



UNIVERSITÉ  
TOULOUSE III  
PAUL SABATIER



Université  
de Toulouse

Université Toulouse III – Paul Sabatier  
Faculté de Médecine

Année 2018

2018 TOU3 1103  
2018 TOU3 1104

**Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine**  
**Spécialité médecine générale**

Présentée et soutenue publiquement le 2 octobre 2018

Par Sandra ROQUES et Jonathan VASSEUR

**Etat des lieux des outils de la coordination entre médecine  
générale et système hospitalier pour les patients atteints de  
cancer en phase active de traitement : une revue  
systématique.**

*Directeurs de Thèse :* Docteur GIMENEZ Laëtitia et Docteur DRUEL Vladimir

*Jury :*

Madame le Professeur ROUGE-BUGAT Marie-Eve - Président

Madame le Professeur BEYNE-RAUZY Odile - Assesseur

Madame le Professeur GUIMBAUD Rosine - Assesseur

Madame le Docteur GIMENEZ Laëtitia - Assesseur

Monsieur le Docteur DRUEL Vladimir - Assesseur

## **Remerciements aux membres du jury**

*A notre président de jury, le professeur ROUGE-BUGAT Marie-Eve, Professeur des Universités en médecine générale*

Merci de nous avoir proposé ce sujet et de votre disponibilité tout au long de notre parcours. Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider ce jury de thèse.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profond respect et de notre reconnaissance.

*A Mme le professeur BEYNE-RAUZY Odile, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier de médecine interne*

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail et de l'honneur que vous nous faites en acceptant d'être notre juge. J'ai eu la chance de travailler dans votre service, encore merci pour l'attention que vous portez à vos internes et votre disponibilité.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de nos sincères remerciements.

*A Mme le professeur GUIMBAUD Rosine, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier d'oncologie*

Nous vous adressons nos remerciements les plus respectueux, et sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

*A nos directeurs de thèse, médecins généralistes*

*Le docteur GIMENEZ Laëtitia*

Merci de nous avoir accordé ta confiance en acceptant d'encadrer ce projet. Nous tenions à te remercier pour ton expertise, tes conseils avisés et ta bonne humeur. Travailler sous ta direction a été pour nous un réel plaisir. Merci pour tes relectures parfois tardives et du temps que tu nous as accordé pour ce projet, en espérant qu'il puisse t'apporter une base pour tes projets futurs.

Sois assurée de notre profond respect et de nos sincères remerciements.

*Le docteur DRUEL Vladimir*

Merci de nous avoir accordé ta confiance en acceptant d'encadrer ce projet. Nous sommes très heureux d'avoir pu te rencontrer et d'avoir pu échanger avec toi sur notre thèse. Merci pour tes remarques avisées et ton expertise sur le sujet.

Sois assuré de notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

## **Remerciements de JONATHAN**

Tout d'abord, quelle chance d'avoir croisé tous et toutes votre route, au cours de ces dix années d'étude.

Une énorme pensée à ma famille, mes parents, Julie, Sophie, Yves, Julien, Arthur, Paul, Lola, Simon. Vous m'accompagnez et me soutenez depuis si longtemps. Merci de votre bienveillance quotidienne, elle m'est nécessaire.

Une farandole d'os à Antoine dit « le turc », la « petite rosette » ou encore « Jacky ». Trois années à partager notre loft, à vue panoramique, avec Bob et Bob. Sept ans à faire plusieurs tours du monde et encore 30 ou 40 ans de fou rire. Merci !

Marie, on s'est suivi à Toulouse, quel bon choix !!! Merci d'être là à tous les instants de ma vie. Le mieux reste à venir à l'autre bout du bout du monde...

A la troupe de Grenoble : Alice, Antoine et Emilien, pour nos parties de coinche mémorables... Marie et Charlotte pour ces nuits vietnamiennes... Charlely, Marie et Margaux pour nos Fraputch à bulles, Pauline, mon coup de foudre à Nothing Hills ! Manon et Crusty, pour nos instants de danses endiablées, Chloe pour ces nuits de camping à affronter les insectes, les ratons-laveurs et les ricains, Sophie, ma grande « Amy », Nico, pour les instants escapes mais aussi Max, Gaëtan... Vous avez fait de ces années d'études des moments extraordinaires, vivement la suite !!!

Alice, deux années de coloft, après 6 mois à chercher des bulbis dans les couloirs des urgences, un énorme merci, c'était legen...dary.

Vivi, je n'oublierai pas de sitôt nos instants thèse chaque mardi (enfin presque) depuis un an. Un condensé de fraîcheur hebdomadaire.

Les chouchous : Léa, Auriane, Alice, Marion. Quelle joie d'avoir choisi de tous se suivre, direction Toulouse. Merci pour votre bienveillance quotidienne, votre joie de vivre. Merci pour vos engagements, vos réflexions !... Bref t'es un cadeau !!

Grand merci à Anne, sans qui cette thèse n'aurait tout simplement pas pu être écrite !

Gaelle, mon écrivaine, on s'est vu et connu sous tous les angles. Je sais qu'on veillera sur l'un et l'autre encore longtemps.

A Marine, je suis si heureux de te connaître. Emmène-moi en Grèce !

A toi qui m'as accompagné durant ces presque trois années, Merci ! Tu es là aujourd'hui c'est l'essentiel.

A vous tous, que j'ai rencontré au fil des trois années d'internat, Merci beaucoup.

## **Remerciements de SANDRA**

*A ma famille*, qui m'a soutenue tout le long de mes études. Merci à vous tous d'avoir été présents pour moi, d'avoir cru en moi et de m'avoir accompagnée jusqu'à ce jour dans les bons comme dans les mauvais moments. Merci plus particulièrement à ma mère, Christine, d'avoir bien voulu me relire et de m'avoir permis d'avancer sans sourciller face aux difficultés que j'ai pu rencontrer. Merci également à mon père, José, qui soutient mon choix de vie et m'a permis d'avancer comme je le souhaitais. Et merci à mes sœurs, Pauline et Gaëlle, qui ont su m'écouter parfois et me supporter souvent. Merci à mon frère, Vincent, jamais contrariant.

*A mon coloc préféré Benjamin*, qui m'a soutenue et accompagnée depuis le début, qui m'a logée et nourrie pendant des années parfois difficiles. Merci pour ton immense soutien et ta patience.

*A ta famille* qui a bien voulu m'accueillir quand je t'ai amené à l'occasion.

*A Astrid*, ma meilleure amie depuis toujours, à qui je peux toujours tout dire sans complexe et sans interdits. Tu m'as permis de pouvoir parler de mes difficultés mais aussi de mes bons jours, sans jamais me juger pour autant. Je t'adore et j'apprécie particulièrement qu'on ait passé toutes ces années ensemble.

*A tous mes amis*, il a parfois été difficile de rester en contact mais nous sommes toujours là, je pense surtout à vous Julie et Fanny. On se connaît maintenant depuis des années, nos chemins ont su évoluer et nous sommes toujours là quoi qu'il en soit.

*A tous ceux qui ont fait partie de ma vie au cours de ces dernières années*, je tiens à vous remercier pour le soutien que vous avez pu m'apporter au cours de ces études longues et parfois difficiles. Je pense notamment à tous mes co-externes et à tous mes co-internes.

## Table des matières

Table des matières .....	5
Liste des figures.....	12
Liste des tableaux .....	12
Liste des annexes .....	12
Liste des abréviations .....	13
I. Introduction.....	14
II. Objectifs .....	15
III. Matériel et Méthodes .....	16
1) Stratégies de Recherches .....	16
2) Sélection des études.....	18
3) Extraction des données .....	19
4) Évaluation des études .....	19
IV. Résultats .....	21
1) Résultats de la recherche .....	21
2) Evaluation méthodologique des articles .....	22
3) Résultats de chaque étude.....	22
a) Les études ayant travaillé sur la transmission d'informations aux MG.....	22
b) Les études ayant travaillé sur la création d'un outil informatisé .....	25
c) Les études ayant travaillé sur le rôle de l'infirmier diplômé d'état de coordination (IDEC) en cancérologie par le centre spécialisé .....	26
d) Les études ayant travaillé sur un système de coordination multifactoriel .....	27
V. Discussion .....	35
1) Résultats principaux .....	35
2) Forces de l'étude.....	35
3) Limites de l'étude .....	36
4) Analyse .....	39

a) L'information : au cœur de la coordination de soin.....	39
b) Les outils de communication face à leurs limites .....	42
5) Application au contexte français .....	45
6) Exploitation des résultats dans la pratique clinique.....	47
VI. Conclusion.....	49
VII. Bibliographie .....	50
VIII. Annexes .....	54
Résumé .....	84
Abstract.....	85



## FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. GAME Xavier	Urologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-Entérologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. LANGIN Dominique	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAVAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-Entérologie		
<b>P.U. Médecine générale</b>		<b>P.U. Médecine générale</b>	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
		<b>P.A Médecine générale</b>	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

## FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

<b>P.U. - P.H.</b>	<b>P.U. - P.H.</b>
Classe Exceptionnelle et 1ère classe	2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STŌWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile	M. TACK Ivan	Physiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention		
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique		
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	<b>P.U. Médecine générale</b>	
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
M. KAMAR Nassim	Néphrologie		
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale  
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.  
Pr WOISARD Virginie

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN**  
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL**  
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

**M.C.U. - P.H.**

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
Mme DUPOUY Julie

**M.C.U. - P.H.**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel  
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves  
Dr CHICOULAA Bruno  
Dr IRI-DELAHAYE Motoko  
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre  
Dr ANE Serge  
Dr BIREBENT Jordan  
Dr LATROUS Leila

SEPTEMBRE 2017

## 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.*

## Liste des figures

Figure 1 : Diagramme des flux de sélection et inclusion des articles

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Bases de données utilisées et équations de recherche

Tableau 2 : Les critères P.I.C.O

Tableau 3 : Evaluation, caractéristiques et principaux résultats des articles inclus

Tableau 4 : Evaluation du niveau de preuve selon les critères HAS

## Liste des annexes

Annexe 1 : Caractéristiques des articles exclus et motifs d'exclusion

Annexe 2 : Evaluation méthodologique des articles

Annexe 3 : Niveau de preuve, recommandation HAS

Annexe 4 : Articles exclus

## Liste des abréviations

DCC :	Dossier Communicant de Cancérologie
DREES :	Direction de la Recherche et des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
HAD :	Hospitalisation A Domicile
HAS :	Haute Autorité de Santé
IDE :	Infirmier Diplômé d'Etat
IDEC :	Infirmier Diplômé d'Etat Coordinateur
MG :	Médecin Généraliste
PICO :	Population, Intervention, Comparatives, Outcomes
PPS :	Programme Personnalisé de Soins
PRISMA :	Provided for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses
RCP :	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

## I. Introduction

Il y a en France 399 500 nouveaux cas de cancer et environ 150 000 morts des suites d'un cancer (1). Au total, 3 000 000 de personnes vivantes en 2017 ont présenté une pathologie cancéreuse tout au long de leur vie (2).

Au fil des plans Cancers (3), il a été mis en évidence que l'accompagnement des patients tout au long de la maladie nécessite une « organisation coordonnée d'interventions pluridisciplinaires ». Le rôle du médecin traitant est qualifié de « pivot » dans la prise en charge de cette pathologie. La coordination de soins se définit comme étant une organisation délibérée pour la prise en charge du patient entre plusieurs participants, incluant le patient lui-même, dans le but de faciliter et de délivrer les soins les plus appropriés (4).

De nombreux outils ont été mis en place pour favoriser la coordination de soins du diagnostic au suivi, comme par exemple l'accès rapide à une consultation spécialisée, le plan personnalisé de soins (PPS), les dispositifs d'annonces.

Cependant en 2013, en amont du troisième plan Cancer, le rapport du Pr. Jean Paul Vernant (5) constate une carence majeure, particulièrement dans le lien entre la médecine de premier recours et l'hôpital, entraînant un manque d'implication des médecins traitants dans la prise en charge des patients.

Un rapport de la DREES (6) en 2017 estime que seuls 10 % des médecins généralistes (MG) participent aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), 53% en reçoivent le compte rendu et enfin seulement 38 % des médecins déclarent recevoir le PPS.

De nombreuses études montrent le rôle clé du MG que ce soit dans les phases de dépistage (7,8) et de diagnostic (9), ainsi que dans le suivi au long cours (10) des patients en rémission.

Paradoxalement, plusieurs études font état d'une absence du MG durant la phase active des traitements (11–13) et pour de nombreuses raisons : un manque de confiance des patients envers les compétences oncologiques du MG, une absence d'information du centre spécialisé vers le MG, un manque d'implication de la part du MG, etc.

En 2004, l'étude canadienne de SISLER et al. (14) met en évidence une corrélation entre la majoration de l'implication du MG dans la prise en charge du cancer, notamment en phase active de traitement, et la qualité de vie des patients.

A l'heure des chimiothérapies à domicile, des immunothérapies et du développement de la médecine ambulatoire, il s'avère que le rôle du MG va se renforcer au fil des années.

Pour toutes ses raisons, il est essentiel d'imaginer les outils de coordination de demain afin d'optimiser la prise en charge des patients.

## II. Objectifs

L'objectif de cette étude est de réaliser un état des lieux portant sur les différents moyens de coordination expérimentés pour améliorer les échanges entre le système hospitalier et le MG lors de la prise en charge d'un patient atteint de cancer en phase active de traitement.

### III. Matériel et Méthodes

Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature en nous appuyant sur les recommandations de la revue Cochrane: The Cochrane Handbook for Systematic Reviews (15). La méthode et l'écriture de cette revue systématique de la littérature ont été réalisées selon la méthode PRISMA (Provided for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses) (16).

Nous avons rédigé un protocole de recherche publié le 22 mai 2018 dans le registre international des revues systématiques de littérature PROSPERO (University of York) sous le n°CRD42018095228 (Annexe 1). Nous n'avons pas modifié ce protocole en cours de travail.

Deux chercheurs, auteurs de cette thèse, ont réalisé indépendamment chaque étape de cette revue systématique. En cas de désaccord, deux autres chercheurs ont été sollicités.

#### 1) Stratégies de Recherches

Nous avons interrogé les bases de données MEDLINE via PubMed, The Cochrane Library, Web Of Science au moyen d'équations de recherche (Tableau 1) spécifiques à chaque base de données, à l'aide de termes MeSH et des mots clés libres, sur une période s'étendant du 1/1/1998 au 31/07/2018. Nous avons complété cette recherche par une recherche manuelle dans la littérature grise et la bibliographie des articles retenus.

Les critères d'inclusion des articles sont les suivants :

- Type d'articles : revues de la littérature, études descriptives, études qualitatives, littérature grise
- Date de publication : 01/01/1998 - 30/06/2018
- Langue : français et anglais
- Population : patients atteints de cancer en phase active de traitement

Les critères d'exclusion des articles sont les suivants :

- Population : population pédiatrique, patients atteints d'hémopathie maligne, patients en situation palliative
- Etudes portant sur le cancer en dehors de la phase active de traitement

Les articles inclus devaient permettre de répondre à nos objectifs :

- Objectif principal : rechercher les nouveaux outils de communication mis en place entre le système hospitalier et la médecine générale ambulatoire pour améliorer la coordination des soins
- Objectifs secondaires : discuter l'efficacité des différents moyens de communication mis en place

*Tableau 1 : Bases de données utilisées et équations de recherche*

Base de données	Equation de recherche
PubMed	<p>(((((general practice[MeSH Terms]) OR general practitioner[MeSH Terms]) OR primary health care[MeSH Terms]) OR physicians, primary care[MeSH Terms]) AND Neoplasms[MeSH Terms]) NOT minors[MeSH Terms]) NOT terminal care[MeSH Terms]) NOT hematologic neoplasms[MeSH Terms]) NOT diagnosis[MeSH Terms]</p> <p>Limites : “French”, “English”, depuis 1998</p>
The Cochrane Library	<p>General practice OR general practitioner OR primary health care OR physician AND neoplasm NOT hematology NOT lymphoma NOT leukemia NOT minors NOT child NOT diagnosis NOT palliative care NOT aftercare</p> <p>Limites: depuis 1998</p>
Web of science	<p>General practi* OR primary health care OR physician OR family med* AND neoplasm NOT hematolog* NOT minor* NOT child* NOT diagnos* NOT palliati* NOT terminal NOT surviv* NOT rehabilitat*</p> <p>Limites : “French”, “English”, depuis 1998</p>

## 2) Sélection des études

Selon les recommandations de réalisation d'une revue systématique de la littérature, la sélection des articles s'est déroulée en trois temps. Tout d'abord une sélection sur les titres des études a été réalisée suivie d'une sélection sur lecture d'abstracts pour terminer par une sélection sur lecture complète des articles.

La sélection d'article a été effectuée de manière indépendante par chaque chercheur. A l'issue de chaque étape, une mise en commun des résultats des deux chercheurs était réalisée.

Le Dr Vladimir Druel et le Dr Laëtizia Gimenez, en qualité de directeurs de thèse, ont apporté leur avis en cas de désaccord entre les auteurs.

### 3) Extraction des données

La méthode P.I.C.O a été suivie afin de réaliser des grilles de lecture, permettant d'extraire et de confronter les données de chaque article (Tableau 2)

*Tableau 2 : Les Critères P.I.C.O*

P.I.C.O	Critères d'inclusion	Mots clés
Population	Patient adulte atteint de cancer en phase active de traitement	Neoplasm, Cancer,
Intervention	Mise en place d'un outil de communication pour améliorer les échanges entre le centre de référence et le MG	General practitioner, Family medicine, Primary health care physician primary care
Comparative	Situation antérieure à l'introduction de l'outil	Non Spécifiés
Outcomes	Amélioration des échanges d'information et de la prise en charge, taux de satisfaction des médecins et des patients...	Non Spécifiés

### 4) Évaluation des études

Pour chaque article sélectionné, une évaluation méthodologique et de la qualité de l'étude ont été réalisées selon les grilles internationales de référence. Concernant les essais randomisés, une évaluation selon la grille CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials) (17) a été réalisée. Les études descriptives et observationnelles ont été évaluées à l'aide de l'échelle STROBE (the Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology) (18). La revue de la littérature incluse a été évaluée à l'aide de la grille PRISMA (Provided for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses) (16).

Concernant les études utilisant une méthode ne correspondant pas à une de ses échelles de référence, l'échelle SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence) (19) a été utilisée. C'est une grille ne ciblant pas une méthode particulière, mais

dédiée à l'évaluation de la nature et de l'efficacité d'interventions pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Cette évaluation a été réalisée indépendamment par les deux chercheurs, avant de confronter leurs résultats. Un pourcentage pondéré a été réalisé en utilisant les résultats obtenus par les 2 évaluateurs. Ces derniers sont disponibles dans la colonne « Evaluation des études » du tableau 3. L'ensemble des grilles d'évaluation effectuées sont disponibles dans l'annexe 2.

