7**

I) Population étudiée **7**

II) Critères de jugement **7**

III) Schéma de l'étude **8**

III) i) Avant-propos 8

III) ii) Design 9

III) ii) i) Recueil via le réseau Oncomip de la liste des patients passés en RCP 9

III) ii) ii) Premier appel des MG des patients éligibles 10

III) ii) iii) Deuxième appel des MG pouvant participer : RCP 10

III) ii) iv) Troisième appel en post-RCP des MG ayant participé 11

IV) Analyse statistique **11**

RESULTATS **12**

I) Préambule **12**

II) Participation des MG **14**

II) i) Evolution de la participation 14

II) ii) Participation en fonction du profil des MG 16

II) iii) Participation en fonction du mode de communication choisi 17

II) iii) i) Résultats 17

II) iii) ii) Raisons de la non-utilisation de la visioconférence 18

II) iv) Participation en fonction du type d'hémopathie 19

II) v) Raisons de la non-participation « in fine » 19

III) Influence sur la décision thérapeutique **20**

III) i) Décision thérapeutique prise en RCP 20

III) ii) Décision thérapeutique finale 20

IV) Satisfaction des MG et du spécialiste **21**

DISCUSSION **23**

I) Analyse des résultats **23**

I) i) Résultats principaux 23

I) ii) Caractéristiques des MG 23

I) iii) Caractéristiques des patients 24

I) iv) Participation des MG 24

I) v) Influence sur la décision thérapeutique 24

I) vi) Satisfaction 25

II) Comparaison à la littérature scientifique et bilan **25**

II) i) Prise en charge pluridisciplinaire et communication ville–hôpital 25

II) ii) De l'importance des réseaux de soins 26

II) iii) La visioconférence 27

III) Points forts, points faibles de l'étude, et difficultés rencontrées **28**

III) i) Points forts 28

III) ii) Points faibles 28

III) iii) Difficultés rencontrées 29

IV) Perspectives **30**

CONCLUSION **31**

BIBLIOGRAPHIE **32**

ANNEXES **35**

INTRODUCTION

I) Généralités

Les myélodysplasies (MDS) sont des hémopathies malignes clonales, caractérisées par des anomalies de différenciation des cellules souches pluripotentes, à l'origine d'une hématopoïèse inefficace (1,2). Hémopathie la plus fréquente chez les personnes âgées, 86% des sujets atteints ont plus de 60 ans (3), son incidence augmente pour atteindre 50 à 80 nouveaux cas par an pour 100 000 habitants chez les sujets de plus de 80 ans (1). D'étiologie le plus souvent inconnue, les MDS peuvent être primitives ou secondaires, notamment après exposition à des traitements anti-cancéreux (15 à 20 % des cas). Certains agents environnementaux tels que le tabagisme actif ou encore certaines expositions professionnelles (benzène notamment) sont mis en cause (1,4).

Les MDS se traduisent sur l'hémogramme par une ou plusieurs cytopénies périphériques qui peuvent être associées suivant le niveau de cytopénies à des signes cliniques (syndrome anémique, infections ou encore hémorragies). Une classification internationale très récemment actualisée (5) permet de classer les MDS selon les lignées atteintes (annexe 1). Une transformation en leucémie aiguë myéloïde (LAM) survient dans 30 à 40% des cas, grevant le pronostic qui est évalué selon le score IPSS (6), revu en 2012. Une MDS dont le pourcentage de blastes médullaires et / ou sanguins est supérieur à 20% signe sa transformation en LAM (2). Deux grands groupes sont identifiés selon le risque de cette évolution: les MDS de bas risque et les MDS de haut risque (1,2). Ainsi, leur médiane de survie varie en fonction de ces deux groupes entre quelques mois pour les MDS de haut risque et plus de 10 ans pour les MDS de faible risque (2).

Le risque évolutif de la MDS ainsi que l'âge et l'état général du patient conditionnent l'attitude thérapeutique : intensive par allogreffe (seul traitement curatif de la MDS) ou chimiothérapie de type LAM ; ou non intensive par chimiothérapie de type agent hypométhylant (azacytidine) ou encore traitement symptomatique (agents stimulant l'érythropoïèse, support transfusionnel). Une simple surveillance peut également être préconisée dans les situations où les cytopénies sont modérées (1,2).

Les MDS nécessitent une collaboration étroite et indispensable pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle, notamment entre le MG et l'hématologue, ainsi que les différents services d'aide à la personne au regard du grand âge de la population touchée (1).

La Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) est une disposition du Plan Cancer 2003-2007 qui préconise sa diffusion à l'ensemble des patients atteints de cancer (7). Ainsi, 100% des patients atteints de cancer devraient voir leur dossier discuté en RCP (8).

Les RCP doivent répondre à des critères de qualité : la pluridisciplinarité (au moins trois spécialités différentes), un fonctionnement formalisé (rythme au moins bimensuel, avec coordonnateur, secrétariat, fiche standardisée pré-remplie par le médecin soumettant le dossier, etc....), l'exhaustivité des cas discutés avant la mise en place d'un primo-traitement, une décision thérapeutique basée sur des référentiels de pratique, la traçabilité de l'avis de la RCP dans le DCC (Dossier Communicant de Cancérologie) et / ou le DMP (Dossier Médical Partagé), et l'évaluation régulière de la RCP dans le cadre de l'EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles) (7).

La discussion en RCP doit être choisie au bon moment dans le parcours de soins, ni trop tôt pour ne pas manquer d'éléments nécessaires à la discussion, ni trop tard pour ne pas retarder la prise en charge qui serait source d'anxiété pour le patient voire de perte de chance (9). Les RCP préludent, pour les primo-traitements, au dispositif d'annonce, et s'inscrivent ici au début du parcours de soins du patient. Elles constituent donc une aide précieuse à la coordination des soins ; avec un accès pour tous les médecins en charge du patient (dont le MG) à la fiche RCP dans le DCC (8). Les RCP font parties intégrantes des bonnes pratiques médicales et sont liées à l'attribution d'agrément aux centres de soins en oncologie (10). Leur mise en place a permis un bénéfice sur la survie globale des patients (11,12).

Le rôle du MG dans la prise en charge des pathologies malignes est central. L'incidence des cancers augmente avec, en 2015, 385 000 nouveaux cas en France soit une augmentation de 30 000 cas par rapport à 2012. Cette augmentation est aussi visible dans les consultations de médecine générale avec 7 nouveaux cas estimés par an en 2011 (13). Ceci est en partie lié au vieillissement de la population, avec un âge médian au diagnostic

en 2015 de 68 ans chez les hommes et 67 ans chez les femmes (14,15). En tant que médecin de premier recours, le MG est le premier consulté par les patients ; il intervient donc le premier dans la prise en charge de pathologies malignes. Ses missions se répartissent depuis la prévention jusqu'à la fin de vie en passant par l'annonce, la gestion des complications ou des toxicités des traitements. Le deuxième plan cancer en fait un acteur indispensable pour la prise en charge des patients atteints de cancer de par une volonté traduite de « *renforcement de la coordination des soins et de son extension au-delà de l'hôpital* » (16).

Au moment du diagnostic, le MG est amené dans certains cas à annoncer le diagnostic. Dans une étude menée en Midi-Pyrénées en 2009, 92% des MG répondeurs ont eu à annoncer un diagnostic de cancer à au moins un patient par an (17). Le MG a également un rôle clé dans le suivi et l'accompagnement voire dans l'après-cancer. Une étude a ainsi montré que les patients font de leur MG leur principale ressource pour l'information, l'assistance morale, et les soins de support en général (18).

II) Rationnel de l'étude et question de recherche

Les MG sont les acteurs des soins de proximité, qui prennent en charge les patients dans leur globalité, au plus près de leur lieu de vie. Leur connaissance du domicile en fait les garants de l'environnement socio-économique et familial, et celle des antécédents et du profil psychologique des patients pourraient apporter de précieuses informations lors de la prise de décision thérapeutique (RCP) pour évaluer le rapport bénéfice-risque. Une étude britannique a montré que ces informations sont souvent peu prises en compte dans la décision thérapeutique (19). Ainsi, nous avons imaginé que les MG pourraient participer à la RCP. La polypathologie, et parfois la polymédication, des patients âgés atteints de cancer rendent la discussion d'autant plus pertinente avec le MG (20,21). Leur présence pourrait avoir un impact sur la prise de décision finale.

Les MG interviennent à différents temps de la prise en charge des patients. Pour autant, la transmission des informations est souvent tardive, fragmentaire (22). Ceci met parfois le MG en difficulté pour prendre en charge ses patients. La participation des MG au sein de la RCP permettrait de faire le lien entre les intervenants du centre de soins spécifiques et le patient, bénéficiaire de ces soins, au centre de la décision médicale. Cette participation

permettrait au MG un échange *« direct »* avec les spécialistes, une facilitation des échanges ultérieurs à propos du patient, et une meilleure connaissance des traitements spécifiques afin de savoir gérer les effets indésirables (23). Le taux de participation des MG aux RCP est très faible puisque seulement 13,3% des MG ont déjà participé à une RCP, et seulement 10,4% y ont été conviés. Leur présence, bien que non obligatoire, est pourtant sollicitée (23). Ce manque de participation peut s'expliquer par le déroulement même de la RCP. Elle se déroule à date et heure fixée dans un centre de soins en oncologie et traite de tous les dossiers des patients devant être pris en charge, par pathologie le plus souvent. La participation des MG nécessiterait de leur part de se rendre disponible au bon horaire à la bonne date et de se rendre sur place pour discuter du dossier d'un de leurs patients.

L'objectif principal de notre travail est de réaliser une étude de faisabilité de la participation des MG aux RCP en « *temps réel* » par visioconférence ou conférence téléphonique. Nos objectifs secondaires sont d'étudier l'impact de la participation des MG sur la décision thérapeutique à l'issue de la RCP et sur le traitement que le patient a finalement pu recevoir, et de recueillir la satisfaction des deux acteurs (MG et médecin spécialiste) notamment en termes d'amélioration de la transmission d'informations.

Nous avons choisi comme modèle d'étude les MDS qui représentent une hémopathie fréquente chez le sujet âgé, avec un parcours de soins prolongé alternant des séquences de prise en charge active et des séquences de surveillance pour lesquelles l'interaction MG/médecin spécialiste revêt une importance particulière.

MATERIELS ET METHODES

I) Population étudiée

Nous avons étudié la faisabilité de la participation des MG à la RCP *« LAM – Myélodysplasies »* dans le courant du premier trimestre 2016. L'étude a porté sur les RCP des 4, 11, 18, 25 janvier 2016 ; 1er février 2016 ; et 7, 14, 21 mars 2016.

Les patients éligibles devaient avoir un MG déclaré et renseigné dans le dossier médical des patients. Ces derniers devaient répondre à l'un des trois autres critères d'inclusion suivants :

- Myélodysplasie de faible risque pour laquelle se déroule une discussion des modalités de prise en charge qui fait suite à l'annonce.
- Myélodysplasie de haut risque, relevant d'une discussion thérapeutique spécifique ou de support.
- Myélodysplasie acutisée en LAM chez des patients de plus de 65 ans non éligibles à un traitement intensif en raison d'un traitement identique à celui des MDS de haut risque.

II) Critères de jugement

Le **critère principal de jugement** était l'étude de la participation des MG à la RCP.

Les **critères secondaires** étaient l'influence de la participation des MG sur la décision thérapeutique prise en RCP et le traitement final reçu par le patient, ainsi que l'étude de la satisfaction des deux parties (MG et médecin spécialiste) notamment en termes de communication et de transmission d'informations.

Sur 86 patients présentés au cours de la partie « *Myélodysplasie* » de cette RCP, 44 patients ont été retenus comme éligibles.

