

Année 2020

2020 TOU3 1007

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Anastasia BONNET

Le 25 Février 2020

OPINION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES CONCERNANT UN DISPOSITIF EXPÉRIMENTAL DE CONCERTATION AVANT RETOUR A DOMICILE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER MÉTASTATIQUE

Directeurs de thèse :
Dr Lætitia GIMENEZ
Dr Vladimir DRUEL

JURY :

Madame le Professeur Marie-Ève ROUGÉ-BUGAT

Monsieur le Professeur Jean-Pierre DELORD

Madame le Docteur Nathalie BOUSSIER

Madame le Docteur Lætitia GIMENEZ

Monsieur le Docteur Vladimir DRUEL

Présidente

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Assesseur

**TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019**

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude

Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. RISMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET Philippe
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BOUTAULT Franck
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTÉ Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

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	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. MARTIN-BONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entérologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.		
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie		
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	P.U. Médecine générale	
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MESTHÉ Pierre	
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie		
M. GAME Xavier	Urologie		
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Professeur Associé Médecine générale	
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. ABITTEBOUL Yves	
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. POUTRAIN Jean-Christophe	
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale		
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	Professeur Associé en Bactériologie-Hygiène	
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	Mme MALAVALD Sandra	
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAVALD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno	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. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie		
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique		
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. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie		
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
P.U. Médecine générale			
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)			
Professeur Associé de Médecine Générale			
Mme IRI-DELAHAYE Motoko			

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
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

M. STILLMUNKES André

M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DEGRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétiq
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

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.C.U. - P.H

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
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. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERRROT Aurore	Hématologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TRUDEL Stéphanie	Biochimie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.A. Médecine Générale

Mme FREYENS Anne
M. CHICOULAA Bruno
Mme PUECH Marielle

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
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
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 FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
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. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'adultes

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme LATROUS Leila

REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY

Au Professeur Marie-Ève Rougé-Bugat,

Soyez assurée de ma plus profonde reconnaissance pour m'avoir proposé ce captivant sujet de thèse, pour avoir suivi et accompagné mon parcours ces deux dernières années et pour poser votre regard sur ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

Au Professeur Jean-Pierre Delord,

Je vous fais part de ma gratitude, pour avoir accepté de juger ce travail, et pour m'avoir accueillie il y a plus de deux ans au sein de l'IUCT Oncopôle, au début de mon 5^e semestre d'internat. Chaque connaissance apprise dans les murs de l'Oncopôle me ressort au quotidien.

Veillez trouver ici l'assurance de ma plus profonde estime.

Au Docteur Nathalie Bouscier,

Nous nous sommes croisées lorsque j'ai mis les pieds dans le Tarn-et-Garonne, au début de mon 3^e semestre d'internat, alors que je ne savais pas encore à quel point ces 6 mois seraient riches en apprentissages et en rencontres humaines.

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de juger ce travail.

Au Docteur Lætitia Gimenez,

Je te remercie pour ton soutien tout au long de cette année de travail. Ton sourire et ton calme en toutes circonstances (même lorsque tu vis trois journées en une) m'ont garanti aide et réconfort. Ton engagement dans la recherche en médecine générale m'a donné envie de m'y lancer !

Au Docteur Vladimir Druel,

Merci d'avoir accompagné mes premiers pas dans la recherche quantitative, merci pour ton rouge partout, pour ta décontraction en toutes circonstances et ta redoutable expertise méthodologique. Je serai toujours impressionnée par un docteur qui n'a pas oublié toutes ses mathématiques, et qui porte en plus la tresse avec panache !

REMERCIEMENTS PERSONNELS

A ma môman et mon pôpa chéris adorés, qui m'assurent depuis toujours un amour indéfectible, et me montrent depuis toujours deux manières différentes... d'exercer le génie !

A ma sœurette, brillante, très brillante créature, la sagesse zébrée de drôlerie qui caracole devant moi avec dix ans d'avance ! Merci à toi et à Domi d'avoir créé mes deux adorables nièces : ma Su et ma Lu, un jour je crois... que je vous boufferai toutes crues !

A ma nanie, magicienne à de nombreux égards, on se retrouve bientôt pour apprendre aux huîtres à mieux se tenir et expliquer au Scrabble que la réglette de 400 points, c'est pas assez !

A Alizé, ma go sûre, j'espère que tu es confortablement installée sur ce trône dont je t'ai un jour parlé, parce que tu es pas prête d'en être délogée ! On s'en bat le pâtisson avec une patte d'alligator femelle que tu sois pô là le jour de la soutenance : ça fait 15 ans que j'ai la main dans tes c et la tienne dans les miennes, alors bon.

A Alice, qui je crois est la seule fée que je connaisse, merci de toujours pétiller dans le périmètre, de m'avoir un jour glissé un demi de bière lors d'un déjeuner au soleil, de farcir mes étés avec des tranches d'océan, et d'être le sacré kiki avec qui je m'installerais avec grand plaisir

A Elise et grooze Laurent, je vous le pose là, comme ça, je vous aime tant ! Préparez-vous à me voir squatter votre taudis, à m'entendre raconter des billevesées à votre progéniture, à me voir me rouler dans la boue avec gros Nala...

A Jo, ceci est une ode à ta gloire !

Vu que ta thèse est la mère de la mienne, et que tu es le père de ta thèse, tu deviens donc le grand-père de ma thèse... Et c'est bien la première fois qu'on verra un papi avec tant de panache et de paillettes !

A Cécile, brillante princesse

A grooze Groffrey

A chaton Thomas

A la fine équipe auscitaine, aux moches de Castres (à bientôt au Black Lion), à Maud et Auranne (à bientôt au Black Lion). Et Oriane et Kenza, je vous souhaite de vivre vos meilleures vies avec vos petits monstres !

J'aimerais saluer un peu plus sérieusement plusieurs personnages d'importance à mes yeux : le Docteur Jean-Luc Comiti, qui est pour moi depuis toujours le visage de la médecine générale ; le Professeur Michel Laroche et le Dr Virginie Pecourneau, qui m'ont donné le démon de la rhumato ; le Docteur Eric Dutheil, qui m'a fait mordre à l'appât de la médecine générale (entre douze deux cafés) ; le Docteur Stéphane Gérard, qui a bien failli me convertir en gériatre ; et le SAMU toulousain.

Je remercie l'équipe de Gériatrie de l'hôpital d'Auch, qui m'a épaulée à mes tous débuts (avec les kikis qui m'accompagnaient) ; et les Urgences de Castres, où je me suis quand même bien marrée.

Mille remerciements à l'exceptionnelle Sandrine Malvezin-Marquis, à Christophe Saint Pastou et Sophie Bouvier, remarquable guide. J'en remets mille de plus pour Marie-Christine Corbaz, auprès de qui j'ai passé un semestre aux petits oignons (sus aux rouleaux de paille sous plastique !)

Un panier garni de bises et de mercis pour l'équipe du 2A de l'Oncopôle : aux infirmières tenancières hors pair du meilleur bar à globules de la ville ; et aux doc', Sylvie Ollier, Pierre Cougoul, et Karen Delavigne... J'aurai tenté de faire pousser ce lobe cérébral supplémentaire que vous possédez, j'aurai tenté... Un autre panier rien que pour Dr D, maintenant tranquille à Montauban, et une pensée fourrée à la satisfaction pour l'onco 1A, ça a été dur chez vous, mais à présent, je suis armée.

De gros et beaux mercis, pour finir, à l'impayable et virtuose Michel Langlois et au service de Médecine 2, sans oublier une grosse bise à Lady Berkani, servie chaude avec ses clopes, son Gemmel, ses patates sautées et son magret !

A Chrys, Mel et Cécile, en avant vers de nouvelles aventures ???

A ma douce, adorée, jolie et gentille Fidji, au ventre rond et chaud et aux petits pieds de riz, je t'aimerai toujours ma petite puce, j'avais encore des milliards de câlins à te faire... Je te retrouverai quand je partirai à mon tour, tu verras. Repose-toi en paix mon petit Ninz.

A Cédric, mon aimé,
Poursuivons ces manigances, voulez-vous ?

SOMMAIRE

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	1
LISTE DES ANNEXES.....	2
LISTE DES FIGURES.....	2
LISTE DES TABLEAUX.....	2
INTRODUCTION.....	3
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	7
1. Type d'étude et population étudiée.....	7
2. Étude CREDO.....	7
3. Éthique.....	9
4. Questionnaire.....	10
5. Analyse des résultats.....	12
6. Diffusion des résultats.....	13
RÉSULTATS.....	14
1. Caractéristiques des médecins.....	15
2. Satisfaction globale des MG à propos de la concertation de retour à domicile.....	17
3. Opinion des MG à propos de la concertation de retour à domicile.....	18
3.1. Synthèse des réponses.....	18
3.2. A propos de l'appel téléphonique.....	19
3.3. A propos de la fiche de liaison.....	21
3.4. Apport global des échanges CREDO.....	22
3.5. Ouvertures.....	25
DISCUSSION.....	27
1. Forces et faiblesses de l'étude.....	27
1.1. Forces.....	27
1.2. Faiblesses.....	28
2. Interprétation des résultats.....	29
2.1. A propos de l'appel téléphonique.....	29
2.2. A propos de la fiche de liaison.....	32
2.3. Apport global des échanges CREDO.....	34
2.4. Satisfaction globale.....	35
2.5. Ouvertures.....	36
CONCLUSION.....	38
BIBLIOGRAPHIE.....	40
ANNEXES.....	45
Annexe 1. Questionnaire de recueil d'opinion des médecins généralistes.....	45
Annexe 2. Courriers-type adressés aux médecins généralistes.....	48
Annexe 3. Fiche de liaison CREDO vierge.....	49
Annexe 4. Fiche de signalement patient vierge.....	54

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CREDO	Concertation de retour à domicile
DCC	Dossier communiquant en cancérologie
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DIU	Diplôme inter-universitaire
DMP	Dossier médical partagé
DPC	Développement professionnel continu
DU	Diplôme universitaire
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
HAD	Hospitalisation à domicile
IDE	Infirmier diplômé d'État
IDEC	Infirmier diplômé d'État de coordination
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IUCT	Institut universitaire du cancer de Toulouse
MG	Médecin généraliste
PPS	Plan personnalisé de soins
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 Questionnaire de recueil d'opinion des médecins généralistes

Annexe 2 Courriers-type adressés aux médecins généralistes

Annexe 3 Fiche de liaison CREDO vierge

Annexe 4 Fiche de signalement patient vierge

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Diagramme de flux

Figure 2 Répartition des médecins satisfaits et non satisfaits des échanges CREDO, en fonction de leur durée d'installation

Figure 3 Répartition des médecins satisfaits et non satisfaits des échanges CREDO, par tranche d'âge

Figure 4 Arguments spontanément évoqués par les MG se rappelant de l'appel en faveur de l'utilisation du téléphone pour les échanges d'informations

Figure 5 Arguments spontanément évoqués par les médecins se rappelant de l'appel en faveur du caractère facilitant de l'interlocuteur médecin

Figure 6 Arguments spontanément évoqués par les médecins se rappelant avoir reçu une fiche de liaison, en faveur de l'utilité de cette fiche

Figure 7 Classement des domaines d'informations dans lesquels les échanges CREDO ont amené de nouvelles données

Figure 8 Classement des aspects de la pratique des MG sur lesquels ceux-ci ont noté un impact des échanges CREDO

Figure 9 Classement des intérêts perçus par les MG de la concertation de retour à domicile

Figure 10 Représentation des idées d'amélioration du lien ville-hôpital spontanément émises par les MG interrogés

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques des médecins ayant répondu au questionnaire, des médecins ayant exprimé leur degré de satisfaction, et des médecins satisfaits ou non des échanges CREDO

Tableau 2 Répartition des MG satisfaits, non satisfaits, et ne s'étant pas prononcés sur la question, en fonction du souvenir de l'appel et/ou de la fiche de liaison CREDO

Tableau 3 Synthèse du nombre total de réponses aux principales questions posées, des réponses favorables et critiques vis à vis de la concertation retour à domicile

INTRODUCTION

En France métropolitaine, près de 382 000 nouveaux cas de cancers et plus de 157 000 décès imputables à un cancer ont été recensés en 2018. Ce sont quelques 3 800 000 personnes vivantes en 2017 qui ont eu un diagnostic de cancer au cours de leur vie (1).

La lutte contre le cancer s'est structurée depuis 2003 autour de trois Plans Cancer nationaux. Le troisième a été lancé en 2014 et s'est achevé récemment en 2019 (2). Parmi les lignes directrices de ces Plans, l'importance d'une coordination des soins de qualité est devenue de plus en plus prégnante. Ce que l'on nomme coordination des soins a été défini comme « *l'organisation délibérée des activités de soins à un patient entre plusieurs acteurs du système de santé. Elle implique la mobilisation de personnels et d'autres ressources nécessaires à la prise en charge du patient et est souvent gérée par l'échange d'informations entre les participants responsables de différents aspects des soins* » (3).

L'un des piliers de cette organisation est le médecin traitant, dont le rôle a été défini par la loi de réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004 (4). L'application de ce texte a été tangible, puisqu'en 2017, 93 % des assurés avaient déclaré un médecin traitant (5). Dans 99,5 % des cas, il s'agissait d'un médecin généraliste (MG) (6). Comme l'argumente le Référentiel Métier et Compétences des Médecins Généralistes de 2009 (7), les ressources spécifiques de cette discipline justifient son rôle central. Premier contact médical dans le système de soins, le MG a une vision globale du patient, possède des compétences de coordination des soins et de travail interdisciplinaire et multiprofessionnel, assume une responsabilité en termes de continuité des soins, et soigne avec une approche centrée sur la personne, au sein d'une relation médecin-patient inscrite dans la durée et marquée par la confiance. Un système de santé efficace est donc basé sur des soins primaires performants au centre desquels se trouve le MG (8). Dans le domaine de l'oncologie, auquel se rattache le présent travail, la littérature est consensuelle à propos de l'importance capitale du MG, que ce soit dans la prévention, le dépistage, la prise en charge pendant les soins spécifiques, ou dans l'après cancer (9,10).