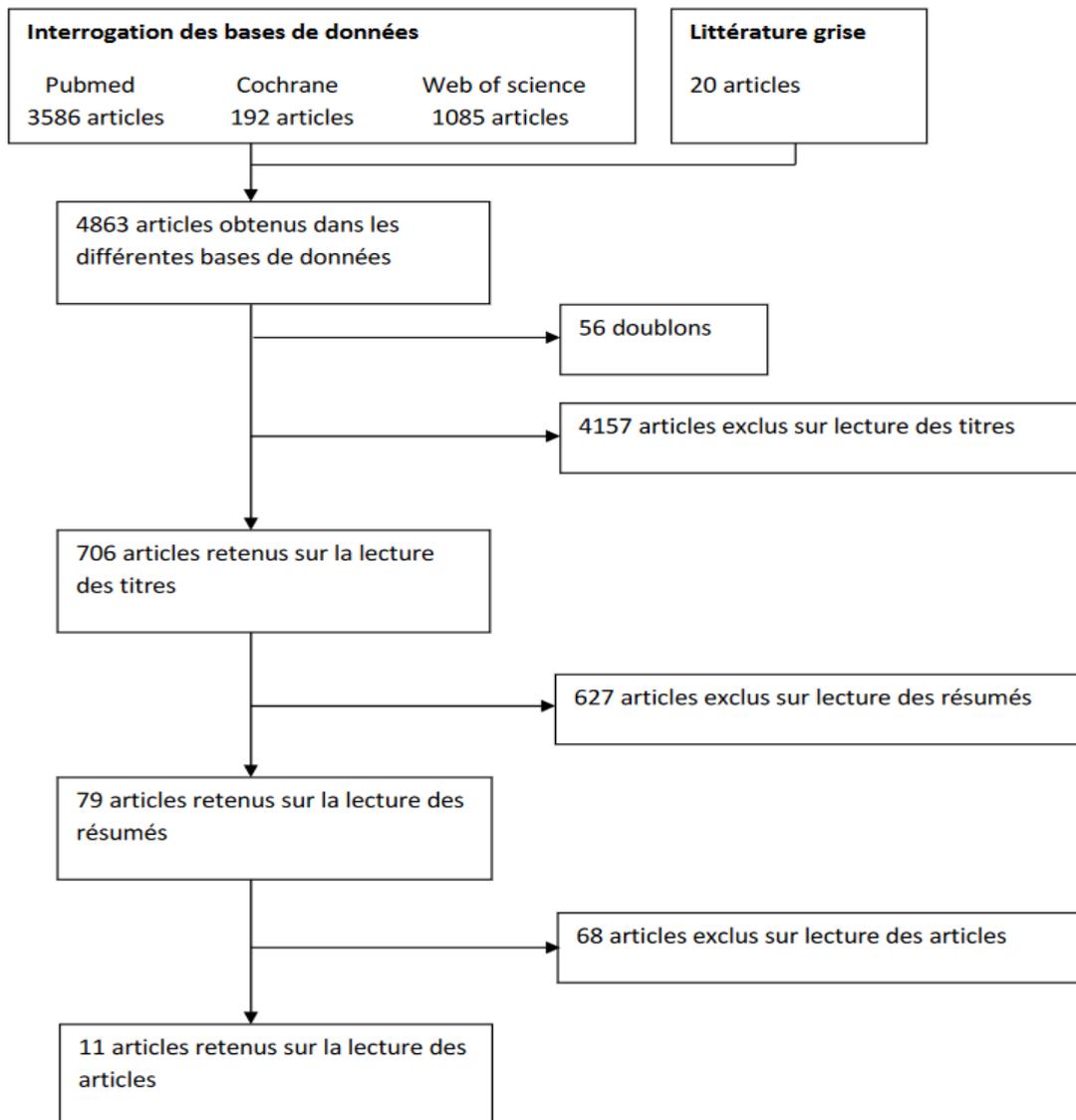
Pour chaque étude, en fonction de la méthodologie choisie par les auteurs, nous avons défini à l'aide des critères HAS (20) un niveau de preuve gradué selon 3 niveaux, A ou fort, B ou intermédiaire et C ou Faible (Annexe 4). Ces résultats sont disponibles dans le tableau 4.

## IV. Résultats

### 1) Résultats de la recherche

Au total, nous avons identifié 4863 articles, dont 79 sélectionnés pour une lecture complète. Finalement, 11 documents ont été retenus. Les caractéristiques et les principaux résultats sont résumés dans le tableau 3, avec notamment les interventions testées et les méthodes utilisées dans chaque étude. Les articles exclus ainsi que leurs motifs d'exclusion sont énumérés en Annexe 5

*Figure 1 : Diagramme des flux de sélection et inclusion des articles*



## 2) Evaluation méthodologique des articles

Certaines études sont menées avec une méthode robuste et validé comme par exemple la méta-revue de Cochrane d'AUBIN et al. incluse avec plus de 90% de concordance par rapport à la grille de référence de la méthode concernée. D'autres ont une méthode moins précise comme les analyses multi-méthodiques. Notre revue nous a permis de retenir des études qui ont toutes plus de 60% de concordance avec leur méthode annoncée.

Il apparait cependant que les études incluses sont parfois de faible niveau de preuve du fait de la méthodologie employée selon les critères HAS.

## 3) Résultats de chaque étude

### a) Les études ayant travaillé sur la transmission d'informations aux MG

- L'étude multi-méthodique de **JEFFORD et al.** (21) **en 2008 en Australie** avait pour but de créer une fiche d'information sur les effets secondaires des chimiothérapies et d'évaluer l'efficacité sur l'amélioration des connaissances des MG ainsi que leur adhésion sur le traitement des patients en cours de chimiothérapie, leur satisfaction sur l'information donnée et leur perception des soins partagés des patients.

La première phase a permis l'élaboration de ces fiches avec l'aide de 10 MG. La deuxième phase consistait en un essai randomisé de 97 MG répartis en deux groupes. Un groupe témoin qui recevait l'information communiquée par les voies habituelles (courriers, mail...). Un groupe interventionnel qui recevait l'information classique accompagnée de la fiche d'information de la chimiothérapie transmises par fax. Ils ont ensuite été contactés par téléphone une semaine après l'envoi de ces informations.

Parmi les 97 MG sollicités, 20 n'ont pas reçu les informations (17 dans le groupe témoin et 3 dans le groupe interventionnel) et 5 MG n'ont pas lu l'information (3 dans le groupe interventionnel et 2 dans le groupe témoin).

Les MG du groupe interventionnel ont signalé être plus à l'aise dans la gestion des effets secondaires des chimiothérapies. On retrouve une amélioration statistiquement significative de la satisfaction globale des MG sur le suivi des patients pour le groupe interventionnel. Il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les deux

groupes ni sur les connaissances des MG vis à vis des effets secondaires des chimiothérapies ni sur les motifs d'adressage du patient à un centre de référence.

Les limites de cette étude décrites par les auteurs sont le faible échantillon de MG interrogés et l'évaluation de l'amélioration des connaissances qui n'est pas bien établie dans le questionnaire.

Les auteurs concluent que ces fiches d'information complémentaires sont utiles et instructives pour les MG. Elles permettent une meilleure gestion des effets secondaires présentés par les patients en cours de chimiothérapie. Ils mettent également en avant l'amélioration de la qualité de la coordination de soins. A noter que les auteurs soulignent le cout limité de cette initiative ainsi que la facilité et la rapidité à la mettre en place.

- L'étude menée par **ROUGE-BUGAT et al. (22) effectuée en 2014 en France** consistait en l'élaboration de fiches d'information sur les effets secondaires des chimiothérapies et la conduite à tenir, pour les patients ayant un cancer digestif ou gynécologique. Les auteurs ont réalisé une étude interventionniste prospective et multicentrique.

Une première phase a été réalisée grâce à 102 MG qui ont énuméré leurs attentes sur de telles fiches. Au total, 31 fiches ont ainsi pu être rédigées. La deuxième phase reposait sur l'envoi de ces fiches à 126 MG, différents de ceux de la première phase, en plus du courrier habituel et de la dernière RCP, avant de rassembler leur ressenti quelques semaines après.

Les fiches avaient été reçues dans 77% des cas, dont 94% avant de recevoir le patient en consultation. Dans 89% des cas, l'initiative a été appréciée tant pour le côté pratique qu'informatif. Parmi ces MG, 89% ont conservé ces fiches et 80% ont envisagé de les utiliser pour le patient s'il devait présenter un effet secondaire.

La troisième phase consistait à reprendre contact avec ces mêmes MG 4 mois plus tard afin d'évaluer l'utilité pratique de ces fiches d'information via un questionnaire téléphonique. Parmi les 88 MG ayant répondu à cette dernière phase, 55% ont reçu leur patient avec un effet secondaire, soit 48 MG. Parmi eux, 56% ont utilisé ces fiches pour gérer la consultation et n'ont pas eu besoin d'aller chercher l'information ailleurs avec un taux de satisfaction de 100%. On remarque une diminution statistiquement significative du nombre d'hospitalisation consécutive à l'apparition d'un effet secondaire en cas d'utilisation des fiches d'informations.

Une des limites de cette étude est le recueil téléphonique du questionnaire, permettant d'avoir plus de réponses, mais qui introduit un biais dans l'étude (réponse suggérée par l'enquêteur).

Les MG ayant répondu sont peut-être ceux qui souhaitent être plus impliqués dans la prise en charge oncologique des patients atteints de cancer et qui peuvent donc être déjà mieux formés à leurs approches.

- L'étude de **LUKER et al. (23)**, réalisée en 2000 en Angleterre évalue la remise au MG de fiches d'informations décrivant la pathologie et sa prise en charge par les femmes atteintes de cancer de sein. Via une méthodologie « quasi-expérimentale » alliant étude qualitative et essai comparatif, l'impact de la remise des fiches sur les différents acteurs d'informations (infirmière coordinatrice, patient, MG) a été évalué.

Deux groupes ont été créés dans cette étude : toutes les patientes incluses avaient une consultation avec un Infirmier Diplômé d'Etat Coordinateur (IDEC) en cancérologie mais seulement le groupe interventionnel recevait une fiche d'informations supplémentaires à la fin de cette consultation. Cette fiche était remise en mains propres à la patiente avec comme consigne de la garder et de la remettre aux professionnels de santé concernés, notamment les MG. Elles pouvaient bien entendu lire ces fiches d'informations si elles le souhaitaient.

Sur 29 patients et leurs MG intégrés dans le groupe interventionnel, 15 patients ont vu leur MG dans les semaines suivant la remise des fiches d'information. Finalement, 8 MG déclarent avoir reçu la fiche d'information.

On ne retrouve aucun résultat statistiquement significatif sur le nombre et le motif de consultations via les fiches d'informations.

L'analyse qualitative des entretiens avec les patientes met en évidence un manque de formation et de connaissances des MG. Les patientes se disent satisfaites du suivi par l'IDEC en cancérologie mais déçues de l'arrêt du suivi à l'issue de la phase active de traitement.

Dans une large majorité, les médecins évoquent un outil utile et mettent en évidence des difficultés à répondre aux questions des patientes et plus particulièrement sur le pronostic de la maladie.

- L'étude de **MOYEZ et al. (24)** réalisée en 2014 en Australie évalue l'effet d'un plan rétroactif sur la gestion des effets secondaires des traitements contre le cancer comme le

lymphocèle, les infections, la constipation, la diarrhée, les vomissements et la dermite radio-induite. Les auteurs qualifient cette étude de « exploratory study ».

Pour ce faire, les auteurs ont d'abord créé 6 paires de vidéo-vignettes à l'aide d'acteurs qui simulaient une consultation pour un de ces effets secondaires. Cinquante MG ont participé à cette étude.

Les MG ont ensuite visionné ces vidéo-vignettes et décrits leur prise en charge en termes de diagnostic, de prescriptions éventuelles, de référence éventuelle à un spécialiste et d'examen complémentaires éventuels.

Ils ont ensuite reçu un courrier dans les 2 semaines suivant leurs réponses, simulant que le patient avait consulté un spécialiste. Cette lettre décrivait un type de prise en charge, sans juger de la première prise en charge proposée par le MG. Les MG ont ensuite été invités à visionner 6 autres vidéo-vignettes reproduisant le même type d'effets secondaires.

On remarque à la suite de cette deuxième phase, que la prise en charge des effets indésirables est significativement plus adaptée en termes de prescription, examens complémentaires et référence à un spécialiste. La rétroaction a permis une amélioration de chaque prise en charge et plus particulièrement sur les lymphocèles, les infections et les diarrhées. Cette intervention pourrait soutenir l'application d'un modèle de soins partagés. Les auteurs soulignent la nécessité d'effectuer une étude de plus grande envergure incluant la prise en charge d'effets indésirables chez des patients réels à la suite des vidéo-vignettes avant de généraliser le dispositif en toute sécurité.

#### b) Les études ayant travaillé sur la création d'un outil informatisé

- **KENDALL et al. (25) en 2012 en Grande-Bretagne** ont réalisé une étude interventionnelle afin de développer un CORD (« Cancer Ongoing Review Document ») et d'évaluer ainsi la faisabilité d'un suivi précoce proactif en soins primaires à l'aide d'un modèle structuré, du point de vue des patients ayant reçu un nouveau diagnostic de cancer, de leurs proches et de leurs équipes de soins primaires.

La première phase de l'étude consistait en l'élaboration de ce document électronique d'examen continu sur le cancer. Ce document a ensuite été utilisé pour les patients dont le

diagnostic de cancer était récent dans 6 cabinets de MG bénéficiant d'un médecin ayant des compétences supplémentaires en oncologie.

La deuxième phase appliquait ensuite ce CORD à 7 nouveaux cabinets de MG n'ayant pas de médecin spécialisé en oncologie. Au total, 107 dossiers ont ensuite été analysés, 16 patients et soignants et 29 professionnels de santé ont été interrogés vis-à-vis du CORD. Le CORD est souvent plus utilisé sur la première consultation et délaissé par la suite. Il n'est que très peu rédigé avec le patient. Les patients sont minoritairement invités de façon proactive à participer à ce projet. Cependant, ils apprécient l'idée d'un document spécifique et en souhaiteraient une copie. Les auteurs concluent que l'idéal serait l'utilisation plus ouverte de ce CORD pour améliorer les soins centrés sur le patient, mais il y a peu d'utilisation pour des raisons pratiques comme la nécessité d'une intégration informatique et l'apprentissage de l'outil. Le fait que les patients aient été peu amenés à participer de manière proactive a rendu difficile l'obtention de leur point de vue au sujet du CORD.

c) Les études ayant travaillé sur le rôle de l'infirmier diplômé d'état de coordination (IDEC) en cancérologie par le centre spécialisé

- L'étude de **WULFF et al.** (26), réalisée en 2009 au Danemark, évalue l'avis des MG sur la mise en place de l'IDEC en cancérologie par le centre spécialisé.

Dans cet essai contrôlé randomisé, 280 patients et leurs MG ont été inclus, 140 patients dans un groupe contrôle et 140 autres dans un groupe avec la mise en place de l'IDEC en cancérologie et son protocole d'action. L'IDEC en cancérologie avait pour rôle d'effectuer des entretiens à chaque étape importante de la phase active du traitement. Il devait également assurer un suivi du patient par téléphone de manière bi mensuel. Enfin, il avait pour rôle d'assurer le transfert des informations recueillies tout au long du suivi au MG par courrier. Il devait encourager le patient à consulter son MG. Après 30 semaines d'inclusion, un questionnaire à 20 items était envoyé au MG. Il est à souligner que les MG étaient simplement informés de la nécessité de répondre au questionnaire mais ils ne connaissaient ni l'objectif de l'étude ni le type d'intervention mis en place. Enfin, les MG étaient payés le tarif d'une consultation en cas de renvoi du questionnaire, ce qui a permis d'atteindre un taux de participation de 81% dans les deux groupes.

Ils constatent que la mise en place de l'IDEC en cancérologie améliore, de manière statistiquement significative, trois points de la coordination de soins :

1. Conséquences psychologiques de la pathologie cancéreuse
2. Conséquences sociales de la pathologie cancéreuse
3. Amélioration de la transmission des informations par le centre spécialisé au patient.

On ne note pas de majoration du nombre de consultations chez le MG entre les deux groupes. Cependant, un des résultats contraste avec les résultats attendus. Le suivi par l'IDEC en cancérologie majore le recours au MG d'astreinte en dehors des heures ouvrables des cabinets médicaux. Cela va à l'encontre de l'hypothèse émise par les auteurs. Une des explications met en avant une meilleure formation des patients vis-à-vis des effets indésirables des traitements antinéoplasiques entraînant un recours vers un professionnel de santé dès le premier signe clinique.

#### d) Les études ayant travaillé sur un système de coordination multifactoriel

- L'étude observationnelle de **SISLER et al. (27) effectuée au Canada en 2009** décrit la mise en place et la première évaluation précoce d'un programme régional de coordination de soins entre le centre de référence en oncologie et des cliniques de soins primaires dans la région du Manitoba.

De nombreux outils ont été développés comme la mise en place d'un « médecin leader » au sein de chaque clinique de soins primaires bénéficiant d'une formation supplémentaire à l'oncologie générale. Il a pour rôle de favoriser le lien avec le centre de référence, de transmettre les informations aux autres professionnels de santé et d'aider à la prise en charge oncologique. Il a été mis en place des sessions de formation accessible à l'ensemble du personnel médical et paramédical des cliniques de soins primaires. Enfin un service de partage des dossiers médicaux entre le centre spécialisé et les soins primaires a été mis en place via une plateforme en ligne. Les premières évaluations retrouvent que 69% des médecins constatent une amélioration de la coordination ville hôpital, 56% des MG perçoivent un bénéfice à la présence d'un « médecin leader », enfin 61% des MG de la clinique de soins primaires ont déjà sollicité le « médecin leader » pour une question précise.

Plus de 20 sessions de formation de 3 heures ont eu lieu en 3 ans avec systématiquement des retours et des évaluations positives.

Concernant la mise en place du dossier partagé informatisé, les évaluations sont plus contrastées malgré une formation à l'ensemble des professionnels de santé. Peu de professionnels en dehors des « médecins leader » se saisissent de l'outil. Cependant, dans 91% des cas, les médecins trouvent l'information recherchée au sein du dossier médical partagé.

- Une seconde étude **canadienne datant de 2016 de BROUWERS et al (28)** fait l'inventaire de l'ensemble des initiatives canadiennes pour améliorer la coordination entre les soins primaires et le centre de spécialité. On retrouve alors 24 projets, 15 proposent la mise en place d'une IDEC en cancérologie, 6 construisent des systèmes de communication ou d'information électroniques, 3 suggèrent des ressources pour former les professionnels de soins primaires et enfin 8 sont à composantes multiples.

L'évaluation globale de ces initiatives dégage trois difficultés majeures. Premièrement, il a été évalué pour chaque outil de coordination, l'implication du MG dans le processus de création et de suivi. Il est alors remarqué que le MG est peu intégré dans ce processus, entraînant une difficulté pour les professionnels de soins primaires d'investir l'outil concerné. Deuxièmement, à l'image de l'étude de SISLER et al (27), il est souligné la difficulté à la mise en place d'un dossier médical partagé via l'outil électronique par les barrières financières, logistiques et humaines. Troisièmement, il est à noter que sur 24 études, seules 11 ont mis en place une évaluation de l'outil développé.

- Une revue systématique de littérature a été réalisée par l'équipe d'**AUBIN et al. (29) en 2012** afin de classer, décrire et déterminer l'efficacité des interventions testées pour améliorer la continuité des soins dans le suivi des patients atteints de cancer.

Cinquante et une études issues de 9 pays ont ainsi été analysées. Le statut fonctionnel, l'état physique, l'état psychologique, le statut social, le soutien, la satisfaction des soins, les besoins en soins et la qualité de vie ont représenté les axes pour l'analyse de chaque étude.

Parmi les études analysées dans cette revue et correspondant à notre objectif, 3 d'entre elles ont été dégagées et ont déjà été incluses dans notre travail (JEFFORD et al. (21), KOUSGAARD et al. (30) et LUKER et al. (23)).

Trois modèles de coordination habituellement décrits ont été utilisés dans les différentes études analysées : la gestion de cas, les soins partagés et les équipes interdisciplinaires. Six autres stratégies d'intervention ont été décrites en plus de ces modèles : le dossier détenu par le patient, le suivi téléphonique, la communication et la discussion de cas entre professionnels de la santé à distance, le changement dans le système de dossiers médicaux, les protocoles de soins et lignes directrices, et la coordination des évaluations et du traitement.

Il n'a pas été possible de regrouper les différentes études pour calculer une estimation de la valeur médiane de l'effet en raison de l'hétérogénéité élevée entre les études.