III) Schéma de l'étude

Nous avons mené une étude de faisabilité de la participation des MG à la RCP régionale *« LAM - Myélodysplasies »* se déroulant à l'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse - Oncopole (IUCT-O). Notre travail consistait à mettre en pratique une participation effective des MG par visioconférence ou téléconférence.

III) i) Avant-propos

Avant le début de l'étude, le Pr BEYNE-RAUZY, le Dr ROUGE-BUGAT et moi-même avons informé par courriel (annexe 2) l'ensemble des spécialistes en hématologie membres du réseau Oncomip de notre démarche, et donc des échanges que nous serions susceptibles d'avoir avec les MG des patients éligibles.

Un canal de visioconférence sécurisé (Conferenceme 5920) dédié à cette étude a été créé en collaboration avec M. DERBOUZ, technicien DSIO (Direction du Système d'Information et de l'Organisation) travaillant au réseau Télécom-visio du CHU de Toulouse. Ce canal a ensuite été testé avec succès entre l'IUCT-Oncopole et deux ordinateurs périphériques (celui de M. DERBOUZ, et celui du Dr COURADET, MG).

Les données ont été retranscrites sur papier (annexe 3) puis sur fichier Excel. Elles ont été vérifiées trois fois : une fois au moment du recueil, et deux fois à la fin du recueil.

III) ii) Design

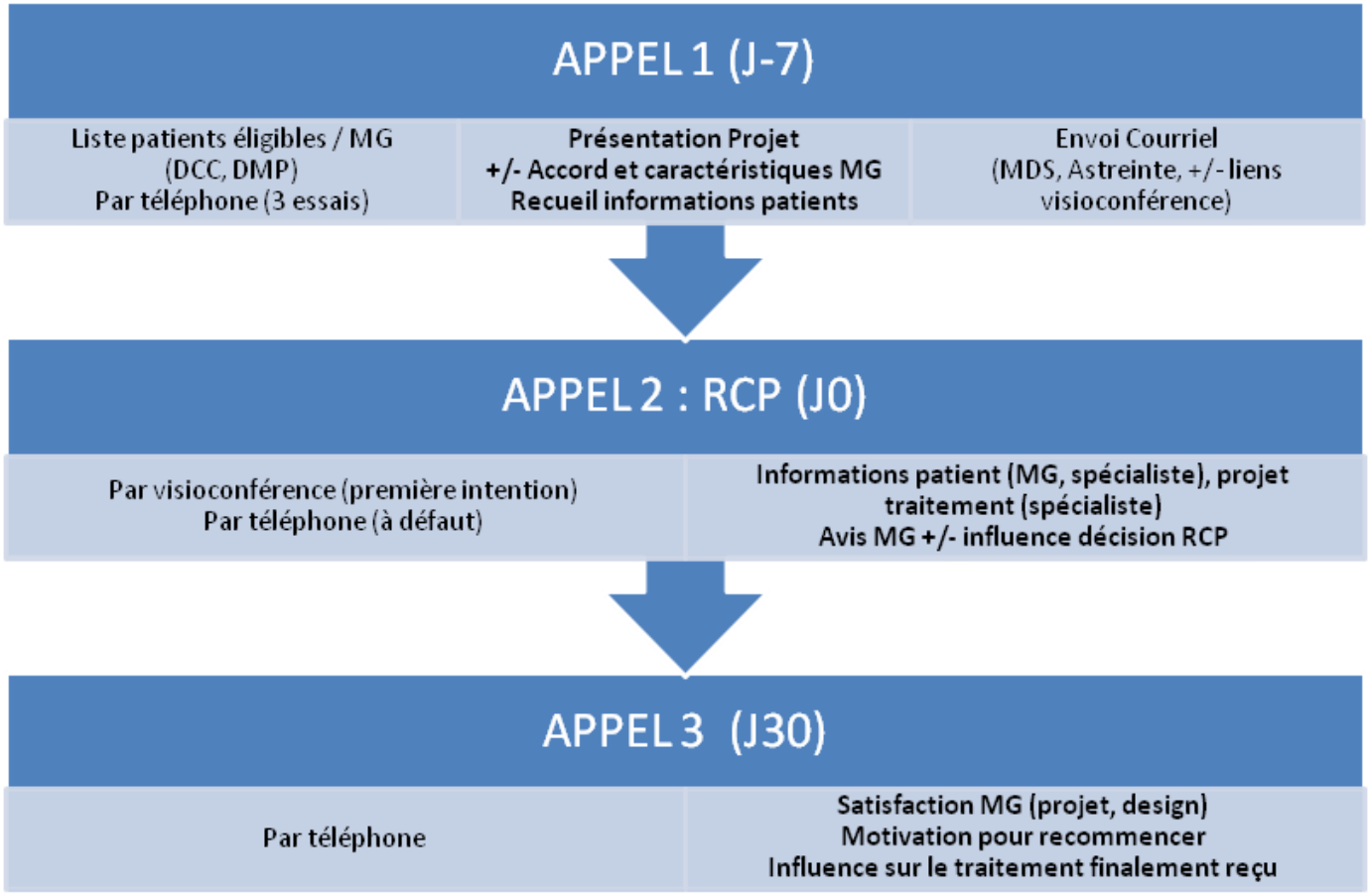


Figure 1 : Design de l'étude : Appels passés

III) ii) i) Recueil via le réseau Oncomip de la liste des patients passés en RCP

Une semaine avant la date de la RCP, la liste des patients programmés a été visualisée sur le site Oncomip via le DCC. Cette liste a été corrigée et complétée si nécessaire le jour de la RCP pour certains dossiers qui n'étaient pas encore saisis sur informatique.

A la suite de la RCP, la liste des patients éligibles a été confirmée avec le Pr BEYNE-RAUZY (médecin spécialiste); et les coordonnées des MG correspondants recueillies via le DCC ou le dossier médical informatisé de l'IUCT-Oncopole (DPI Oncopole) ou du CHU (Orbis). Ce recueil s'est effectué de façon consécutive sur le fichier Excel.

III) ii) ii) Premier appel des MG des patients éligibles

Au décours de la RCP (entre J0 et J3 suivant la feuille de route du service), les MG des patients éligibles ont été contactés. Si le MG ne répondait pas après trois essais, celui-ci était considéré comme injoignable. Le nombre d'essais téléphoniques pour avoir le MG a été renseigné au cours de cette étape. La trame conductrice du premier appel est présentée en annexe 4.

Les MG ont été informés au cours de cet appel du rationnel et du déroulement de l'étude, leur accord pour y participer a été recueilli pour les MG volontaires. Les informations recueillies au cours de ce premier appel concernaient les caractéristiques générales des MG (annexe 6), leur souhait de participation (par visioconférence en première intention ou à défaut par téléphone), les informations qu'ils pensaient pouvoir apporter et les motifs de non-participation.

Le courriel de chaque MG a été demandé et recueilli au cours de cet appel ; afin de leur envoyer un document Powerpoint sur les myélodysplasies, ainsi que le numéro de téléphone direct séniorisé du service de médecine interne pour toute demande. Pour les MG souhaitant participer par visioconférence, un deuxième courriel a été envoyé où figuraient les liens à télécharger (annexe 5).

Un (ou deux) horaire(s) de RDV a (ont) été proposé(s) pour réaliser cet échange avec le spécialiste.

III) ii) iii) Deuxième appel des MG pouvant participer : RCP

Les MG pouvant participer ont donc été recontactés une deuxième fois une semaine après le premier appel, afin de participer à la RCP, effectuée pour des raisons logistiques entre trois médecins : spécialiste, MG, et interne. En effet, la partie *« LAM »* de cette RCP se déroulant à la suite de la partie *« MDS »* ; le deuxième appel s'est effectué dans un endroit différent. Ceci reste compatible avec notre étude, dans la mesure où la décision thérapeutique n'est pas encore prise. L'ensemble des éléments du dossier étaient réunis au cours de ce second appel.

Au cours de cette RCP, le MG a été contacté soit par visioconférence sécurisée, soit par téléphone pour une discussion du dossier. Si la visioconférence s'avérait défaillante, le MG a été contacté par téléphone.

Le diagnostic précis de la MDS ainsi que son niveau de risque était recueilli ainsi que les caractéristiques du patient d'ordre médical, social, familial et psychologique. Le médecin spécialiste a présenté le projet de soins, et l'opinion du MG sur ce projet a été recueillie.

La satisfaction du médecin spécialiste concernant cet échange, l'impact sur la décision thérapeutique, et de fait la participation « *effective* » (par visioconférence ou téléphone) et les motifs en cas de non-participation ont été recueillis.

III) ii) iv) Troisième appel en post-RCP des MG ayant participé

Les MG ont été contactés une troisième fois, un mois après la RCP ; une fois la décision thérapeutique prise. Les données suivantes ont été recueillies : satisfaction des MG quant à la communication avec le spécialiste, évaluation de l'appel pré-RCP (premier appel) en termes de délai et de pertinence, aisance des MG pour se libérer, pertinence de l'utilisation de la visioconférence pour les MG concernés, et souhait de renouveler ou non cette expérimentation.

L'adéquation entre la décision prise en RCP et le traitement finalement reçu par le patient a également été colligée.

IV) Analyse statistique

Les variables continues sont présentées par moyenne, médiane, avec valeurs minimale et maximale; les variables discrètes sont exprimées en pourcentage des répondeurs.

Les analyses en sous-groupe ont été effectuées à l'aide du *test de Fisher exact*, en raison de la taille des effectifs. Les valeurs « *2 tailed p* » ont été retenues, car il s'agissait de tests bilatéraux ; et le risque α de première espèce retenu a été fixé à 5%, seuil de significativité correspondant : $p < 0,05$. Pour ce faire, le logiciel *« STATCALC »* a été utilisé.

RESULTATS

I) Préambule

86 dossiers de patients ont été discutés au cours de la RCP « *LAM - MDS* » de l'IUCT-Oncopole sur l'ensemble de la période de recueil de données.

42 patients ne répondant pas aux critères d'inclusion ont été exclus : 14 pour incertitude diagnostique, 18 car il s'agissait d'un suivi thérapeutique simple, 6 car le MG était inconnu, 3 patients bénéficiaient d'un traitement intensif d'emblée, et il y avait un problème d'identité sur le dossier d'un patient.

44 patients étaient donc éligibles.

1 MG avait 2 patients éligibles dans notre étude, mais leur dossier a été discuté au cours de 2 RCP différentes. Ce premier a donc été contacté à 2 reprises, et a participé à toutes les étapes de l'étude.

Les données concernant les patients ont été analysées sur le nombre de patients (n). Les données concernant les MG (participation en fonction du profil, satisfaction) ont été analysées sur le nombre de MG (n – 1) en raison du MG ayant deux patients inclus.

Parmi les 44 patients éligibles, 28 étaient des hommes (64%). La moyenne d'âge était de 72,7 ans (minimum 55, maximum 93), semblable chez les hommes et les femmes. Ces données sont similaires à celles des 27 patients effectivement discutés en RCP avec le MG (annexe 6-1). Parmi les 37 patients dont les MG souhaitaient participer, 17 présentaient une MDS de faible risque (46%), 16 une MDS de haut risque (43%), et 4 une LAM secondaire (11%). Ces données sont similaires à celles des 27 patients effectivement discutés en entretien avec le MG, excepté pour les haut-risque : diminution plus importante du pourcentage de patients discutés (annexe 6-2).