Cependant, les rapports récents révèlent toujours une carence d'implication du médecin traitant en cancérologie. Celui du Pr Jean-Paul Vernant en 2013 (11), venant en amont du 3^e Plan Cancer, pointait ce problème et en proposait plusieurs explications. Le paiement à l'acte des MG, conçu pour des prestations curatives, favorise un mode de recours des patients ponctuel et discontinu. Les prises en charge en cancérologie nécessitent des structures spécialisées, qui en retour communiquent souvent de manière insatisfaisante avec les MG et s'approprient parfois la mission de coordination des soins, court-circuitant le médecin traitant. Le MG n'a pas toujours une connaissance suffisante des prises en charge hospitalières, ce qui complique la prise en charge lorsque le patient redevient du ressort de la médecine de ville. La répartition des rôles entre MG et spécialiste pour le suivi après cancer n'est pas assez claire. Enfin, les ressources didactiques de l'Institut National du Cancer s'avèrent inadaptées à la pratique des MG. Le Pr Vernant suggérait alors des pistes d'amélioration (11) : renforcer la formation initiale des MG, organiser des consultations systématiques de prévention et dépistage chez le médecin traitant, faciliter l'informatisation des MG, renforcer l'information et la communication des données entre l'hôpital et la ville, et valoriser l'implication du MG via une rémunération ou la validation d'heure de DPC (développement professionnel continu). Quatre ans plus tard, en 2017, un rapport de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) (12), montrait que le MG était toujours insuffisamment formé en cancérologie, mal informé par le spécialiste, abonné absent des réunions de concertation pluridisciplinaire. Son rôle, pourtant décrit comme important par les MG eux-mêmes, souffrait des carences de la communication ville-hôpital. Ce rapport s'achevait sur les conséquences néfastes des difficultés d'échanges avec l'hôpital sur la qualité des prises en charge et l'aisance des MG dans le suivi des patients atteints de cancer.

A ce jour, le médecin traitant, pierre angulaire d'une coordination de soins de qualité, n'a donc pas les moyens de jouer pleinement son rôle.

« Pour améliorer la coordination des acteurs dans la prise en charge des patients atteints de cancer, les réseaux régionaux de cancérologie ont été identifiés comme une organisation clef », affirme le Dr Empereur, médecin coordonnateur du réseau ONCOPL, réseau régional de cancérologie en Pays de la Loire (13). Depuis le premier Plan Cancer (14) puis la circulaire DHOS/SDO n°2005-101 du 22 février 2005 (15), nous savons que de

tels réseaux ont été mis en place dans chaque région française. Ils fonctionnent en articulant deux niveaux, un local et un régional. Le niveau local regroupe les structures d'une médecine de proximité (clinique ou centre hospitalier, et médecine de ville), au sein d'un « bassin de santé », au plus près du domicile du patient. Le niveau régional se concentre sur des Cancéropoles (centres hospitalo-universitaires, centres de lutte contre le cancer), qui sont des structures spécialisées en cancérologie rayonnant sur des « territoires de santé ». On distingue alors les soins dits de premier recours (soins de support, gestion des complications de la maladie et des effets secondaires du traitement), de ceux nécessitant un plateau technique hospitalier (chimiothérapies, radiothérapies, consultations). Logiquement, les soins de premier recours devraient être prodigués dans le bassin de santé du patient, et l'accès aux Cancéropoles devrait être réservé aux soins lourds ou spécifiques, nécessitant des ressources hospitalières (9). La littérature révèle des failles dans cette organisation idéale. Une étude allemande de 2017 (16) montrait qu'en phase active de traitement anti-néoplasique, seuls 38% des patients qui avaient pris rendez-vous avec leur MG l'avaient consulté pour des effets indésirables. Dans une étude israélienne de 2014 (17), près des trois quarts des patients déclaraient qu'en cas de problème urgent, ils s'adresseraient d'abord à l'oncologue. Seuls 8,5 % d'entre eux se tourneraient vers le MG, et 8 % vers les urgences. Cette inclination pour des soins prodigués par le spécialiste a été confirmée en Australie (18) et en France (19,20).

Le MG n'est donc pas suffisamment sollicité pour des problématiques qui devraient être de son ressort. Cela entraîne des répercussions sur l'ensemble de l'organisation des soins.

Plusieurs initiatives ont donc germé ces dernières années, en France et dans le monde, pour développer des outils de coordination de soins efficaces. A l'automne 2018, dans le cadre d'une thèse d'exercice, Roques & Vasseur (21) ont procédé à une revue systématique de la littérature, avec pour objectif principal de réaliser un état des lieux des 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. Ils concluent sur les multiples preuves de carences dans la coordination des soins, et sur la nécessité, pour y remédier, d'améliorer la transmission d'informations de l'hôpital à la médecine de ville. Les moyens à mettre en œuvre doivent, selon les auteurs, être multiples : courriers standardisés, utilisation du support

électronique et échanges relationnels entre les professionnels de santé. Une transmission d'informations optimale se traduit par un bénéfice sur la qualité des soins et sur la satisfaction des patients et des MG, mais aussi par un recours plus fréquent au MG, et une diminution du nombre d'hospitalisations dues à un effet indésirable des traitements anti-cancéreux.

Parmi ces initiatives, l'équipe toulousaine du Pr Rougé-Bugat a lancé dès 2017 une expérimentation d'un modèle de communication ville-hôpital novateur : l'étude « CREDO », acronyme de « concertation de retour à domicile ». Il s'agit d'un essai multicentrique, prospectif, en ouvert, randomisé, ciblant des patients atteints de cancer solide métastatique, hospitalisés et devant rentrer à domicile. Elle cherche à mesurer l'efficacité d'une prise en charge incluant une concertation de retour à domicile entre le patient, le MG référent du patient et un MG titulaire d'un Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire en cancérologie (nommé « médecin DESC »). Le critère principal de mesure d'efficacité est le nombre de venues non programmées en centre de soins. La concertation de retour à domicile telle qu'elle est expérimentée dans l'étude CREDO permet un échange d'informations à propos de l'état de santé du patient, et de son souhait de lieu de prise en charge en cas de complication. Ces échanges nécessitent une coordination de l'hôpital avec le MG référent du patient, grâce à l'intervention du médecin DESC.

L'essai CREDO prévoit l'étude de la faisabilité du dispositif du point de vue de chacune des trois parties impliquées : l'hôpital, les patients et leurs aidants, et les MG. Le présent travail s'intéresse exclusivement au point de vue de ces derniers, vingt mois après le lancement des inclusions de patients dans l'essai CREDO. Notre objectif principal est de mesurer la satisfaction des MG à propos de cette concertation de retour à domicile, qui cible le cas d'un de leurs patients atteint de cancer métastatique, hospitalisé et devant rentrer à domicile. Les objectifs secondaires sont de recueillir l'opinion des MG à propos des modalités et de l'apport de cette concertation, et d'en dégager des pistes d'amélioration.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Type d'étude et population étudiée

Nous avons réalisé une étude observationnelle transversale quantitative, multicentrique.

Nous avons étudié les MG identifiés comme MG référents par au moins un des 214 patients inclus dans le bras B expérimental « prise en charge CREDO » de l'étude CREDO, entre juillet 2017 et février 2019.

2. Étude CREDO

Il convient, pour clarifier notre démarche, de développer la méthode de l'étude CREDO. Il s'agit d'un essai multicentrique, prospectif, en ouvert, randomisé. CREDO est l'acronyme de « Concertation de Retour à Domicile », un dispositif novateur destiné à fluidifier le transfert d'informations entre l'hôpital et la médecine de ville, dans le cas de patients atteints de cancer solide métastatique, hospitalisés et devant rentrer à domicile. Le vecteur de l'information dans cette concertation est un MG avec une formation universitaire en oncologie, nommé médecin DESC. L'essai CREDO cherche à jauger l'efficacité d'une prise en charge incluant cette concertation. Le critère principal est le nombre de venues non programmées en centre de soins.

L'étude CREDO sélectionne les patients selon les critères d'inclusion suivants : patients majeurs et affiliés à un régime de Sécurité sociale en France, atteints d'une tumeur solide métastatique, hospitalisés dans un Centre de Soins Spécialisé en Cancérologie pour l'administration d'un 1^{er} cycle de chimiothérapie métastatique, et devant rentrer à domicile après leur traitement. Les patients doivent également avoir signé un consentement éclairé avant l'inclusion dans l'étude et avant toute procédure spécifique pour l'étude.

Sont exclus les majeurs protégés par la loi et les patientes enceintes ou allaitantes.

Les patients sont inclus depuis deux centres de la région Occitanie (l'IUCT Oncopôle à Toulouse et le Centre Hospitalier d'Auch). Ils sont ensuite randomisés en deux bras, A et B :

- Bras A (standard) : prise en charge classique, avec une fiche de liaison standard transmise au MG référent le jour de la sortie du patient
- Bras B (expérimental) : prise en charge CREDO, avec la concertation de retour à domicile réalisée entre le patient, le médecin DESC et le MG référent du patient, synthétisée sur une « fiche de liaison CREDO », transmise au MG le jour de la sortie du patient (annexe 3)

Nous avons ici exclusivement étudié les MG du bras B, seul bras de l'essai où une interaction est protocolisée entre le médecin DESC et le MG référent. La prise en charge CREDO dans ce bras B expérimental est prévue en trois temps.

Le premier temps est celui de la concertation entre le patient et le médecin DESC. Il prend la forme d'un entretien oral, au lit du patient, pendant l'hospitalisation. Le médecin DESC recueille des informations, consignées sur une fiche patient (mode de vie, protection sociale, situations familiale et professionnelle et situations familiale et professionnelle de son aidant et/ou conjoint le cas échéant). Il délivre également des informations (complications possibles de la maladie, effets indésirables des traitements, dates des prochains rendez-vous programmés). Une concertation sur le lieu de prise en charge en cas de complication est amorcée. A l'issue de cet entretien, le médecin DESC remet au patient un document récapitulant les informations délivrées et le lieu de prise en charge choisi en cas de complication, un carnet de recueil des consultations et/ou hospitalisations, à compléter au fur et à mesure par le patient, et les questionnaires utiles au suivi après inclusion.

Le second temps est celui de la concertation entre le médecin DESC et le MG référent identifié par le patient. Il prend la forme d'un entretien téléphonique, le jour du retour à domicile, au cours duquel des informations sont délivrées à propos de l'état de santé du patient et de son traitement actuel. L'opinion du MG référent à propos du lieu de prise en charge souhaité par le patient en cas de complication est recueillie, permettant de finaliser la concertation à ce propos. Le médecin DESC adresse alors au MG référent une fiche

de liaison CREDO compilant la fiche patient et les informations délivrées lors de la concertation téléphonique, avec notamment le nom de la structure de soins choisie en cas de complication. Ce deuxième temps est celui de l'interaction entre l'hôpital et le MG du patient. Le présent travail étudie exclusivement cette partie du protocole de prise en charge CREDO. Par la suite, il est convenu que l'expression « échanges CREDO » englobe les transferts d'informations réalisés lors de l'entretien téléphonique et via la fiche de liaison CREDO.

Le troisième temps consiste en l'envoi d'une fiche de signalement patient, qui résume le dossier patient, à la structure de soins choisie en cas de complication (lorsqu'elle est différente du lieu de prise en charge du cancer). Cette fiche de signalement (annexe 4), est envoyée dès le retour à domicile du patient.

Quel que soit le bras d'inclusion, A (standard) ou B (expérimental), un suivi des patients est prévu, avec un rendez-vous téléphonique tous les 3 mois pendant 12 mois. Lors de ces rendez-vous téléphoniques, le patient est invité à répondre à trois questionnaires (QLQ-C30 pour la qualité de vie, questionnaire de satisfaction CREDO et questionnaire d'évaluation de l'autonomie sur les activités de la vie quotidienne, ADL et IADL). L'aidant, s'il a été identifié, est invité à répondre à deux questionnaires (*Zarit Burden Interview* pour l'évaluation du fardeau, et un questionnaire permettant de quantifier le temps passé à aider aux activités de la vie quotidienne, ADL et IADL).

3. Éthique

L'étude CREDO est conduite conformément :

- Aux principes éthiques de la dernière version en vigueur de la déclaration d'Helsinki,
- Aux Bonnes Pratiques Cliniques (ICH version E6, 17/07/96 et décision du 24 novembre 2006),
- A la Directive européenne (2001/20/CE) sur la conduite des études cliniques,

- A la loi Huriot (n°88-1138) du 20 décembre 1988 relative à la Protection des Personnes se prêtant à la Recherche Biomédicale et modifiée par la loi de santé publique (n°2004-806) du 9 août 2004,
- A la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel,
- A la loi bioéthique n°2004-800 du 6 août 2004.

Lors de l'inclusion de leur patient dans l'étude CREDO, les MG ont été informés par l'Investigateur des éléments suivants : objectifs de la recherche, déroulement et durée de l'étude, bénéfices, risques potentiels et contraintes de l'étude. L'étude de faisabilité pour les MG était comprise dans les objectifs secondaires de la recherche. Subséquemment, nous avons inclus les MG sans précaution éthique supplémentaire.

4. Questionnaire

Les recherches bibliographiques ont eu lieu de janvier 2018 à octobre 2019.

La base de données Sudoc a été interrogée sans limites grâce aux termes « satisfaction » et « médecin généraliste ».

La base de données PubMed a été interrogée par la même équation de recherche que celle utilisée par Roques & Vasseur dans leur revue systématique de la littérature (21), afin d'actualiser les connaissances à propos de la coordination ville-hôpital :

(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] OR terminal care[MeSH Terms] OR hematologic neoplasms[MeSH Terms] OR diagnosis[MeSH Terms])

Limites : Du 01/01/2018 au 31/10/2019 ; espèce humaine ; langues anglaise et française.

Nous avons étendu le champ de recherche, avec les mêmes limites, grâce à l'équation suivante :

("community networks"[PT] OR "community networks"[TI] OR "patient care planning"[MH] OR "patient care planning"[TW] OR "plan, nursing care"[TW] OR "care planning, patient"[TW] OR "care plans, nursing"[TW] OR "planning, patient care"[TW] OR "plans, nursing care"[TW] OR "nursing care plans"[TW] OR "nursing care plan"[TW] OR "care plan, nursing"[TW] OR "care coordination" OR "co-ordinated care" OR "coordination of care" OR "case management" OR "case manager" OR "complex patient" OR "patients complexity" OR "complex health care needs" OR "complex geriatric patients" OR "proactive case management" OR "transitional care programs") AND ("medical oncology"[MH] OR "neoplasms"[MH] OR "oncology nursing"[MH] OR "chemotherapy, cancer, regional perfusion"[MH] OR "neoadjuvant therapy"[MH] OR "antineoplastic protocols"[MH] OR "tumor burden"[MH])

Le questionnaire a été élaboré en fonction du protocole de recherche de l'étude CREDO et de la fiche de liaison CREDO transmise aux MG référents. Une première version a été relue et corrigée par les Drs Lætitia Gimenez et Vladimir Druel, directeurs de thèse et médecins DESC pour l'étude CREDO. La deuxième version a ensuite été remodelée lors d'une réunion entre la chercheuse, les Drs Lætitia Gimenez et Vladimir Druel, le Pr Marie-Ève Rougé-Bugat (investigatrice coordinatrice et médecin DESC pour l'étude CREDO) et le Dr Pascale Grosclaude (biostatisticienne de l'étude CREDO). La dernière mouture a finalement été déclinée sur GoogleForm et format papier, avec une version pour chaque centre d'inclusion (IUCT Oncopôle et Centre Hospitalier d'Auch).

Le questionnaire, en annexe 1, comportait deux parties. La première partie s'intéressait à l'opinion des MG en 15 questions : 8 questions fermées, 6 questions semi-ouvertes et 1 question ouverte. Les 10 premières questions interrogeaient les MG sur des points précis de leur vécu des échanges CREDO. Les 5 dernières pouvaient être complétées même si le médecin interrogé n'avait pas gardé souvenir des échanges CREDO. La deuxième partie, en 7 questions, concernait les caractéristiques sociodémographiques des MG.