- Les études de **NIELSEN et de KOUSGAARD et al. (30,31) réalisées en 2003 au Danemark**, sont deux essais randomisés issus de la même équipe de recherche. Ils ont voulu améliorer la transmission d'information au MG en créant un nouveau plan de coordination de soins composé de trois outils essentiels :

1. Création d'un plan de courrier de sortie systématisé associé à des informations générales sur les traitements délivrés et ses effets indésirables ainsi que leur prise en charge
2. Communication des coordonnées téléphoniques du médecin et de l'infirmier référent du patient
3. Implication du patient par l'explication des informations transmises au MG et un encouragement à consulter son MG en cas de complications ou de questions

A la suite de cela, l'étude de **NIELSEN et al. (31)** a évalué le ressenti du patient sur la coordination des soins et leur qualité de vie à la suite de la mise en place du programme à 0, 3 et 6 mois. Pour l'étude de **KOUSGAARD et al. (30)**, les chercheurs ont demandé aux MG d'évaluer le programme de soins mis en place sur leurs pratiques et la prise en charge des patients.

Les auteurs ont réalisé un essai randomisé avec un groupe bénéficiant de l'outil de coordination et l'autre groupe n'en bénéficiant pas. Il faut souligner que les auteurs déclarent que cette étude n'a pas été faite en double aveugle, ainsi les patients, les MG et les chercheurs étaient informés du groupe auquel ils étaient attachés.

L'étude de **NIELSEN et al. (31)** dégage trois résultats principaux statistiquement significatifs. Premièrement, les patients déclarent percevoir une meilleure coordination de soins à la suite de l'annonce diagnostique. Deuxièmement, ils perçoivent une meilleure transmission de

l'information à la suite de l'annonce diagnostique, enfin ils consultent plus le MG à 3 et 6 mois. On ne note aucune différence sur la qualité de vie et l'autonomie.

Pour l'étude de KOUSGAARD et al (30), on constate une amélioration statistiquement significative sur le délai de transmission des courriers d'informations, la qualité des informations transmises concernant la pathologie et son pronostic, sur les conditions psychosociales du patient, sur les attentes du centre de spécialité vis-à-vis du rôle du MG et enfin sur leurs capacités à prendre en charge les patients. Il y a également une amélioration significative de la satisfaction de la coopération de soins. Mais on ne remarque aucune différence sur la qualité du lien avec le patient et sur le rôle concret du MG durant la phase active de traitement. Enfin, il n'y a pas de différence sur le nombre de contacts et la capacité à avoir un contact avec le centre de référence entre les deux groupes.

Pour finir, l'ensemble des MG de l'étude souligne la nécessité d'une transmission des courriers de sortie d'hospitalisation et des courriers de consultations immédiate.

*Tableau 3 : Evaluation, caractéristiques et principaux résultats des articles inclus*

Evaluation des articles	Titre de l'étude	Auteur	Année	Pays	Echantillon	Intervention	Méthodologie	Durée	Objectif de l'étude	Principaux résultats
75%	A randomized controlled trial of hospital-based case management in cancer care: a general practitioner perspective	WULFF	2012	Danemark	280 patients atteints d'un cancer colorectal et leur médecin traitant	Groupe Interventionnel 140 Groupe contrôle 140	Essai Randomisé contrôlé	30 semaines	Evaluer l'effet d'un IDEC en cancérologie sur l'information transmise au patient et au MG par le MG.	1/Pas de différence sur le délai de consultation et le nombre de consultations en MG. 2/Groupe interventionnel : a) Majoration du nombre de consultations du médecin de garde sur les horaires d'astreintes. b) Majoration de l'information transmise au patient. c) Impact positif sur la prise en charge psycho sociale d) Moins de MG ont déclaré contacter l'hôpital.
66%	An evaluation of information cards as a means of improving communication between hospital and primary care for women with breast cancer	LUKER	2000	Angleterre	76 Patients et 42 MG	38 interventions 38 non interventions + 42 MG	Etude interventionnelle non randomisée	20 semaines de recrutement et 4 mois de suivi	Etudier l'impact de la remise d'une fiche information par la patiente au MG sur le suivi.	1/Pas de différence sur le nombre de contacts avec le MG 2/ Entretiens qualitatifs : a) Patientes : manque de connaissances du MG, rôle pivot de l'IDEC en cancérologie. b) MG : difficultés à répondre aux questions des patientes, surtout sur le pronostic
62%	Bridging the gap between primary care and the cancer system	SISLER	2009	Canada	12 cliniques de soins primaires et leurs professionnels de santé	Mise en place de « médecins leaders », accès aux dossiers électroniques, formation à l'ensemble du personnel médical	Etude descriptive d'un programme de santé publique	2004-2007	Améliorer la coordination de soins entre le MG et le centre de référence par la mise en place d'un programme global de coordination	1/Intérêt du « médecin leader » comme interface. 2/Difficultés au dossier médical partagé électronique 3/ Satisfaction des formations proposées à l'ensemble des soignants

Evaluation des articles	Titre de l'étude	Auteur	Année	Pays	Echantillon	Intervention	Méthodologie	Durée	Objectif de l'étude	Principaux résultats
60%	Documenting coordination of cancer care between primary care providers and oncology specialists in Canada	BROUWERS	2016	Canada	24 études incluses : -15 IDEC en cancérologie -6 outils informatiques -2 équipes multidisciplinaires -8 programmes globaux	Entretien téléphonique de 21 questions posées aux responsables d'initiative de coordination	Etude descriptive d'un programme de santé publique	Juin 2014 à Octobre 2015	Définir quels sont les outils mis en place pour améliorer la coordination de soins entre l'oncologue et les soins primaires	Trois Limites : a) MG peu investi par l'hôpital dans la création et le suivi des outils de coordination b) Difficulté à la mise en place des outils informatiques de communication c) Absence d'outils d'évaluation des essais.
78%	General practitioner assessment of structured oncological information accompanying newly referred cancer patients	KOUSGAARD	2003	Danemark	248 patients atteints de cancer et leurs 199 MG	2 groupes, expérimentation d'un ensemble d'outils dans le groupe interventionnel	Essai randomisé	Août à décembre 1998	Evaluer la qualité de la création d'un programme de coordination de soins par les MG.	1/Amélioration des délais de transmission des courriers 2/ Amélioration de la qualité des informations transmises via les courriers surtout sur le plan psycho social 3/Amélioration de la satisfaction vis-à-vis de la coopération de soins
78%	Guideline sheets on the side effects of anticancer drugs are useful for general practitioners	ROUGE BUGAT	2014	France	T1 :242 MG T2/T3 :158 MG	T1 : Conception des fiches d'informations T2 : Diffusion des fiches d'informations T3 : Evaluation du programme 4 mois après T2	Etude prospective multicentrique et interventionniste	4 mois	Etudier l'impact de la remise d'une fiche informative décrivant les traitements oncologiques, sur la gestion des effets indésirables.	1/ T1: 94% des MG ont besoin de fiches d'informations. 60% manquent d'informations sur les effets indésirables. 2/ T2: 77% ont reçu les fiches d'informations, 89% ont lu les fiches. 3/ T3: 56% ont utilisés avec un taux de satisfactions à 100%. 4/ Baisse du nombre d'hospitalisation à l'utilisation des fiches d'informations.

Evaluation des articles	Titre de l'étude	Auteur	Année	Pays	Echantillon	Intervention	Méthodologie	Durée	Objectif de l'étude	Principaux résultats
93%	Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer	AUBIN	2012	9 pays	51 études incluses		Revue systématique de la littérature	1981-2009	Classer, décrire et déterminer l'efficacité des interventions testées dans chaque étude pour améliorer la continuité des soins dans le suivi des patients atteints de cancer	1/ 6 stratégies identifiées comme solution à la discontinuité des soins. 2/ Une étude analyse l'envoi d'une fiche d'information au MG sur la gestion des effets secondaires des chimiothérapies. Les MG semblent plus satisfaits et plus aptes à cette gestion grâce à cette intervention.
85%	Proactive cancer care in primary care: a mixed-methods study	KENDALL	2012	Grande-Bretagne	107 patients 13 cabinets de médecine générale	Phase 1 : Elaboration d'un CORD avec 6 cabinets de MG ; Phase 2 : application à 7 cabinets de MG	Méthode mixte	12 mois	Evaluer la faisabilité d'un suivi proactif en soins primaires à l'aide d'un modèle structuré	1/Ce document est souvent plus utilisé sur la première consultation et n'est pas rédigé avec les patients. 2/ Les patients sont peu invités de manière proactive mais apprécient l'idée d'un document spécifique et en souhaiteraient une copie.
77%	Randomised controlled trial of a shared care programme for newly referred cancer patients: bridging the gap between general practice and hospital	NIELSEN	2003	Danemark	248 Patients répartis en 2 groupes	Expérimentation d'un ensemble d'outils dans le groupe interventionnel	Essai Randomisé contrôlé	Août à décembre 1998	Etudier l'impact d'un programme de coordination de soins, sur le lien entre le patient et le MG	1/Amélioration de la coopération dans le groupe 2/Majoration des contacts avec le MG à 3 et 6 mois 3/Pas de différence sur la transmission d'information, la qualité de vie et le « performans status »

Evaluation des articles	Titre de l'étude	Auteur	Année	Pays	Echantillon	Intervention	Méthodologie	Durée	Objectif de l'étude	Principaux résultats
75%	Tailored Chemotherapy Information Faxed to General Practitioners Improves Confidence in Managing Adverse Effects and Satisfaction With Shared Care: Results From a Randomized Controlled Trial	JEFFORD	2008	Australie	Phase 1 : 10 MG, 1 scientifique, 1 pharmacien et 1 oncologue, Phase 2 : 97 MG dont 47 dans le groupe d'intervention et 50 dans le groupe témoin	Groupe contrôle vs groupe interventionnel recevant une lettre d'information supplémentaire sur la chimiothérapie du patient via fax	Etude multi méthodique	Envoi de l'information et contact avec le MG sous 6 à 15 jours	Evaluer l'efficacité de fiches d'effets indésirables des chimiothérapies dans l'amélioration des connaissances des MG, leur confiance sur le traitement des patients, leur satisfaction sur les informations données et leur perception des soins partagés du patient.	1/ Phase 1 : élaboration de fiches d'informations, 2/ Les MG ont signalé être plus à l'aise dans la gestion des effets secondaires des chimiothérapies dans le groupe interventionnel et une meilleure satisfaction sur le suivi de leur patient. 3/ Les fiches d'information sont utiles, instructives et faciles à comprendre selon les MG
81%	The Management of Acute Adverse Effects of Breast Cancer Treatment in General Practice: A Video-Vignette Study	MOYEZ	2014	Australie	6 paires de vidéos-vignettes analysées par 50 MG	Phase 1 : 6 vidéo-vignettes + questionnaire aux MG. Rétroaction sous forme de lettre. Phase 2 : répétition de l'opération.	Etude multi méthodique	Premier visionnage puis rétroaction sous 2 semaines et nouvelle invitation au visionnage	Evaluer l'effet d'un plan de rétroaction sur la gestion des effets secondaires des chimiothérapies par les MG	1/ Amélioration globale de la gestion des différents effets secondaires après le plan de rétroaction, notamment sur les lymphocèles, les infections et les diarrhées.

## V. Discussion

### 1) Résultats principaux

L'ensemble des études incluses souligne la nécessité d'améliorer la transmission d'informations aux MG pour une meilleure coordination de soins. On remarque l'efficacité de l'envoi de fiches d'informations au MG concernant la pathologie et surtout les traitements, leurs effets indésirables et leur prise en charge. De plus, la standardisation et la planification des courriers de sortie et de consultation permettent une transmission complète de l'information au MG.

Toute la difficulté réside dans le moyen de transmission de ces différents supports d'information. Par voie postale, on remarque un délai long. Par voie informatique, l'ensemble des études marque la difficulté de la mise en place d'un dossier médical partagé du fait des contraintes techniques, financières et humaines. Une des initiatives à citer pour son originalité est la mise en place d'un « médecin leader » proposée par SISLER et al. (27) agissant comme interface entre la structure de soins primaires et le centre de référence permettant ainsi une facilitation des échanges.

Peu d'études ont mesuré l'impact sur les soins primaires de la mise en place des IDEC en cancérologie dans les centres de référence, une seule est incluse. Il s'agit de l'étude de WULFF et al. (26), qui ne retrouve pas de résultat majeur.

Enfin, il est à souligner la faible implication des MG et des patients dans les processus de création de coordination de soins émanant le plus souvent des structures spécialisées.

### 2) Forces de l'étude

Notre étude a été réalisée selon les recommandations internationales PRISMA (16) par deux chercheurs réalisant de manière indépendante les différentes étapes de sélection et d'inclusion des articles, mettant ensuite leurs résultats en commun, et se référant à deux autres chercheurs en cas de discordance. Cette approche permet de contrôler un biais de sélection inhérent au travail mené par un seul chercheur. Les revues systématiques de la littérature incluent les types d'articles les mieux validés permettant d'avoir accès aux données de la médecine factuelle les plus utiles pour la pratique quotidienne (32). L'objectif de la méthode

de la revue est élaborée afin de synthétiser ces données et de les intégrer à une pratique quotidienne (33).

Une revue de la littérature grise a aussi été effectuée, nous permettant de ne pas négliger une initiative de coordination non retrouvée dans les résultats de nos recherches. Cela a permis de limiter les biais de publication.

### 3) Limites de l'étude

La restriction aux articles francophones ou anglophones a pu engendrer des biais de publication.

Nous présentons dans le tableau 4 les niveaux de preuves établis selon les recommandations HAS pour chacune des études incluses.

Seules deux études présentent un niveau de preuve élevé (20) : l'étude menée par WULFF et al. et par AUBIN et al. (26,29). On ne retrouve pas de biais majeur au sein de ces deux études obtenant un fort niveau de preuve. Concernant les essais randomisés de NIELSEN et al. et KOUSGAARD et al. (30,31), leur méthodologie et la puissance de l'étude est de bonne qualité. Cependant, on y retrouve un biais d'observation (34), l'intervention et l'analyse des résultats ayant été réalisées sans insu. Les patients, les médecins et les chercheurs étaient informés du groupe d'appartenance des individus inclus. Concernant l'étude de LUKER et al. (23), on retrouve une méthodologie désignée par les auteurs comme « a quasi experimental study » alliant analyse qualitative et quantitative, les auteurs dégagent tout au long de cette étude des résultats éloignés de l'objectif initial de l'étude, on dégage donc un faible niveau de preuve de cette étude. Les études observationnelles de BROUWERS et al. et SISLER et al. (27,28), de par leur méthodologie, ont un faible niveau de preuve scientifique et nécessiteraient des explorations complémentaires. Les méthodes des études de ROUGE BUGAT et al., KENDALL et al., JEFFORD et al. et MOYEZ et al. (21,22,24,25) les classent en niveau de preuve scientifique intermédiaire.

La difficulté présentée par cette analyse de la littérature a été l'absence de méthode clairement annoncée par certains auteurs, qui nous a rendu difficile l'échelle à choisir pour l'évaluation de ces études. Il s'agit notamment des études multi-méthodiques.

De plus, il a été compliqué de dégager au sein de l'ensemble des études un critère de jugement principal. Cette difficulté, pouvant témoigner des enjeux multiples de la coordination de soins, a rendu l'analyse des résultats plus complexe.

*Tableau 4 : Evaluation du niveau de preuve selon les critères HAS*

<b>Titre de l'étude</b>	A randomized controlled trial of hospital-based case management in cancer care: a general practitioner perspective	An evaluation of information cards as a means of improving communication between hospital and primary care for women with breast cancer	Bridging the gap between primary care and the cancer system	Documenting coordination of cancer care between primary care providers and oncology specialists in Canada	General practitioner assessment of structured oncological information accompanying newly referred cancer patients	Guideline sheets on the side effects of anticancer drugs are useful for general practitioners
<b>Niveau de preuve</b>	<b>GRADE A</b>	<b>GRADE C</b>	<b>GRADE C</b>	<b>GRADE C</b>	<b>GRADE B</b>	<b>GRADE B</b>

<b>Titre de l'étude</b>	Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer	Proactive cancer care in primary care: a mixed-methods study	Randomised controlled trial of a shared care programme for newly referred cancer patients: bridging the gap between general practice and hospital	Tailored Chemotherapy Information Faxed to General Practitioners Improves Confidence in Managing Adverse Effects and Satisfaction With Shared Care: Results From a Randomized Controlled Trial	The Management of Acute Adverse Effects of Breast Cancer Treatment in General Practice: A Video-Vignette Study
<b>Niveau de preuve</b>	<b>GRADE A</b>	<b>GRADE B</b>	<b>GRADE B</b>	<b>GRADE B</b>	<b>GRADE B</b>

## 4) Analyse

### a) L'information : au cœur de la coordination de soin

L'ensemble des études intégrées dans cette revue de la littérature part du même constat concernant le manque d'information des MG (11,35) provenant des structures hospitalières. Un manque ressenti de formation de l'ensemble des professionnels de soins primaires est également perçu par les patients (13). Dans cette partie, nous allons nous concentrer sur 4 outils d'information et de formation favorisant la coordination des soins entre l'hôpital, le patient et le MG :

- Les courriers de consultations
- Les fiches d'informations à destination des médecins
- L'IDEC en cancérologie
- Les « médecins leaders »

Nombreuses sont les études pointant les carences vis-à-vis des courriers de sortie que ce soit dans leur contenu ou leur transmission. En 2016, une étude canadienne met en évidence un délai de transmission oscillant entre 1 à 8 semaines (36). Il est constaté dans l'étude de FARQUHAR et al. (37) que durant la phase active de traitement, les MG reçoivent plusieurs courriers de consultations de manière simultanée. On observe la difficulté de transmettre les courriers de consultations mais aussi les résultats d'examens ou de bilans biologiques à l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients. L'ensemble entraîne une répétition des examens complémentaires (36,38).

De plus, les MG dénoncent le contenu des courriers souvent très techniques centrés autour du traitement délivré et n'abordant que très peu le patient dans sa globalité notamment son état psychologique (37,39).

L'expérimentation menée par les équipes de KOUSGAARD (30) et NIELSEN (31) est très intéressante à bien des égards. A l'image du reste de la littérature, on constate qu'une large majorité des patients consulte le MG rapidement à la suite de l'annonce diagnostique (40). Ainsi, par la mise en place notamment d'un courrier de sortie standardisé de transmission rapide, on observe une amélioration de la perception de coordination de soins par les patients et surtout une majoration du nombre de consultations chez le MG à 3 et 6 mois suivant l'annonce diagnostique. Une transmission d'information de qualité renforce la confiance entre

le patient et le MG et permet au patient d'identifier le MG comme un acteur essentiel à sa prise en charge.

Il est fréquent de la part des patients, de remettre en cause la connaissance et le savoir-faire des MG vis-à-vis de la prise en charge oncologique et tout particulièrement durant la phase active des traitements. Ainsi l'étude de BEN AMI et al. (13) en 2017 observe que seuls 30 % des patients pensent que le MG est formé à l'oncologie médicale. En 2017, l'étude de LANG et al. (40) recense les motifs de consultation des patients vis-à-vis de leur MG durant la phase active de traitement. Seuls 38% des patients consultent pour des effets secondaires au traitement anti néoplasique. Ce chiffre est bas au vu de la fréquence des effets indésirables. L'étude de BEN AMI et al. (13) constate qu'en cas de survenue d'un épisode aigu, 8% des patients s'adressent à leur MG quand 70% appellent l'oncologue référent et 8% vont aux urgences. Cette défiance a donc des conséquences sur l'organisation de soins.