Parmi les 36 MG souhaitant participer (annexe 7), 30 étaient des hommes (83%). La moyenne d'âge était de 56,0 ans (minimum 35, maximum 76). 19 exerçaient en milieu semi-rural (53%), 14 en milieu urbain (39%), et 3 en milieu rural (8%). 22 (61%) exerçaient en groupe. 17 avaient suivi une ou plusieurs formation(s) complémentaire(s) (47%). Les MG de sexe féminin déclaraient suivre en moyenne 23 cancers solides (minimum 10, maximum 50) versus 26,3 chez leurs confrères (minimum 10, maximum

80). Concernant les hémopathies, ces chiffres étaient respectivement à 4,5 patients (minimum 1, maximum 10) et 7,2 patients (minimum 1, maximum 15).

Ces données sont similaires à celles des 26 MG ayant effectivement participé (annexe 7).

II) Participation des MG

II) i) Evolution de la participation

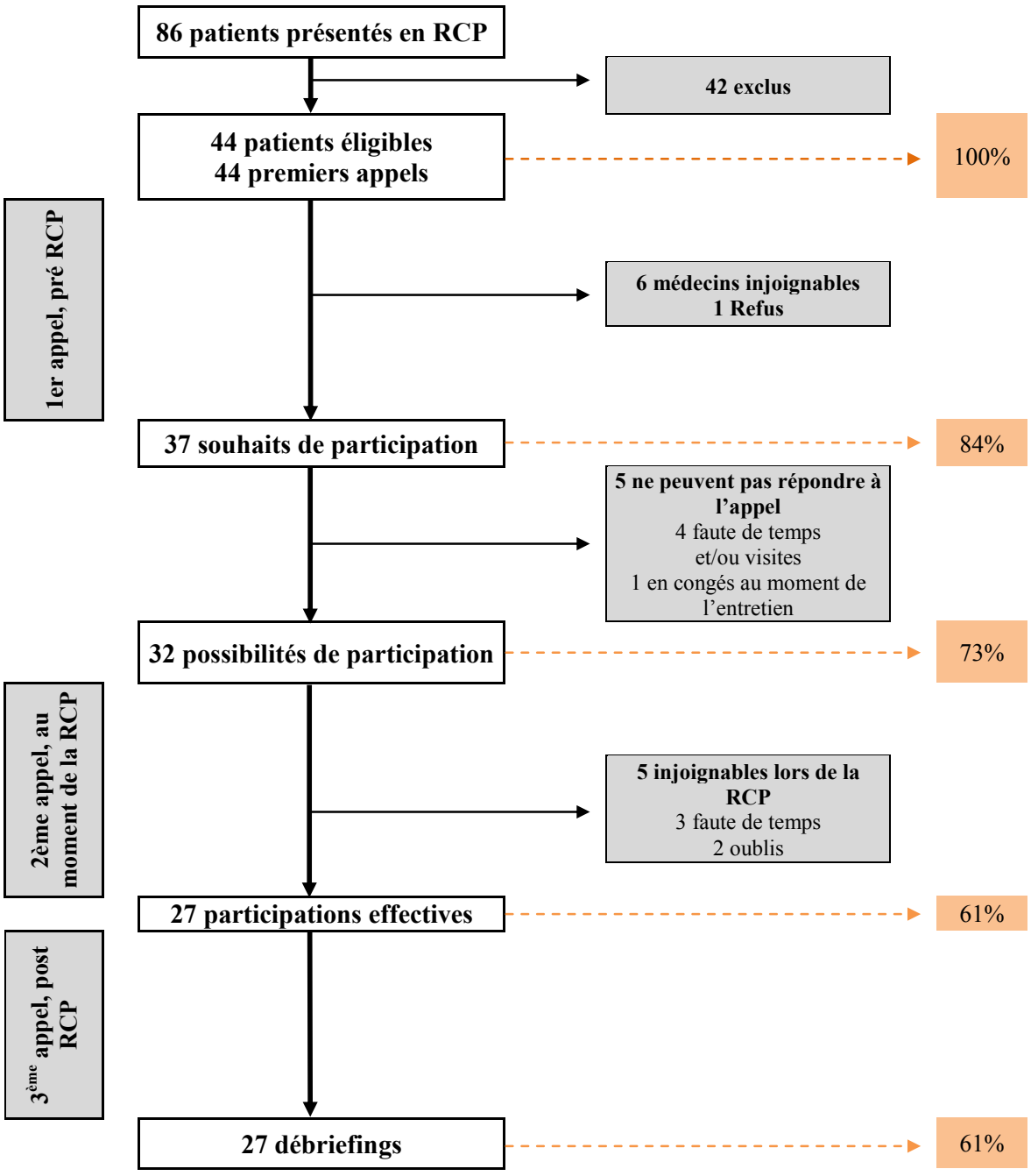


Figure 2 : Flowchart de l'étude

Le nombre de participations des MG et son évolution au fil des étapes de notre étude est résumée dans le flowchart ci-dessus.

44 premiers appels ont été passés avec entre autres 48% de réussite au premier essai et 6 MG injoignables (tableau 1).

Appel pré-RCP	Nombre de réponses	Pourcentage (%)
Premier essai	21	48
Deuxième essai	15	34
Troisième essai	2	4
Injoignables	6	14
TOTAL	**44**	**100**

Tableau 1 : Appel pré-RCP et taux de réponse

38 premiers appels ont donc été réussis (86%). Un seul MG n'a pas souhaité participer (3% des premiers appels). 37 souhaits de participation ont donc été recueillis (84%).

Sur ces 37 souhaits de participation, 5 MG ne pouvaient pas se rendre disponibles à la date et heure du RDV RCP (4 faute de temps, 1 MG en congés), soit 32 souhaits de participation (73%).

5 MG n'ont finalement pas répondu lors de ce RDV (3 faute de temps, 2 oublis). Nous avons donc obtenu 27 participations effectives (61%).

II) ii) Participation en fonction du profil des MG

TERRITOIRE				
	Médecins souhaitant participer	**Participation effective**	**% Participation effective**	**p**
Urbain	14	11	78,6%	0,706
Rural et Semi-rural	22	15	68,2%	
Total	**36**	**26**	**72,2%**	
INSTALLATION				
	Médecins souhaitant participer	**Participation effective**	**% Participation effective**	**p**
Seul	14	7	50,0%	**0,026**
En groupe	22	19	86,4%	
Total	**36**	**26**	**72,2%**	
GENRE				
	Médecins souhaitant participer	**Participation effective**	**% Participation effective**	**p**
Femme	6	6	100,0%	0,157
Homme	30	20	66,7%	
Total	**36**	**26**	**72,2%**	
FORMATION(s)				
	Médecins souhaitant participer	**Participation effective**	**% Participation effective**	**p**
Formation(s)	17	12	70,6%	1,000
Absence de formation	19	14	73,7%	
Total	**36**	**26**	**72,2%**	

Tableau 2:Participation des MG en fonction de leur profil

Le taux de participation effective à la RCP avec le spécialiste et l'interne est plus élevé chez les MG installés en groupe que chez les MG installés seuls : 86,4% contre 50%, p = 0,026.

Le territoire d'installation et la formation chez les MG ne sont pas des facteurs prédictifs de participation effective (p = 0,706 et p = 1,000 respectivement).

On observe une tendance à une participation effective plus importante chez les femmes que chez les hommes (respectivement 100% versus 66,7%), mais cette différence n'est pas statistiquement significative (p = 0,157).

II) iii) Participation en fonction du mode de communication choisi

II) iii) i) Résultats

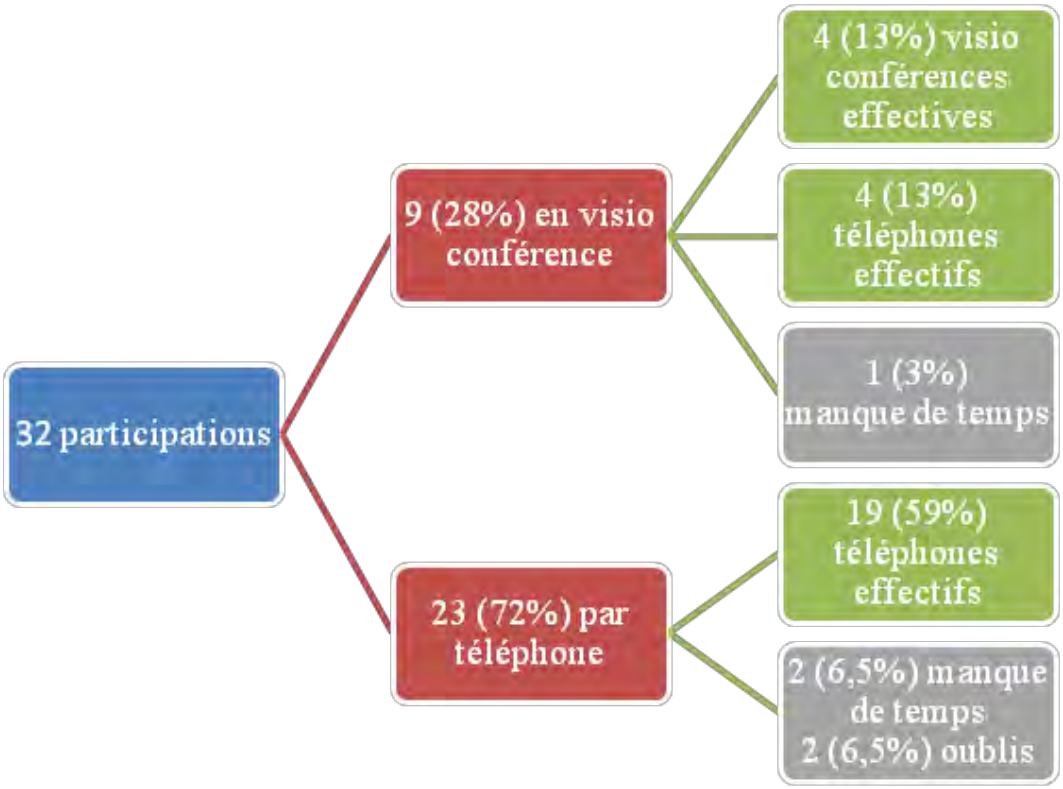


Figure 3 : Participation et mode de communication

Sur les 32 MG pouvant participer (participations « annoncées »), le téléphone a été choisi 23 fois et la visioconférence 9 fois ; avec in fine 27 participations effectives : 23 par téléphone (19 annoncées, 4 par défaut) et 4 par visioconférence.

Sur les 27 MG ayant effectivement participé (participation effective), 19 MG sur 23 annonçant participer par téléphone ont honoré le RDV (83%) et 4 MG sur 9 annonçant participer par visioconférence se sont effectivement connectés (44%).

Concernant la « praticité d'utilisation » en participation effective, on observe une supériorité du téléphone statistiquement significative (p = 0,004).

En effet, sur 19 participants effectifs qui avaient choisi le téléphone, 19 ont pu l'utiliser (100%) ; alors que seulement 4 MG participants effectifs sur 8 ont réussi à se connecter (50%) (tableau 3).