La liste des MG, leur numéro de téléphone, le nom et la maladie du (ou des) patient(s) dont ils étaient référents ont été récupérés dans les données de l'étude CREDO. Les coordonnées manquantes ont facilement été complétées grâce à Internet. Les adresses de

courrier électronique, lorsqu'elles étaient nécessaires, ont été renseignées après appel téléphonique ou via l'annuaire de la messagerie sécurisée Medimail.

Le questionnaire a été soumis aux MG en hétéro-passation téléphonique de préférence. En cas de défaut de joignabilité après trois tentatives d'appel, un courrier électronique ou papier était envoyé au MG, suivi d'un quatrième appel téléphonique. En cas de refus de la passation téléphonique, le questionnaire était envoyé par courrier électronique ou postal. Chaque appel ou courrier sollicitant le MG était personnalisé, précisant les nom et prénom du patient concerné et la période approximative d'inclusion du patient. Un courrier type est disponible en annexe 2.

Lors de l'hétéro-passation téléphonique, aucune précision supplémentaire n'était donnée aux médecins ayant gardé souvenir de l'appel et de la fiche. Aux médecins ayant oublié l'appel, il était expliqué que cet appel provenait d'un médecin de l'Oncopôle ou de l'hôpital d'Auch, était daté du jour de la sortie du patient, et permettait d'échanger des données à propos de l'état de santé du patient et de ses souhaits de prise en charge en cas de complication. Aux médecins ne se rappelant pas de la fiche de liaison, il était expliqué que cette fiche était une synthèse du dossier médical oncologique du patient, en détaillant les domaines d'information contenus dans le document ; et que cette fiche était envoyée par courrier électronique ou postal dans les jours suivant la sortie d'hospitalisation du patient.

5. Analyse des résultats

Les réponses obtenues par téléphone étaient secondairement retranscrites sur le formulaire GoogleForm, avec le nom du médecin concerné, pour éviter aux répondants d'être relancés. Les données ont ensuite été anonymisées lors de la conversion en bases de données statistiques en format tableau sur le logiciel LibreOffice Calc 6.3. Les réponses aux questions semi-ouvertes ou ouvertes ont été analysées en identifiant des mots-clefs ou idées clefs, secondairement regroupées en catégories. Ces données ont également été mises en format tableau.

L'ensemble des caractéristiques sociodémographiques des médecins inclus, ainsi que les variables d'intérêt, notamment la satisfaction des médecins, a été décrite en termes

d'effectifs et de pourcentages pour les variables qualitatives, et de moyennes pour les variables quantitatives.

Afin de comparer les variables qualitatives nominales entre les groupes « satisfait » et « non satisfait » de l'étude, un test exact de Fisher a été appliqué, en raison d'effectifs théoriques inférieurs à 5. Pour la comparaison des variables quantitatives, le test non paramétrique de Wilcoxon-Mann-Whitney a été utilisé du fait de variances homogènes mais à distribution non normale.

Le seuil alpha de signification retenu pour ces tests était de 0,05.

L'analyse a été effectuée sur le logiciel LibreOffice Calc 6.3 et grâce au site BiostaTGV de l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale)

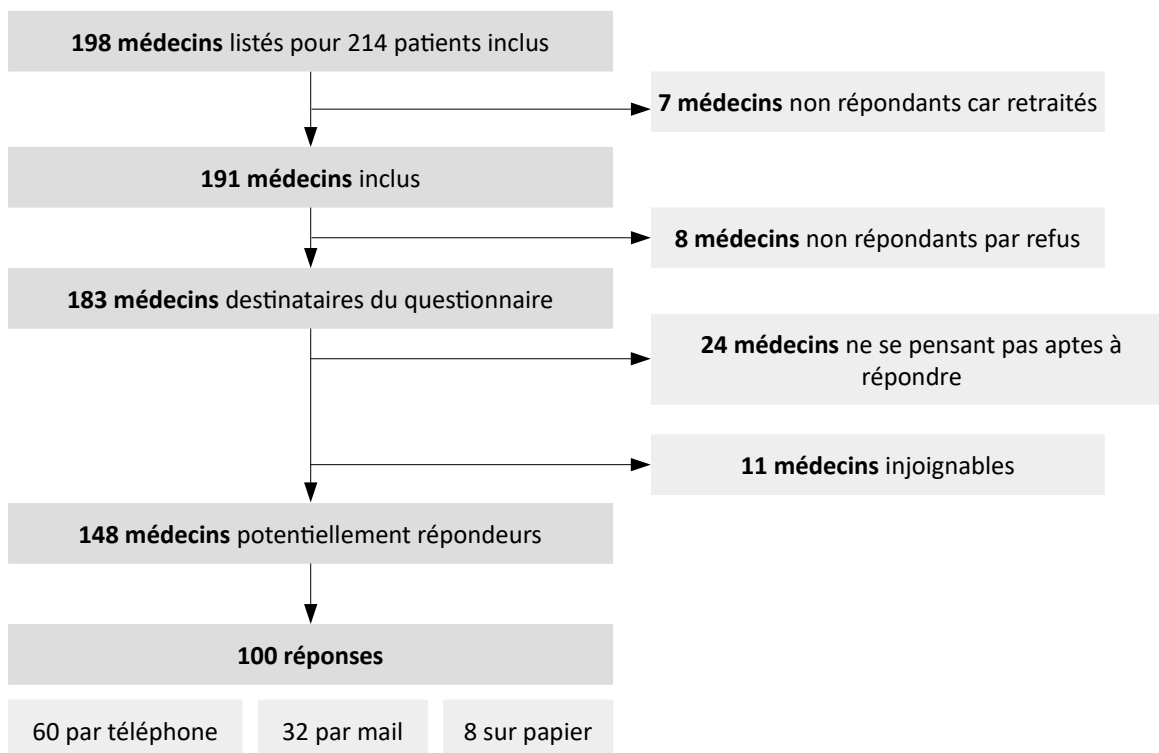
6. Diffusion des résultats

Les résultats seront transmis par messagerie sécurisée aux MG inclus qui en ont fait la demande.

RÉSULTATS

Aux 214 patients inclus dans le bras B (expérimental) de l'étude CREDO, entre le 1^{er} juillet 2017 et le 20 février 2019, correspondaient 198 MG référents différents. Cent-quatre-vingt-quinze MG ont été inclus à partir de l'IUCT Oncopôle et 3 à partir du Centre Hospitalier d'Auch. La figure 1 représente le diagramme de flux de l'échantillon initial.

Figure 1. Diagramme de flux



Les appels, courriers électroniques et postaux ont été émis entre le 10 avril 2019 et le 27 septembre 2019. Le taux de réponse a atteint 50,50 % (100 réponses sur 198 MG inclus). La durée de passation moyenne du questionnaire téléphonique était de 14 minutes.

Sur les 8 médecins ayant refusé de répondre, deux l'ont fait par principe (refus de répondre à quelque étude que ce soit), deux par manque de temps, deux par désintérêt et deux autres se sont montrés hostiles vis à vis de la sollicitation.

Parmi les 24 MG ne se pensant pas aptes à répondre, 20 n'avaient pas souvenir de la concertation et préféraient abrégé l'appel, 3 avaient perdu de vue le patient avant son inclusion et un MG déclarait avoir temporairement cessé son activité à l'époque de l'inclusion.

Sur les 3 MG inclus depuis le Centre Hospitalier d'Auch, 1 s'est avéré injoignable, 1 n'a pas donné suite malgré les relances, et le dernier était retraité à la date de notre étude.

1. Caractéristiques des médecins

L'échantillon initial de 198 médecins se composait de 133 hommes (67,17%) et 65 femmes (32,83%). Les caractéristiques des 100 médecins ayant répondu au questionnaire sont présentées dans le tableau 1 et sur les diagrammes des figures 1 et 2. Dans ces diagrammes, les données manquantes correspondent aux médecins qui ne se sont pas exprimés sur leur degré de satisfaction.

Notre échantillon se composait majoritairement d'hommes, d'âge moyen de 49,94 ans, installés depuis 18,55 ans en moyenne. Ils exerçaient essentiellement en cabinet de groupe de plusieurs MG, et n'avaient pas de diplôme complémentaire en oncologie.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des médecins ayant répondu au questionnaire, des médecins ayant exprimé leur degré de satisfaction, et des médecins satisfaits ou non des échanges CREDO

Caractéristiques sociodémographiques	MG ayant répondu au questionnaire n = 100	MG ayant exprimé leur degré de satisfaction n = 58	MG satisfaits n = 49 (84,48 %)	MG non satisfaits n = 9 (15,52%)	p
Sexe					
Femme	33	24	19 (79,17)	5 (20,83)	0,467 ¹
Homme	67	34	30 (88,24)	4 (11,76)	
Age (années)					
Moyenne	49,94 (± 11,17)	47,40 (± 11,58)	48,08 (± 11,58)	43,67 (± 11,52)	0,273 ²
Zone d'exercice					
Urbain	37	21	18 (85,71)	3 (14,29)	0,999 ¹
Semi-rural	35	23	19 (82,61)	4 (17,39)	
Rural	28	14	12 (85,71)	2 (14,29)	

Mode d'exercice					
Seul	30	14	13 (92,86)	1 (7,14)	0,157 ¹
Groupe de MG	42	28	25 (89,29)	3 (10,71)	
Groupe de MG & paramédicaux	15	8	5 (62,50)	3 (37,50)	
MSP	13	8	6 (75)	2 (25)	
Maître de stage universitaire					
Oui	28	16	13 (81,25)	3 (18,75)	0,696 ¹
Non	72	42	36 (85,71)	6 (14,29)	
Durée d'installation (années)					
Moyenne	18,55 (± 12,40)	15,62 (± 12,44)	16,18 (± 12,68)	12,55 (± 11,25)	0,458 ²
Diplôme d'oncologie					
Oui	12	6	4 (77,78)	2 (22,22)	0,231 ¹
Non	88	52	45 (91,84)	7 (8,16)	

¹test exact de Fisher

²test de Wilcoxon-Mann-Whitney

Figure 2. Répartition des médecins satisfaits et non satisfaits des échanges CREDO, en fonction de leur durée d'installation

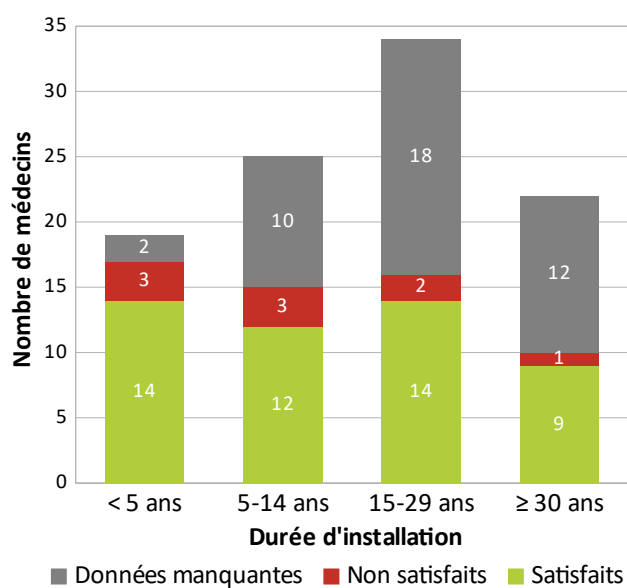
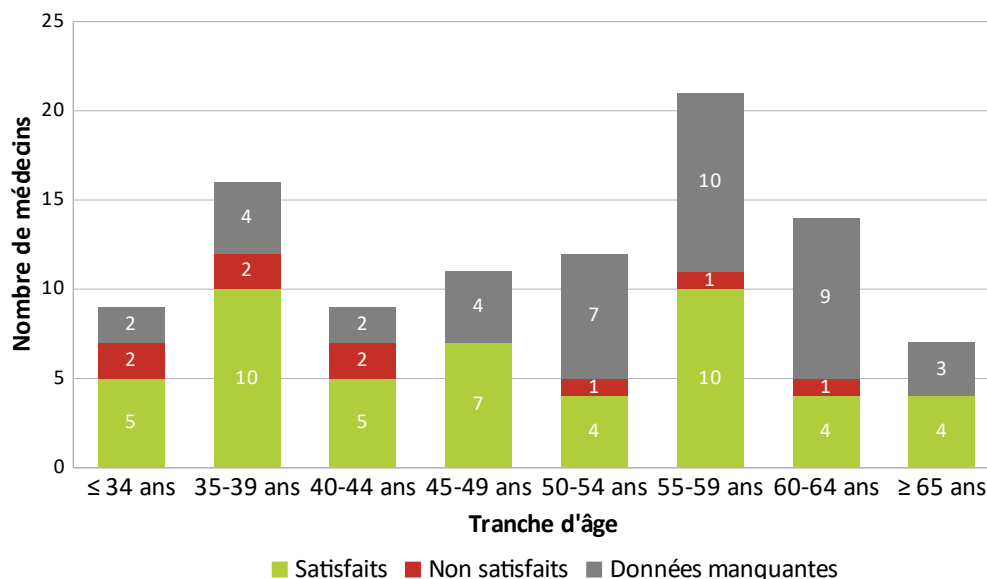


Figure 3. Répartition des médecins satisfaits et non satisfaits des échanges CREDO par tranche d'âge



Les formations complémentaires en oncologie déclarées par les participants étaient :

- un Diplôme Inter-Universitaire de cancérologie, suivi de formations DPC (développement professionnel continu) ou FMC (formation médicale continue) sur l'oncologie
- un Diplôme Universitaire de Soins Palliatifs
- une expérience de 4 ans d'assistantat en oncohématologie
- une formation DPC « radiothérapie et chimiothérapies »
- des formations DPC ou FMC en cancérologie (pour quatre médecins), dont une sur les cancers cutanés
- une formation en soins palliatifs (pour trois médecins), dont une certifiée DPC
- des formations auprès des oncologues du centre hospitalier local (pour trois médecins)

2. Satisfaction globale des MG à propos de la concertation de retour à domicile

Cinquante-huit médecins se sont prononcés sur leur satisfaction à propos de la concertation de retour à domicile. Ils étaient 84,48 % (n = 49) à déclarer les échanges CREDO satisfaisants (43,10 %, n = 25) ou plutôt satisfaisants (41,38 %, n = 24), contre 15,52 % (n = 9) à les déclarer plutôt non satisfaisants (6,90 %, n = 4) ou non satisfaisants (8,62 %, n = 5). Les caractéristiques sociodémographiques des médecins ayant répondu à

propos de leur degré de satisfaction sont présentées dans le tableau 1. Aucune association statistiquement significative n'a été mise en évidence entre les caractéristiques des médecins et leur degré de satisfaction.