En moyenne en 2013, un MG est confronté à 7 nouveaux cas de cancer par an et 40 de ses patients présentent une pathologie cancéreuse en cours de prise en charge (41). Une étude de la DREES en 2017 (6), a permis d'évaluer l'attitude d'un MG à l'aide de situations fictives, et de relever que, pour la gestion de la douleur, plus de 70 % des médecins ont une réponse conforme aux recommandations. Il existe un décalage important entre le ressenti du patient et les connaissances du MG sur la gestion des effets secondaires en phase active de traitement. On peut tout de même penser que, devant la faible prévalence du cancer au sein de la patientèle et devant la multitude des traitements anti néoplasiques, il est nécessaire d'apporter de l'information aux professionnels de soins primaires pour une prise en charge de qualité. C'est ce qui a été développé dans les études citées précédemment. On constate que l'apport d'informations sur les effets indésirables des traitements anti néoplasiques améliore la prise en charge des patients, voire permet de diminuer le taux d'hospitalisation pour l'étude de ROUGE-BUGAT et al. (22).

Une solution à ce défaut de gestion des effets secondaires aux traitements antinéoplasiques résiderait dans un plan rétroactif de formation à destination des MG comme décrit dans l'étude de MOYEZ et al. (24). Une telle formation permettrait d'offrir au patient une meilleure perception des connaissances de son MG.

A l'image de l'IDEC en cancérologie existant dans le système français, on observe une mise en place généralisée de ce type d'infirmiers au sein des centres spécialisés, par exemple au Canada (26). Ils ont généralement pour rôle d'assurer la coordination et l'accompagnement

des patients atteints de cancer au sein des groupes multidisciplinaires, d'être l'un des contacts référents du patient pour effectuer des évaluations générales de la situation et ainsi réaliser un suivi tout au long de la prise en charge (42). Étonnamment, une seule étude s'intéressant au lien entre le MG et l'IDEC en oncologie a été retrouvée(26). Elle met en valeur la qualité de l'information, donnée par l'IDEC en oncologie au patient notamment sur les conséquences psycho-sociales de la maladie, du point de vue du MG. De plus, les encouragements réguliers de l'IDEC en oncologie au patient à consulter le MG n'ont visiblement aucun impact. On constate, a contrario, une majoration significative des consultations des médecins de garde devant une situation aiguë en lien avec le cancer. Les auteurs expliquent cette situation par le fait que les patients seraient ainsi mieux formés à la gestion des effets secondaires de leurs chimiothérapies. Cela les pousse à requérir un avis médical ou paramédical très précocement au premier signe clinique. Durant les heures ouvrables, on suppose qu'il s'oriente vers l'IDEC en oncologie plutôt que le MG, mais aux heures non ouvrables, ils s'orientent vers un MG d'astreinte, différent de leur MG traitant. Ce résultat pourrait impliquer une forme de dépendance au professionnel de santé de la part des patients, particulièrement auprès du centre spécialisé, et une absence d'autonomisation de ces derniers malgré des informations plus complètes transmises via l'IDEC en oncologie. De plus, on peut penser que ce lien avec l'IDEC en oncologie, personnel issu de l'hôpital, ne favorise pas l'orientation du patient vers les soins primaires.

Enfin, au sein de l'étude de SISLER et al. (27), une initiative unique dans nos recherches est intéressante : la mise en place d'un « médecin leader » au sein de chaque clinique de soins primaires. C'est un MG ayant reçu de la part du centre de référence une formation spécifique à l'oncologie. Il exerce comme MG au sein de centres de santé en soins primaires. Il a pour rôle de favoriser et d'organiser la formation du personnel médical et paramédical. Il peut également aider les professionnels de santé confrontés à une situation complexe liée à de l'oncologie médicale. Enfin il joue un rôle d'interface entre la structure hospitalière et le MG permettant ainsi de fluidifier et favoriser les échanges. L'objectif de cette étude était de présenter l'expérimentation d'un programme de coordination de soins et non son évaluation. Il y a quelques éléments d'évaluation dont les résultats sont non significatifs et dont le niveau de preuve de la méthode est très faible. Ce programme date de 2004 mais nous n'avons pas retrouvé de programme d'évaluation de ce dispositif de « médecins leaders ». Nous n'avons pas, non plus, retrouvé d'éléments en faveur d'une généralisation de ce dispositif sur le territoire canadien. Malgré une initiative pour le moins

originale et intéressante, il est difficile de conclure quant à sa pertinence devant le manque d'évaluation. Nous n'avons pas retrouvé ce même type de programme existant et évalué sur le territoire français. Cela peut s'expliquer par une organisation des soins totalement différente, en effet les auteurs décrivent des cliniques de soins primaires rassemblant l'ensemble des professionnels de santé au sein d'un établissement. Cela contraste avec notre organisation libérale de soins primaires même si on note ces dernières années une volonté de regrouper les professionnels de soins primaires au sein de maisons santé pluriprofessionnelles et de centres de santé et la possibilité pour les MG de suivre une formation complémentaire en oncologie.

## b) Les outils de communication face à leurs limites

### - Les moyens de communication utilisant l'information écrite

Les études de SISLER et al. et BROUWERS et al. (27,28) se sont intéressées à la mise en place d'un équivalent du dossier communicant de cancérologie (DCC), existant en France, par voie informatique. Les évaluations des outils informatiques contenus dans ces deux études sont de valeurs non statistiquement significatives et mériteraient d'autres investigations. Cependant, on constate des limites identiques à ceux présentés dans les études observationnelles (43,44), décrivant le système actuel. Premièrement, la difficulté technologique à la mise en place d'un tel outil est la nécessité de l'installation d'un logiciel dans l'ensemble des structures de soins ambulatoires et hospitalières. Deuxièmement, on remarque un coût important que ce soit pour les structures hospitalières ou les MG. Troisièmement, on relève la difficulté de former l'ensemble du personnel soignant à l'utilisation du logiciel. Ainsi, dans l'étude de BROUWERS et al. (28), on note que le « médecin leader » formé à l'utilisation de l'équivalent DCC est le seul à investir réellement l'outil au sein des établissements de soins primaires. Quatrièmement, des questions éthiques peuvent être soulevées par les risques de la diffusion en ligne d'informations couvertes par le secret médical. Mais l'outil informatique, à l'image de ce qui est souligné dans l'étude de BROUWERS et al.(28), est très efficace dans la transmission rapide d'informations et le partage de données.

Les MG signalent souvent un retard dans la réception des informations qui leurs sont nécessaires pour la gestion des patients en phase active de traitement. Dans la thèse de SMULEVICI et al. (45) de 2014 réalisée en France dans la région du Val-de-Marne, il est

souligné que, globalement, les MG apprécient recevoir des courriers plutôt qu'une information informatisée, alors que paradoxalement leurs délais de réception sont beaucoup plus longs. Cependant, les MG, installés après 2004, interrogés dans cette thèse sont plus intéressés par les moyens de communication électroniques, comme le montre également la thèse de PAK et al. (46) en 2017, réalisée là encore en France. Dans cette dernière, les MG souhaiteraient également recevoir des informations concernant les effets secondaires des traitements anticancéreux et leur gestion, mais aussi le numéro d'un oncologue référent avec qui ils pourraient se mettre en contact le cas échéant.

Une des idées afin de pallier ce défaut de transmission, tout en maintenant le format papier parfois souhaité, est la transmission de ces informations par fax. Cela se retrouve dans l'étude de JEFFORD et al.(21). Les MG semblent ainsi satisfaits du moyen de communication, bien que certains MG n'aient parfois pas reçu ce fax. Le contenu de l'information envoyée était également très apprécié avec notamment les fiches d'effets secondaires.

La loi actualisé RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données) (47) tend à favoriser l'utilisation de messageries sécurisées conforme aux dispositions réglementaires. Les outils de communication électroniques sont en train d'être améliorés avec la mise en place de boites mails sécurisées comme MS (Messagerie Sécurisée) Santé, dénommé MEDIMAIL notamment dans certaines régions de France (48). . Cet outil a été développé dans un but de transmission sécurisée afin d'assurer au patient une meilleure coordination de soins mais surtout un respect du « secret médical partagé ». Il semble que les nouvelles générations de MG (49) s'orientent plus vers ce genre de communication, plus accessible et plus rapide.

L'étude de KENDALL et al. portant sur le CORD (25), outil informatisé théoriquement pensé pour améliorer la continuité de l'information, n'a finalement été que peu utilisé en ce sens mais plutôt comme une aide à la première consultation, délaissé sur les consultations suivantes. Il s'agissait principalement d'un outil pour la coordination de soins primaires qui devait permettre une transmission plus rapide et efficace vers les soins secondaires, mais cela ressort très peu dans l'étude.

- Les moyens de communication utilisant les relations humaines

Dans l'étude de LUKER et al.(23), les chercheurs ont demandé au patient lui-même de transmettre les fiches d'informations. Finalement, la transmission des résultats s'est révélée très faible. On peut penser qu'utiliser le patient comme vecteur de communication est inefficace. Premièrement, ces derniers ne consultent pas systématiquement leur MG (13,40). Deuxièmement, durant la phase active de traitement, les patients sont sollicités quotidiennement pour leur soin. Il semble peu propice d'ajouter une responsabilité supplémentaire en les utilisant comme moyen de communication d'informations médicales.

Dans le programme de coordination danois étudié par NIELSEN et KOUSGAARD et al. (30,31), les chercheurs ont transmis au médecin du groupe interventionnel systématiquement l'identité et les coordonnées téléphoniques du médecin oncologue responsable du patient et de l'IDEC en cancérologie. Il n'y a aucun impact significatif de cette intervention sur le nombre de consultations. Cependant, une analyse qualitative aurait peut-être permis de mettre en évidence une plus grande facilité à contacter le personnel médical et para médical hospitalier référent.

L'étude de SISLER et al. (27) décrit, via la mise en place du « médecin leader », la nécessité d'humaniser la coordination de soins. Au cœur d'un 21ème siècle intégrant le moyen technologique comme réponse à l'ensemble de nos problèmes, il est remarqué via « le médecin leader » que recourir à un médecin connaissant à la fois les professionnels issus des soins primaires et le personnel médical et paramédical hospitalier favorise la qualité des échanges et la transmission d'information. L'étude canadienne de EASLEY et al. (36) réalisée en 2016, via une méthodologie qualitative, interroge l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient. Elle fait un état des lieux des moyens de coordination et réfléchit aux améliorations à apporter. L'ensemble des professionnels de santé mettent en avant la relation entre les différents acteurs de soins comme un élément « clé » à une meilleure qualité de soins. Les auteurs définissent trois niveaux de communication, la macro et méso communication à l'échelle de l'état et de l'établissement de santé, tous deux en charges de la mise ne place d'outils de communication tels qu'un dossier médical partagé. Mais aussi la micro communication qui donne une part importante aux échanges entre les professionnels de santé et à la nécessité de se connaître. L'étude qualitative de ROWLANDS et al. (43) interrogeant les professionnels de santé sur la coordination des soins, fait un constat

identique. Elle propose pour développer les échanges professionnels d'inclure le MG dans les RCP ou d'organiser des temps d'échange et de rencontre alliant formation et convivialité.

## 5) Application au contexte français

La coordination des soins devrait débuter dès le 4<sup>ème</sup> temps du dispositif d'annonce (3). Ce 4<sup>ème</sup> temps théorique d'annonce d'une maladie grave concerne l'articulation avec la médecine de ville :

*« Il est indispensable que le médecin traitant soit informé en temps réel, en particulier dès ce premier temps de la prise en charge hospitalière. Il reste un interlocuteur privilégié du patient et doit être associé au parcours de soins. Le dispositif d'annonce s'appuie ainsi sur un travail de liaison et de coordination entre les différents professionnels concernés. »*

Ainsi, le rôle du MG devrait être central alors qu'il est souvent relayé au second plan par les patients en phase active de traitement anticancéreux (13,40).

Le DCC doit permettre aux professionnels de santé (50) *« d'échanger des données médicales telles que les fiches de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), les comptes rendus opératoires, les comptes rendus anatomopathologiques via la télé-imagerie, les téléconférences, visioconférences... »* Il doit également leur permettre *« de gérer les outils et les services nécessaires à l'activité de cancérologie : annuaires des RCP, gestion informatisée des RCP, élaboration du programme personnalisé de soins (PPS), accès aux recommandations de pratique clinique et aux registres des essais cliniques... »*

Il s'agit d'un dossier électronique qui est en cours de mise en place et nous n'en sommes encore qu'aux prémices d'un tel type d'outil de communication. A notre connaissance, il n'existe pas d'évaluation de cet outil en France.

Actuellement, il peut permettre au MG d'avoir accès à certaines données comme les fiches de RCP en ancienne région Midi-Pyrénées, sous réserve d'avoir un identifiant ou une carte CPS (Carte de Professionnel de Santé) et du développement du réseau régional d'oncologie. Via ces fiches, le MG peut ainsi avoir accès à d'autres informations comme les derniers examens réalisés ou l'état du patient et de sa pathologie. Il faut cependant que ces fiches soient mises à jour si l'on souhaite une information fiable. Or, elles ne sont rédigées que lorsqu'il est

nécessaire de faire passer un patient en RCP. Il s'agit d'un dossier interactif que les médecins peuvent compléter lorsqu'ils le jugent nécessaire. Peut-être que le MG pourrait agir à ce niveau en remplissant lui aussi les parties qu'il connaît au fur et à mesure de l'information reçue, mais il s'agit d'un travail parfois considérable et chronophage. Cependant, la soumission d'un tel dossier en RCP pour avis pluridisciplinaire reste la prérogative de l'oncologue. Le MG doit donc passer par lui pour la mise en place d'un tel suivi.

Concernant l'ancienne région Midi-Pyrénées, différents éléments ont été développés. Ainsi, les fiches d'effets secondaires des chimiothérapies sont désormais en libre accès sur internet via le réseau régional de cancérologie Oncomip afin d'apporter un support disponible à tout moment pour les MG (51). Ces fiches sont également utilisées en pratique courante afin d'apporter une information au patient sur les événements indésirables qui pourraient survenir en cours de traitement.

Par ailleurs, l'équivalent du « médecin leader » en France s'apparenterait au médecin coordonnateur de soins comme c'est le cas pour les réseaux de santé (52) ou les médecins de l'hospitalisation à domicile (HAD) (53). En effet, ces structures sont souvent coordonnées par des médecins ayant des connaissances plus approfondies en cancérologie, sans exclusivité. Ces structures permettent un contact plus facile avec le système hospitalier, tout en laissant le MG au centre des décisions concernant son patient.

Il pourrait être utile au MG de pouvoir communiquer directement avec ces IDEC en cancérologie afin de trouver rapidement les informations souhaitées, sans forcément avoir recours aux réseaux de soins ou à l'HAD. Le numéro de ces IDEC en cancérologie ou d'un oncologue référent paraît être une bonne solution de communication afin d'assurer des soins de qualité au patient pendant son traitement.

## 6) Exploitation des résultats dans la pratique clinique

A partir de ce travail, nous notons l'importance qui est donnée à l'information, tant sur le moyen que sur la forme. Les interventions retrouvées comme efficaces sont celles où le MG et/ou le patient sont impliqués dès le départ (fiche d'information, courrier standardisé avec désirs d'information du MG, « médecin leader » intégré au sein du cabinet de MG). L'implication du MG dans le plan de soins paraît importante alors qu'il est souvent exclu des différentes méthodes de communication mises en place. Il nous apparaît ainsi nécessaire d'impliquer les MG et les patients dans l'élaboration et la mise en place de ces différents outils de communication afin d'optimiser la qualité de l'information et les moyens employés. Tout cela en gardant à l'idée de permettre au patient d'avoir une meilleure continuité des soins et de tous travailler vers le même projet.

Avec la tendance actuelle à l'expansion des maisons de santé pluri-professionnelles, l'idée du « médecin leader » au sein de ces structures paraîtrait intéressante à développer. Ces médecins ayant une connaissance plus approfondie en oncologie permettraient ainsi une meilleure coordination des soins en médecine ambulatoire.

C'est également le cas des médecins de réseau ou d'HAD, qui permettent une meilleure prise en charge du patient en ambulatoire, tout en collaborant étroitement avec le MG.

Ces médecins s'apparentent à nos MG ayant fait le diplôme d'étude spécialisé complémentaire (DESC) d'oncologie. Ceux-ci sont déjà très impliqués dans la gestion du patient atteint de cancer au domicile de part ce diplôme.

En intégrant ces médecins dans les structures hospitalières, ils pourraient permettre un contact plus étroit avec le MG.

C'est ce qu'essaye de développer actuellement l'équipe du Pr ROUGE-BUGAT à Toulouse via l'étude CREDO, « Evaluation d'une concertation structurée « retour à domicile » pour les patients atteints de cancer métastatique : Concertation REtour à Domicile ». Il s'agit d'une étude en cours, multicentrique, ouverte, randomisée et prospective dont l'objectif est d'évaluer l'efficacité d'une concertation « retour à domicile », en termes de nombre de venues non programmées dans les centres de soins (hospitalisations et consultations dans les centres de soins spécialisés ou non en cancérologie), par rapport à la prise en charge standard. Les patients sont randomisés entre les deux modalités de prise en charge suivantes :

- Bras A (standard) : Prise en charge classique ; fiche de liaison standard transmise au MG le jour de la sortie du patient.

- Bras B (expérimental) : Prise en charge CREDO ; concertation de « retour à domicile » réalisée entre le patient, le médecin généraliste DESC et le médecin généraliste référent du patient ; fiche de liaison CREDO transmise au médecin généraliste le jour de la sortie du patient.

Cette expérimentation dont les premiers résultats devraient être disponibles en 2020 permettra de mieux évaluer l'impact médical et économique d'une coordination assurée par un médecin dédié et ayant une formation complémentaire en oncologie.

## VI. Conclusion

L'ensemble des politiques de santé publique a pour objectif de développer les soins ambulatoires des patients en phase active de traitement de la pathologie néoplasique. Cela place le MG au cœur de la prise en charge du patient. Cependant, l'ensemble des acteurs de soins pointe des carences majeures dans la coordination de soins.

Les données extraites de cette revue systématique de la littérature mettent en avant la nécessité et l'efficacité de la diffusion d'informations spécifiques à la pathologie cancéreuse du centre de référence vers les soins primaires. Cela permet une amélioration de la prise en charge globale des patients.

Les courriers de sortie d'hospitalisations et de consultations ont une place centrale dans la coordination de soins. La standardisation de leur contenu par l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient a permis d'améliorer la qualité et l'exhaustivité de l'information.

Un des défis soulevés par cette revue est la méthode de transmission de l'information. Il est souligné la nécessité d'une information immédiate, fiable et facile d'accès. Une transmission rapide, efficace et complète de l'information favorise la qualité des échanges avec le patient et renforce la confiance entre le MG et le patient. Ainsi, l'outil informatique semble le plus adapté malgré ses nombreuses contraintes.

Paradoxalement, la nécessité de laisser une place importante aux échanges relationnels entre les professionnels de santé est mise en évidence dans ce travail. Créer du lien et de la proximité favorise une meilleure coordination des acteurs de soins. On peut imaginer cela à travers des moments de formations ou de réunions pluridisciplinaires.

Des initiatives de coordination de soins voient le jour en France. L'étude CREDO, en cours de réalisation, en est un exemple en créant et évaluant une nouvelle modalité de coordination de soins.