	Réussite	Echec	p
Visioconférence choisie	4	4	**0,004**
Téléphone choisi	19	0	

Tableau 3 : Téléphone, visioconférence et praticité d'utilisation

II) iii) ii) Raisons de la non-utilisation de la visioconférence

Chez les MG souhaitant participer (figure 4) :

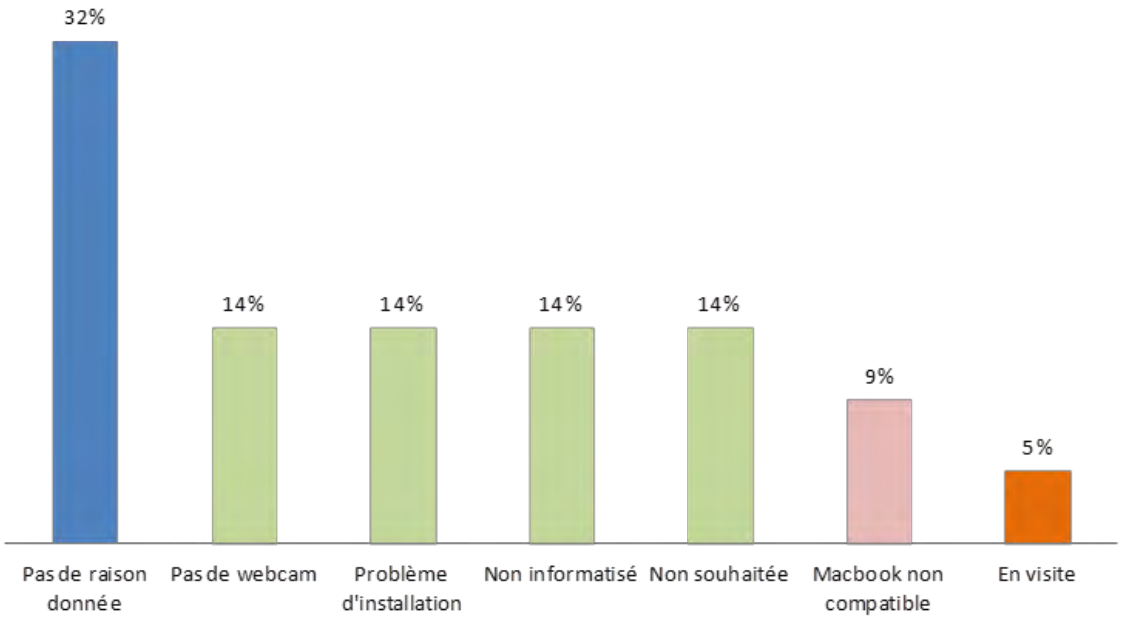


Figure 4 : Non utilisation de la visioconférence (MG souhaitant participer)

En participation effective :

4 MG « participants effectifs » ayant choisi la visioconférence n'ont pu l'utiliser : 3 en raison de problème d'installation, 1 en raison d'un problème de compatibilité (ordinateur de type Macbook, non compatible avec Conferenceme).

II) iv) Participation en fonction du type d'hémopathie

	Souhait de participation	Participation effective	p
MDS Faible risque	17	13	0,725
MDS Haut risque / LAM secondaire	20	14	

Tableau 4 : Participation en fonction du type d'hémopathie (Faible risque versus Haut risque + LAM secondaire)

Le niveau de risque de la myélodysplasie n'a pas d'influence sur la participation effective de leur MG. Ceci est vrai pour les appariements suivants :

- [Haut risque + LAM secondaire] versus [Faible risque] : p = 0,725 (tableau 4).

- [Faible risque + Haut risque] versus [LAM secondaire] : p = 0,564.

II) v) Raisons de la non-participation « in fine »

Médecins	Nombre	%
Patients éligibles	44	100%
Manque de temps	*7*	*16%*
Injoignables	*6*	*14%*
Oublis	*2*	*5%*
Congés	*1*	*2%*
Refus	*1*	*2%*
Participations effectives	27	61%

Tableau 5 : Raisons de la non-participation « in fine »

Les 2 principales raisons de la non-participation des MG sur l'ensemble des étapes de cette étude sont le manque de temps (16%) et le fait d'être injoignable (14%).

Si l'on se réfère aux 17 non-participations, ces raisons représentent respectivement 41 et 35%.

III) Influence sur la décision thérapeutique

III) i) Décision thérapeutique prise en RCP

		NOMBRE DE PATIENTS	RATIO
INFLUENCE	ESCALADE	4	15%
	DESESCALADE	1	4%
ABSENCE D'INFLUENCE		22	81%
TOTAL		27	100%

Tableau 6 : Influence sur la décision thérapeutique prise en RCP

Dans 18,5% des cas, la discussion "médecin généraliste/spécialiste" a influencé la décision thérapeutique (5 cas sur 27) :

- **Dans 4 cas (14,8%) vers une escalade thérapeutique:**
  - 1 patient présentait des chutes à répétition avec un risque de complications, validant le traitement spécifique plutôt que la surveillance.
  - Confirmation par le MG dans 3 situations du bon état général du patient, notamment le bon contrôle des comorbidités cardio-vasculaires, autorisant donc l'escalade.

- **Dans 1 cas (3,7%) vers une désescalade thérapeutique :**
  - Evénement aigu intercurrent (diverticulite) annoncé par le médecin généraliste et permettant donc le report du traitement.

III) ii) Décision thérapeutique finale

La décision thérapeutique finale a été différente pour 3 patients (11% des patients effectivement discutés), dont 2 en raison d'une aggravation de l'état du patient, 1 en raison du choix de l'onco-hématologue référent.

Elle a été identique pour 24 patients (89% des patients effectivement discutés).

IV) Satisfaction des MG et du spécialiste

COTE MEDECIN GENERALISTE			
	Oui tout à fait	**Plutôt oui**	**Plutôt non**
FACILITE POUR SE LIBERER	11	8	7
	42%	31%	27%
IMPRESSION D'ETRE ECOUTE	18	7	1
	69%	27%	4%
	Très satisfaisant	**Satisfaisant**	**Moyen**
QUALITE DE LA COMMUNICATION	21	3	2
	81%	12%	8%
	Très pertinent	**Pertinent**	**Peu pertinent**
PERTINENCE APPEL PRE RCP	18	7	1
	69%	27%	4%
	Très adapté	**Adapté**	**Peu adapté**
DELAI DE L'APPEL PRE RCP (1 SEMAINE ENVIRON)	11	13	2
	42%	50%	8%
	Oui	**Non**	
PRÊT A RENOUVELER L'EXPERIENCE	24	2	
	92%	8%	
COTE SPECIALISTE			
	Très satisfaisant	**Satisfaisant**	**Moyen**
QUALITE DE LA COMMUNICATION	20	3	3
	77%	12%	12%
	Pertinentes	**Pas pertinentes**	
PERTINENCE INFORMATIONS DU MG	24	2	
	92%	8%	

Tableau 7 : Satisfaction des MG et du spécialiste

Satisfaction des MG :

Les MG ont jugé 93% des communications satisfaisantes ou très satisfaisantes ; et 96% d'entre eux ont eu l'impression d'être écoutés.

Concernant l'organisation de l'étude, les MG ont jugé en majorité que l'appel pré-RCP était pertinent ou très pertinent dans 96% des cas, et son délai adapté dans 92% des cas.

3 MG participants effectifs sur 4 (73%) estiment qu'il est facile ou plutôt facile de se libérer pour l'entretien.

Ainsi, 92% des MG participants effectifs sont d'accord pour renouveler ce type d'entretien.

Concernant la visioconférence, sur les 4 MG ayant effectivement participé par ce moyen, 3 ont trouvé ce moyen de communication pertinent, et 1 peu pertinent.

Satisfaction du spécialiste :

Le médecin spécialiste a aussi été globalement satisfait de l'entretien mené avec les MG en termes de communication. Cette dernière a été jugée satisfaisante ou très satisfaisante dans 89% des cas, avec une information délivrée jugée pertinente pour la prise de décision thérapeutique chez 24 des 26 MG (92%).

DISCUSSION

I) Analyse des résultats

I) i) Résultats principaux

Nous avons étudié la faisabilité de la participation des MG à la RCP de leur patient atteint de myélodysplasie. Nous leur avons proposé une visioconférence ou une conférence téléphonique à une date et heure précise. Les MG souhaitaient participer dans 97% des cas (n=37) mais n'ont participé de façon effective que dans 61% des cas (n=27). Cette participation s'est déroulée essentiellement par conférence téléphonique (85%), avec une majorité significative de participants installés en groupe (p = 0,026). Leur participation a influé sur la décision thérapeutique dans près d'1 cas sur 5 majoritairement dans le sens d'un traitement spécifique de la maladie (n=4). Les MG et le médecin spécialiste étaient satisfaits (près de 90%), avec une volonté des MG (92%) de reconduire cette collaboration.

I) ii) Caractéristiques des MG

La proportion de MG de sexe masculin dans notre étude est supérieure à la moyenne nationale (83% contre 56,5%). L'installation en cabinet de groupe était un facteur prédictif significatif de participation effective (p=0,026). Le fait d'exercer en association permet probablement plus de souplesse dans l'organisation des RDV. Les MG sont plus âgés (moyenne 56,0 ans contre 51,6 ans pour la moyenne nationale et 51,9 ans en Midi-Pyrénées) (24). Le faible nombre d'inclusions ainsi que les valeurs extrêmes (76 et 75 ans) augmentent la moyenne. Le nombre moyen de patients suivis par les MG pour un cancer est similaire à la moyenne nationale (25,8 contre 22,9 : moyenne de 2010 d'après l'Observatoire de Médecine Générale).

I) iii) Caractéristiques des patients

Les patients étaient principalement des hommes (64%, n=28) d'âge moyen 72,7 ans, conforme aux hémopathies malignes (ratio hommes/femmes : 1,5 à 2 ; âge médian au diagnostic : 70 ans) (4). Parmi les 37 patients dont les MG souhaitaient participer, 17 présentaient une MDS de faible risque (46%), 16 une MDS de haut risque (43%), et 4 une LAM secondaire (11%).

I) iv) Participation des MG

Les MG ont participé à 61% (n=27). La participation décroit durant notre étude en raison d'un manque de disponibilité des MG expliquant 15 non-participations sur 17 (88%) sans compter le MG en congés (cf. tableau 5). Ce manque de disponibilité est inhérent à la pratique de la médecine générale, où les urgences (parfois à distance du cabinet libéral) et/ou les rajouts de consultations sont prioritaires par rapport aux autres RDV prévus. Notre travail est une étude de faisabilité, nous permettant de nous confronter aux réalités du terrain, afin par la suite d'en tirer des enseignements et des stratégies adaptées.

La visioconférence n'est pas prête à être usitée en pratique médicale courante. Il existe un taux d'échec de 50% alors que l'utilisation du téléphone fonctionnait à 100% (p=0,004). Les difficultés liées à la technique quelle qu'elle soit expliquaient 64% de la non – utilisation de la visioconférence.

I) v) Influence sur la décision thérapeutique

La sollicitation du MG a conduit à modifier dans 18,5% des cas la stratégie envisagée. Le MG a un rôle à jouer au cours des RCP, notamment sur l'état général récent du patient, ses antécédents, son environnement et son état psychologique. Une étude qualitative (22) montrait l'importance de tenir compte du point de vue du MG au moment des RCP. Celle-ci proposait de tracer l'avis du MG en amont des RCP. Nous proposions une intervention en temps réel, permettant une discussion du dossier comme le prévoit la RCP, c'est à dire en laissant les différents intervenants médicaux se concerter pour prendre la meilleure

décision thérapeutique pour un patient donné. Dans cette étude, le respect dans le choix thérapeutique final de cette décision dans près de 90% des cas tend à montrer que la RCP fait consensus. Cependant, les avis retenus à son issue quant à l'attitude thérapeutique ne sont pas toujours suivis. En effet, une étude toulousaine a montré chez 107 sujets âgés une confirmation du traitement dans moins de 70% des cas (25). Une divergence entre le traitement décidé en RCP et le traitement finalement reçu est également rapportée dans une revue systématique de la littérature publiée récemment avec 4 à 50% de différence suivant les articles (26). Dans notre étude, le traitement finalement reçu par le patient ne différait de celui proposé en RCP que dans 11% des cas (n=3).