Le tableau 2 montre que 97,96% (n = 48) des médecins satisfaits ou plutôt satisfaits se rappelaient de l'appel et/ou de la fiche. Au contraire, les médecins qui ne se rappelaient ni de l'appel ni de la fiche étaient majoritaires parmi les 9 médecins non satisfaits ou plutôt non satisfaits (66,67 %, n = 6) et parmi les 42 médecins n'ayant pas répondu à la question (76,19 %, n = 32).

Tableau 2. Répartition des MG satisfaits, non satisfaits, et ne s'étant pas prononcés sur la question, en fonction du souvenir de l'appel et/ou de la fiche de liaison CREDO

	Souvenir de l'appel – n (%)		Pas de souvenir de l'appel – n (%)		Total
	Souvenir de la fiche	Pas de souvenir de la fiche	Souvenir de la fiche	Pas de souvenir de la fiche	
Satisfaits & Plutôt satisfaits	28 (57,14)	7 (14,29)	13 (26,53)	1 (2,04)	49
Non satisfaits & Plutôt non satisfaits	1 (11,11)	1 (11,11)	1 (11,11)	6 (66,67)	9
Données manquantes	1 (2,38)	2 (4,76)	7 (16,67)	32 (76,19)	42
Total	30	10	21	39	100

3. Opinion des MG à propos de la concertation de retour à domicile

3.1. Synthèse des réponses

Le tableau 3 regroupe les nombres de réponses enregistrées aux principales questions posées aux MG, de réponses « oui », favorables au dispositif CREDO expérimenté, et de réponses « non », critiques vis-à-vis de la concertation.

Tableau 3. Synthèse du nombre total de réponses aux principales questions posées, des réponses favorables et critiques vis-à-vis de la concertation de retour à domicile

	Nombre de MG répondants	Réponse « Oui »	Réponse « Non »
A propos de l'appel téléphonique – n (%)			
Vous souvenez-vous avoir reçu un appel [...] afin d'échanger des informations sur l'état de santé de votre patient(e) et ses souhaits de prise en charge ?	100	40 (40)	60 (60)
Le moment de l'appel était-il approprié ?	38	36 (94,74)	2 (5,26)
La durée de l'appel était-elle appropriée ?	40	40 (100)	0 (0)
L'utilisation du téléphone pour cet échange [...] vous paraît-elle pertinente ?	40	36 (90)	4 (10)
L'échange [...] a-t-il été facilité par le fait que l'interlocuteur(trice) lors de l'appel soit médecin ?	39	36 (92,31)	3 (7,69)
A propos de la fiche de liaison – n (%)			
Vous souvenez-vous avoir reçu une fiche de liaison synthétisant les informations sur l'état de santé de votre patient(e) et ses souhaits de prise en charge ?	100	51 (51)	49 (49)
Considérez-vous cette fiche de liaison comme utile ?	51	39 (76,47)	12 (23,53)
A propos de l'apport global des échanges CREDO – n (%)			
Ces échanges, lors de l'appel téléphonique et via la fiche de liaison, vous ont-ils apporté des informations concernant votre patient(e) ?	75	38 (50,67)	37 (49,33)
Ouvertures – n (%)			
Seriez-vous en demande d'échanges de ce type pour tout patient atteint de cancer, qu'il soit métastatique ou non ?	93	87 (93,55)	6 (6,45)
Seriez-vous en demande de plusieurs échanges de ce type pour le même patient, en cas de survenue d'événements médicalement significatifs ?	92	83 (90,22)	9 (9,78)
Pour vous, ce type d'initiative peut-il permettre une amélioration du lien ville-hôpital ?	90	85 (94,44)	5 (5,56)

3.2. A propos de l'appel téléphonique

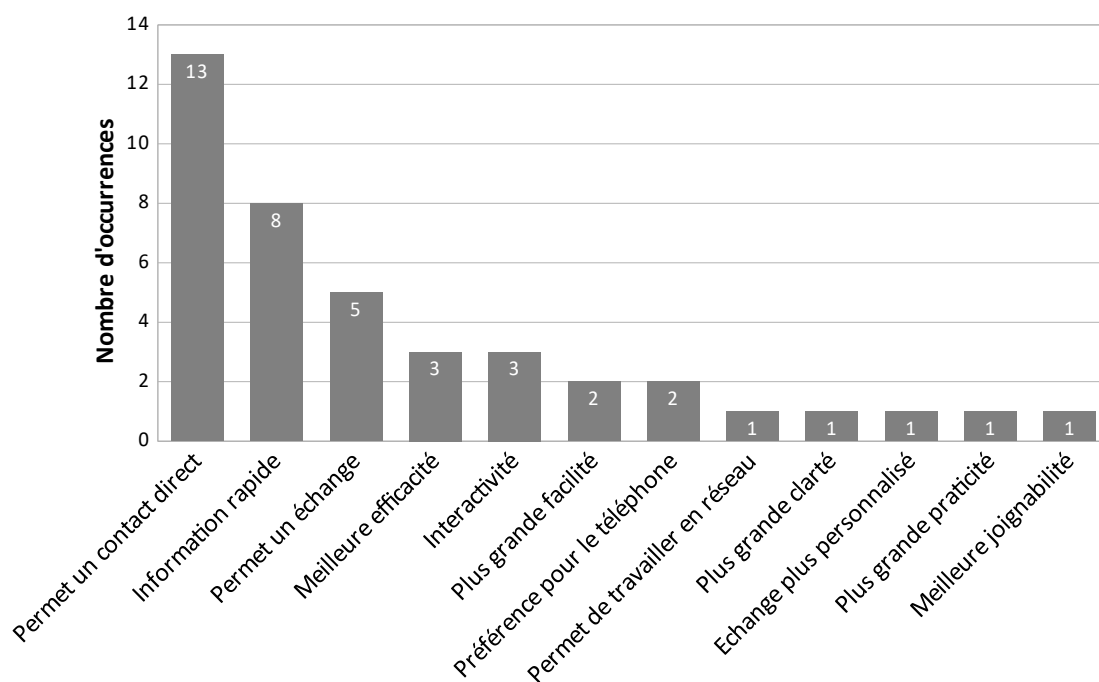
Quarante MG se souvenaient avoir été contactés par téléphone afin d'échanger des informations à propos de leur patient. Un médecin s'est aperçu qu'il n'avait pas pu être joint par téléphone pour la concertation de retour à domicile, cette information étant tracée sur sa fiche de liaison.

Le moment où l'appel avait été reçu était jugé approprié pour 94,74 % (n = 36) des 38 répondants.

La durée de l'appel était à l'unanimité décrite comme appropriée.

Quatre-vingt-dix pourcent (n = 36) des 40 médecins répondants jugeaient pertinent le choix du téléphone pour ce type d'échanges. Trente-trois médecins ont accepté de compléter brièvement leur réponse à cette question. Les idées clefs en faveur de l'utilisation du téléphone ont été extraites de leur verbatim spontané et classées dans la figure 4, par ordre décroissant d'occurrence. Les MG appréciaient particulièrement l'opportunité d'un contact direct avec l'hôpital, la rapidité de transmission des informations et la possibilité d'un véritable échange.

Figure 4. Arguments spontanément évoqués par les MG se rappelant de l'appel en faveur de l'utilisation du téléphone pour les échanges d'informations

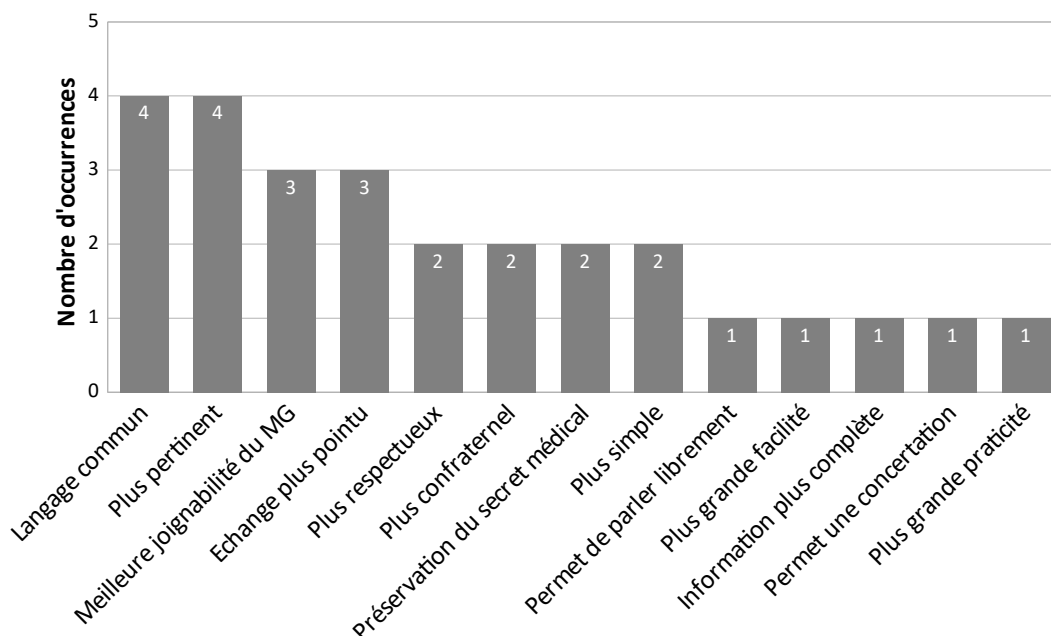


Six médecins ont avancé des arguments en défaveur de l'utilisation du téléphone, comme le problème de la joignabilité des MG (pour deux médecins), l'insuffisance d'une information orale sans support écrit associé (pour deux médecins). Un médecin soulignait le dérangement occasionné par l'appel, un médecin aurait préféré une communication uniquement par courrier postal, et un par courrier électronique.

Le fait que l'interlocuteur(-trice) lors de l'appel soit un médecin facilitait les échanges pour 92,31 % (n = 36) des 39 répondants. Vingt-huit médecins ont accepté de compléter brièvement leur réponse à cette question. Les idées clefs en faveur du caractère facilitant

de l'interlocuteur médecin ont été extraites de leur verbatim spontané et classées dans la figure 5, par ordre décroissant d'occurrence.

Figure 5. Arguments spontanément évoqués par les médecins se rappelant de l'appel en faveur du caractère facilitant de l'interlocuteur médecin



Trois médecins ne jugeaient pas l'interlocuteur médecin comme facilitant les échanges. L'un avançait que la fonction de l'interlocuteur importait peu, et les deux autres pensaient qu'une infirmière spécialisée (de cancérologie, de coordination) aurait pu convenir dans ce rôle. Cet avis était partagé par un autre médecin, qui néanmoins se prononçait en faveur du caractère facilitant de l'interlocuteur médecin.

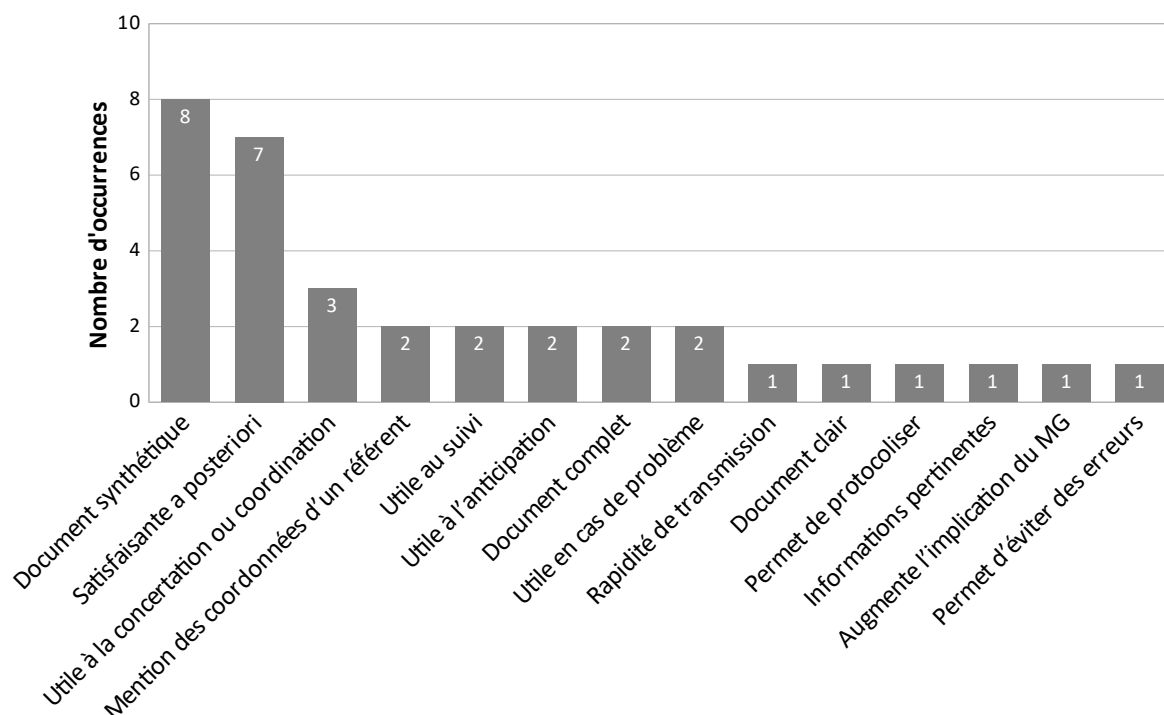
3.3. A propos de la fiche de liaison

Cinquante-et-un MG se souvenaient avoir reçu une fiche de liaison synthétisant les informations sur l'état de santé de leur patient et ses souhaits de prise en charge.

Les médecins se souvenant de cette fiche l'ont jugée utile dans 76,47 % des cas (n = 39). Quarante-quatre médecins ont accepté de compléter brièvement leur réponse à cette question. Les idées clefs en faveur de l'utilité de la fiche de liaison ont été extraites de leur verbatim spontané et classées dans la figure 6, par ordre décroissant d'occurrence. Le caractère synthétique de cette fiche était le plus souvent mis en avant. La fiche a été jugée

satisfaisante à 7 reprises sur une lecture *a posteriori*, les médecins concernés admettant ne pas y avoir prêté attention lors de sa réception.

Figure 6. Arguments spontanément évoqués par les médecins se rappelant avoir reçu une fiche de liaison, en faveur de l'utilité de cette fiche



Pour les MG non convaincus de l'utilité de la fiche, elle n'apportait pas de nouvelle information, n'avait pas été utilisée, était insuffisante, était redondante avec l'appel, était trop générique ou manquait de clarté. Un médecin non satisfait de la fiche admettait n'avoir pas compris l'utilité de ce document en le recevant.