Toulouse, le 14/09/18

Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de médecine Rangueil  
Elie SERRANO

Professeur Marie Eve ROUGE BUGAT  
1, avenue Louis-Blériot  
31500 TOULOUSE  
N° ADELI : 31 1 11793 1  
N° RPPS : 10100079234

## VII. Bibliographie

1. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017. Rapport technique. :80.
2. Douillard J-Y, Siena S, Cassidy J, Tabernero J, Burkes R, Barugel M, et al. Randomized, phase III trial of panitumumab with infusional fluorouracil, leucovorin, and oxaliplatin (FOLFOX4) versus FOLFOX4 alone as first-line treatment in patients with previously untreated metastatic colorectal cancer: the PRIME study. *J Clin Oncol*. 1 nov 2010;28(31):4697-705.
3. Vallet B. Plan Cancer 2014-2019 PNRT. 2014.
4. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft SA, et al. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (Vol. 7: Care Coordination) [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2007 [cité 28 août 2018]. (AHRQ Technical Reviews). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44015/>
5. Vernant J paul. Recommandations pour le troisième Plan Cancer. 2013.
6. REY D. Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital. Direction de la recherche, des études et de l'évaluation statistique.; 2018.
7. Jensen LF, Mukai TO, Andersen B, Vedsted P. The association between general practitioners' attitudes towards breast cancer screening and women's screening participation. *BMC Cancer*. 18 juin 2012;12:254.
8. François G, Van Roosbroeck S, Hoeck S, Markovskaia E, Van Hal G. A pivotal role for the general practitioner in a mixed mammographic screening model. *Rev Epidemiol Sante Publique*. avr 2012;60(2):150-6.
9. Grange F, Barbe C, Mas L, Granel-Brocard F, Lipsker D, Aubin F, et al. The role of general practitioners in diagnosis of cutaneous melanoma: a population-based study in France. *Br J Dermatol*. déc 2012;167(6):1351-9.
10. Kenyon M, Mayer DK, Owens AK. Late and long-term effects of breast cancer treatment and surveillance management for the general practitioner. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. juin 2014;43(3):382-98.
11. 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*. 21 mars 2006;7:19.
12. Lee SJC, Clark MA, Cox JV, Needles BM, Seigel C, Balasubramanian BA. Achieving Coordinated Care for Patients With Complex Cases of Cancer: A Multiteam System Approach. *J Oncol Pract*. nov 2016;12(11):1029-38.
13. Ben-Ami E, Merom H, Sikron F, Livneh J, Sadetzki S, Wolf I. Involvement of the family physician in the care of chemotherapy-treated patients with cancer: patients' perspectives. *J Oncol Pract*. sept 2014;10(5):298-305.

14. Sisler JJ, Brown JB, Stewart M. Family physicians' roles in cancer care. Survey of patients on a provincial cancer registry. *Can Fam Physician*. juin 2004;50:889-96.
15. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions [Internet]. [cité 31 juill 2018]. Disponible sur: /handbook
16. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinésithérapie, la Revue*. janv 2015;15(157):39-44.
17. Schulz KF, Altman DG, Moher D, for the CONSORT Group. CONSORT 2010 Statement: Updated Guidelines for Reporting Parallel Group Randomised Trials. *PLoS Medicine*. 24 mars 2010;7(3):e1000251.
18. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinésithérapie, la Revue*. janv 2015;15(157):34-8.
19. SQUIRE 2.0 (Standards for QUality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process | The EQUATOR Network [Internet]. [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.equator-network.org/reporting-guidelines/squire/>
20. Dhenain muriel. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique HAS. 2013.
21. Schofield P, Moloney M, Evans M, Dabscheck A, Dudgeon P, Jefford 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. *2008;26(14):2272-7*.
22. 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*. déc 2015;23(12):3473-80.
23. Luker K, Beaver K, Austin L, Leinster SJ. An evaluation of information cards as a means of improving communication between hospital and primary care for women with breast cancer. *J Adv Nurs*. mai 2000;31(5):1174-82.
24. Jiwa M, Long A, Shaw T, Pagey G, Halkett G, Pillai V, et al. The management of acute adverse effects of breast cancer treatment in general practice: a video-vignette study. *J Med Internet Res*. 3 sept 2014;16(9):e204.
25. Kendall M, Mason B, Momen N, Barclay S, Munday D, Lovick R, et al. Proactive cancer care in primary care: a mixed-methods study. *Fam Pract*. juin 2013;30(3):302-12.
26. Wulff CN, Vedsted P, Søndergaard J. A randomized controlled trial of hospital-based case management in cancer care: a general practitioner perspective. *Fam Pract*. févr 2013;30(1):5-13.
27. Sisler J, McCormack-Speak P. Bridging the gap between primary care and the cancer system: the UPCON Network of CancerCare Manitoba. *Can Fam Physician*. mars 2009;55(3):273-8.
28. Brouwers MC, Vukmirovic M, Tomasone JR, Grunfeld E, Urquhart R, O'Brien MA, et al. Documenting coordination of cancer care between primary care providers and oncology specialists in Canada. *Can Fam Physician*. oct 2016;62(10):e616-25.

29. Aubin M, Giguère A, Martin M, Verreault R, Fitch MI, Kazanjian A, et al. Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 11 juill 2012;(7):CD007672.
30. Kousgaard KR, Nielsen JD, Olesen F, Jensen AB. General practitioner assessment of structured oncological information accompanying newly referred cancer patients. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 1 janv 2003;21(2):110-4.
31. Nielsen JD, Palshof T, Mainz J, Jensen AB, Olesen F. Randomised controlled trial of a shared care programme for newly referred cancer patients: bridging the gap between general practice and hospital. *Qual Saf Health Care*. août 2003;12(4):263-72.
32. Davies K. Evidence-based medicine: is the evidence out there for primary care clinicians? *Health Info Libr J*. déc 2011;28(4):285-93.
33. Gopalakrishnan S, Ganeshkumar P. Systematic Reviews and Meta-analysis: Understanding the Best Evidence in Primary Healthcare. *J Family Med Prim Care*. janv 2013;2(1):9-14.
34. Le biais d'observation : importance du triple aveugle [Internet]. *Minerva Website*. [cité 9 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.minerva-ebm.be/fr/article/36>
35. Aubin M, Vézina L, Verreault R, Fillion L, Hudon E, Lehmann F, et al. Family physician involvement in cancer care follow-up: the experience of a cohort of patients with lung cancer. *Ann Fam Med*. déc 2010;8(6):526-32.
36. Easley J, Miedema B, Carroll JC, Manca DP, O'Brien MA, Webster F, et al. Coordination of cancer care between family physicians and cancer specialists: Importance of communication. *Can Fam Physician*. oct 2016;62(10):e608-15.
37. Farquhar MC, Barclay SIG, Earl H, Grande GE, Emery J, Crawford R a. F. Barriers to effective communication across the primary/secondary interface: examples from the ovarian cancer patient journey (a qualitative study). *Eur J Cancer Care (Engl)*. sept 2005;14(4):359-66.
38. Dalsted RJ, Guassora AD, Thorsen T. Danish general practitioners only play a minor role in the coordination of cancer treatment. *Dan Med Bull*. janv 2011;58(1):A4222.
39. McConnell D, Butow PN, Tattersall MHN. Improving the letters we write: an exploration of doctor–doctor communication in cancer care. *Br J Cancer*. mai 1999;80(3-4):427-37.
40. Lang V, Walter S, Fessler J, Koester MJ, Ruetters D, Huebner J. The role of the general practitioner in cancer care: a survey of the patients' perspective. *J Cancer Res Clin Oncol*. mai 2017;143(5):895-904.
41. Godard J. Médecine générale et cancers. :18.
42. Maddaléna F, Ogez D. Le rôle spécifique de l'infirmier coordinateur de soins en oncologie dans le dispositif d'annonce de maladie cancéreuse. *P ratiqes*. 2013;5.
43. Rowlands S, Callen J, Westbrook J. Are general practitioners getting the information they need from hospitals to manage their lung cancer patients? A qualitative exploration. *Health Inf Manag*. 2012;41(2):4-13.

44. Clauser SB, Wagner EH, Aiello Bowles EJ, Tuzzio L, Greene SM. Improving modern cancer care through information technology. *Am J Prev Med.* mai 2011;40(5 Suppl 2):S198-207.
45. Smulevici A. La transmission d'informations des services hospitaliers dans la prise en charge des patients atteints d'un cancer: état des lieux et attentes des Médecins Généralistes du Val-de-Marne en 2014 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2014.
46. Pak A, Cittée J. Evaluation des flux d'information entre l'hôpital et la ville dans la prise en charge des patients atteints de cancer. France; 2017.
47. LOI n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles | Legifrance [Internet]. [cité 12 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2018/6/20/JUSC1732261L/jo/texte>
48. MEDIMAIL [Internet]. URPS Occitanie. [cité 8 sept 2018]. Disponible sur: <http://urps-occitanie.org/?p=22>
49. FABRE L. Communication ville-hôpital : qu'attendent les médecins généralistes de Midi-Pyrénées [Internet]. Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2014 [cité 8 sept 2018]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/683/1/2014TOU31125.pdf>
50. Le dossier communicant de cancérologie - Parcours de soins des patients [Internet]. [cité 8 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Le-dossier-communicant-de-cancerologie>
51. Oncomip - Espace professionnel [Internet]. [cité 8 sept 2018]. Disponible sur: [/fr/espace-professionnel.html](http://www.oncomip.fr/espace-professionnel.html)
52. Acef S. Réseaux de santé et territoires. *Informations sociales.* 15 juill 2008;(147):72-81.
53. DGOS. L'hospitalisation à domicile [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2007 [cité 8 sept 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had>

## VIII. Annexes

### Annexe 1 : PROSPERO :

#### **PROSPERO** **International prospective register of systematic reviews**



The role of the general practitioner in the management of patients undergoing active phases of cancer treatment: a systematic review of the literature

*Gimenez Laetitia, Vladimir Druel, Vasseur Jonathan, Roques Sandra, Rouge-Bugat Marie-Eve*

#### **Citation**

Gimenez Laetitia, Vladimir Druel, Vasseur Jonathan, Roques Sandra, Rouge-Bugat Marie-Eve. The role of the general practitioner in the management of patients undergoing active phases of cancer treatment: a systematic review of the literature. PROSPERO 2018 CRD42018095228 Available from: [http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display\\_record.php?ID=CRD42018095228](http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.php?ID=CRD42018095228)

#### **Review question**

What is the role of the general practitioner in the management of patients undergoing active phases of treatment for cancer?

#### **Searches**

Sources: PubMed-MEDLINE, Web of Science, The Cochrane Library.

Search dates: from 01/03/2018 to the present (work still in progress).

Publication period restrictions: 01/01/1998 to the present.

Language restrictions: English and French.

Others restrictions: minors, palliative care, terminal phase of cancer, hematologic cancers will not be included.

Example search strategy for PubMed:

```
((((((((((("General Practice"[MeSH]) OR "General Practitioners"[MeSH]) OR "Primary Health Care"[MeSH]) OR "Physicians, Primary Care"[MeSH]) AND "Neoplasms"[MeSH]) NOT "Minors"[MeSH])) NOT "Terminal Care"[MeSH]) NOT "Hematologic Neoplasms"[MeSH]))) NOT diagnosis[MeSH Terms]
```

#### **Types of study to be included**

Inclusion criteria:

- Clinical trials;
- Comparative studies;
- Reports;
- Reviews
- Systematic reviews.

#### **Condition or domain being studied**

We are studying the organization of care in the active phase of the treatment of adult patients with solid cancers.

#### **Participants/population**

Inclusion criteria:

- Adults;
- With solid cancers;
- Undergoing active phases of cancer treatment.

## **PROSPERO** International prospective register of systematic reviews

### Exclusion criteria:

- Minors;
- Patients with hematologic cancers;
- Patients receiving palliative care;
- Patients in the terminal phase of cancer.

### Intervention(s), exposure(s)

This review will look at the role/involvement of general practitioner in the management of patients undergoing active phases of cancer treatment.

### Comparator(s)/control

No comparator/control.

### Context

### Primary outcome(s)

The role of the general practitioner in the management of patients in the active phase of cancer treatment.

### Secondary outcome(s)

None.

### Data extraction (selection and coding)

The following stages will be undertaken:

1. Database searches;
2. The exclusion of duplicates from the results;
3. Article selection based on titles;
4. Article selection on summaries;
5. Selection of articles for inclusion based on full text assessments.

Two researchers will be involved in the selection of studies and in the extraction of data.

Two other researchers will be consulted to resolve discrepancies, if required.

### Risk of bias (quality) assessment

The quality of the individual included studies will be assessed using international reporting guidelines and the evidence-based medicine levels of evidence.

### Strategy for data synthesis

We will use aggregate data, and will conduct a narrative synthesis.

### Analysis of subgroups or subsets

Subgroup analysis will be carried out for:

- The age of the patients, the type of cancer, patient socioeconomic status, and the presence of comorbidities.
- The type of involvement of the general practitioner in the management of patients.
- The organization of primary care in the countries in which the studies have been conducted.
- The type of study.

---

**PROSPERO**  
International prospective register of systematic reviews

Contact details for further information

Laetitia Gimenez  
laetitia.gimenez@dumg-toulouse.fr

Organisational affiliation of the review

Departement Universitaire de Medecine Generale

Review team members and their organisational affiliations

Dr Gimenez Laetitia. Departement universitaire de medecine generale de Toulouse Rangueil  
Dr Vladimir Druel. Departement universitaire de medecine generale de Toulouse Rangueil  
Mr Vasseur Jonathan. Departement universitaire de medecine generale de Toulouse Rangueil  
Miss Roques Sandra. Departement universitaire de medecine generale de Toulouse Rangueil  
Professor Rouge-Bugat Marie-Eve. Departement universitaire de medecine generale de Toulouse Rangueil

Anticipated or actual start date

01 March 2018

Anticipated completion date

31 August 2018

Funding sources/sponsors

None

Conflicts of interest

None specified.

Language

English

Country

France

Stage of review

Review\_Ongoing

Subject index terms status

Subject indexing assigned by CRD

Subject index terms

Delivery of Health Care; General Practitioners; Humans; Neoplasms; Patient Care; Patient Care Management; Professional-Patient Relations; Professional Role; Therapeutics

Date of registration in PROSPERO

22 May 2018

Date of publication of this version

22 May 2018

Details of any existing review of the same topic by the same authors

Stage of review at time of this submission

---

**PROSPERO**  
International prospective register of systematic reviews



Stage	Started	Completed
Preliminary searches	Yes	Yes
Piloting of the study selection process	Yes	Yes
Formal screening of search results against eligibility criteria	Yes	Yes
Data extraction	Yes	No
Risk of bias (quality) assessment	No	No
Data analysis	No	No

**Versions**

22 May 2018

---

**PROSPERO**

This information has been provided by the named contact for this review. CRD has accepted this information in good faith and registered the review in PROSPERO. CRD bears no responsibility or liability for the content of this registration record, any associated files or external websites.

Annexe 2: Evaluation méthodologique des articles

1) Les études contrôlées randomisées : CONSORT

- WULFF et al. : A randomized controlled trial of hospital-based case management in cancer care: a general practitioner perspective

Section	Item	Description	Evaluateur 1	Evaluateur 2
<b>TITRE ET RESUME</b>				
	1a	Identification en tant qu'essai randomisé dans le titre	0,5	0,5
	1b	Résumé structuré du plan d'essai, méthodes, résultats et conclusions	0,5	0,5
<b>INTRODUCTION</b>				
Contexte et Objectifs	2a	Contexte scientifique et explication du bien fondé	0,5	0,5
	2b	Objectifs spécifiques et hypothèses	0	0
<b>METHODES</b>				
Plan de l'essai	3a	Description de plan d'essai en incluant les ratios d'allocation	0,5	0,5
	3b	Changements importants de méthodes après le début de l'essai	0	0
Participants	4a	Critères d'éligibilité des participants	0,5	0,5
	4b	Structure et lieux de recueil des données	0,5	0,5
Interventions	5	Interventions pour chaque groupe avec suffisamment de détails pour reproduire l'étude, incluant comment et quand elles ont été véritablement conduites	1	1
Critères de jugement	6a	Critères a priori de jugement principal et secondaires entièrement définis, en incluant comment et quand ils ont été évalués	0,5	0,25
	6b	Changement quelconque de critères de jugement après le début de l'essai, en expliquer la raison	0	0
Taille de l'échantillon	7a	Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée?	0	0
	7b	Quand cela est applicable, explication des analyses intermédiaires et des règles d'arrêt	0,5	0,25
<b>RANDOMISATION</b>				
Production de la séquence	8a	Méthode utilisée pour générer la séquence d'allocation par tirage au sort	0,5	0,5
	8b	Type de randomisation, en incluant les détails relatifs à une méthode de restriction.	0,5	0,5
Mécanisme de dissimulation d'assignation	9	Mécanisme utilisé pour mettre en œuvre la séquence d'allocation randomisée en décrivant chaque mesure prise pour masquer l'allocation jusqu'à l'assignation des interventions.	1	0,5
Mise en œuvre	10	Qui a généré la séquence d'allocation, qui a enrôlé les participants et qui a assigné les participants à leurs groupes	1	1
Aveugle	11a	Si applicable, qui a été tenu en aveugle après avoir été affecté à des interventions (par exemple, les participants, les fournisseurs de soins, ceux qui évaluent les résultats) et de quelle façon	0,5	0,5
	11b	Si approprié, description de la similitude des interventions	0	0
Méthodes statistiques	12a	Méthodes statistiques utilisées pour comparer les groupes au regard des critères de jugement principal et secondaires	0,5	0,5
	12b	Méthodes utilisées pour des analyses supplémentaires, telles que des analyses de sous groupes ou des analyses ajustées.	0	0

<b>RESULTATS</b>				
Flux des participants (diagramme conseillé)	13a	Pour chaque groupe, le nombre de participants qui ont été assignés par tirage au sort, qui ont reçu l'action qui leur était destinée et qui ont été analysés pour le critère de jugement principal	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>
	13b	Pour chaque groupe, abandons et exclusions après la randomisation, en donner les raisons	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>
Recrutement	14a	Dates définissant les périodes de recrutement et de suivi	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>
	14b	Pourquoi l'essai a-t-il pris fin ou a été interrompu?	<b>0</b>	<b>0</b>
Données initiales	15	Un tableau décrivant les caractéristiques initiales démographiques et cliniques de chaque groupe	<b>1</b>	<b>1</b>
Effectifs analysés	16	Nombre de participants inclus dans chaque analyse en précisant si l'analyse a été faite avec les groupes d'origine	<b>1</b>	<b>1</b>
Critères de jugement et estimations	17a	Pour chaque critère de jugement principal et secondaire, donner les résultats pour chaque groupe, et la taille estimée de l'effet ainsi que sa précision (intervalle de confiance à 95%...)	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>
	17b	Pour les variables binaires, une présentation de la taille de l'effet en valeurs absolues et relatives est recommandée	<b>0</b>	<b>0</b>
Analyses accessoires	18	Résultats de toute analyse supplémentaire réalisée en incluant les analyses en sous groupes et les analyses ajustées et en distinguant les analyses spécifiées a priori des analyses exploratoires	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>
Risques	19	Tous les risques importants ou effets secondaires inattendus dans chaque groupe	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>DISCUSSION</b>				
Limitations	20	Limitations de l'essai en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécision et au cas où, en tenant compte de la multiplicité des analyses	<b>1</b>	<b>1</b>
Généralisabilité	21	Généralisabilité des résultats de l'essai	<b>1</b>	<b>1</b>
Interprétation	22	Interprétations/conclusions cohérentes avec les résultats, en tenant compte de ratio bénéfices/risques et de possibles autres faits pertinents	<b>0</b>	<b>0,5</b>
<b>INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES</b>				
Enregistrement	23	Numéro d'enregistrement de l'essai en précisant le registre utilisé	<b>1</b>	<b>1</b>
Protocole	24	Où le protocole complet de l'essai peut il être consulté, si possible	<b>1</b>	<b>1</b>
Financement	25	Sources de financement et autres ressources, rôle des donateurs	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>POURCENTAGE :</b>			<b>76%</b>	<b>74%</b>
<b>POURCENTAGE PONDERE :</b>			<b>75%</b>	

- NIELSEN et al. : Randomised controlled trial of a shared care programme for newly referred cancer patients: bridging the gap between general practice and hospital