I) vi) Satisfaction

Plus de 90 % des MG se sont dits satisfaits ou très satisfaits de l'entretien avec le spécialiste; si bien que plus de 90% d'entre eux sont d'accord pour renouveler ce type de collaboration. L'appel pré-RCP ayant été perçu comme pertinent dans l'immense majorité des cas, il semble donc nécessaire qu'un contact préalable soit établi. Les modalités de l'entretien doivent par contre être revues car, d'après notre étude, il n'est pas aisé pour 1 MG sur 4 de se libérer. De même, cet échange a donné satisfaction au médecin spécialiste dans 90% des cas. Ce taux très élevé de satisfaction dans les deux sens encourage la poursuite et le perfectionnement de cette collaboration.

II) Comparaison à la littérature scientifique et bilan

II) i) Prise en charge pluridisciplinaire et communication ville–hôpital

Le dispositif d'annonce est l'un des éléments-clés de la prise en charge des patients en oncologie, au cœur du lien ville-hôpital. Ce dispositif, mis en place depuis le 1er plan cancer comprend quatre phases. Premièrement, le temps médical, qui consiste en une ou plusieurs consultations d'annonce dédiées délivrée par le spécialiste référent. Deuxièmement, le temps paramédical qui permet l'accès à d'autres professionnels de santé pour reformuler et faire un bilan social. Troisièmement, l'accès aux soins de support afin

de soutenir le patient, prendre en charge les symptômes inconfortables tout au long du suivi, et l'aider dans ses démarches, sociales en particulier. Quatrièmement le temps d'articulation avec la médecine de ville ; c'est à dire la transmission d'informations au MG (7, 27). Or, ce dernier temps n'est pas mis en pratique : dans 19% des cas l'annonce est déléguée par l'oncologue au MG et dans 18% des cas, c'est le patient qui fait cette annonce à son MG (28). Notre étude permet dans ce cas un quatrième temps revisité de ce dispositif d'annonce avec comme valeur ajoutée une articulation *« en direct »* entre la médecine de ville et l'hôpital.

Notre étude est un vecteur de communication puisqu'elle permet un entretien direct (par téléphone ou visioconférence) entre l'oncologue et le MG du patient. La mise en place d'outils de communication entre MG et oncologue a été testée sous forme de fiches sur les effets indésirables des chimiothérapies ; lesquelles ont permis une meilleure gestion de ces effets avec un nombre moindre d'hospitalisations pour les médecins les utilisant (29). Malgré cela, les MG se sentent isolés de la prise en charge dès lors que le diagnostic de cancer est posé (30), mettant donc en exergue la nécessité d'une amélioration de cette communication (22). La RCP pourrait être un moment privilégié et pertinent d'échanges entre MG et spécialiste. La présence de ce premier y est d'ailleurs mentionnée dans les résultats d'une étude britannique descriptive évaluant la pertinence des RCP par ses participants ainsi que des pistes d'amélioration (31). Un travail de thèse mené à l'échelle nationale a montré qu'un tiers des MG interrogés envisagerait de se déplacer et 44,9% déclaraient possible d'envisager de libérer du temps pour assister à ces RCP (23). Or, en situation de pratique réelle, notre étude pointe une difficulté pour les MG de libérer du temps téléphonique. Il semble illusoire de leur demander de libérer du temps de trajet et de présence physique à une RCP pour un seul de leurs patients. La littérature retrouve que les MG suivaient en moyenne 5 nouveaux cas de cancer par an (32), ce qui représenterait 5 RCP par an au minimum par MG.

II) ii) De l'importance des réseaux de soins

Le réseau régional de cancérologie Oncomip joue un rôle majeur dans le parcours de soins du patient porteur d'un cancer en Midi-Pyrénées. Il est le lieu d'informations pratiques telles que les fiches d'effets indésirables des médicaments anti-cancéreux à disposition du MG qui lui permettent de mieux gérer les effets adverses du traitement en

ambulatoire (29). Il permet le bon déroulement des RCP via le Dossier communicant de cancérologie (DCC). Le DCC est le lieu du lien ville-hôpital puisqu'il permet un accès aux médecins hospitaliers et libéraux en charge du patient (33). Le réseau Oncomip est indispensable pour permettre d'organiser l'intégration des MG aux RCP.

II) iii) La visioconférence

La visioconférence est une technique de télémédecine qui comporte plusieurs outils d'échange. Par exemple, le système de « Webconferencing » utilisé par le Duke Cancer Network permet, outre une communication en direct entre les différents intervenants (10 en moyenne), la visualisation des examens d'imagerie et d'anatomopathologie entre différents centres de soins. La majorité des médecins participants étaient convaincus du service rendu par cette conférence au patient et souhaitaient donc poursuivre ce mode de discussion (34). Néanmoins, les difficultés techniques impactent négativement son utilisation au cours de la RCP (35). Cependant, l'équipe anglaise de Soukop et al. considère que la visioconférence doit se développer en cancérologie (36). A l'échelle nationale, 54,6% des MG répondeurs se disaient favorables à une participation aux RCP par visioconférence, d'autant plus que 97,3% d'entre eux bénéficiaient d'un équipement informatique compatible avec son installation (23). Ces chiffres étaient inférieurs dans notre étude avec seulement 28% de MG souhaitant participer par visioconférence, et 73% de MG équipés. Le développement de la télémédecine (notamment par utilisation de la visioconférence) est voulu par le troisième Plan Cancer (2014 – 2019) et pourrait être un support de la RCP (37).

III) Points forts, points faibles de l'étude, et difficultés rencontrées

III) i) Points forts

Il s'agissait d'une étude de mise en situation réelle, permettant de connaitre les contraintes quotidiennes des MG et spécialistes; dans les conditions réelles de la pratique médicale.

Cette étude a permis de ce fait un échange direct à un moment clé de la prise en charge thérapeutique que constitue la RCP, entre MG et médecin spécialiste, pour une communication la plus optimale possible, au service du patient.

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'expérience similaire. Si la validation théorique de l'intégration des MG aux RCP semble faire consensus (23), sa mise en œuvre sur le terrain n'avait pas encore été expérimentée en France. Une étude Australienne menée en 2013 visait à présenter aux MG de patientes atteintes de cancer du sein et présentant des troubles psycho-sociaux, les recommandations (projet de plan de soins) faites en RCP. Le MG n'était donc pas présent au moment de cette RCP. Cette intervention a été évaluée en termes de bénéfice sur la santé physique et psychique : la différence n'était pas significative (38).

III) ii) Points faibles

Notre étude était basée sur un faible effectif (44 inclusions et 27 réalisations). Les différences observées, même significatives doivent donc être interprétées avec prudence ; de même que l'absence de différence constatée.

Si les biais de non-réponse dans cette étude étaient faibles (un seul refus), les biais d'attrition étaient conséquents en raison du nombre important de patients sortis d'étude entre le début et la fin de celle-ci (17 sur 44). Ceci s'explique en partie par son design: étude de faisabilité, en situation réelle de pratique médicale avec ses aléas.

III) iii) Difficultés rencontrées

Notre étude était conduite en situation réelle de pratique médicale. Il a donc fallu composer avec les obligations professionnelles des investigateurs et des MG. Il était de fait parfois difficile pour les investigateurs de respecter les horaires de RDV d'appels des MG, et pour les MG de pouvoir honorer les RDV prévus.

Ce recueil de données nécessitait un temps conséquent, et demandait donc une organisation et une méthodologie rigoureuse ; notamment par rapport à la réservation des salles de visioconférence (anticipation nécessaire pour être certain de disposer de l'une d'entre elles). Il s'agissait de la première étude de ce type, nécessitant donc une optimisation de son design.

IV) Perspectives

Les MG ont leur place au sein des RCP. Leur intégration implique une logistique et un travail en amont (de formation notamment). Le Réseau Régional de Cancérologie (Oncomip en Midi-Pyrénées) pourrait nous aider à planifier ensemble la participation du MG aux RCP. Un courriel (via Oncomip) pourrait être adressé aux MG des patients discutés en RCP par messagerie sécurisée (Medimail° par exemple) une semaine avant la date de la RCP. Ce courriel les informerait du passage d'un de leur patient en RCP en demandant au MG s'il souhaite apporter des informations et la possibilité d'une visioconférence avec lui en fonction de l'état général du patient. L'envoi de courriel expose toutefois à un taux de réponse plus faible.

La visioconférence permettrait une quantité d'information échangée plus importante, via notamment le partage de dossiers en direct. De ce fait, des connaissances sur la maladie, des notions sur la prise en charge globale du patient pourraient être partagées. La communication serait ainsi bidirectionnelle. Ainsi, la participation des MG aux RCP pourrait s'intégrer dans le Développement Professionnel Continu (DPC). Ce dernier fait partie intégrante du Premier Plan Cancer et est obligatoire depuis la loi du 9 août 2004 (39).

Par ailleurs, les MG formés à la cancérologie et titulaires du DESC de cancérologie pourraient jouer un rôle dans la mise en place de cette participation aux RCP. Leur rôle de coordination ville-hôpital pourrait leur permettre l'organisation de cette participation. Ils pourraient programmer ces réunions dans les situations qui s'y prêtent (initiation de traitement spécifique, sujet fragile polypathologique, etc.) et contacter les MG pour la faisabilité.

CONCLUSION

Le MG est un acteur central du système de soins, ayant une connaissance globale de son patient. La RCP est le moment de la prise de décision oncologique. La prise en charge du patient en découle via le dispositif d'annonce et l'élaboration du Plan Personnalisé de Soins. La participation du MG à la RCP est complexe car l'organisation de la RCP n'est pas en adéquation avec l'organisation d'un cabinet libéral.

Nous avons étudié la faisabilité de la participation des MG à la RCP de leur patient atteint de myélodysplasie. Nous leur avons proposé une visioconférence ou une conférence téléphonique à une date et heure précise. Les MG souhaitaient participer dans 97% des cas (n=37) mais n'ont 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.

La participation du MG à la RCP est faisable et l'intégration du MG à la RCP est pertinente. Toutefois, cette démarche nécessite donc de la méthode, de l'organisation, et de l'anticipation afin d'être la plus efficace possible.

Les Réseaux de Soins de Cancérologie, au cœur du lien ville-hôpital apporteraient une aide extrêmement précieuse pour mener ce projet à bien. Les MG titulaires du DESC de cancérologie en seraient les effecteurs désignés.

Vu le président

8/07/16

Pr Odile BEYNE-RAUZY
RPPS : 10002911898
MEDECINE INTERNE
I. U. C. T - O. 1 avenue Irène Joliot-Curie
31059 TOULOUSE Cedex 9
Tél. 05 31 15 61 91

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS. Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques Syndromes myélodysplasiques [Internet]. 2015 [cité 30 juin 2016]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guidem_syndrome_myelo_version_web_2008_05_20__8_32_46_696.pdf

2. Andrieu V, Bénet B. Classification des syndromes myélodysplasiques. Rev Francoph Lab. juin 2009;2009(413):49-57.

3. Duchmann M, Fenaux P, Cluzeau T. Prise en charge des myélodysplasies. Bull Cancer (Paris). nov 2015;102(11):946-57.

4. Pierre F, Lionel A, François D. Les syndromes myélodysplasiques de l'adulte. John Libbey Eurotext; 2016. 265 p.

5. Arber DA, Orazi A, Hasserjian R, Thiele J, Borowitz MJ, Beau MML, et al. The 2016 revision to the World Health Organization classification of myeloid neoplasms and acute leukemia. Blood. 19 mai 2016;127(20):2391-405.

6. Greenberg P, Cox C, LeBeau MM, Fenaux P, Morel P, Sanz G, et al. International Scoring System for Evaluating Prognosis in Myelodysplastic Syndromes. Blood. 15 mars 1997;89(6):2079-88.