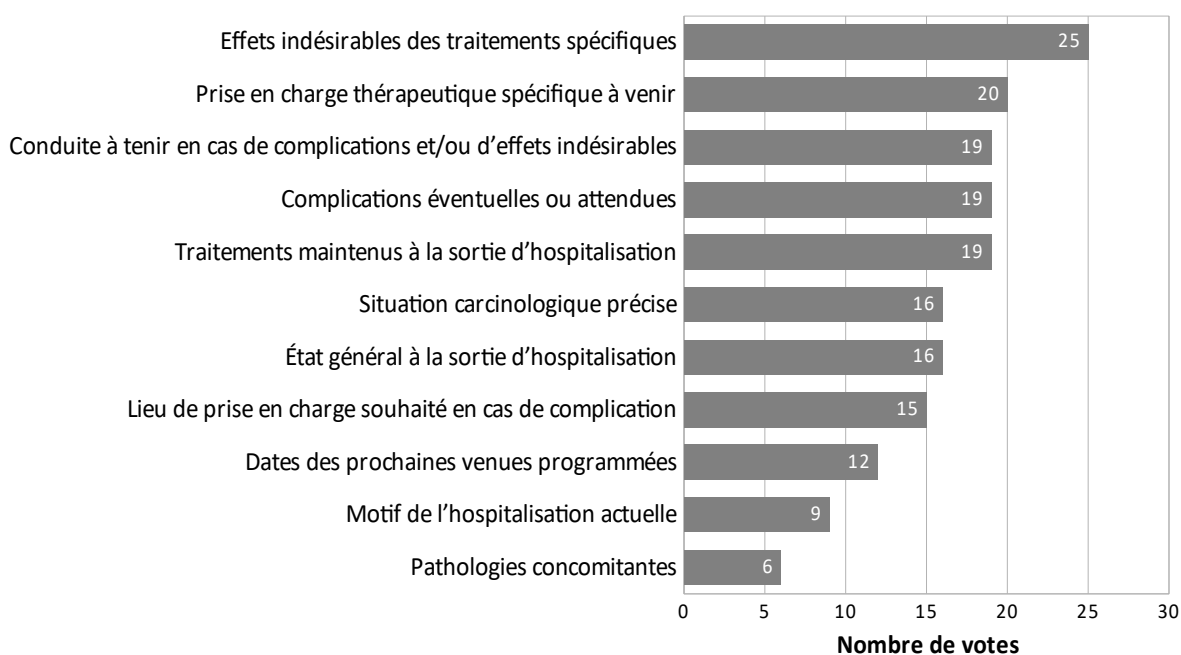
3.4. Apport global des échanges CREDO

Soixante-quinze médecins ont répondu à la question portant sur l'apport des échanges CREDO en termes d'informations nouvelles. Parmi eux, 50,67 % (n = 38) ont effectivement appris des informations à propos de l'état de santé de leur patient et/ou de ses souhaits de prise en charge.

Les médecins ayant appris de nouvelles informations étaient invités à préciser lesquelles grâce à un questionnaire à choix multiple, listant les 11 domaines d'informations abordés tant lors de l'appel téléphonique que dans la fiche de liaison. Le nombre de votes pour chaque item a été calculé. La figure 7 présente le classement de ces items par ordre

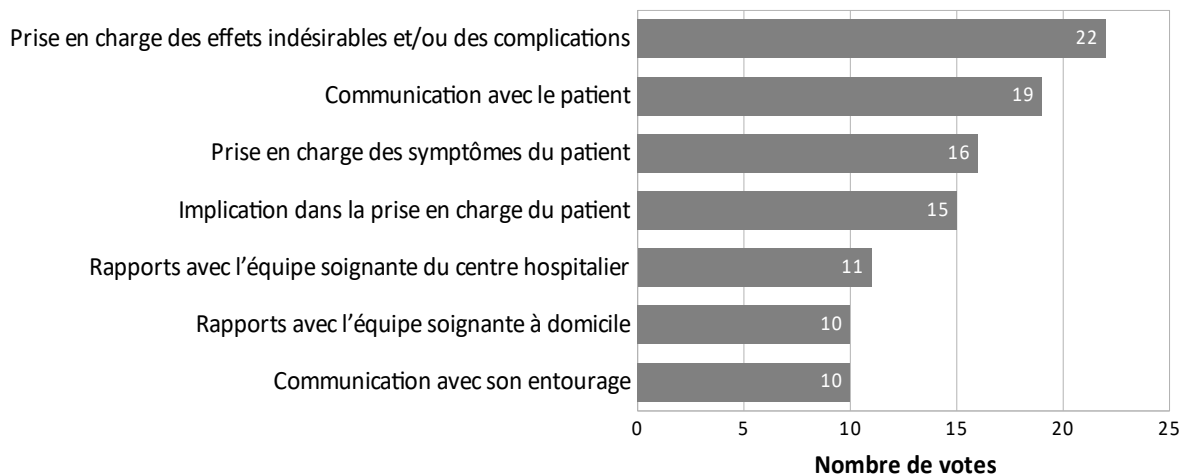
décroissant de nombre de votes. Il en ressort que lorsque les échanges CREDO ont permis de transmettre des informations nouvelles au médecin référent du patient, il s'agissait le plus souvent d'informations à propos des effets indésirables des traitements spécifiques (n = 25) ou des complications éventuelles ou attendues (n = 19), et de la conduite à tenir le cas échéant (n = 19) ; de la prise en charge spécifique à venir (n = 20) et des traitements maintenus à la sortie d'hospitalisation (n = 19).

Figure 7. Classement des domaines d'informations dans lesquels les échanges CREDO ont amené de nouvelles données



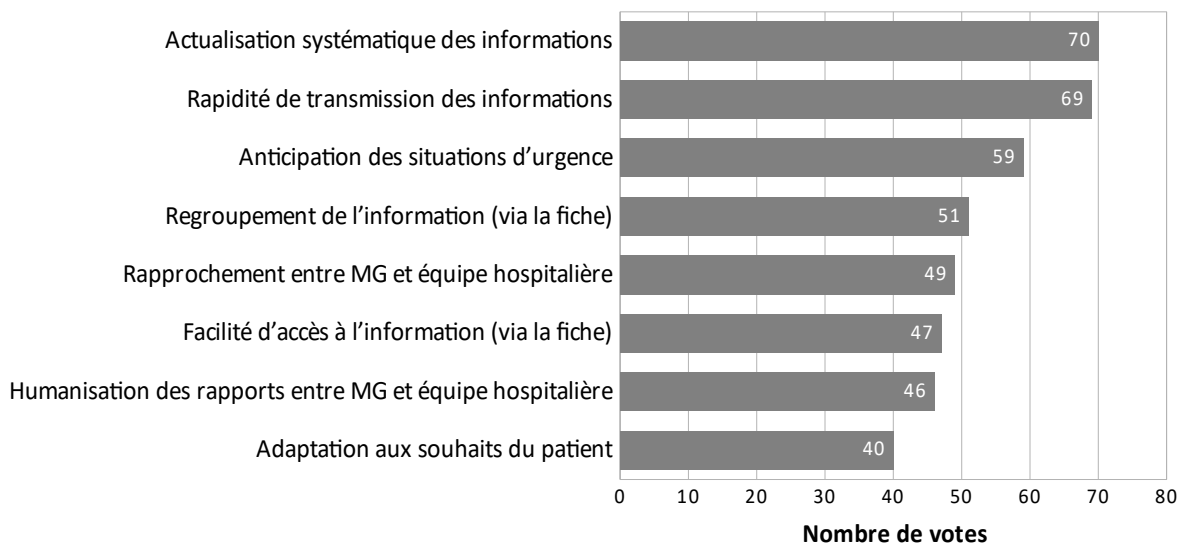
Quarante-trois médecins se sont prononcés sur l'impact des échanges CREDO sur leur pratique, après retour à domicile de leur patient. Parmi eux, 76,74 % (n = 33) ont noté un impact des échanges CREDO sur un aspect au moins de leur pratique. Les médecins étaient invités à préciser quels aspects de leur pratique avaient pu être touchés grâce à un questionnaire à choix multiple. Le nombre de votes pour chaque item a été calculé. La figure 8 présente le classement de ces items par ordre décroissant de nombre de votes. Les échanges CREDO ont le plus fréquemment affecté la prise en charge des effets indésirables et/ou des complications (n = 22), la communication avec le patient (n = 19). On note que 15 médecins ont perçu un effet des échanges CREDO sur leur implication dans la prise en charge du patient.

Figure 8. Classement des aspects de la pratique des MG sur lesquels les ceux-ci ont noté un impact des échanges CREDO



Quatre-vingt-cinq médecins ont répondu à la question à choix multiple portant sur le(s) intérêt(s) qu'ils percevaient d'un échange systématique direct entre patient, médecin traitant et médecin hospitalier, avant le retour à domicile du patient. Le nombre de votes pour chaque item a été calculé. La figure 9 présente le classement de ces items par ordre décroissant de nombre de votes. Les médecins mettaient le plus souvent en avant l'actualisation des informations concernant le patient (n = 70), la rapidité de transmission des informations (n = 69) et l'intérêt pour anticiper les situations d'urgence (n = 59).

Figure 9. Classement des intérêts perçus par les MG de la concertation de retour à domicile



Dix médecins ont souhaité compléter leur réponse par d'autres éléments. Pour eux, les autres intérêts des échanges CREDO étaient de faciliter le retour à domicile (pour 2 médecins), de s'assurer que le retour à domicile soit possible, d'être informé de la survenue même du retour à domicile, d'obtenir une synthèse de ce qui a été dit et fait lors de l'hospitalisation, d'identifier les acteurs de la prise en charge du patient, de réintégrer le médecin traitant dans la prise en charge en période de soins actifs, de pouvoir échanger à propos du contexte de vie du patient, de faciliter le dialogue, de créer chez le patient un sentiment de travail d'équipe ville-hôpital, d'optimiser la prise en charge thérapeutique et limiter les erreurs, d'assurer la traçabilité de l'information et de garantir la continuité des soins, en cas de recours à un médecin de garde par exemple.

Quatre-vingt-dix médecins se sont prononcés sur l'impact potentiel de l'initiative CREDO sur le lien ville-hôpital. Parmi eux, 94,44 % (n = 85) ont pensé qu'elle pouvait permettre une amélioration du lien ville-hôpital.

3.5. Ouvertures

Les médecins étaient interrogés sur leur éventuel souhait de participer à une telle concertation pour tout patient atteint de cancer, qu'il soit métastatique ou non. Quatre-vingt-treize médecins ont répondu, avec 93,55 % (n = 87) de MG favorables à ce dispositif. Les médecins étaient ensuite interrogés sur leur éventuel souhait de participer à de telles concertations à plusieurs reprises au cours de la prise en charge d'un même patient, en cas de survenue d'événements médicalement significatifs. Quatre-vingt-douze médecins ont répondu, dont 90,22 % (n = 83) de médecins favorables.

Ils étaient ensuite invités dans la dernière question à proposer leurs propres idées pour améliorer le lien ville-hôpital. Cinquante-sept médecins se sont exprimés. Les idées clefs pour améliorer le lien ville-hôpital ont été extraites de leur verbatim spontané et classées en sept grandes catégories. Ces catégories sont représentées dans la figure 10 sous la forme d'une carte mentale. Le nombre d'occurrence pour chaque idée-clef est précisé entre parenthèses.

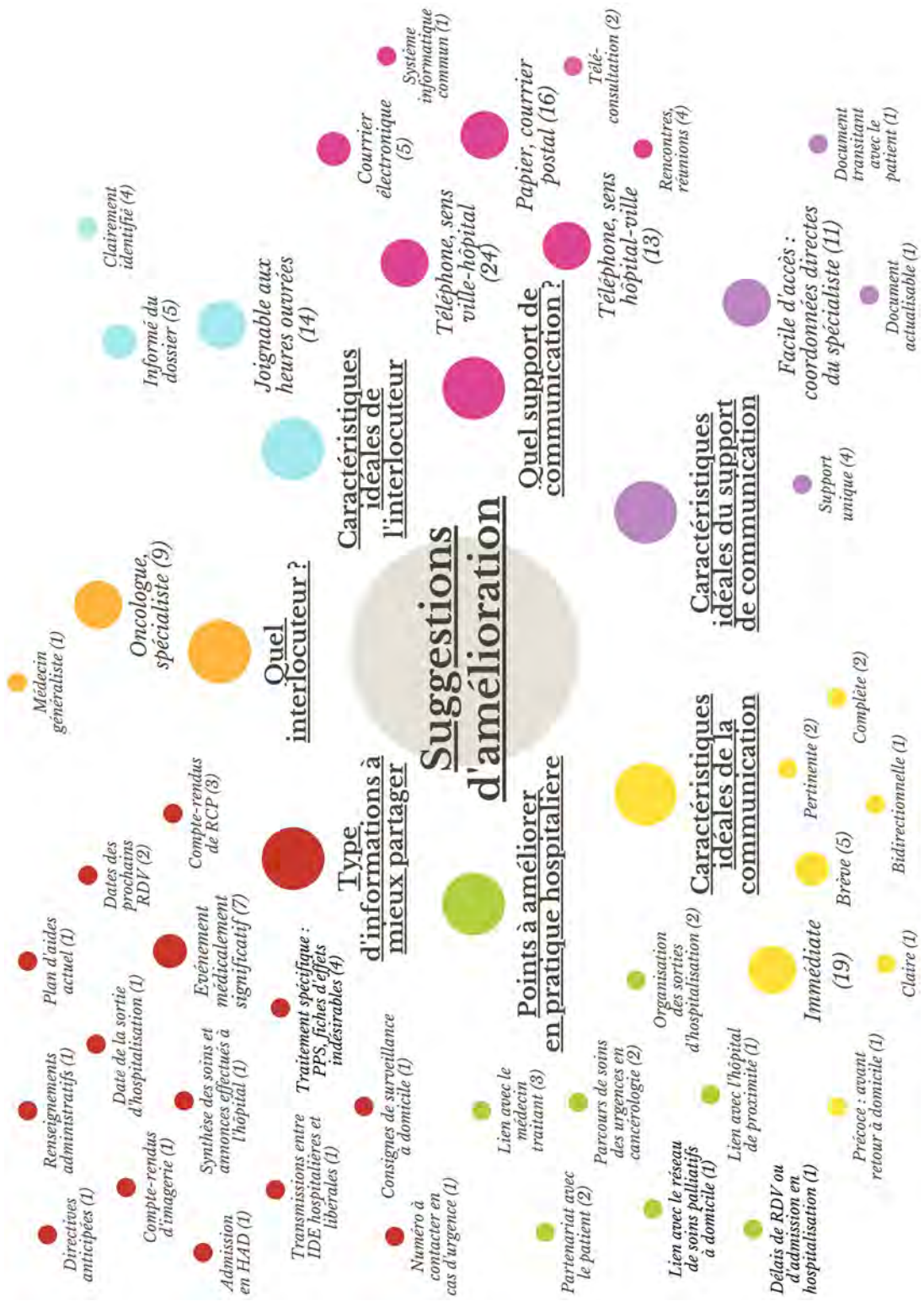


Figure 10. Représentation des idées d'amélioration du lien ville-hôpital spontanément émises par les MG interrogés

DISCUSSION

La grande majorité des MG a été satisfaite ou plutôt satisfaite de la concertation de retour à domicile. Aucune caractéristique sociodémographique des médecins n'était statistiquement reliée au degré de satisfaction. Le support téléphonique et l'interlocuteur médecin, deux spécificités fondamentales de l'intervention CREDO, étaient plébiscités. La fiche de liaison CREDO était un document utile pour la plupart des médecins. Les échanges CREDO ont affecté la pratique des MG sur des aspects essentiellement techniques (prise en charge médicale, communication avec le patient), mais ont également pu améliorer leur implication dans la prise en charge du patient. Les plus grands intérêts perçus de la concertation de retour à domicile étaient d'actualiser systématiquement les informations à propos de la situation du patient, de transmettre rapidement ces informations et de permettre d'anticiper les situations d'urgence. L'initiative CREDO était globalement ressentie comme pouvant permettre une amélioration du lien ville-hôpital. Les médecins se disaient en demande d'échanges de ce type pour tout patient atteint de cancer, qu'il soit métastatique ou non, ainsi que pour le même patient, à plusieurs reprises, en cas de survenue d'événements médicalement significatifs.