Section	Item	Description	Evaluateur 1	Evaluateur 2
<b>TITRE ET RESUME</b>				
	1a	Identification en tant qu'essai randomisé dans le titre	0,5	0,5
	1b	Résumé structuré du plan d'essai, méthodes, résultats et conclusions	0,5	0,5
<b>INTRODUCTION</b>				
Contexte et Objectifs	2a	Contexte scientifique et explication du bien fondé	0,5	0,5
	2b	Objectifs spécifiques et hypothèses	0,5	0,25
<b>METHODES</b>				
Plan de l'essai	3a	Description de plan d'essai en incluant les ratios d'allocation	0,5	0,5
	3b	Changements importants de méthodes après le début de l'essai	0	0
Participants	4a	Critères d'éligibilité des participants	0,5	0,5
	4b	Structure et lieux du recueil des données	0,5	0,5
Interventions	5	Interventions pour chaque groupe avec suffisamment de détails pour reproduire l'étude, incluant comment et quand elles ont été véritablement conduites	1	1
Critères de jugement	6a	Critères à priori de jugement principal et secondaires entièrement définis, en incluant comment et quand ils ont été évalués	0,5	0,5
	6b	Changement quelconque de critères de jugement après le début de l'essai, en expliquer la raison	0	0
Taille de l'échantillon	7a	Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée?	0,5	0,5
	7b	Quand cela est applicable, explication des analyses intermédiaires et des règles d'arrêt	0,5	0,25
<b>RANDOMISATION</b>				
Production de la séquence	8a	Méthode utilisée pour générer la séquence d'allocation par tirage au sort	0,5	0,5
	8b	Type de randomisation, en incluant les détails relatifs à une méthode de restriction.	0,5	0,5
Mécanisme de dissimulation d'assignation	9	Mécanisme utilisé pour mettre en œuvre la séquence d'allocation randomisée en décrivant chaque mesure prise pour masquer l'allocation jusqu'à l'assignation des interventions.	1	1
Mise en œuvre	10	Qui a généré la séquence d'allocation, qui a enrôlé les participants et qui a assigné les participants à leurs groupes	1	0,5
Aveugle	11a	Si applicable, qui a été tenu en aveugle après avoir été affecté à des interventions (par exemple, les participants, les fournisseurs de soins, ceux qui évaluent les résultats) et de quelle façon	0	0
	11b	Si approprié, description de la similitude des interventions	0	0
Méthodes statistiques	12a	Méthodes statistiques utilisées pour comparer les groupes au regard des critères de jugement principal et secondaires	0,5	0,5
	12b	Méthodes utilisées pour des analyses supplémentaires, telles que des analyses de sous groupes ou des analyses ajustées.	0,5	0,5
<b>RESULTATS</b>				
Flux des participants (diagramme conseillé)	13a	Pour chaque groupe, le nombre de participants qui ont été assignés par tirage au sort, qui ont reçu l'action qui leur était destiné et qui ont été analysés pour le critère de jugement principal	0,5	0,5
	13b	Pour chaque groupe, abandons et exclusions après la randomisation, en donner les raisons	0,5	0,5

Recrutement	14a	Dates définissant les périodes de recrutement et de suivi	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>
	14b	Pourquoi l'essai a-t-il pris fin ou a été interrompu?	<b>0</b>	<b>0</b>
Données initiales	15	Une table décrivant les caractéristiques initiales démographiques et cliniques de chaque groupe	<b>1</b>	<b>1</b>
Effectifs analysés	16	Nombre de participants inclus dans chaque analyse en précisant si l'analyse a été faite avec les groupes d'origine	<b>1</b>	<b>1</b>
Critères de jugement et estimations	17a	Pour chaque critère de jugement principal et secondaire, donner les résultats pour chaque groupe, et la taille estimée de l'effet ainsi que sa précision (intervalle de confiance à 95%...)	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>
	17b	Pour les variables binaires, une présentation de la taille de l'effet en valeurs absolues et relatives est recommandée	<b>0</b>	<b>0,25</b>
Analyses accessoires	18	Résultats de toute analyse supplémentaire réalisée en incluant les analyses en sous groupes et les analyses ajustées et en distinguant les analyses spécifiées a priori des analyses exploratoires	<b>1</b>	<b>1</b>
Risques	19	Tous les risques importants ou effets secondaires inattendus dans chaque groupe	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>DISCUSSION</b>				
Limitations	20	Limitations de l'essai en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécision et, au cas où, en tenant compte de la multiplicité des analyses	<b>1</b>	<b>1</b>
Généralisabilité	21	Généralisabilité des résultats de l'essai	<b>1</b>	<b>1</b>
Interprétation	22	Interprétations/conclusions cohérentes avec les résultats, en tenant compte de ratio bénéfices/risques et de possibles autres faits pertinents	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES</b>				
Enregistrement	23	Numéro d'enregistrement de l'essai en précisant le registre utilisé	<b>1</b>	<b>1</b>
Protocole	24	Où le protocole complet de l'essai peut-il être consulté, si possible	<b>0</b>	<b>0</b>
Financement	25	Sources de financement et autres ressources, rôle des donateurs	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>POURCENTAGE :</b>			<b>78%</b>	<b>75%</b>
<b>POURCENTAGE PONDERE :</b>			<b>77%</b>	

## 2) Les études observationnelles : STROBE

- SISLER et al. : Bridging the gap between primary care and the cancer system

Section	Item	Description	Evaluateur 1	Evaluateur 2
<b>TITRE ET RESUME</b>				
	1a	Identification du type d'étude	0	0
	1b	Résumé structuré du plan d'essai, méthodes, résultats et conclusions	0,5	0,5
<b>INTRODUCTION</b>				
Contexte	2	Contexte scientifique et explication du bien fondé	1	1
Objectifs	3	Objectifs spécifiques et hypothèses	1	1
<b>METHODES</b>				
Conception de l'étude	4	Description du plan d'essai en incluant les ratios d'allocation	1	0,75
Contexte	5	Changements importants de méthodes après le début de l'essai	0	0
Populations	6a	Critères d'éligibilité des participants	0,5	0,5
	6b	Méthode de sélection des participants	0,5	0,5
Variables	7	Définir clairement les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusions potentiels, les facteurs d'influence.	0	0
Sources de mesures	8	Chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation.	1	0,75
Biais	9	Décrire les mesures pour éviter les sources potentielles de biais	0	0
Taille de l'étude	10	Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure	0	0
Variables quantitatives	11	Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi.	0	0
Analyses statistiques	12a	Décrire toutes les analyses statistiques	0	0
	12b	Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous groupes et les interactions	0	0
	12c	Expliquer comment les données manquantes ont été traitées	0	0
	12d	Décrire comment les perdus de vue ont été traités	0	0
<b>RESULTATS</b>				
Populations	13a	Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude	0,33	0,33
	13b	Indiquer les raisons de non participation à chaque étape	0,33	0
	13c	Diagramme de flux	0	0
Données descriptives	14a	Caractéristiques de la population étudiée	0,33	0,33
	14b	Nombre de sujets inclus	0,33	0,2
	14c	Résumer la période de suivie	0,33	0,2
Données obtenues	15	Rapporter le nombre d'événements survenus ou les indicateurs mesurés	1	1
Principaux résultats	16a	Indiquer les estimations avant et après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision	0,5	0,25
	16b	Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées.	0,5	0,25
Autres analyses	17	Mentionner les autres analyses réalisées	1	1
<b>DISCUSSION</b>				
Principaux résultats	18	Résumer les principaux résultats aux objectifs de l'étude	1	1

Limitations	19	Discuter les limites de l'étude en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens de l'importance de tout biais potentiel	<b>1</b>	<b>1</b>
Interprétation	20	Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses des résultats d'études similaires et pertinents	<b>1</b>	<b>1</b>
Généralisabilité	21	Discuter la généralisabilité des résultats de l'étude	<b>1</b>	<b>1</b>
INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES				
Financement	22	Sources de financement et autres ressources, rôle des donateurs	<b>1</b>	<b>1</b>
POURCENTAGE :			<b>62%</b>	<b>62%</b>
POURCENTAGE PONDERE :			<b>62%</b>	

- ROUGE-BUGAT et al. : Guideline sheets on the side effects of anticancer drugs are useful for general practitioners

Section	Item	Description	Evaluateur 1	Evaluateur 2
TITRE ET RESUME				
	1a	Identification du type d'étude	0,5	0,25
	1b	Résumé structuré du plan d'essai, méthodes, résultats et conclusions	0,5	0,5
INTRODUCTION				
Contexte et Objectifs	2	Contexte scientifique et explications du bien fondé	1	1
	3	Objectifs spécifiques et hypothèses	1	1
METHODES				
Conception de l'étude	4	Description du plan d'essai en incluant les ratios d'allocation	1	0,5
Contexte	5	Changements importants de méthodes après le début de l'essai	0	0
Populations	6a	Critères d'éligibilité des participants	0,5	0,5
	6b	Méthode de sélection des participants	0,5	0,5
Variables	7	Définir clairement les critères de résultats, les expositions, les facteurs de prédiction, les facteurs de confusions potentiels, les facteurs d'influence.	0	0,25
Sources de mesures	8	Pour chaque variable d'intérêt, indiquer les sources de données et les détails des méthodes d'évaluation.	1	0,75
Biais	9	Décrire les mesures pour éviter les sources potentielles de biais	1	1
Taille de l'étude	10	Expliquer comment a été déterminé le nombre de sujets à inclure	0	0
Variables quantitatives	11	Expliquer comment les variables quantitatives ont été traitées dans les analyses. Le cas échéant, décrire quels regroupements ont été effectués et pourquoi.	1	1
Analyses statistiques	12a	Décrire toutes les analyses statistiques	0,25	0,25
	12b	Décrire toutes les méthodes utilisées pour examiner les sous groupes et les interactions	0	0
	12c	Expliquer comment les données manquantes ont été traitées	0	0
	12d	Décrire comment les perdus de vue ont été traités	0	0
RESULTATS				
Populations	13a	Rapporter le nombre d'individus à chaque étape de l'étude	0,33	0,33
	13b	Indiquer les raisons de non participation à chaque étape	0,33	0,33
	13c	Diagramme de flux	0,33	0,33
Données descriptives	14a	Caractéristiques de la population étudiée	0,33	0,33
	14b	Nombre de sujets inclus	0,33	0,33
	14c	Résumer la période de suivie	0,33	0,33
Données obtenues	15	Rapporter le nombre d'événements survenus ou les indicateurs mesurés	1	1
Principaux résultats	16a	Indiquer les estimations avant et après ajustement sur les facteurs de confusion avec leur précision	0	0
	16b	Indiquer les valeurs bornes des intervalles lorsque les variables continues ont été catégorisées.	0,5	0,25
Autres analyses	17	Mentionner les autres analyses réalisées	1	1
DISCUSSION				
Principaux résultats	18	Résumer les principaux résultats aux objectifs de l'étude	1	1
Limites	19	Discuter les limites de l'étude en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécisions. Discuter du sens de l'importance de tout biais potentiel	1	1

Interprétation	20	Donner une interprétation générale prudente des résultats compte tenu des objectifs, des limites de l'étude, de la multiplicité des analyses des résultats d'études similaires et pertinents	<b>1</b>	<b>1</b>
Généralisabilité	21	Discuter la généralisabilité des résultats de l'étude	<b>1</b>	<b>1</b>
INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES				
Financement	22	Sources de financement et autres ressources, rôle des donateurs	<b>1</b>	<b>1</b>
POURCENTAGE :			<b>81%</b>	<b>76%</b>
POURCENTAGE PONDERE :			<b>78%</b>	

### 3) Les revues systématiques de la littérature : PRISMA

- AUBIN et al. : Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer

Section	Item	Description	Evaluateur 1	Evaluateur 2
TITRE				
	1	Identifier le rapport comme une revue systématique, une méta-analyse ou les deux	0	0,5
RESUME				
Résumé structuré	2	Fournir un résumé structuré incluant, si applicable : contexte ; objectifs ; sources des données ; critères d'éligibilité des études, populations, et interventions ; évaluation des études et méthodes de synthèse ; résultats ; limites ; conclusions et impacts des principaux résultats ; numéro d'enregistrement de la revue systématique.	1	1
INTRODUCTION				
Contexte	3	Justifier la pertinence de la revue par rapport à l'état actuel des connaissances.	1	1
Objectifs	4	Déclarer explicitement les questions traitées en se référant aux participants, interventions, comparaisons, résultats, et à la conception de l'étude (PICOS).	1	1
METHODES				
Protocole et enregistrement	5	Indiquer si un protocole de revue de la littérature existe, s'il peut être consulté et où (par exemple, l'adresse web), et, le cas échéant, fournir des informations d'identification, y compris le numéro d'enregistrement.	1	1
Critères d'éligibilité	6	Spécifier les caractéristiques de l'étude (par exemple, PICOS, durée de suivi) et les caractéristiques du rapport (par exemple, années considérées, langues, statuts de publication) utilisées comme critères d'éligibilité, et justifier ce choix.	1	1
Sources d'information	7	Décrire toutes les sources d'information (par exemple : bases de données avec la période couverte, échange avec les auteurs pour identifier des études complémentaires) de recherche et la date de la dernière recherche.	1	1
Recherche	8	Présenter la stratégie complète de recherche automatisée d'au moins une base de données, y compris les limites décidées, de sorte qu'elle puisse être reproduite.	1	1
Sélection des études	9	Indiquer le processus de sélection des études (c.-à-d. : triage, éligibilité, inclusion dans la revue systématique, et, le cas échéant, inclusion dans la méta-analyse).	1	1
Extraction des données	10	Décrire la méthode d'extraction de données contenues dans les rapports (par exemple : formulaires préétablis, librement, en double lecture) et tous les processus d'obtention et de vérification des données auprès des investigateurs.	1	1
Données	11	Lister et définir toutes les variables pour lesquelles des données ont été recherchées (par exemple : PICOS, sources de financement) et les suppositions et simplifications réalisées.	1	1
Risque de biais inhérent à chaque étude	12	Décrire les méthodes utilisées pour évaluer le risque de biais de chaque étude (en spécifiant si celui-ci se situe au niveau de l'étude ou du résultat), et comment cette information est utilisée dans la synthèse des données.	1	1
Quantification des résultats	13	Indiquer les principales échelles de quantification des résultats (par exemple : risk ratio, différence entre les moyennes).	1	1
Synthèse des résultats	14	Décrire les méthodes de traitement des données et de combinaison des résultats des études, si effectué, y compris les tests d'hétérogénéité (par exemple : I <sup>2</sup> ) pour chaque méta-analyse.	1	1

Risque de biais transversal aux études	15	Spécifier toute quantification du risque de biais pouvant altérer le niveau de preuve global (par exemple : biais de publication, rapport sélectif au sein des études).	1	1
Analyses supplémentaires	16	Décrire les méthodes des analyses complémentaires (par exemple : analyses de sensibilité ou en sous-groupes, méta-régression), si effectuées, en indiquant celles qui étaient prévues a priori .	0	0,5
<b>RESULTATS</b>				
Sélection des études	17	Indiquer le nombre d'études triées, examinées en vue de l'éligibilité, et incluses dans la revue, avec les raisons d'exclusion à chaque étape, de préférence sous forme d'un diagramme de flux.	1	1
Caractéristiques des études sélectionnées	18	Pour chaque étude, présenter les caractéristiques pour lesquelles des données ont été extraites (par exemple : taille de l'étude, PICOS, période de suivi) et fournir les références.	1	1
Risques de biais relatif aux études	19	Présenter les éléments sur le risque de biais de chaque étude et, si possible, toute évaluation des conséquences sur les résultats (voir item 12).	1	1
Résultats de chaque étude	20	Pour tous les résultats considérés (positifs ou négatifs), présenter, pour chaque étude : (a) une brève synthèse des données pour chaque groupe d'intervention ; (b) les ampleurs d'effets estimés et leurs intervalles de confiance, idéalement avec un graphique	1	1
Synthèse des résultats	21	Présenter les principaux résultats de chaque méta-analyse réalisée, incluant les intervalles de confiance et les tests d'hétérogénéité.	1	1
Risque de biais transversal aux études	22	Présenter les résultats de l'évaluation du risque de biais transversal aux études (voir item 15).	1	1
Analyses supplémentaires	23	Le cas échéant, donner les résultats des analyses complémentaires (par exemple : analyses de sensibilité ou en sous-groupes, méta-régression [voir item 16]).	1	1
<b>DISCUSSION</b>				
Synthèse des niveaux de preuve	24	Résumer les principaux résultats, ainsi que leur niveau de preuve pour chacun des principaux critères de résultat ; examiner leur pertinence selon les publics concernés (par exemple : établissements ou professionnels de santé, usagers et décideurs).	1	1
Limites	25	Discuter des limites au niveau des études et de leurs résultats (par exemple : risque de biais), ainsi qu'au niveau de la revue (par exemple : récupération incomplète de travaux identifiés, biais de notification).	1	1
Conclusions	26	Fournir une interprétation générale des résultats dans le contexte des autres connaissances établies, et les impacts pour de futures études.	1	1
<b>FINANCEMENT</b>				
Financement	27	Indiquer les sources de financement de la revue systématique et toute autre forme d'aide (par exemple : fourniture de données) ; rôle des financeurs pour la revue systématique.	1	1
<b>POURCENTAGE :</b>			<b>93%</b>	<b>93%</b>
<b>POURCENTAGE PONDERE :</b>			<b>93%</b>	

4) Les études évaluant l'amélioration de la qualité dans le système de santé : SQUIRE 2.0

- LUKER et al. : An evaluation of information cards as a means of improving communication between hospital and primary care for women with breast cancer

Section	Item	Description	Evaluateur 1	Evaluateur 2
TITRE				
	1	Indique que le manuscrit concerne une initiative visant à améliorer les soins de santé (au sens large, il est défini de façon à inclure la qualité, la sécurité, l'efficacité, le caractère centré sur le patient, l'opportunité, le coût, l'efficacité et l'équité des soins).	0,75	0,75
RESUME				
	2a	Fournir des informations adéquates pour faciliter la recherche et l'indexation	0,5	0
	2b	Résumer toutes les informations clés des différentes sections du texte en utilisant le format de résumé de la publication prévue ou un résumé structuré tel que : contexte, problème local, méthodes, interventions, résultats, conclusions, etc.	0,5	0,5
INTRODUCTION				
Description du problème	3	Nature et importance du problème local	1	1
Connaissances actuelles	4	Résumé de ce que l'on sait actuellement sur le problème, y compris les études antérieures pertinentes	1	1
Justifications	5	Cadres, modèles, concepts et/ou théories formels ou informels utilisés pour expliquer le problème, les raisons ou hypothèses qui ont été utilisées pour élaborer l'intervention ou les interventions et les raisons pour lesquelles l'intervention ou les interventions étaient censées fonctionner.	1	1
Objectifs spécifiques	6	Objectif du projet et du présent rapport	1	1
METHODES				
Contexte	7	Éléments contextuels jugés importants au début de l'introduction de l'intervention(s)	0	0,5
Interventions	8a	Description de l'intervention ou des interventions avec suffisamment de détails pour que d'autres personnes puissent y avoir accès. le reproduire	0,5	0,5
	8b	Spécificités de l'équipe impliquée dans le travail	0	0
Etude des interventions	9a	Approche choisie pour évaluer l'impact de l'intervention ou des interventions	0,5	0,5
	9b	Approche utilisée pour établir si les résultats observés étaient dus à l'intervention ou aux interventions	0	0
Mesures	10a	Mesures choisies pour l'étude des processus et des résultats de l'intervention ou des interventions, y compris la justification de leur choix, les raisons pour lesquelles elles ont été choisies, leurs résultats et les résultats obtenus. Les définitions opérationnelles, leur validité et leur fiabilité	0,33	0,2
	10b	Description de l'approche adoptée pour l'évaluation continue des éléments contextuels qui ont contribué au succès, à l'échec, à l'efficacité et aux coûts	0	0
	10c	Méthodes employées pour évaluer l'exhaustivité et l'exactitude des données	0	0
Analyse	11a	Méthodes qualitatives et quantitatives utilisées pour tirer des inférences à partir des données	0,5	0,5
	11b	Méthodes pour comprendre les variations au sein des données, y compris les effets du temps en tant que variable	0	0