7. INCa. Plan Cancer 2003-2007: mission interministérielle pour la lutte contre le cancer [Internet]. 2003. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007

8. Ministères des Affaires sociales et de la Santé. Instruction SG/DSSIS/INCa no 2013-378 du 13 novembre 2013 relative à la description du système d'information cible du dossier communicant de cancérologie (DCC). 13 nov 2013; Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-12/ste_20130012_0000_0067.pdf

9. Daubisse-Marliac L, Biboulet M, Delpierre C, Rivera P, Bauvin É, Grosclaude P. Exhaustivité et qualité des réunions de concertation pluridisciplinaire : l'exemple du cancer du sein dans le département du Tarn. Bull Cancer (Paris). sept 2012;99(9):815-26.

10. INCA. Elements issus de la réunion ARS du 11 janvier 2011 à l'Institut National du Cancer: éléments d'analyse et outils complémentaires en vue de la préparation des visites de conformité pour les : • Critères d'agrément pour la pratique de la chimiothérapie adoptés par le CA de l'INCa le 17 décembre 2007 (...) adoptés par le CA de l'INCa le 20 décembre 2008 [Internet]. 2011 janv. Disponible sur: http://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2012-12/23_5_2011_18_11_50_inca-elementsdanalyse-criteresdagrement-11052011.pdf

11. Chirgwin J, Craike M, Gray C, Watty K, Mileshkin L, Livingston PM. Does multidisciplinary care enhance the management of advanced breast cancer?: evaluation of advanced breast cancer multidisciplinary team meetings. J Oncol Pract Am Soc Clin Oncol. nov 2010;6(6):294-300.

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

13. Godard J. Médecine générale et cancers [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/09_medecine_generale_et_cancer.pdf

14. INCa. Les cancers en France - Editions 2012. 2013.

15. INCa. Les cancers en France - Edition 2015 [Internet]. 2016. 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

16. INCa. Plan Cancer 2009-2013: mission interministérielle pour la lutte contre le cancer [Internet]. 2009. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013

17. Rougé Bugat M-E, Mesthé P, Filleron T, Bismuth, M, Delord, J-P, Roché H, et al. Prévention, dépistage et annonce du cancer : le rôle du médecin généraliste. «Enquête d'opinion dans la région Midi-Pyrénées ». 2010.

18. 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 Am Soc Clin Oncol. janv 2010;6(1):19-24.

19. Lamb BW, Sevdalis N, Vincent C, Green JSA. Development and evaluation of a checklist to support decision making in cancer multidisciplinary team meetings: MDT-QuIC. Ann Surg Oncol. juin 2012;19(6):1759-65.

20. Rougé Bugat M-E, Bréchemier D, Balardy L. Polypharmacy and Potentially Inappropriate Medication Use Among Senior Adults With Cancer: What Is the Best Approach? J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. 1 déc 2015;33(34):4123-4.

21. Moulis F, Moulis G, Balardy L, Gérard S, Sourdet S, Rougé-Bugat M-E, et al. Searching for a polypharmacy threshold associated with frailty. J Am Med Dir Assoc. mars 2015;16(3):259-61.

22. Dardenne S, Boennec F, Chicoulaa B. Le vécu et les attentes des médecins généralistes de Midi-Pyrénées face aux personnes âgées de plus de 75 ans atteintes de cancer : étude qualitative [Internet]. [S.l.]: s.n.; 2014. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/568/1/2014TOU31086%2D1087.pdf

23. Chancerel C, Guichard A. La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie: place du médecin généraliste traitant [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2014.

24. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. La démographie des médecins (RPPS) [Internet]. 2015.
Disponible sur : http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/dimView.aspx

25. Rougé-Bugat ME, Gérard S, Balardy L, Beyne-Rauzy O, Boussier N, Perrin A, et al. Impact of an oncogeriatric consulting team on therapeutic decision-making. J Nutr Health Aging. 2013;17(5):473-8.

26. Pillay B, Wootten AC, Crowe H, Corcoran N, Tran B, Bowden P, et al. The impact of multidisciplinary team meetings on patient assessment, management and outcomes in oncology settings: A systematic review of the literature. Cancer Treat Rev. 1 janv 2016;42:56-72.

27. INCa. Recommandations nationales pour la mise en oeuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé [Internet]. 2005 [cité 3 juill 2016]. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Dispositif-d-annonce/Outils-et-supports-d-information

28. Rougé Bugat M-E, Omnes C, Delpierre C, Escourrou E, Boussier N, Oustric S, et al. Primary care physicians and oncologists are partners in cancer announcement. Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer. juin 2016;24(6):2473-9.

29. Rouge-Bugat M-E, Lassoued D, Bacrie J, Boussier N, Delord J-P, Oustric S, et al. Guideline sheets on the side effects of anticancer drugs are useful for general practitioners. Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer. déc 2015;23(12):3473-80.

30. Chicoulaa B, Balardy L, Stillmunkes A, Mourey L, Oustric S, Rouge Bugat M-E. French general practitioners' sense of isolation in the management of elderly cancer patients. Fam Pract. 28 juin 2016;

31. Kruis AL, Soljak M, Chavannes NH, Elkin SL. COPD Multidisciplinary Team Meetings in the United Kingdom: Health Care Professionals' Perceptions of Aims and Structure. COPD. 11 août 2015;1-4.

32. Dagada C, Mathoulin-Pélissier S, Monnereau A, Hoerni B. [Management of cancer patients by general practitioners. Results of a survey among 422 physicians in Aquitaine]. Presse Médicale Paris Fr 1983. 28 juin 2003;32(23):1060-5.

33. Oncomip. Oncomip - Missions [Internet]. 2016 [cité 4 juill 2016]. Disponible sur: http://www.oncomip.org/fr/qui-sommes-nous/presentation/missions/

34. Stevenson MM, Irwin T, Lowry T, Ahmed MZ, Walden TL, Watson M, et al. Development of a Virtual Multidisciplinary Lung Cancer Tumor Board in a Community Setting. J Oncol Pract. mai 2013;9(3):e77-80.

35. Jalil R, Ahmed M, Green JSA, Sevdalis N. Factors that can make an impact on decision-making and decision implementation in cancer multidisciplinary teams: an interview study of the provider perspective. Int J Surg Lond Engl. 2013;11(5):389-94.

36. Soukop M, Robinson A, Soukop D, Ingham-Clark CL, Kelly MJ. Results of a survey of the role of multidisciplinary team coordinators for colorectal cancer in England and Wales. Colorectal Dis Off J Assoc Coloproctology G B Irel. févr 2007;9(2):146-50.

37. INCa. Plan Cancer 2014-2019: mission interministérielle pour la lutte contre le cancer [Internet]. 2014.
Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-20192

38. Jiwa M, Longman G, Sriram D, Sherriff J, Briffa K, Musiello T. Cancer care coordinator: promoting multidisciplinary care--a pilot study in Australian general practice. Coll R Coll Nurs Aust. 2013;20(1):67-73.

39. Haut Conseil de la Santé Publique. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ; J.O.R.F. Lois et décrets ; août 9, 2004.

ANNEXES

Annexe 1 : Classification des MDS (OMS 2016)

Table 15. PB and BM findings and cytogenetics of MDS

Name	Dysplastic lineages	Cytopenias*	Ring sideroblasts as % of marrow erythroid elements	BM and PB blasts	Cytogenetics by conventional karyotype analysis
MDS with single lineage dysplasia (MDS-SLD)	1	1 or 2	<15%/<5%†	BM <5%, PB <1%, no Auer rods	Any, unless fulfills all criteria for MDS with isolated del(5q)
MDS with multilineage dysplasia (MDS-MLD)	2 or 3	1-3	<15%/<5%†	BM <5%, PB <1%, no Auer rods	Any, unless fulfills all criteria for MDS with isolated del(5q)
MDS with ring sideroblasts (MDS-RS)					
MDS-RS with single lineage dysplasia (MDS-RS-SLD)	1	1 or 2	≥15%/≥5%†	BM <5%, PB <1%, no Auer rods	Any, unless fulfills all criteria for MDS with isolated del(5q)
MDS-RS with multilineage dysplasia (MDS-RS-MLD)	2 or 3	1-3	≥15%/≥5%†	BM <5%, PB <1%, no Auer rods	Any, unless fulfills all criteria for MDS with isolated del(5q)
MDS with isolated del(5q)	1-3	1-2	None or any	BM <5%, PB <1%, no Auer rods	del(5q) alone or with 1 additional abnormality except −7 or del (7q)
MDS with excess blasts (MDS-EB)					
MDS-EB-1	0-3	1-3	None or any	BM 5%-9% or PB 2%-4%, no Auer rods	Any
MDS-EB-2	0-3	1-3	None or any	BM 10%-19% or PB 5%-19% or Auer rods	Any
MDS, unclassifiable (MDS-U)					
with 1% blood blasts	1-3	1-3	None or any	BM <5%, PB = 1%,‡ no Auer rods	Any
with single lineage dysplasia and pancytopenia	1	3	None or any	BM <5%, PB <1%, no Auer rods	Any
based on defining cytogenetic abnormality	0	1-3	<15%§	BM <5%, PB <1%, no Auer rods	MDS-defining abnormality
Refractory cytopenia of childhood	1-3	1-3	None	BM <5%, PB <2%	Any

SOURCE : The 2016 revision of the World Health Organization classification of myelodysplastic syndromes, Table 15.

Annexe 2 : Lettre d'information au réseau Oncomip

INSTITUT UNIVERSITAIRE DU CANCER DE TOULOUSE
Oncopole

Fédération Hématologie-Médecine Interne

Professeur Christian RECHER
Chef de Service, Hématologie

Professeur Odile BEYNE-RAUZY
Chef de Service, Médecine Interne

Secrétariat de chefferie de service
Hématologie : 05 31 15 62 49
Médecine Interne : 05 31 15 62 48
Télécopie : 05 31 15 65 87

Hématologie
Professeur Michel ATTAL
Docteur Cécile BOREL
Docteur Benjamin HEBRAUD
Docteur Françoise HUGUET
Docteur Anne HUYNH
Professeur Guy LAURENT
Docteur Lucie OBERIC
Professeur Christian RECHER
Docteur Murielle ROUSSEL
Docteur Loïc YSEBAERT
Docteur Suzanne TAVITIAN

Chefs de Clinique Assistants
Docteur Sarah BERTOLI
Docteur Sarah GUENOUNOU

Médecine Interne
Professeur Daniel ADOUE
Professeur Odile BEYNE-RAUZY
Docteur Pierre COUGOUL
Docteur Sylvie OLLIER

Chef de Clinique Assistant
Docteur Karen DELAVIGNE

Assistant
Docteur Maxime PONTAC

@mail : nom.prenom@iuct-oncopole.fr

Hospitalisation de Jour
Secrétariat médical : 05 31 15 61 87
Secrétariat médical : 05 31 15 61 88

Secteur Hématologie
Accueil : 05 31 15 63 02
Télécopie : 05 31 15 65 98

Secteur Médecine Interne Soins Aigus
Accueil : 05 31 15 63 44
Télécopie : 05 31 15 65 99

Hospitalisation
Hématologie
Secrétariat médical : 05 31 15 62 69
Secteur 1 : Accueil : 05 31 15 63 09
Télécopie : 05 31 15 63 07
Secteur 2 : Accueil : 05 31 15 63 11
Télécopie : 05 31 15 63 14

Médecine Interne
Secrétariat médical : 05 31 15 62 48
Accueil : 05 31 15 62 57
Télécopie : 05 31 15 62 58

Hématologie-Greffe de cellules souches hématopoïétiques
Secrétariat médical : 05 31 15 61 91
Accueil : 05 31 15 62 46
Télécopie : 05 31 15 62 33

Coordination greffe
Tél : 05 31 15 62 45
Télécopie : 05 31 15 62 44

Consultations
Prise de RDV
8H-17H du lundi au vendredi
Tél : 05 31 15 55 27

Toulouse, le 21/01/2016.