1. Forces et faiblesses de l'étude

1.1. Forces

L'originalité du présent travail lui confère sa première force. Il s'agit à notre connaissance de la première étude ayant pour objet un dispositif hospitalier de coordination des soins fait pour et par des MG, et pour angle d'approche le point de vue des MG de ville. La place centrale de la médecine générale dans le système de soins a été démontrée, aussi nous avons pensé que l'intégration des MG était nécessaire à la construction des outils de coordination des soins de demain.

La deuxième force de notre étude provient du taux de réponse de 50,50 % que nous avons obtenu. Ce chiffre est très satisfaisant au regard de ceux retrouvés dans la

littérature dans les études de méthodologie similaire. Plusieurs thèses d'exercice utilisant un questionnaire téléphonique (22–25) attestent de taux de réponses allant de 43 % à 75 %. Il apparaît que les taux de réponses plus élevés que le nôtre correspondent à des questionnaires plus courts, de l'ordre de 5 minutes de durée de passation.

Notre étude s'appuie sur un questionnaire validé par des médecins ayant un haut niveau d'expertise sur la méthodologie en recherche quantitative. Il s'agissait de l'équipe de médecins porteurs du projet CREDO et acteurs de son déroulement, impliqués depuis des années dans l'amélioration de la coordination ville-hôpital. Leurs compétences ont permis de formuler les questions les plus adaptées à la problématique.

La chercheuse menant les interrogatoires était détachée de l'équipe de l'étude CREDO, ce qui a pu gommer une partie du biais de subjectivité inhérent à toute étude d'opinion par questionnaire téléphonique.

Notre méthodologie a rendu possible un recueil de données riche et complet, par l'emploi de questions semi-ouvertes et ouvertes, et par le choix de faire passer le questionnaire par téléphone de préférence. Grâce aux modes d'envoi alternatifs (courrier électronique et postal) que nous avons prévus, nous avons pu augmenter de 67 % le nombre de répondants.

1.2. Faiblesses

Notre échantillon de médecins répondants n'est pas représentatif des MG français. En effet, la population des MG français comptait 52,41 % d'hommes au 1er janvier 2019 (67 % dans notre étude), et la moyenne d'âge était de 51,2 ans (49,94 ans dans notre étude) (26). Le nombre de maîtres de stage universitaire s'élevait en France à 10 736, soit 10,5 % des MG (28 % dans notre étude) (27). D'autres travaux seraient donc nécessaires pour pouvoir généraliser les résultats de notre étude à l'ensemble de la population des MG français.

Par ailleurs, l'âge jeune et la participation à la formation des internes de MG sont deux facteurs connus pour favoriser la participation à des travaux de recherche (28–30). Cela a

pu majorer l'adhésion des MG au dispositif CREDO et constituer un biais de sélection dans notre étude.

Notre étude demandait aux MG un effort de mémoire sur un événement vieux de 6 à 22 mois, générant un biais de mémorisation. Il s'agit peut-être de la plus grande faiblesse de notre étude. L'impact de ce facteur temps apparaît effectivement considérable, puisqu'on retrouve dans nos données manquantes une majorité de MG ayant oublié la concertation.

Nous déplorons que les 3 médecins inclus dans l'étude CREDO depuis le Centre Hospitalier d'Auch n'aient pas répondu à notre étude. Leur expérience de CREDO s'inscrivait dans le cadre d'une autre relation ville-hôpital, avec un centre hospitalier de proximité, et non pas un centre de référence régional en cancérologie comme l'IUCT Oncopôle. L'étude de la satisfaction des MG dans cet autre contexte aurait été intéressante.

Un autre point faible du présent travail est la longueur du questionnaire que nous avons soumis aux MG. Comme nous l'avons souligné plus haut, le taux de réponse semble inversement proportionnel à la durée de passation du questionnaire. Nous prenons également en compte la période à laquelle nous avons recueilli les données, où beaucoup de médecins se trouvaient en congés estivaux.

Pour finir, notre étude a pu souffrir d'un biais de subjectivité (ou d'enquêteur). La chercheuse a pu influencer les médecins, par exemple en leur fournissant des informations complémentaires lors de la passation du questionnaire. En parallèle, il existe probablement un biais de désirabilité chez les répondants, c'est-à-dire une tendance à exprimer une opinion favorable pour se présenter sous un jour convenable à la chercheuse.

2. Interprétation des résultats

2.1. A propos de l'appel téléphonique

L'outil téléphonique et les modalités de l'appel ont été jugés pertinents et adaptés par les MG, pour échanger des informations lors d'un retour d'hospitalisation d'un patient atteint de cancer métastatique, en cours de traitement par chimiothérapie. Dès 2005, en Angleterre (31), l'utilisation accrue du téléphone faisait partie des interventions pressenties pour pouvoir améliorer la communication ville-hôpital. Les MG disaient déjà leur besoin de communication efficace et rapide, notamment pour pouvoir gérer les situations aiguës durant les phases de traitement actif, moment où ils perdaient parfois de vue leurs patients (32).

De nos jours, ces notions restent plus que jamais d'actualité. Shen et al. (21) ont montré en 2015 que la communication entre MG et oncologues demeurait perfectible, en particulier juste après l'étape diagnostique. Les MG ont dit souhaiter être contactés directement par le spécialiste, par téléphone ou courrier électronique, pour avoir les moyens de jouer leur rôle, qu'ils estimaient crucial. En 2017, les travaux de Dossett et al. (33) ont pointé à nouveau les carences de la communication ville-hôpital, et le fait qu'un contact direct avec les oncologues (via un numéro de téléphone personnel ou courrier électronique) était associé à une amélioration de la communication et de la satisfaction des MG. Les notions de contact direct et de rapidité d'information sont bien soulevées dans notre étude pour appuyer la préférence des MG pour l'outil téléphonique. Ils avancent également l'utilité du support téléphonique pour améliorer la qualité de la communication (par les termes « efficacité », « clarté », « échange personnalisé ») et la coordination ville-hôpital (par les termes « échange », « interactivité », « travail en réseau »). L'efficacité de ce moyen de communication a déjà été montré dans la littérature. Par exemple, en France, la mise à disposition d'un numéro unique pour joindre l'oncologue et de fiches sur les effets indésirables des chimiothérapies a permis d'améliorer la coordination des soins et de renforcer la place du MG (35).

Le recours à un MG spécialisé en oncologie comme interlocuteur lors de la concertation a été considéré comme facteur favorisant les échanges d'information. L'expérimentation du recours à un médecin pour organiser les transferts d'informations entre l'hôpital et la ville est rare dans la littérature. A notre connaissance, seuls les travaux canadiens de Sisler et al. datant de 2009 (36) en rapportent une étude. Leurs recherches portaient sur la mise en place et la première évaluation d'un programme régional de coordination de soins entre

un centre de référence en oncologie, et des cliniques de soins primaires. Parmi les interventions de leur programme, on retrouvait l'affectation d'un « médecin leader », bénéficiant d'une formation supplémentaire à l'oncologie, au sein de chaque clinique de soins primaires. Son rôle était 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. Leurs résultats étaient très encourageants, avec 69% des médecins constatant une amélioration de la coordination ville hôpital et 56% des MG percevant un bénéfice à la présence d'un « médecin leader ». Ce « médecin leader » de Sisler et al. et le médecin DESC de l'étude CREDO ne sont pas exactement comparables. Le premier est posté dans un centre de soins primaires, et devient la personne ressource locale pour la cancérologie. Le médecin DESC de l'étude CREDO, lui, assume son rôle de vecteur de l'information depuis l'hôpital. Cependant, les chiffres de l'étude canadienne et les nôtres parlent d'une même voix : ils montrent une amélioration de la satisfaction des MG lorsqu'un médecin incarne le lien ville-hôpital, que ce médecin agisse dans une structure de soins primaires ou depuis un centre hospitalier.

Notre travail apporte des éléments d'argumentation expliquant la préférence des MG pour un interlocuteur médecin. S'adresser à un confrère assure aux MG une certaine aisance dans la communication (par les termes de « simplicité », « parler libre », « facilité », « praticité »), une meilleure qualité d'information (par les termes de « langage commun », « pertinence », « échange plus pointu », « information plus complète ») et une opportunité de concertation. Ils montrent un attachement à la confraternité (par les termes « plus respectueux », « plus confraternel »). A notre connaissance, aucune autre étude n'a cherché à analyser pourquoi les MG préfèrent échanger avec des médecins.

Parmi les MG non convaincus de l'utilité de l'interlocuteur médecin, certains avançaient qu'une IDE de coordination en cancérologie (IDEC) pouvait convenir. Les travaux mesurant l'opinion des MG à propos de l'intervention d'une IDEC sont rares. Selon Wulff et al. (37), si l'IDEC amène des améliorations significatives sur plusieurs aspects (conséquences psychologiques et sociales de la maladie chez le patient, transmission d'informations au patient), l'impact en soins primaires est moins positif. En effet, le suivi par l'IDEC n'a pas augmenté le recours du patient à son médecin traitant, mais a majoré le recours aux MG d'astreinte, en dehors des heures ouvrables des cabinets médicaux.

A travers les résultats de notre étude, le choix du téléphone comme outil de communication et l'intervention d'un médecin DESC comme interlocuteur semble en 2020 présenter une excellente faisabilité du point de vue des MG, et constituer une intervention utile à la coordination des soins, en accélérant et simplifiant dans les deux sens la communication ville-hôpital. Une étude quantitative réalisée en 2018 dans le cadre d'une thèse d'exercice (35) corrobore cette conclusion, en montrant l'excellente faisabilité d'un appel téléphonique par un médecin hospitalier au médecin traitant, avant retour à domicile du patient. Dans cette étude, un bénéfice en termes de ré-hospitalisations semblait même se dégager pour certains patients.

2.2. A propos de la fiche de liaison

La fiche de liaison CREDO a été jugée utile par les MG. Les médecins trouvaient intéressants le regroupement de l'information et la facilité d'accès à l'information que permettaient ce document. Cette fiche se distingue en effet des courriers de sortie usuels, dont plusieurs défauts ont été pointés du doigt. Le premier défaut des courriers traditionnels réside dans le délai de transmission au MG. Ce point est presque un serpent de mer tant les références bibliographiques abondent pour le mettre en évidence (31,39–42). La fiche de liaison CREDO, elle, est prévue pour être rapide à remplir, au lit du patient, et adressée dans les meilleurs délais après la sortie d'hospitalisation. Un des MG que nous avons interrogé relevait en effet cet atout. Les deuxième et troisième points noirs des courriers de spécialistes consistent en ce que les informations importantes pour les MG y manquent fréquemment (42) ; et leur lisibilité est parfois mauvaise, du fait d'un manque de structure et de paragraphes trop longs et trop détaillés (39). La fiche de liaison CREDO a été conçue avec des rubriques pré-imprimées, contenant de manière standardisée les mêmes informations clés pour tous les patients. Les MG interrogés dans notre étude ont apprécié la qualité de son contenu (par les termes « synthétique », « complet », « mention des coordonnées d'un référent », « protocolisé ») et de sa forme (par le terme « clair »). Ils projetaient son utilité dans différents domaines : la coordination des soins, le suivi, l'anticipation des problèmes, l'implication du MG. A notre connaissance, aucune étude sur le regard des soins primaires à propos d'une telle fiche n'a été publiée. La littérature regorge en revanche d'articles sur l'utilité de l'envoi aux MG de fiches

d'informations à propos des effets secondaires des traitements anti-néoplasiques (43–45). Grâce au travail de Rougé-Bugat et al. (43), ces précieuses informations sont déjà depuis plusieurs années disponibles sur le site d'Oncomip, le réseau de cancérologie de l'ex-région Midi-Pyrénées, sous forme de fiches téléchargeables. Cependant, pour garantir une information infaillible des MG sur ce point, ces fiches ont systématiquement été jointes à la fiche de liaison CREDO.

Le succès de la fiche de liaison CREDO, telle qu'elle a été pensée, n'est donc pas surprenant. Nous en déduisons là aussi une excellente faisabilité, et une utilité en termes d'amélioration de la coordination des soins.

Nous nous permettons cependant de nuancer le succès de cette fiche. Plusieurs MG ont en effet jugé ce document utile, alors qu'ils n'en ont pris connaissance qu'au moment de la sollicitation téléphonique de la chercheuse. Alors, un document utile l'est-il réellement, s'il n'a finalement été ni considéré ni utilisé ? Oui, dans la mesure où les potentialités d'un outil ne sont pas conditionnées par son usage. Un document écrit peut être utile s'il sert de référence ultérieure, en cas de problème par exemple. Non, puisque si la fiche n'est pas considérée, alors ses potentialités sont oubliées, elle n'a plus de visibilité et ne servira jamais en pratique. Elle sera supplantée par un autre outil plus habituel, plus commun, comme par exemple un appel à l'oncologue. Le problème de l'utilité de la fiche n'est donc pas intrinsèque à ce document, mais extrinsèque, l'utilité étant liée à la pratique dans laquelle elle s'insère. La pratique de la médecine générale est en effet une pratique d'habitudes. Tout nouvel outil est confronté à ces habitudes, habitudes qui peuvent voiler ses potentialités et le rendre caduc. Ce mécanisme sous-tend également le manque d'usage d'autres outils de coordination des soins, comme le DMP (Dossier Médical Partagé) ou le DCC (Dossier Communiquant en Cancérologie). (46)

Nous admettons que les MG qui ont jugé la fiche utile sans s'en être servi ont pu également répondre sous l'influence d'un sophisme génétique (apparition d'une opinion favorable à la fiche du fait de bonnes intentions perçues chez ses auteurs plutôt que du fait de son contenu réel (47)) ou du biais de désirabilité, mentionné plus haut dans ce chapitre.

L'éventualité d'une influence d'un sophisme génétique n'est pas nécessairement péjorative. Dans la mesure où l'intervention CREDO s'inscrit dans une dynamique

d'amélioration du lien ville-hôpital, il est finalement plutôt réjouissant que les médecins de ville aient pu percevoir de bonnes intentions de la part de médecins hospitaliers.