Considérations éthiques	12	Aspects éthiques de la mise en œuvre et de l'étude des interventions et la façon dont elles ont été abordées, y compris, mais sans s'y limiter, l'évaluation éthique officielle et les conflits d'intérêts potentiels	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>RESULTATS</b>				
	13a	Les étapes initiales de l'intervention ou des interventions et leur évolution dans le temps (p. ex, diagramme chronologique, organigramme ou tableau), y compris les modifications apportées à l'intervention au cours du projet	<b>0</b>	<b>0</b>
	13b	Détails des mesures du processus et des résultats	<b>0,16</b>	<b>0,16</b>
	13c	Éléments contextuels qui ont interagi avec l'intervention ou les interventions	<b>0,16</b>	<b>0,16</b>
	13d	Liens observés entre les résultats, les interventions et les résultats pertinents. éléments contextuels	<b>0,16</b>	<b>0,16</b>
	13e	Conséquences imprévues telles que des avantages inattendus, des problèmes, les échecs ou les coûts associés à l'intervention ou aux interventions.	<b>0</b>	<b>0</b>
	13f	Détails sur les données manquantes	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>DISCUSSION</b>				
Résumé	14a	Principales constatations, y compris leur pertinence par rapport à la raison d'être et aux objectifs spécifiques	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>
	14b	Points forts particuliers du projet	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>
Interprétation	15a	Nature de l'association entre l'intervention ou les interventions et les résultats	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>
	15b	Comparaison des résultats avec ceux d'autres publications	<b>0</b>	<b>0</b>
	15c	Impact du projet sur les personnes et les systèmes	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>
	15d	Raisons de toute différence entre les résultats observés et les résultats anticipés, y compris l'influence du contexte	<b>0</b>	<b>0,2</b>
	15e	Coûts et arbitrages stratégiques, y compris les coûts d'opportunité	<b>0</b>	<b>0</b>
Limites	16a	Limites à la généralisabilité du travail	<b>0</b>	<b>0,33</b>
	16b	Facteurs qui pourraient avoir une validité interne limitée, comme la confusion, biais ou imprécision dans la conception, les méthodes, les mesures ou l'analyse	<b>0</b>	<b>0</b>
	16c	Efforts déployés pour réduire au minimum les limitations et s'y adapter	<b>0</b>	<b>0</b>
Conclusions	17a	Utilité de l'ouvrage	<b>0</b>	<b>0</b>
	17b	Durabilité	<b>0</b>	<b>0</b>
	17c	Potentiel de généralisation à d'autres contextes	<b>0</b>	<b>0</b>
	17d	Implications pour la pratique et pour la poursuite des études dans ce domaine	<b>0</b>	<b>0,2</b>
	17e	Prochaines étapes suggérées	<b>0</b>	<b>0,2</b>
Autres informations	18	Sources de financement Sources de financement qui ont appuyé ce travail. Rôle, le cas échéant, du financement dans la conception, la mise en œuvre, l'interprétation et l'établissement de rapports.	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>POURCENTAGE :</b>			<b>64%</b>	<b>68%</b>
<b>POURCENTAGE PONDERE :</b>			<b>66%</b>	

- BROUWERS et al. : Documenting coordination of cancer care between primary care providers and oncology specialists in Canada

Section	Item	Description	Evaluateur 1	Evaluateur 2
TITRE				
	1	Indique que le manuscrit concerne une initiative visant à améliorer les soins de santé (au sens large, il est défini de façon à inclure la qualité, la sécurité, l'efficacité, le caractère centré sur le patient, l'opportunité, le coût, l'efficacité et l'équité des soins).	1	1
RESUME				
	2a	Fournir des informations adéquates pour faciliter la recherche et l'indexation	0,5	0,5
	2b	Résumer toutes les informations clés des différentes sections du texte en utilisant le format de résumé de la publication prévue ou un résumé structuré tel que : contexte, problème local, méthodes, interventions, résultats, conclusions, etc.	0	0,5
INTRODUCTION				
Description du problème	3	Nature et importance du problème local	1	1
Connaissances actuelles	4	Résumé de ce que l'on sait actuellement sur le problème, y compris les études antérieures pertinentes	1	1
Justifications	5	Cadres, modèles, concepts et/ou théories formels ou informels utilisés pour expliquer le problème, les raisons ou hypothèses qui ont été utilisées pour élaborer l'intervention ou les interventions et les raisons pour lesquelles l'intervention ou les interventions étaient censées fonctionner.	0	0,5
Objectifs spécifiques	6	Objectif du projet et du présent rapport	1	1
METHODES				
Contexte	7	Éléments contextuels jugés importants au début de l'introduction de l'intervention(s)	1	1
Interventions	8a	Description de l'intervention ou des interventions avec suffisamment de détails pour que d'autres personnes puissent y avoir accès, le reproduire	0,5	0,5
	8b	Spécificités de l'équipe impliquée dans le travail	0	0
Etude des interventions	9a	Approche choisie pour évaluer l'impact de l'intervention ou des interventions	0,5	0,5
	9b	Approche utilisée pour établir si les résultats observés étaient dus à l'intervention ou aux interventions	0	0
Mesures	10a	Mesures choisies pour l'étude des processus et des résultats de la l'intervention ou les interventions, y compris la justification de leur choix, les raisons pour lesquelles elles ont été choisies, leurs résultats et les résultats obtenus. les définitions opérationnelles, leur validité et leur fiabilité	0	0,33
	10b	Description de l'approche adoptée pour l'évaluation continue des éléments contextuels qui ont contribué au succès, à l'échec, à l'efficacité et aux coûts	0	0
	10c	Méthodes employées pour évaluer l'exhaustivité et l'exactitude des données	0	0
Analyse	11a	Méthodes qualitatives et quantitatives utilisées pour tirer des inférences à partir des données	0	0
	11b	Méthodes pour comprendre les variations au sein des données, y compris les effets du temps en tant que variable	0	0
Considérations éthiques	12	Aspects éthiques de la mise en œuvre et de l'étude des interventions et la façon dont elles ont été abordées, y compris, mais sans s'y limiter, l'évaluation éthique officielle et les conflits d'intérêts potentiels	0	0

<b>RESULTATS</b>				
	13a	Les étapes initiales de l'intervention ou des interventions et leur évolution dans le temps (p. ex, diagramme chronologique, organigramme ou tableau), y compris les modifications apportées à l'intervention au cours du projet	<b>0</b>	<b>0</b>
	13b	Détails des mesures du processus et des résultats	<b>0,16</b>	<b>0,16</b>
	13c	Éléments contextuels qui ont interagi avec l'intervention ou les interventions	<b>0,16</b>	<b>0,16</b>
	13d	Liens observés entre les résultats, les interventions et les résultats pertinents. éléments contextuels	<b>0</b>	<b>0</b>
	13e	Conséquences imprévues telles que des avantages inattendus, des problèmes, les échecs ou les coûts associés à l'intervention ou aux interventions.	<b>0</b>	<b>0</b>
	13f	Détails sur les données manquantes	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>DISCUSSION</b>				
Résumé	14a	Principales constatations, y compris leur pertinence par rapport à la raison d'être et aux objectifs spécifiques	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>
	14b	Points forts particuliers du projet	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>
Interprétation	15a	Nature de l'association entre l'intervention ou les interventions et les résultats	<b>0</b>	<b>0</b>
	15b	Comparaison des résultats avec ceux d'autres publications	<b>0</b>	<b>0</b>
	15c	Impact du projet sur les personnes et les systèmes	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>
	15d	Raisons de toute différence entre les résultats observés et les résultats anticipés, y compris l'influence du contexte	<b>0</b>	<b>0</b>
	15e	Coûts et arbitrages stratégiques, y compris les coûts d'opportunité	<b>0</b>	<b>0</b>
Limites	16a	Limites à la généralisabilité du travail	<b>0,33</b>	<b>0,33</b>
	16b	Facteurs qui pourraient avoir une validité interne limitée, comme la confusion, biais ou imprécision dans la conception, les méthodes, les mesures ou l'analyse	<b>0,33</b>	<b>0,33</b>
	16c	Efforts déployés pour réduire au minimum les limitations et s'y adapter	<b>0</b>	<b>0</b>
Conclusions	17a	Utilité de l'ouvrage	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>
	17b	Durabilité	<b>0</b>	<b>0</b>
	17c	Potentiel de généralisation à d'autres contextes	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>
	17d	Implications pour la pratique et pour la poursuite des études dans ce domaine	<b>0</b>	<b>0,2</b>
	17e	Prochaines étapes suggérées	<b>0</b>	<b>0</b>
Autres informations	18	Sources de financement Sources de financement qui ont appuyé ce travail. Rôle, le cas échéant, du financement dans la conception, la mise en œuvre, l'interprétation et l'établissement de rapports.	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>POURCENTAGE :</b>			<b>56%</b>	<b>65%</b>
<b>POURCENTAGE PONDERE :</b>			<b>60%</b>	

- KENDALL et al. : Proactive cancer care in primary care: a mixed-methods study

Section	Item	Description	Evaluateur 1	Evaluateur 2
TITRE				
	1	Indique que le manuscrit concerne une initiative visant à améliorer les soins de santé (au sens large, il est défini de façon à inclure la qualité, la sécurité, l'efficacité, le caractère centré sur le patient, l'opportunité, le coût, l'efficacité et l'équité des soins).	<b>1</b>	<b>1</b>
RESUME				
	2a	Fournir des informations adéquates pour faciliter la recherche et l'indexation	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>
	2b	Résumer toutes les informations clés des différentes sections du texte en utilisant le format de résumé de la publication prévue ou un résumé structuré tel que : contexte, problème local, méthodes, interventions, résultats, conclusions, etc.	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>
INTRODUCTION				
Description du problème	3	Nature et importance du problème local	<b>1</b>	<b>1</b>
Connaissances actuelles	4	Résumé de ce que l'on sait actuellement sur le problème, y compris les études antérieures pertinentes	<b>1</b>	<b>1</b>
Justifications	5	Cadres, modèles, concepts et/ou théories formels ou informels utilisés pour expliquer le problème, les raisons ou hypothèses qui ont été utilisées pour élaborer l'intervention ou les interventions et les raisons pour lesquelles l'intervention ou les interventions étaient censées fonctionner.	<b>1</b>	<b>1</b>
Objectifs spécifiques	6	Objectif du projet et du présent rapport	<b>1</b>	<b>1</b>
METHODES				
Contexte	7	Éléments contextuels jugés importants au début de l'introduction de l'intervention(s)	<b>1</b>	<b>1</b>
Interventions	8a	Description de l'intervention ou des interventions avec suffisamment de détails pour que d'autres personnes puissent y avoir accès. le reproduire	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>
	8b	Spécificités de l'équipe impliquée dans le travail	<b>0,25</b>	<b>0,5</b>
Etude des interventions	9a	Approche choisie pour évaluer l'impact de l'intervention ou des interventions	<b>0</b>	<b>0</b>
	9b	Approche utilisée pour établir si les résultats observés étaient dus à l'intervention ou aux interventions	<b>0,25</b>	<b>0</b>
Mesures	10a	Mesures choisies pour l'étude des processus et des résultats de la l'intervention ou les interventions, y compris la justification de leur choix, les raisons pour lesquelles elles ont été choisies, leurs résultats et les résultats obtenus. les définitions opérationnelles, leur validité et leur fiabilité	<b>0,33</b>	<b>0,33</b>
	10b	Description de l'approche adoptée pour l'évaluation continue des éléments contextuels qui ont contribué au succès, à l'échec, à l'efficacité et aux coûts	<b>0,33</b>	<b>0,33</b>
	10c	Méthodes employées pour évaluer l'exhaustivité et l'exactitude des données	<b>0</b>	<b>0</b>
Analyse	11a	Méthodes qualitatives et quantitatives utilisées pour tirer des inférences à partir des données	<b>0</b>	<b>0,25</b>
	11b	Méthodes pour comprendre les variations au sein des données, y compris les effets du temps en tant que variable	<b>0,25</b>	<b>0</b>
Considérations éthiques	12	Aspects éthiques de la mise en œuvre et de l'étude des interventions et la façon dont elles ont été abordées, y compris, mais sans s'y limiter, l'évaluation éthique officielle et les conflits d'intérêts potentiels	<b>1</b>	<b>1</b>
RESULTATS				
	13a	Les étapes initiales de l'intervention ou des interventions et leur évolution dans le temps (p. ex, diagramme chronologique, organigramme ou tableau), y compris les modifications apportées à l'intervention au cours du projet	<b>0,16</b>	<b>0,16</b>
	13b	Détails des mesures du processus et des résultats	<b>0,16</b>	<b>0,16</b>

	13c	Éléments contextuels qui ont interagi avec l'intervention ou les interventions	<b>0,16</b>	<b>0,16</b>
	13d	Liens observés entre les résultats, les interventions et les résultats pertinents. éléments contextuels	<b>0,16</b>	<b>0,16</b>
	13e	Conséquences imprévues telles que des avantages inattendus, des problèmes, les échecs ou les coûts associés à l'intervention ou aux interventions.	<b>0,16</b>	<b>0,16</b>
	13f	Détails sur les données manquantes	<b>0,16</b>	<b>0,16</b>
<b>DISCUSSION</b>				
Résumé	14a	Principales constatations, y compris leur pertinence par rapport à la raison d'être et aux objectifs spécifiques	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>
	14b	Points forts particuliers du projet	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>
Interprétation	15a	Nature de l'association entre l'intervention ou les interventions et les résultats	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>
	15b	Comparaison des résultats avec ceux d'autres publications	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>
	15c	Impact du projet sur les personnes et les systèmes	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>
	15d	Raisons de toute différence entre les résultats observés et les résultats anticipés, y compris l'influence du contexte	<b>0</b>	<b>0,2</b>
	15e	Coûts et arbitrages stratégiques, y compris les coûts d'opportunité	<b>0</b>	<b>0</b>
Limites	16a	Limites à la généralisabilité du travail	<b>0,33</b>	<b>0,33</b>
	16b	Facteurs qui pourraient avoir une validité interne limitée, comme la confusion, biais ou imprécision dans la conception, les méthodes, les mesures ou l'analyse	<b>0,33</b>	<b>0,33</b>
	16c	Efforts déployés pour réduire au minimum les limitations et s'y adapter	<b>0,33</b>	<b>0,33</b>
Conclusions	17a	Utilité de l'ouvrage	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>
	17b	Durabilité	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>
	17c	Potentiel de généralisation à d'autres contextes	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>
	17d	Implications pour la pratique et pour la poursuite des études dans ce domaine	<b>0</b>	<b>0,2</b>
	17e	Prochaines étapes suggérées	<b>0</b>	<b>0,2</b>
Autres informations	18	Sources de financement Sources de financement qui ont appuyé ce travail. Rôle, le cas échéant, du financement dans la conception, la mise en œuvre, l'interprétation et l'établissement de rapports.	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>POURCENTAGE :</b>			<b>84%</b>	<b>87%</b>
<b>POURCENTAGE PONDERE :</b>			<b>85%</b>	

- JEFFORD 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

Section	Item	Description	Evaluateur 1	Evaluateur 2
TITRE				
	1	Indique que le manuscrit concerne une initiative visant à améliorer les soins de santé (au sens large, il est défini de façon à inclure la qualité, la sécurité, l'efficacité, le caractère centré sur le patient, l'opportunité, le coût, l'efficacité et l'équité des soins).	1	1
RESUME				
	2a	Fournir des informations adéquates pour faciliter la recherche et l'indexation	0,5	0,5
	2b	Résumer toutes les informations clés des différentes sections du texte en utilisant le format de résumé de la publication prévue ou un résumé structuré tel que : contexte, problème local, méthodes, interventions, résultats, conclusions, etc.	0,5	0,5
INTRODUCTION				
Description du problème	3	Nature et importance du problème local	1	1
Connaissances actuelles	4	Résumé de ce que l'on sait actuellement sur le problème, y compris les études antérieures pertinentes	1	1
Justifications	5	Cadres, modèles, concepts et/ou théories formels ou informels utilisés pour expliquer le problème, les raisons ou hypothèses qui ont été utilisées pour élaborer l'intervention ou les interventions et les raisons pour lesquelles l'intervention ou les interventions étaient censées fonctionner.	1	1
Objectifs spécifiques	6	Objectif du projet et du présent rapport	1	1
METHODES				
Contexte	7	Éléments contextuels jugés importants au début de l'introduction de la intervention(s)	1	1
Interventions	8a	Description de l'intervention ou des interventions avec suffisamment de détails pour que d'autres personnes puissent y avoir accès. le reproduire	0,5	0,5
	8b	Spécificités de l'équipe impliquée dans le travail	0	0
Etude des interventions	9a	Approche choisie pour évaluer l'impact de l'intervention ou des interventions	0	0,5
	9b	Approche utilisée pour établir si les résultats observés étaient dus à l'intervention ou aux interventions	0	0
Mesures	10a	Mesures choisies pour l'étude des processus et des résultats de l'intervention ou des interventions, y compris la justification de leur choix, les raisons pour lesquelles elles ont été choisies, leurs résultats et les résultats obtenus. les définitions opérationnelles, leur validité et leur fiabilité	0	0,2
	10b	Description de l'approche adoptée pour l'évaluation continue des éléments contextuels qui ont contribué au succès, à l'échec, à l'efficacité et aux coûts	0,33	0,33
	10c	Méthodes employées pour évaluer l'exhaustivité et l'exactitude des données	0	0
Analyse	11a	Méthodes qualitatives et quantitatives utilisées pour tirer des inférences à partir des données	0,5	0,5
	11b	Méthodes pour comprendre les variations au sein des données, y compris les effets du temps en tant que variable	0	0
Considérations éthiques	12	Aspects éthiques de la mise en œuvre et de l'étude des interventions et la façon dont elles ont été abordées, y compris, mais sans s'y limiter, l'évaluation éthique officielle et les conflits d'intérêts potentiels	1	1

<b>RESULTATS</b>				
	13a	Les étapes initiales de l'intervention ou des interventions et leur évolution dans le temps (p. ex, diagramme chronologique, organigramme ou tableau), y compris les modifications apportées à l'intervention au cours du projet	<b>0,16</b>	<b>0,16</b>
	13b	Détails des mesures du processus et des résultats	<b>0,16</b>	<b>0,16</b>
	13c	Éléments contextuels qui ont interagi avec l'intervention ou les interventions	<b>0</b>	<b>0</b>
	13d	Liens observés entre les résultats, les interventions et les résultats pertinents. éléments contextuels	<b>0</b>	<b>0,16</b>
	13e	Conséquences imprévues telles que des avantages inattendus, des problèmes, les échecs ou les coûts associés à l'intervention ou aux interventions.	<b>0,16</b>	<b>0,16</b>
	13f	Détails sur les données manquantes	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>DISCUSSION</b>				
Résumé	14a	Principales constatations, y compris leur pertinence par rapport à la raison d'être et aux objectifs spécifiques	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>
	14b	Points forts particuliers du projet	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>
Interprétation	15a	Nature de l'association entre l'intervention ou les interventions et les résultats	<b>0</b>	<b>0,2</b>
	15b	Comparaison des résultats avec ceux d'autres publications	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>
	15c	Impact du projet sur les personnes et les systèmes	<b>0</b>	<b>0,2</b>
	15d	Raisons de toute différence entre les résultats observés et les résultats anticipés, y compris l'influence du contexte	<b>0</b>	<b>0,2</b>
	15e	Coûts et arbitrages stratégiques, y compris les coûts d'opportunité	<b>0</b>	<b>0</b>
Limites	16a	Limites à la généralisabilité du travail	<b>0</b>	<b>0</b>
	16b	Facteurs qui pourraient avoir une validité interne limitée, comme la confusion, biais ou imprécision dans la conception, les méthodes, les mesures ou l'analyse	<b>0</b>	<b>0</b>
	16c	Efforts déployés pour réduire au minimum les limitations et s'y adapter	<b>0</b>	<b>0</b>
Conclusions	17a	Utilité de l'ouvrage	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>
	17b	Durabilité	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>
	17c	Potentiel de généralisation à d'autres contextes	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>
	17d	Implications pour la pratique et pour la poursuite des études dans ce domaine	<b>0</b>	<b>0,2</b>
	17e	Prochaines étapes suggérées	<b>0</b>	<b>0</b>
Autres informations	18	Sources de financement Sources de financement qui ont appuyé ce travail. Rôle, le cas échéant, du financement dans la conception, la mise en œuvre, l'interprétation et l'établissement de rapports.	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>POURCENTAGE :</b>			<b>70%</b>	<b>79%</b>
<b>POURCENTAGE PONDERE :</b>			<b>75%</b>	