Chers amis du réseau,

Tous mes vœux pour cette nouvelle année 2016.

Avec le Dr M-E. Rougé-Bugat, nous avons le projet de pouvoir impliquer le médecin généraliste dès la discussion en RCP pour mieux appréhender le contexte social et familial et le profil psychologique du patient.

A cet effet un interne de médecine générale fait sa thèse sur la faisabilité de cette implication par contact téléphonique ou visio au décours de la RCP myélodysplasies-LAM : projet « ONCOS'LIB ».

Ne soyez pas surpris si nous vous contactons pour avoir des informations et/ou si vous apprenez que les médecins généralistes de vos patients ont été interrogés.

En vous remerciant par avance de votre participation.

Très cordialement.

Pr O. Beyne-Rauzy P. Tachousin

Institut universitaire du cancer de Toulouse - Oncopole
1, Avenue Irène Joliot-Curie - IUCT-O - 31059 Toulouse cedex 9 - France – Standard : 05 31 15 50 50
Oncophone (*informations médicales*) : 05 31 15 60 60 – Site internet : www.iuct-oncophone.fr
N° FINESS : 310025333

<u>Annexe 3 :</u> Fiche support de recueil de données (1/6)

DATE RCP : **DATE DE CONTACT :**

(NOM DU PATIENT :)

NOM MEDECIN :

CONTACT PRE-RCP (PREMIER APPEL)

PREMIER ESSAI DEUXIEME ESSAI TROISIEME ESSAI / NON

AGE : **SEXE :**

ANNEE INSTALLATION :

LIEU D'INSTALLATION

RURAL SEMI RURAL URBAIN

VILLE :

MODE D INSTALLATION

SEUL GROUPE MDS CENTRE DE SANTE

AUTRE :

FORMATION COMPLEMENTAIRE

- CANCEROLOGIE
- GERIATRIE
- DOULEUR / SOINS PALLIATIFS
- NON

<u>Annexe 3 :</u> Fiche support de recueil de données (2/6)

NOMBRE DE PATIENTS SUIVIS

POUR UN CANCER POUR UNE HEMOPATHIE

POSSIBILITE DE PARTICIPATION

VISIOCONFERENCE (1ERE INTENTION)

OUI

TELEPHONE (A DEFAUT)

→ TYPE D'INFOS QU'ILS PENSENT APPORTER

- MEDICALE
- SOCIALE
- FAMILIALE
- PSYCHOLOGIE DU PATIENT
- AUTRE :

MOTIF :

NON

INFO SUR PATIENT PAS D'INFO

- MEDICALE
- SOCIALE
- FAMILIALE
- PSYCHOLOGIE DU PATIENT
- AUTRE

<u>Annexe 3 :</u> Fiche support de recueil de données (3/6)

PARTICIPATION EFFECTIVE

VISIOCONFERENCE TELEPHONE NON

AUTRE :

CARACTERISTIQUES DU SMD (SAISIE LIBRE) :

FAIBLE RISQUE HAUT RISQUE LAM SECONDAIRE

INFORMATIONS EFFECTIVEMENT APPORTEES PAR LE MG

- MEDICALE
- SOCIALE
- FAMILIALE
- PSYCHOLOGIE DU PATIENT
- AUTRE

INFORMATIONS APPORTEES PAR LE MEDECIN SPECIALISTE

INTERVENTION DU MG JUGEE PERTINENTE

OUI

PAR LE MEDECIN GENERALISTE LUI-MEME

(A remplir pour le médecin généraliste au 3ème appel)

NON

OUI

PAR LE SPECIALISTE

NON

<u>Annexe 3 :</u> Fiche support de recueil de données (4/6)

INFLUENCE SUR LA DECISION THERAPEUTIQUE INITIALE PROPOSEE EN RCP

OUI	ESCALADE	CONFIRMATION
	ANNULATION	

SOUHAIT DE PARTICIPATION DU MG AU PROJET DE SOINS

OUI NON

POSSIBILITE POUR LE MG DE S'IMPLIQUER AU MOYEN D'UNE SURVEILLANCE A DOMICILE

OUI NON

SI NON PARTICIPATION EFFECTIVE : MOTIFS

URGENCE OUBLI REGRETS

AUTRE :

INFLUENCE SUR LA DECISION THERAPEUTIQUE FINALE

OUI NON

TRAITEMENT FINALEMENT RECU PAR LE PATIENT VERSUS TRAITEMENT DECIDE EN RCP

	REFUS DE TRAITEMENT PAR LE PATIENT
DIFFERENT	AGGRAVATION DE L'ETAT DU PATIENT
	CHOIX DE L'ONCO-HEMATOLOGUE

IDENTIQUE

<u>Annexe 3 :</u> Fiche support de recueil de données (5/6)

SATISFACTION DU BINOME MG / SPECIALISTE

COTE SPECIALISTE (A remplir au 2ème appel)

<u>QUALITE COMMUNICATION GENERALISTE/SPECIALISTE</u>

TRES SATISFAISANTE SATISFAISANTE MOYENNE

PEU SATISFAISANTE PAS SATISFAISANTE

COTE MG

<u>QUALITE DE LA COMMUNICATION GENERALISTE / SPECIALISTE</u>

TRES SATISFAISANTE SATISFAISANTE MOYENNE

PEU SATISFAISANTE PAS SATISFAISANTE

<u>FACILITE DE LIBERATION DU GENERALISTE POUR LE RDV</u>

OUI TOUT A FAIT PLUTOT OUI PLUTOT NON

NON PAS DU TOUT

<u>IMPRESSION D'ETRE ECOUTE</u>

OUI TOUT A FAIT PLUTOT OUI PLUTOT NON

NON PAS DU TOUT

Annexe 3 : Fiche support de recueil de données (6/6)

PERTINENCE DE L'APPEL PRE-RCP

TRES PERTINENT PERTINENT PEU PERTINENT

PAS PERTINENT

DELAI DE L'APPEL PRE-RCP (1 SEMAINE ENVIRON)

TRES ADAPTE ADAPTE PEU ADAPTE PAS ADAPTE

PATIENT REVU DEPUIS LA RCP

OUI NON

SI UTILISATION DE LA VISIOCONFERENCE : PERTINENCE

TRES PERTINENT PERTINENT PEU PERTINENT

PAS PERTINENT

ETES-VOUS PRET(E) A RENOUVELER L'EXPERIENCE ?

OUI NON

<u>Annexe 4 :</u> Trame de conduite du premier appel aux MG

Bonjour Dr. …….. , je m'appelle Paul TACHOUSIN.
Je suis actuellement interne à l'IUCT-Oncopole de Toulouse, et vous appelle dans le cadre d'un projet de thèse sur l'intégration des médecins généralistes aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) de cancérologie.

Je vous appelle car vous êtes le médecin traitant de …….

Mon travail consiste à évaluer cette intégration en prenant pour RCP d'étude la RCP « Myélodysplasies » coordonnées par le Pr BEYNE-RAUZY.
L'évaluation portera sur la faisabilité de cette intégration ; si oui, dans quelles mesures et par quels moyens; si cette intégration influence la décision thérapeutique; et si les médecins généralistes et spécialistes sont satisfaits des échanges.

Ainsi, je vous contacte aujourd'hui (premier appel) pour deux choses :

- Recueil de caractéristiques générales (informations personnelles sur le MG).
- Etes-vous d'accord pour participer à cet échange généraliste / spécialiste (deuxième appel) ; et pouvez-vous y participer ? cet échange aura lieu le …

Je vous propose à cet effet :

- Un entretien en direct avec l'un des spécialistes coordonnateurs de cette RCP (Pr BEYNE-RAUZY) par visioconférence au moyen d'une interface de communication sécurisée (Conferenceme) à laquelle vous pourrez accéder en suivant la procédure indiquée dans un mail que je vous enverrai aujourd'hui même (1 lien pour installer Conferenceme et un lien pour se connecter « en direct » à notre conférence).

  Attention : il est possible que vous ayez un avertissement disant que ce lien n'est pas sécurisé : je vous le redirai dans le mail, n'en tenez pas compte : vous pouvez en effet procéder à l'installation complète (ceci apparaît car le certificat de sécurité n'est pas à jour).
  J'ai en effet posé la question à un des responsables de télémédecine du CHU en testant moi-même cette conférence : Conferenceme est fiable, sécurisé, et est utilisé en routine au CHU.

- A défaut, un entretien téléphonique avec le spécialiste à la même date prévue que celle pour laquelle la visioconférence vous est proposée.

Si vous êtes d'accord / vous pouvez, quels types d'informations pensez-vous apporter (médicales, sociales, familiales, psychologie du patient, autre) ?

Si vous n'êtes pas d'accord / vous ne pouvez pas, quels sont les motifs ? Souhaitez-vous laisser des informations ?

Si vous participez à ce travail, je vous recontacterai une troisième et dernière fois afin de recueillir votre opinion et votre satisfaction sur cet échange entre généraliste et spécialiste.

Merci beaucoup pour votre écoute et votre coopération.
Bon courage et bonne journée.

<u>Annexe 5 :</u> Courriel adressé aux MG concernant l'installation de la visioconférence

Bonsoir Dr …

Nous nous sommes entretenus tout à l'heure au téléphone, je m'appelle Paul TACHOUSIN, et suis interne 5ème semestre en médecine générale, actuellement en stage à l'IUCT-Oncopole de Toulouse.

Comme convenu, je vous écris ce courriel au sujet de mon projet de thèse sur la faisabilité de l'intégration des médecins généralistes aux RCP; notamment en utilisant un système de visioconférence nommé Conferenceme.

Comme convenu, voici en fin de mail les différents liens pour:

- L'installation de la solution (interface de visioconférence) Conferenceme.

- La connexion via Conferenceme à l'Oncopole pour échanger avec l'équipe d'hématologie et moi-même sur le cas de … .

Il faut que vous ayez ce mail ouvert au moment de l'heure convenue pour la visioconférence, soit le ... à ....
Je vous appellerai à cette heure-ci pour démarrer la conférence, vous pourrez alors vous connecter avec nous en cliquant sur le deuxième lien.

Merci par avance pour votre collaboration et bonne journée.

Sincères salutations

Paul TACHOUSIN
Interne en médecine générale 5ème semestre
IUCT - Oncopole, service Hôpital de Jour (2B)

Extrait du courriel de Mr D., un des responsables de la télémédecine au CHU de Toulouse:

« **Partie réservée aux médecins généralistes :**

Avant de participer merci d'installer la solution depuis ce lien https://194.51.249.3/conferenceme.msi

Pour y accéder munissez-vous d'une webcam puis cliquez sur ce lien

https://194.51.249.3/conference_join_cme.html?name=5920-IUCTO-RCP

Code d'accès : **0295 (+entrée)** »

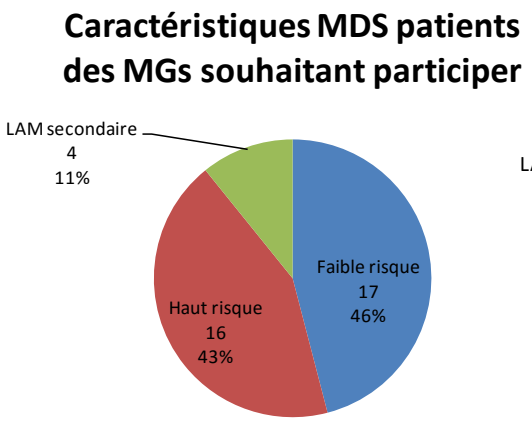
PS: Lorsque vous cliquerez sur le premier lien, un avertissement apparaîtra.
Veuillez ne pas en tenir compte et poursuivre l'installation jusqu'au bout: en effet, cette alerte est présente parce que le certificat de sécurité n'a pas été remis à jour (j'ai eu à ce propos un responsable de la télémédecine du CHU, lequel a créé le lien Conferenceme dédié à notre réunion).
Ce responsable m'a confirmé que l'interface Conferenceme est fiable et sécurisée, et qu'elle est utilisée régulièrement en télémédecine au CHU.