2.3. Apport global des échanges CREDO

L'apport global des échanges CREDO a été évalué en croisant trois paramètres : les informations nouvelles amenées lors de la concertation (pour mesurer l'efficacité de la communication), les aspects de la pratique des MG impactés (pour jauger de l'influence concrète de la concertation), et les intérêts des échanges CREDO perçus par les MG (pour obtenir un retour).

La question pour laquelle les résultats sont les plus mitigés est celle portant sur l'apport d'informations nouvelles par la concertation de retour à domicile. La moitié des MG interrogés a effectivement appris des données qu'elle ignorait à propos de ses patients. Nous pouvons en déduire que l'autre moitié des MG avait une connaissance suffisante de l'état de santé actuel de ses patients. Nous pouvons également nous féliciter que les échanges CREDO parviennent à transmettre des informations dont les MG n'avaient pas été destinataires par les supports usuels. Ce faisant, ils concourent à l'amélioration de la coordination des soins, puisque l'information en est la clef de voûte (48).

Les réponses sur l'impact des échanges CREDO sur la pratique des MG montrent que la participation à une concertation de retour à domicile a bien des effets concrets, et ce essentiellement sur deux points. Premièrement, cette concertation semble augmenter l'autonomie des MG, en affectant leur prise en charge des effets indésirables et/ou des complications, la communication avec le patient et la prise en charge des symptômes du patient. Deuxièmement, et le lien de cause à effet avec le premier point est clair, la concertation semble parfois renforcer l'implication du MG dans la prise en charge du patient. Plus d'autonomie et plus d'implication sont deux résultats qui vont dans le sens d'un renforcement du rôle du MG. Or une médecine générale forte est garante d'une coordination des soins de qualité (8). De manière plus anecdotique, les échanges CREDO ont pu influencer les rapports entre le MG et les autres personnes impliquées dans la

prise en charge du patient, qu'ils soient professionnels de santé (libéraux ou hospitaliers) ou de l'entourage.

Enfin, l'étude des intérêts que les MG perçoivent à propos des échanges CREDO fournit le nécessaire retour d'expérience, exploitable pour l'amélioration du protocole expérimental. La première chose que l'on remarque est que les MG trouvent un intérêt à toutes les potentialités de la concertation de retour à domicile. Les deux premiers atouts de la concertation pointés par les MG sont l'actualisation systématique des informations qu'ils possèdent, et la rapidité de transmission des informations. En effet, nous l'avons vu plus haut, l'actualisation des données du MG à propos de son patient lui est nécessaire pour s'adapter aux nouveaux besoins de ce dernier, et lui prodiguer des soins pertinents. La rapidité de transmission des informations est, quant à elle, la condition *sine qua non* à la réactivité du MG. Le troisième atout des échanges CREDO, pour les MG, touche l'anticipation des situations d'urgence. Il est vrai que grâce à la concertation, le MG est mieux informé, plus autonome et plus impliqué, et donc mieux armé pour prendre en charge le patient. Si la situation clinique dépasse ses compétences, il connaît le nom de la structure de soins vers laquelle se tourner, et sait qu'un résumé du dossier oncologique du patient s'y trouve déjà. Les autres points d'intérêt, développés plus haut, selon les MG, sont liés aux propriétés de la fiche de liaison. Pour finir, les MG étaient intéressés par le rapprochement et l'humanisation des rapports avec l'équipe hospitalière. Ces deux éléments sont des facteurs d'amélioration de la communication ville-hôpital et donc de la coordination des soins (49).

2.4. Satisfaction globale

La concertation de retour à domicile expérimentée dans l'étude CREDO génère une haute satisfaction chez les MG. Parmi les médecins insatisfaits, on retrouve une majorité de MG ayant en réalité oublié l'intervention. Les modalités pratiques originales des échanges CREDO, un appel téléphonique et une fiche de liaison, jouissent toutes deux d'une très bonne faisabilité. L'évaluation des apports des échanges CREDO va dans le sens d'une amélioration de la communication ville-hôpital et de la coordination des soins. Les

médecins considèrent que la concertation CREDO est un bon outil d'amélioration du lien ville-hôpital.

Au total, la faisabilité de la concertation de retour à domicile dans sa globalité est excellente, et ses conséquences pratiques semblent plutôt très prometteuses.

2.5. Ouvertures

Notre étude permet d'envisager une utilité de la concertation CREDO au-delà de la situation ponctuelle d'un retour à domicile d'un patient atteint de cancer métastatique, hospitalisé pour sa première cure de chimiothérapie métastatique. Les MG que nous avons interrogés sont en effet majoritairement en demande d'échanges type CREDO pour tout patient atteint de cancer, qu'il soit métastatique ou non, et de manière répétée pour le même patient à chaque survenue dans son parcours d'un événement médicalement significatif. Les MG souhaitent en effet être informés de la manière la plus directe possible, dès qu'un élément marquant survient pour l'un de leurs patients (50).

Les réponses des MG, notamment aux questions semi-ouvertes et ouverte, fournissent nombre de pistes d'amélioration sur les modalités et le contenu des échanges CREDO. Il est cependant plaisant de constater que le dispositif CREDO inclut déjà une partie des idées d'amélioration du lien ville-hôpital imaginées par les MG.

Concernant l'appel téléphonique, le premier problème est la joignabilité du MG. Deux MG de notre étude l'ont évoqué, et cela est corroboré par la littérature (51). Ce problème pourrait être gommé en proposant, si nécessaire, de programmer l'appel sur un rendez-vous téléphonique. Cela permettrait aussi de limiter le dérangement occasionné par l'appel, d'améliorer la qualité d'écoute du MG, et montrerait une considération à l'égard des conditions d'exercice en médecine générale. L'appel gagnerait à être passé peu de temps avant la sortie du patient, dans la mesure du possible, conformément à la suggestion d'un médecin. L'anticipation est en effet primordiale dans toute organisation, et le domaine de la santé n'échappe pas à cette règle.

Concernant la fiche de liaison, il convient de maintenir la réactivité propre à CREDO et de garder les délais de transmission les plus brefs possibles, afin de répondre au besoin d'immédiateté dans la communication ville-hôpital. La fiche pourrait s'enrichir de

plusieurs informations, comme la date de sortie d'hospitalisation, le plan d'aides actuel du patient, les conclusions des comptes rendus d'imagerie, les principales consignes de surveillance à domicile, et les principales transmissions des IDE hospitalières le cas échéant. En revanche, elle pourrait s'alléger des antécédents du patient (ou pathologies concomitantes), qui sont *a priori* bien connus par les MG. Il s'agit d'ailleurs de l'information la moins souvent apprise aux MG lors des échanges CREDO.

Les coordonnées de la structure de soins choisie conjointement par le patient et son MG en cas de complication devraient être davantage mises en valeur. En effet, notre étude montre que l'adaptation aux souhaits du patient est le point d'intérêt de l'étude CREDO le moins relevé par les MG. Il s'agit pourtant d'une originalité du protocole CREDO, visant à fluidifier le parcours de soins des urgences en cancérologie, que les MG pointent comme étant un point à améliorer. Les coordonnées de la structure se situent en bas de la troisième page sur les cinq de la fiche de liaison CREDO. Elles gagneraient à apparaître en première page, au même niveau que les coordonnées du spécialiste référent et d'un numéro à contacter en cas d'urgence, par exemple.

Pour clarifier le but du document, son contenu et satisfaire le souhait d'un support de communication unique, complet et synthétique, les informations qu'il contient pourraient être intégrées aux courriers de sortie des patients. Il faudrait alors veiller à conserver une visibilité maximale des informations clefs, comme les coordonnées directes de l'oncologue référent et le numéro à contacter en cas d'urgence. On pourrait imaginer un encart en première page de courriers à la structure pré-établie, générés par des outils informatiques modernes. L'encart contiendrait les informations de la concertation CREDO, modifiables, pour permettre une actualisation des données. Une attention particulière serait à apporter à la non répétition des informations de l'encart CREDO dans le reste du courrier.

CONCLUSION

Il existe en France dans le domaine de la cancérologie des défauts de coordination des soins, dont la résolution doit passer par l'amélioration de la communication ville-hôpital et le renforcement du rôle du MG. C'est dans cette optique que l'étude CREDO a vu le jour : elle teste un dispositif expérimental novateur de concertation avant retour à domicile pour les patients atteints de cancer métastatique, hospitalisés et devant rentrer à domicile. Ce dispositif fait intervenir le patient, un médecin DESC et le MG référent du patient, et se déroule en plusieurs phases. Son objectif principal est de mesurer l'impact de l'intervention CREDO sur le nombre d'hospitalisations non-programmées. Notre travail s'est focalisé sur l'étude de l'opinion des MG par rapport à cette concertation, dans sa phase d'interaction entre médecin DESC et MG référent du patient.

Les MG qui ont vécu la concertation de retour à domicile expérimentée dans l'étude CREDO sont globalement satisfaits de ses modalités.

L'appel téléphonique est un moyen de communication adapté et acceptable du point de vue de la médecine ambulatoire. Le statut de l'interlocuteur choisi, un MG spécialisé en cancérologie, est tout à fait pertinent. La fiche de liaison est un document utile.


Lorsque les échanges CREDO ont apporté des informations nouvelles aux MG, il s'agissait principalement d'informations issues de la prise en charge hospitalière des patients. La pratique des MG était impactée sur des domaines techniques de la prise en charge des malades (gestion des effets indésirables, des symptômes liés à la maladie, communication avec le patient). Les principaux intérêts perçus de la concertation de retour à domicile étaient la rapidité de transmission des informations qu'elle permettait, fournissant au MG une actualisation de ses connaissances à propos de la situation de son patient.

Ces résultats sont extrêmement encourageants et témoignent de la faisabilité en vie réelle de l'intervention CREDO du point de vue des MG.

Les MG sont massivement en demande de telles concertations pour tous les patients atteints de cancer, et à plusieurs reprises pendant le parcours de tout patient, à chaque survenue d'un événement médicalement significatif.

Des évolutions du dispositif expérimental CREDO sont néanmoins à envisager. Par exemple, l'appel téléphonique pourrait être programmé, en convenant d'un rendez-vous téléphonique. Il gagnerait à être émis de manière anticipée à la sortie. La fiche pourrait s'enrichir de nouvelles informations demandées par les MG et être remodelée pour mieux mettre en valeur certaines de ses ressources. On pourrait, enfin, penser une fusion des informations de la fiche de liaison avec les courriers de sortie d'hospitalisation.

lu & approuvé
le 27/01/2020.


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

Toulouse, le 28/01/20

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



BIBLIOGRAPHIE

1. Institut National du Cancer. *Les cancers en France, l'essentiel des faits et chiffres*. Édition 2019.
2. Plan Cancer 2014-2019, guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France. 2014 Feb 04.
3. Haute Autorité de Santé. *Note méthodologique et de synthèse documentaire - « Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? »*. 2014 Sept.
4. Code de la sécurité sociale. (page consultée le 05/01/2020). Legifrance [Internet]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006186122&cidTexte=LEGITEXT000006073189>
5. L'Assurance Maladie. (page consultée le 05/01/2020). Ameli.fr. [Internet]. <https://www.ameli.fr/assure/actualites/plus-de-9-assures-sur-10-ont-declare-un-medecin-traitant>
6. L'Assurance Maladie. *Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention*. 2009 Jan 22.
7. Druais PL, Attali C, Frappe P, Certain MH, Le Mauff P, Sejourne JM, Gallot E, Gallais JL, Magnier AM, Rousselot-Marche E, Budowski M. *Référentiel métier et compétences des médecins généralistes*. 2009 Jun 01.
8. Druais PL. *Rapport « La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé »*. 2015 Mar 15.
9. Rougé-Bugat ME. *Place du médecin généraliste dans la nouvelle organisation des soins en oncologie* – 228. Th. D : Biologie Santé Biotechnologies : Toulouse : 2014.
10. Holtedahl K, Scheel BI, Johansen M-L. *General practitioners' participation in cancer treatment in Norway. Rural Remote Health*. 2018;18(2):4276.
11. Vernant JP. *Rapport à la Ministre des Affaires sociales et de la santé et à la Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche – Recommandations pour le troisième Plan Cancer*. 2013 Jul.
12. France Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. *Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital*. Études & Résultats. 2017 Oct;(1034)
13. Empereur F. *Accès aux soins des patients atteints d'un cancer, le rôle du réseau régional de cancérologie*. Actual Pharm. 2018 Jun 1;57(577):32-4.
14. Plan Cancer : 2003 → 2007 – Mission Interministérielle pour la Lutte contre le Cancer.

15. Ministère des Solidarités et de la Santé. (page consultée le 23/01/2020). Circulaire DHOS/SDO n°2005-101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en oncologie. [Internet]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030034.htm>
16. 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. 2017 May 1;143(5):895-904.
17. 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. 2014 Apr 29;10(5):298-305.
18. Halkett G k. b., Jiwa M, Lobb E a. *Patients' perspectives on the role of their general practitioner after receiving an advanced cancer diagnosis*. Eur J Cancer Care (Engl). 2015 Sept 1;24(5):662-72.
19. Coindard G, Barrière J, Vega A, Patrikidou A, Saldanha-Gomes C, Arnould P, et al. *What role does the general practitioner in France play among cancer patients during the initial treatment phase with intravenous chemotherapy? A qualitative study*. Eur J Gen Pract. 2016 Apr 2;22(2):96-102.
20. Tardieu É, Thiry-Bour C, Devaux C, Ciocan D, de Carvalho V, Grand M, et al. *The place of general practitioners in cancer care in Champagne-Ardenne*. Bull Cancer (Paris). 2012 May;99(5):557-62.
21. Roques S, Vasseur J. *État 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*. - 85. Th. D : Médecine Générale : Toulouse : 2018.
22. Chaaban S. *« Rendre la parole pour mieux soigner » - Evaluation de la pratique des médecins généralistes sur l'utilisation d'interprète professionnel face à un patient non francophone ou utilisateur élémentaire de la langue française à Toulouse*. - 152. Th. D : Médecine générale : Toulouse : 2014.
23. Couturier AL, Desmidt L. *Connaissances et pratiques des médecins généralistes du Maine et Loire concernant la visite de pré-reprise et le temps partiel thérapeutique*. - 50. Th. D : Médecine générale : Angers : 2017.
24. Dailly E. *Quel est le niveau de connaissance, d'utilisation et de perception des outils d'Antibiolor par les médecins généralistes lorrains ?* - 137. Th. D : Médecine générale : Nancy: 2013.
25. Michenaud J. *Automesure tensionnelle en médecine générale : enquête d'opinion et de pratique auprès de 300 médecins généralistes de Loire Atlantique et de Vendée en 2007*. - 74. Th. D : Médecine générale : Nantes : 2008.
26. France Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. (page consultée le 16/01/2020). *Démographie des professionnels de santé*. Dataviz.Drees

Études et statistiques. [Internet].
<http://dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr/demographie-professionnels-sante/>