- MOYEZ et al. : The management of acute adverse effects of breast cancer treatment in general practice: a video-vignette study

Section	Item	Description	Evaluateur 1	Evaluateur 2
TITRE				
	1	Indique que le manuscrit concerne une initiative visant à améliorer les soins de santé (au sens large, il est défini de façon à inclure la qualité, la sécurité, l'efficacité, le caractère centré sur le patient, l'opportunité, le coût, l'efficience et l'équité des soins).	1	1
RESUME				
	2a	Fournir des informations adéquates pour faciliter la recherche et l'indexation	0,5	0,5
	2b	Résumer toutes les informations clés des différentes sections du texte en utilisant le format de résumé de la publication prévue ou un résumé structuré tel que : contexte, problème local, méthodes, interventions, résultats, conclusions, etc.	0,5	0,5
INTRODUCTION				
Description du problème	3	Nature et importance du problème local	1	1
Connaissances actuelles	4	Résumé de ce que l'on sait actuellement sur le problème, y compris les études antérieures pertinentes	1	1
Justifications	5	Cadres, modèles, concepts et/ou théories formels ou informels utilisés pour expliquer le problème, les raisons ou hypothèses qui ont été utilisées pour élaborer l'intervention ou les interventions et les raisons pour lesquelles l'intervention ou les interventions étaient censées fonctionner.	1	1
Objectifs spécifiques	6	Objectif du projet et du présent rapport	1	1
METHODES				
Contexte	7	Éléments contextuels jugés importants au début de l'introduction de l'intervention(s)	1	1
Interventions	8a	Description de l'intervention ou des interventions avec suffisamment de détails pour que d'autres personnes puissent y avoir accès. le reproduire	0,5	0,5
	8b	Spécificités de l'équipe impliquée dans le travail	0,5	0
Etude des interventions	9a	Approche choisie pour évaluer l'impact de l'intervention ou des interventions	0,5	0,5
	9b	Approche utilisée pour établir si les résultats observés étaient dus à l'intervention ou aux interventions	0,5	0,5
Mesures	10a	Mesures choisies pour l'étude des processus et des résultats de l'intervention ou les interventions, y compris la justification de leur choix, les raisons pour lesquelles elles ont été choisies, leurs résultats et les résultats obtenus. les définitions opérationnelles, leur validité et leur fiabilité	0	0
	10b	Description de l'approche adoptée pour l'évaluation continue des éléments contextuels qui ont contribué au succès, à l'échec, à l'efficacité et aux coûts	0,33	0,33
	10c	Méthodes employées pour évaluer l'exhaustivité et l'exactitude des données	0	0
Analyse	11a	Méthodes qualitatives et quantitatives utilisées pour tirer des inférences à partir des données	0,5	0,5
	11b	Méthodes pour comprendre les variations au sein des données, y compris les effets du temps en tant que variable	0,5	0,5

Considérations éthiques	12	Aspects éthiques de la mise en œuvre et de l'étude des interventions et la façon dont elles ont été abordées, y compris, mais sans s'y limiter, l'évaluation éthique officielle et les conflits d'intérêts potentiels	0	0
<b>RESULTATS</b>				
	13a	Les étapes initiales de l'intervention ou des interventions et leur évolution dans le temps (p. ex, diagramme chronologique, organigramme ou tableau), y compris les modifications apportées à l'intervention au cours du projet	0,16	0,16
	13b	Détails des mesures du processus et des résultats	0,16	0,16
	13c	Éléments contextuels qui ont interagi avec l'intervention ou les interventions	0	0
	13d	Liens observés entre les résultats, les interventions et les résultats pertinents. éléments contextuels	0,16	0,16
	13e	Conséquences imprévues telles que des avantages inattendus, des problèmes, les échecs ou les coûts associés à l'intervention ou aux interventions.	0	0
	13f	Détails sur les données manquantes	0	0
<b>DISCUSSION</b>				
Résumé	14a	Principales constatations, y compris leur pertinence par rapport à la raison d'être et aux objectifs spécifiques	0,5	0,5
	14b	Points forts particuliers du projet	0,5	0,5
Interprétation	15a	Nature de l'association entre l'intervention ou les interventions et les résultats	0,2	0,2
	15b	Comparaison des résultats avec ceux d'autres publications	0,2	0,2
	15c	Impact du projet sur les personnes et les systèmes	0,2	0,2
	15d	Raisons de toute différence entre les résultats observés et les résultats anticipés, y compris l'influence du contexte	0	0
	15e	Coûts et arbitrages stratégiques, y compris les coûts d'opportunité	0,2	0,2
Limites	16a	Limites à la généralisabilité du travail	0,33	0,33
	16b	Facteurs qui pourraient avoir une validité interne limitée, comme la confusion, biais ou imprécision dans la conception, les méthodes, les mesures ou l'analyse	0	0
	16c	Efforts déployés pour réduire au minimum les limitations et s'y adapter	0	0
Conclusions	17a	Utilité de l'ouvrage	0,2	0,2
	17b	Durabilité	0	0
	17c	Potentiel de généralisation à d'autres contextes	0,2	0,2
	17d	Implications pour la pratique et pour la poursuite des études dans ce domaine	0,2	0,2
	17e	Prochaines étapes suggérées	0,2	0,2
Autres informations	18	Sources de financement Sources de financement qui ont appuyé ce travail. Rôle, le cas échéant, du financement dans la conception, la mise en œuvre, l'interprétation et l'établissement de rapports.	1	1
<b>POURCENTAGE :</b>			<b>82%</b>	<b>79%</b>
<b>POURCENTAGE PONDERE :</b>			<b>81%</b>	

Annexe 3 : Niveau de preuve, recommandation HAS

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins. Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Annexe 4 : Articles exclus

Articles exclus	Etayage
A model for the shared care of elderly patients with cancer	Pas d'expérimentation
A model of oncologic care in general medicine	Article non trouvé
A rural/urban comparison of the roles of the general practitioner in colorectal cancer management	Disparité entre la prise en charge oncologique en zone urbaine ou rurale
A survey of cancer patients' unmet information and coordination needs in handovers--a cross-sectional study	Ressenti des patients vis-à-vis de la prise en charge oncologique
Achieving Coordinated Care for Patients With Complex Cases of Cancer: A Multiteam System Approach	Etude de cas. Méthodologie peu rigoureuse
Advanced lung cancer patients' experience with continuity of care and supportive care needs	Coordination lors d'une prise en charge palliative
An extra letter, care gets better? Informing general practitioners about planned surgery for head and neck cancer	Article non trouvé
An information system to support the care for head and neck cancer patients	Obsolescence de l'outils informatique présenté
Are general practitioners getting the information they need from hospitals to manage their lung cancer patients? A qualitative exploration	Pas d'outils de coordination présentés
Assessing patient-centered communication in cancer care: stakeholder perspectives	Evaluation des échanges entre le patient et le centre de référence
Assessment of the interest of the geriatric oncology consultation among French general practitioners	Evalue l'intérêt d'une évaluation onco-gériatrique systématique
Australian general practitioners' preferences for managing the care of people diagnosed with cancer	Evalue l'intérêt et l'implication des MG sur le suivi oncologique
Building a shared patient record for breast cancer management: a French Delphi study	Le médecin généraliste n'est pas évoqué

Cancer patients' perception of information exchange between hospital-based doctors and their general practitioners	Evalu le ressenti des patients vis-à-vis des échanges d'informations
Cancer services. Appraising grace	Non trouvé
Communicating information to the general practitioner: the example of vemurafenib for metastatic melanoma	Pas de mise en place d'outils de coordination
Communication between physicians and with patients suffering from breast cancer	Non trouvé
Continuous primary care is central to comprehensive cancer care: are we ready to meet growing needs?	S'intéresse au patient en rémission et le suivi au long cours
Danish general practitioners only play a minor role in the coordination of cancer treatment	Etat des lieux via une méthode qualitative
Developing cancer services strategy in primary care in England: primary care trust managers' views of the primary care cancer leads initiative	Soins palliatifs
Development and pilot evaluation of a complex intervention to improve experienced continuity of care in patients with cancer	Le médecin généraliste n'est pas évoqué
Do cancer patients benefit from short-term contact with a general practitioner following cancer treatment? A randomised, controlled study	S'intéresse au 6 mois suivant la phase active de traitement
Do Patients Treated for Colorectal Cancer Benefit from General Practitioner Support? A Video Vignette Study	Evalue les connaissances du MG
[Exchanges of medical information during the follow up of breast cancer patients: perceptions and expectations of the community- and the hospital based practitioners]	Non trouvé
Family physician involvement in cancer care follow-up: the experience of a cohort of patients with lung cancer	Etat des lieux de l'investissement du MG

Family physicians' roles in cancer care. Survey of patients on a provincial cancer registry	Evaluation par le patient du rôle et de l'implication du MG
Focus groups to explore healthcare professionals' experiences of care coordination: towards a theoretical framework for the study of care coordination	Structure méthodologique peu cohérente
French general practitioners' sense of isolation in the management of elderly cancer patients	Ressenti du MG sur l'ensemble de la prise en charge du cancer.
General practitioners' management of cancer in England: secondary analysis of data from the National Survey of NHS Patients-Cancer	Inventaire sur le rôle du MG, peu d'éléments de coordination abordés.
General practitioners and hospitals. Continuity of care	Non trouvé
General practitioners assessment of a structured report on medical decision making by a regional multidisciplinary cancer committee	Non trouvé
General Practitioners' perceptions of their role in cancer care and factors which influence this role	Perception par les MG du rôle du MG. Peu d'éléments de coordination de soins
German general practitioners' views on their involvement and role in cancer care: a qualitative study	Ressenti du MG sur l'ensemble de la prise en charge du cancer.
Identifying indicators of colorectal cancer care coordination: a Delphi study	Etude peu la coordination entre le système hospitalier et le MG
Implementation of integrated care for patients with cancer: a systematic review of interventions and effects	Pas d'outils de coordination entre le MG et le centre spécialisé présentés
Improving modern cancer care through information technology	Etat des lieux
Increased primary health care use in the first year after colorectal cancer diagnosis	Pas d'outils de coordination présentés
Intensified primary cancer care: a randomized study of home care nurse contacts	Rôle de l'infirmière dans la prise en charge du cancer
Involvement of Primary Care Physicians in the Decision Making and Care of Patients With Breast Cancer	Etat des lieux de l'investissement du MG

Involvement of the family physician in the care of chemotherapy-treated patients with cancer: patients' perspectives	Perception du rôle du MG par les patients durant la phase active de traitement
Keeping primary care "in the loop": General practitioners want better communication with specialists and hospitals when caring for people diagnosed with cancer	Pas d'outils de coordinations présentés
Knowledge of Dutch GPs in caring for cancer patients using oral anticancer therapy at home	Evalue les connaissances et les besoins de formation des MG
Management of cases that might benefit from radiotherapy: a standardised patient study in primary care	Evaluation de la connaissance des MG
Meta-analysis: effect of interactive communication between collaborating primary care physicians and specialists (Structured abstract)	Ne traite pas d'oncologie
Multidisciplinary approach in breast cancer care	Non trouvé
Network of care for breast cancers: a prospective survey among general practitioners	Non trouvé
[Organisational diagnosis of a home care-coordinating unit in oncology: which choices for the comprehensive cancer center of Lyon?]	Non trouvé
Patients' experiences with continuity of cancer care in Canada: Results from the CanIMPACT study	Ressenti des patients sur la coordination de soins
Patients' experiences with navigation for cancer care	Ressenti des patients sur le rôle de l'infirmière coordinatrice du centre spécialisé
Perceived concepts of continuity of care in people with colorectal and breast cancer--a qualitative case study analysis	Evalue principalement la prise en charge des aidants
Physicians' and patients' views of cancer care by family physicians: a report from the American Academy of Family Physicians National Research Network	Evaluation qualitative du rôle du MG durant la phase active du traitement

Primary care physician use across the breast cancer care continuum: CanIMPACT study using Canadian administrative data	S'intéresse de manière rétrospective au nombre de consultation chez le MG
The organization of multidisciplinary care teams: modeling internal and external influences on cancer care quality	Etat des lieux des moyens de coordinations
The place of general practitioners in cancer care in Champagne-Ardenne	Pas d'outils de coordination évalué
The role of general practice in cancer care	Non trouvé
[The role of general practitioners in the management of cancer patients from the central region of Tunisia: a retrospective study of 215 physicians]	Rôle du MG en Tunisie
The role of primary care physicians in cancer care	Etat des lieux
The role of the general practitioner in cancer care and the effect of an extended information routine	Etat des lieux
The role of the general practitioner in cancer care: a survey of the patients' perspective	Ressenti des patients vis-à-vis du rôle du MG
The role of the GP in follow-up cancer care: a systematic literature review	S'intéresse au suivi au long cours des patients en rémission
The role of the primary care physician during the active treatment phase	Etat des lieux
Views of cancer care reviews in primary care: a qualitative study	Ressenti des patients et des MG sur la prise en charge
Views of primary care physicians and oncologists on cancer follow-up initiatives in primary care: an online survey	Evaluation par les MG et les oncologues de la coordination de soin
What information do general practitioners need to care for patients with lung cancer? A survey of general practitioners perceptions	Point de vu du MG sur l'information nécessaire à la bonne prise en charge de la pathologie cancéreuse
What role does the general practitioner in France play among cancer patients during the initial treatment phase with intravenous chemotherapy? A qualitative study	Rôle du MG selon les patients. Pas d'expérimentation
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	Etat des lieux du rôle du MG
Written communication from specialists to general practitioners in cancer care. What are the expectations and how are they met?	Evaluation par les MG et les oncologues de la qualité des courriers. Etat des lieux

## Résumé

**Introduction :** Les plans nationaux Cancer successifs placent le médecin généraliste (MG) comme pivot dans la prise en charge des patients atteints de cancer. Lors de la phase active du traitement du cancer, des difficultés majeures apparaissent dans la qualité de l'information transmise et son moyen de communication au MG.

**Objectif :** Réaliser un état des lieux portant sur les outils de coordination expérimentés pour améliorer les échanges entre le système hospitalier et le MG dans la prise en charge du cancer durant la phase active de traitement.

**Matériel et méthode :** Revue systématique de la littérature en interrogeant les bases de données MEDLINE via PubMed, The Cochrane Library, Web Of Science entre 1998 et 2018.

**Résultats :** Onze études ont été incluses. Elles soulignent une majoration de la qualité de prise en charge des patients à l'instauration de fiches d'informations ou de vidéos vignettes. Elles démontrent l'importance de l'utilisation de courriers standardisés entre les professionnels de santé. Des initiatives de coordination de soins y sont retrouvées notamment au Canada. Le rôle du « médecin leader » y est abordé et ses premières évaluations sont positives. Cependant, le manque de lien entre le MG et l'infirmier diplômé d'état de coordination en cancérologie y est dénoncé.

**Discussion :** La majoration de l'information vers les MG, entraîne une élévation de la satisfaction globale des patients et des MG sur la prise en charge, mais aussi une augmentation du nombre de consultations vers le MG et une diminution du nombre d'hospitalisations consécutives à un effet indésirable des traitements anti néoplasique. Les outils de communication nombreux sont essentiels à la transmission de l'information. Cependant il ne faut pas oublier l'importance de la communication directe et orale entre l'ensemble des professionnels de santé.

**Conclusion :** L'amélioration de l'information transmise et des échanges via des outils de communication multiples vers le MG permettent une meilleure qualité globale de prise en charge.

**Mots clés :** Médecin généraliste, Soins primaires, Cancer, Coordination de soins, communication

## Abstract

**Introduction:** Successive national cancer plans place the general practitioner (GP) as the central point in the management of cancer patients. During the active phase of cancer treatment, major difficulties appear in the quality of the information transmitted and its means of communication to the GP.

**Objective:** To carry out an inventory of the current situation regarding experienced coordination tools to improve exchanges between the hospital system and the GP in the management of cancer during the active treatment phase.

**Material and method:** Systematic literature review by searching MEDLINE databases via PubMed, The Cochrane Library, Web Of Science between 1998 and 2018.

**Results:** Eleven studies were included. They highlight an increase in the quality of patient care with the introduction of information sheets or video vignettes. They demonstrate the importance of using standardized letters between health professionals. Care coordination initiatives are found there, particularly in Canada. The role of the "leading doctor" is discussed and his first evaluations are positive. However, the lack of a link between the MG and the nurse with a state coordination diploma in cancerology is denounced.

**Discussion:** The increase in information to GPs leads to an increase in overall patient and GP satisfaction with management, but also to an increase in the number of consultations to GPs and a decrease in the number of hospitalizations due to an adverse reaction to anti-neoplastic treatments. The many communication tools are essential for the transmission of information. However, we must not forget the importance of direct and oral communication between all health professionals.

**Conclusion:** The improvement of the information transmitted and the exchanges via multiple communication tools to the MG allow a better overall quality of care.

**Keywords:** General practitioner, Primary care, Cancer, Coordination of care, communication

## Résumé

**Introduction :** Les plans nationaux Cancer successifs placent le médecin généraliste (MG) comme pivot dans la prise en charge des patients atteints de cancer. Lors de la phase active du traitement du cancer, des difficultés majeures apparaissent dans la qualité de l'information transmise et son moyen de communication au MG.

**Objectif :** Réaliser un état des lieux portant sur les outils de coordination expérimentés pour améliorer les échanges entre le système hospitalier et le MG dans la prise en charge du cancer durant la phase active de traitement.

**Matériel et méthode :** Revue systématique de la littérature en interrogeant les bases de données MEDLINE via PubMed, The Cochrane Library, Web Of Science entre 1998 et 2018.

**Résultats :** Onze études ont été incluses. Elles soulignent une majoration de la qualité de prise en charge des patients à l'instauration de fiches d'informations ou de vidéos vignettes. Elles démontrent l'importance de l'utilisation de courriers standardisés entre les professionnels de santé. Des initiatives de coordination de soins y sont retrouvées notamment au Canada. Le rôle du « médecin leader » y est abordé et ses premières évaluations sont positives. Cependant, le manque de lien entre le MG et l'infirmier diplômé d'état de coordination en cancérologie y est dénoncé.

**Discussion :** La majoration de l'information vers les MG, entraîne une élévation de la satisfaction globale des patients et des MG sur la prise en charge, mais aussi une augmentation du nombre de consultations vers le MG et une diminution du nombre d'hospitalisations consécutives à un effet indésirable des traitements anti néoplasique. Les outils de communication nombreux sont essentiels à la transmission de l'information. Cependant il ne faut pas oublier l'importance de la communication directe et orale entre l'ensemble des professionnels de santé.

**Conclusion :** L'amélioration de l'information transmise et des échanges via des outils de communication multiples vers le MG permettent une meilleure qualité globale de prise en charge.

**Mots clés :** Médecin généraliste, Soins primaires, Cancer, Coordination de soins, communication