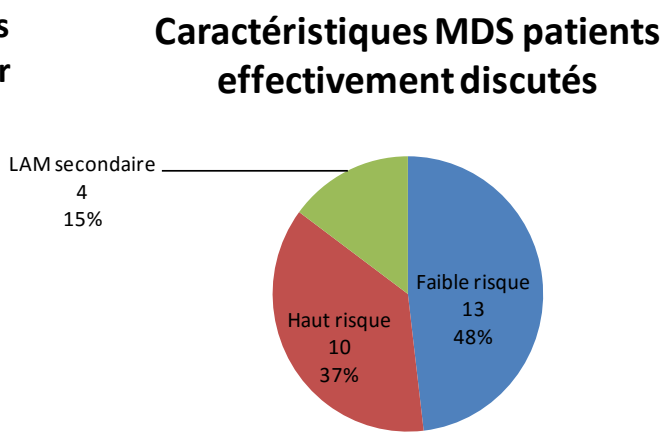
Annexe 6 : Caractéristiques générales des patients

6-1 : Age

PATIENTS	ELIGIBLE	EFFECTIVEMENT DISCUTE
Femme		
Nombre	16	11
Moyenne	72,9	74,2
Médiane	72,9	74,2
Minimal	58	65
Maximal	84	84
Homme		
Nombre	28	16
Moyenne	72,54	74,19
Médiane	71,00	74,19
Minimal	55	55
Maximal	93	91
Tout genre		
Nombre	44	27
Moyenne	72,66	74,19
Médiane	72,33	74,19
Minimal	55	55
Maximal	93	91

6-2 : Caractéristiques des MDS





Annexe 7 : Caractéristiques générales des MG

NOMBRE, AGE						
Médecins	Souhait participation	Participation effective	Souhait participation	Participation effective	Souhait participation	Participation effective
Genre	**Femme**		**Homme**		**Tout genre**	
Nombre	6	6	30	20	36	26
AGE moyenne	48,2	48,2	57,5	57,6	56,0	55,5
AGE médiane	49	49	56	56	56	55
AGE minimal	35	35	43	43	35	35
AGE maximal	56	56	76	76	76	76
LIEU D'INSTALLATION						
Médecins	Souhait participation	Participation effective	Souhait participation	Participation effective	Souhait participation	Participation effective
Genre	**Femme**		**Homme**		**Tout genre**	
Rural	1	1	2	1	3	2
Semi rural	4	4	15	9	19	13
Urbain	1	1	13	10	14	11
MODE D'INSTALLATION						
Médecins	Souhait participation	Participation effective	Souhait participation	Participation effective	Souhait participation	Participation effective
Genre	**Femme**		**Homme**		**Tout genre**	
Seul	3	3	11	4	14	7
Groupe	3	3	19	16	22	19
FORMATIONS COMPLEMENTAIRES						
Médecins	Souhait participation	Participation effective	Souhait participation	Participation effective	Souhait participation	Participation effective
Genre	**Femme**		**Homme**		**Tout genre**	
Gériatrie	1	1	9	8	10	9
Douleurs/ Soins palliatifs	0	0	2	2	2	2
Autre	1	1	8	4	9	5
Néant	4	4	15	10	19	14
NOMBRE DE PATIENTS SUIVIS						
Cancers solides						
Médecins	Souhait participation	Participation effective	Souhait participation	Participation effective	Souhait participation	Participation effective
Genre	**Femme**		**Homme**		**Tout genre**	
Moyenne	23,0	23,0	26,3	25,6	25,8	25,1
Médiane	19	19	20	20	20	20
Minimal	10	10	10	10	10	10
Maximal	50	50	80	80	80	80
Hémopathies						
Médecins	Souhait participation	Participation effective	Souhait participation	Participation effective	Souhait participation	Participation effective
Genre	**Femme**		**Homme**		**Tout genre**	
Moyenne	4,5	4,5	7,2	7,2	6,8	6,5
Médiane	4,5	4,5	6,6	6,6	6,0	5,5
Minimal	1	1	1	1	1	1
Maximal	10	10	15	15	15	15

N.B. : « Autres formations » (certains MG en avaient plusieurs):

- D.U. médecine du sport

- Capacité de médecine du sport

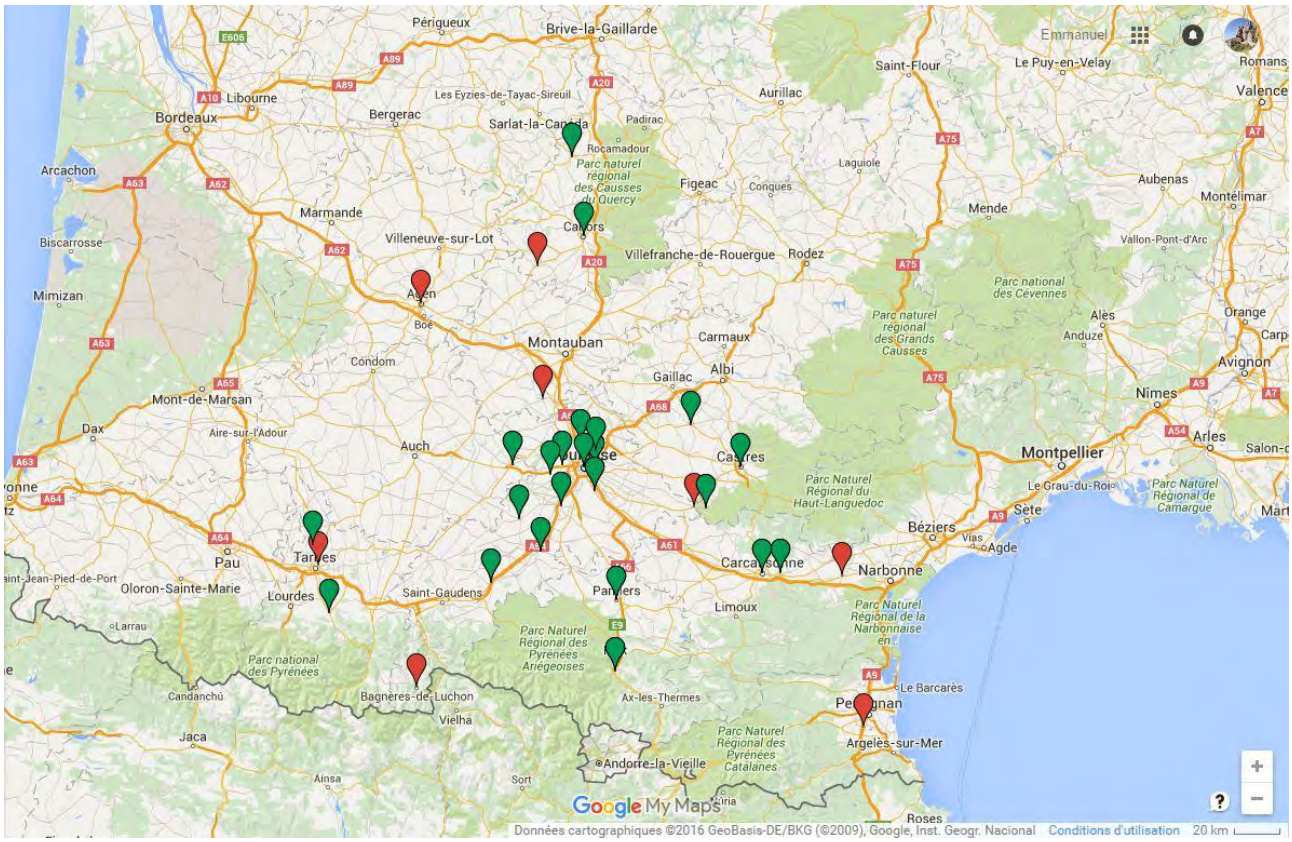
- Capacité de médecine d'urgence

- Capacité de médecine tropicale

- Capacité de médecine de catastrophes

- Maître de Stage des Universités, Maître de Conférences Associé

Répartition géographique des MG



MG des patients « joints » mais n'ayant pas « effectivement » participé.

MG des patients « joints » ayant « effectivement » participé.

GENERAL PRACTITIONER INVOLVEMENT IN MULTIDISCIPLINARY TEAM MEETINGS (MTM) FOR CANCER: FEASIBILITY STUDY FROM THE MYELODYSPLASTIC SYNDROMES – MTM AT IUCT-ONCOPOLE.

Toulouse, September the 8th 2016.

General practitioners (GP) play a key role for patient care and by the way should be involved in multidisciplinary team meetings (MTM) which define treatment strategies in cancer patients. The aim of this study was to evaluate the feasibility of GP inclusion in MTM dedicated to MDS at IUCT-Oncopole. Eligible patients' GP were called to participate at a GP/Haematologist MTM. GP participations were effective in 61% of cases, with a higher rate of success for GP working in group ($p=0.026$). Phone, more practical than videoconference ($p=0.004$), was used in 85% of meetings. Both GP and haematologist were satisfied after the MTM (90%), with a decision-making influenced by GP in 18.5% of cases. So, GP participation in MTM appears feasible and relevant, but requires high level of organization. Cancer care network should help GP and specialists to develop these one.

KEY WORDS: multidisciplinary team meeting- general practitioner- feasibility study- GP and hospital coordination- myelodysplastic syndrome

TACHOUSIN Paul

INTEGRATION DES MEDECINS GENERALISTES AUX REUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE (RCP) : ETUDE DE FAISABILITE A PARTIR DE LA RCP « MYELODYSPLASIES » DE L'IUCT-ONCOPOLE

DIRECTRICES DE THESE : Pr BEYNE-RAUZY Odile
Dr ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE PURPAN – 37, ALLEES JULES GUESDE – 31000 TOULOUSE ; LE 8 SEPTEMBRE 2016

Les MG, coordonnateurs des soins, devraient jouer un rôle important dans les RCP qui permettent de définir le parcours de soins des patients atteints de pathologies malignes. Notre étude visait à étudier la faisabilité de participation des MG aux RCP, en se basant sur la RCP « MDS » de l'IUCT-Oncopole. Les MG des patients éligibles ont été contactés pour participer à une RCP entre MG et spécialiste, 61% d'entre eux ont effectivement participé, majoritairement les MG installés en groupe (p=0,026). Le téléphone, plus pratique que la visioconférence (p=0,004), a été utilisé dans 85% des cas. 90% des médecins étaient satisfaits de l'entretien. Cet échange a influencé la décision thérapeutique dans 18,5% des cas. L'intégration des MG aux RCP est donc faisable et pertinente, mais nécessite une organisation rigoureuse où les Réseaux de cancérologie, au cœur de la coordination ville-hôpital, seraient d'une aide précieuse pour le développement de ce projet.

Titre en anglais : GENERAL PRACTITIONER INVOLVEMENT IN MULTIDISCIPLINARY TEAM MEETINGS (MTM) FOR CANCER: FEASIBILITY STUDY FROM THE MYELODYSPLASTIC SYNDROMES – MTM AT IUCT-ONCOPOLE.

Mots clés : réunion de concertation pluridisciplinaire – médecin généraliste – étude de faisabilité – coordination ville-hôpital – myélodysplasies

---

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France