27. CP CNGE. (page consultée le 31/10/2019). *L'augmentation du nombre de MSU va permettre la mise en place de la 4e année du DES de médecine générale* - Avril 2019. [Internet].
https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/cp_cnge_laugmentation_du_nombre_de_msu_va_permettr/
28. Biard M, Beuzeboc J. *Désir de participation à la recherche des médecins généralistes. L'étude DéPaR-MG*. - 69. Th. D : Médecine générale : Rouen : 2017.
29. Hammersley V, Hippisley-Cox J, Wilson A, Pringle M. *A comparison of research general practices and their patients with other practices — a cross-sectional survey in Trent*. Br J Gen Pract. 2002;7.
30. McManus RJ, Ryan R, Jones M, Wilson S, Hobbs FR. *How representative of primary care are research active practices? Cross-sectional survey*. Fam Pract. 2008 Feb 1;25(1):56-62.
31. Farquhar MC, Barclay SIG, Earl H, Grande GE, Emery J, Crawford R a. F. *Barriers to effective communication across the primary/secondary interface: examples from the ovarian cancer patient journey (a qualitative study)*. Eur J Cancer Care (Engl). 2005 Sept;14(4):359-66.
32. Hurtaud A, Aubin M, Ferrat E, Lebreton J, Paillaud E, Audureau E, et al. *Continuity of care in general practice at cancer diagnosis (COOC-GP study): a national cohort study of 2853 patients*. Br J Gen Pract. 2019 Feb 1;69(679):e88-96.
33. Shen MJ, Binz-Scharf M, D'Agostino T, Blakeney N, Weiss E, Michaels M, et al. *A mixed-methods examination of communication between oncologists and primary care providers among primary care physicians in underserved communities*. Cancer. 2015 Mar 15;121(6):908-15.
34. Dossett LA, Hudson JN, Morris MAM, Lee C, Roetzheim RG, Feters MD, et al. *The Primary Care Provider (PCP)-Cancer Specialist Relationship: A Systematic Review And Mixed Methods Meta-synthesis*. CA Cancer J Clin. 2017 Mar;67(2):156-69.
35. Maes S. *Place du médecin généraliste dans le suivi des patients sous chimiothérapie: enquête qualitative auprès de médecins généralistes*. - 63. Th. D : Médecine générale : Nice 2017.
36. Sisler J, McCormack-Speak P. *Bridging the gap between primary care and the cancer system*. Can Fam Physician. 2009 Mar;55(3):273-8.
37. Wulff CN, Vedsted P, Søndergaard J. *A randomized controlled trial of hospital-based case management in cancer care: a general practitioner perspective*. Fam Pract. 2013 Feb;30(1):5-13.

38. Enzinger L. *Coopération ville-hôpital: évaluation de la faisabilité et de l'intérêt de l'appel téléphonique par le médecin hospitalier du médecin traitant pour préparer le retour à domicile.* - 76. Th. D : Médecine générale : Grenoble : 2018.
39. Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Peleman R, Verhaeghe R, Mortier E, et al. *Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations.* Int J Clin Pract. 2015 Nov 1;69(11):1257-67.
40. 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.* Can Fam Physician. 2016 Oct;62(10):e608-15.
41. Dalsted RJ, Guassora AD, Thorsen T. *Danish general practitioners only play a minor role in the coordination of cancer treatment.* Dan Med Bull. 2011 Jan;58(1):A4222.
42. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. *Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care.* JAMA. 2007 Feb 28;297(8):831-41.
43. Rougé-Bugat M-E, Lassoued D, Bacrie J, Boussier N, Delord J-P, Oustric S, et al. *Guideline sheets on the side effects of anticancer drugs are useful for general practitioners.* Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer. 2015 Dec;23(12):3473-80.
44. Kousgaard KR, Nielsen JD, Olesen F, Jensen AB. *General practitioner assessment of structured oncological information accompanying newly referred cancer patients.* Scand J Prim Health Care. 2003 Jan 1;21(2):110-4.
45. Jefford M, Baravelli C, Dudgeon P, Dabscheck A, Evans M, Moloney M, et al. *Tailored chemotherapy information faxed to general practitioners improves confidence in managing adverse effects and satisfaction with shared care: results from a randomized controlled trial.* J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. 2008 May 10;26(14):2272-7.
46. Amsellem C. *Coordination ville-hôpital en cancérologie: enquête d'opinion auprès des médecins généralistes prenant en charge des patients atteints de cancer colo-rectal suivis au CHU de Bordeaux.* - 128. Th. D : Médecine générale : Bordeaux : 2017.
47. Mulligan K. *Valeurs et Normes Cognitives.* Magazine Littéraire. 1998 Jan; (361):78-79.
48. Summerton N. *Cancer recognition and primary care.* British Journal of General Practice. 2002 Jan.
49. Lemaire N. *Évaluation qualitative de la relation ville-hôpital du point de vue des généralistes : données explicatives et ressenti face aux difficultés de communication.* - 70. Th. D : Médecine générale : Paris : 2016.

50. Mourad M, Fung K, Sheu L, Wu E, Ranji S, Wu E. *We need to talk: Primary care provider communication at discharge in the era of a shared electronic medical record.* J Hosp Med. 2015 May;10(5):307-310.
51. Berendsen AJ, Kuiken A, Benneker WH, Meyboom-de Jong B, Voorn TB, Schuling J. *How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey.* BMC Health Serv Res. 2009 Aug 8;9:143.

ANNEXES

Annexe 1. Questionnaire de recueil d'opinion des médecins généralistes

Opinion des médecins généralistes par rapport à une Concertation Retour à Domicile (CREDO) expérimentale chez les patients atteints de cancer métastatique

Questionnaire de recueil de données dans le cadre du travail de thèse d'Anastasia Bonnet, sous la direction des Drs Lætitia Gimenez et Vladimir Druel, du Département Universitaire de Médecine Générale de la faculté de Toulouse.

1. Vous souvenez-vous avoir reçu un appel [de l'Oncopôle/de l'hôpital d'Auch] dans le cadre de cette étude, afin d'échanger des informations sur l'état de santé de votre patient(e) et ses souhaits de prise en charge ?

- Oui
- Non

Si non, passez directement à la question 6.

2. Le moment de l'appel était-il approprié ?

- Oui, je n'ai pas été dérangé par l'appel
- Oui, même si j'aurais préféré un autre moment
- Non, l'appel aurait dû être passé à un autre moment
- Non, l'appel m'a vraiment dérangé pendant mon activité

3. La durée de l'appel était-elle ?

- Trop longue
- Appropriée
- Trop courte

4. L'utilisation du téléphone pour cet échange d'informations vous paraît-elle pertinente ?

- Oui
- Non

Pour quelle(s) raison(s) ?

5. L'échange d'informations a-t-il été facilité par le fait que l'interlocuteur(-trice) lors de l'appel soit médecin ?

- Oui
- Non

Pour quelle(s) raison(s) ?

6. Vous souvenez-vous avoir reçu une fiche de liaison synthétisant les informations sur l'état de santé de votre patient(e) et ses souhaits de prise en charge ?

- Oui
- Non

Si non, passez directement à la question 8

7. Considérez-vous cette fiche de liaison comme utile ?

- Oui
- Non

Pour quelle(s) raison(s) ?

8. Ces échanges, lors de l'appel téléphonique et via la fiche de liaison, vous ont-t-ils apporté des informations concernant votre patient(e) ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles ?

Plusieurs réponses possibles.

- État général à la sortie d'hospitalisation (score OMS)
- Situation carcinologique précise (type de cancer, localisation des métastases)
- Motif de l'hospitalisation actuelle
- Prise en charge thérapeutique spécifique à venir (chimiothérapie, radiothérapie)
- Pathologies concomitantes
- Traitements maintenus à la sortie d'hospitalisation
- Complications éventuelles ou attendues
- Effets indésirables des traitements spécifiques, éventuels ou attendus
- Conduite à tenir en cas de survenue de complications et/ou effets indésirables
- Souhaits du patient concernant son lieu de prise en charge en cas de complication
- Dates des prochaines consultations et/ou hospitalisations programmées
- Autre

9. Pour vous et votre pratique, après retour à domicile du patient, ces échanges ont été ?

- Satisfaisants
- Plutôt satisfaisants
- Plutôt non satisfaisants
- Non satisfaisants

10. Quels aspects de votre pratique ont été impactés par ces échanges, après retour à domicile du patient ?

- Prise en charge des symptômes du patient
- Prise en charge des effets secondaires et/ou des complications
- Communication avec le patient
- Communication avec son entourage
- Rapports avec l'équipe soignante à domicile
- Rapports avec l'équipe soignante du centre hospitalier
- Implication dans la prise en charge du patient
- Autre
- Aucun

11. Quels sont, pour vous, les intérêts d'un échange systématique direct entre patient, médecin traitant et médecin hospitalier, avant retour à domicile du patient ?

- Actualisation systématique des informations
- Rapidité de transmission des informations
- Facilité d'accès à l'information, via la fiche de liaison
- Regroupement des informations, via la fiche de liaison personnalisée
- Adaptation aux souhaits du patient
- Anticipation des situations d'urgence
- Rapprochement entre le médecin traitant et l'équipe hospitalière
- Humanisation des rapports entre le médecin traitant et l'équipe hospitalière
- Autre

12. Seriez-vous en demande d'échanges de ce type pour tout patient atteint de cancer, métastatique ou non ?

- Oui
- Non

13. Seriez-vous en demande de plusieurs échanges de ce type pour le même patient, en cas de survenue d'événements médicalement significatifs ?

- Oui

- Non

14. Pour vous, ce type d'initiative peut-il permettre une amélioration du lien ville-hôpital ?

- Oui
- Non

15. Avez-vous des propositions d'amélioration concernant le lien ville-hôpital ?

Les questions suivantes portent sur des données sociodémographiques vous concernant, indispensables à l'analyse statistique des résultats. Elles sont strictement confidentielles.

1. Sexe

- Femme
- Homme

2. Age

3. Quelle est votre zone d'exercice ?

- Urbaine
- Semi-rurale
- Rurale

4. Quel est votre mode d'exercice ?

- Seul(e)
- En cabinet de groupe de plusieurs médecins généralistes
- En cabinet de groupe de plusieurs spécialités médicales ou paramédicales
- En Maison de Santé Pluridisciplinaire
- Autre

5. Êtes-vous maître de stage universitaire ?

- Oui
- Non

6. En quelle année vous êtes-vous installé(e) ?

7. Possédez-vous un diplôme ou une formation complémentaire en oncologie - capacité, Diplôme Universitaire ou Inter Universitaire (DU/DIU), Développement Professionnel Continu (DPC) ou Formation Médicale Continue (FMC) ?

- Oui
- Non

Si oui, lequel ?

Annexe 2. Courriers-type adressés aux médecins généralistes

Premier contact, sans lien vers le questionnaire GoogleForm

Bonjour Docteur [nom],

L'un(e) de vos patient(e)s, [nom], a été inclus(e) dans l'étude CREDO, acronyme de « Concertation Retour à Domicile » en [date]. Cette étude est pilotée par l'équipe du Pr Rougé-Bugat à Toulouse.

Dans le cadre de cette étude, vous avez dû recevoir un appel téléphonique de [centre d'inclusion] en [date approximative de l'inclusion] afin d'échanger des informations lors d'un retour à domicile de votre patient(e). Cet appel a été doublé de l'envoi d'une fiche de liaison synthétique par mail, fax ou courrier postal, peu après sa sortie d'hospitalisation.

Je réalise mon travail de thèse, dirigée par les Drs Lætitia Gimenez et Vladimir Druel, sur l'opinion des médecins généralistes par rapport à ce dispositif.

Je procède au recueil des données par un questionnaire téléphonique (durée de remplissage 10-15 min).

Quand puis-je vous contacter à cet effet ?

Je vous remercie pour le temps que vous pourrez y accorder.

Anastasia Bonnet

Courrier avec lien vers le questionnaire GoogleForm

Bonjour Docteur [nom],

L'un(e) de vos patient(e)s, [nom], a été inclus(e) dans l'étude CREDO, acronyme de « Concertation Retour à Domicile ». Cette étude, pilotée par l'équipe du Pr Rougé-Bugat à Toulouse, cible les patients atteints de cancer métastatique, hospitalisés et devant rentrer à domicile. Elle vise à évaluer l'efficacité d'une concertation directe entre médecin hospitalier, médecin traitant et patient, au moment de la sortie d'hospitalisation du patient.

Dans le cadre de cette étude, vous avez dû recevoir un appel téléphonique de [centre d'inclusion] en [date approximative de l'inclusion] afin d'échanger des informations lors d'un retour à domicile de votre patient(e). Cet appel a été doublé de l'envoi d'une fiche de liaison synthétique par mail, fax ou courrier postal, peu après sa sortie d'hospitalisation.

Je réalise mon travail de thèse, dirigée par les Drs Lætitia Gimenez et Vladimir Druel, sur l'opinion des médecins généralistes par rapport à ce dispositif. Je procède au recueil des données par un questionnaire téléphonique dans l'idéal, ou en ligne à défaut.




Vous pouvez me contacter au [numéro de téléphone de la chercheuse] pour fixer un RDV téléphonique ou remplir directement le questionnaire. Si le temps vous manque, vous pouvez remplir le questionnaire en ligne en suivant ce lien :

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeM5OKXrs5Ljh5jn6gNAJZ4xgN3xl3JcAJEQHrGPA2xYTz9dQ/viewform?usp=sf_link.

Je vous remercie pour le temps que vous pourrez y accorder.

Anastasia Bonnet

Annexe 3. Fiche de liaison CREDO vierge

			
Fiche de liaison Standard/CREDO (Bras Standard/CREDO)			
<i>↳ Garder un exemplaire de ce document dans le dossier du patient (document source).</i>			
Coordonnées du patient		Coordonnées de la structure de soins référente	
Nom et prénom :		Lieu :	
Identifiant : _____		Nom de l'établissement :	
Sexe : Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>		Ville :	
Date de naissance : ____/____/____		Oncologue référent :	
✉ Adresse :		Nom et prénom :	
.....		☎ N° de tel : _____	
.....		☎ N° de Fax : _____	
☎ N° de tel : _____		✉ Adresse email :@.....	
Informations médicales			
• <u>État du patient à la sortie d'hospitalisation :</u>			
Score OMS performance status : 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>			
Poids : _____ Kg			
Taille : _____ cm			
• <u>Situation carcinologique du patient :</u>			
Type :			
.....			
Date de diagnostic initial : ____/____/____			
Localisation des sites métastatiques :			
- Adénopathies/Ganglions <input type="checkbox"/>		Cerveau <input type="checkbox"/>	
- Médiastin <input type="checkbox"/>		Foie <input type="checkbox"/>	
- Os <input type="checkbox"/>		Pancréas <input type="checkbox"/>	
- Poumon <input type="checkbox"/>		Péritoine <input type="checkbox"/>	
- Peau <input type="checkbox"/>		Plèvre <input type="checkbox"/>	
- Autre <input type="checkbox"/>		
.....		
• <u>Motif de l'hospitalisation :</u>			
.....			
.....			
.....			
.....			
 Page à transmettre au Médecin généraliste référent du patient			

• Prise en charge à venir du patient :

Chimiothérapie : Oui non

- Protocole :
- Schéma d'administration :

Radiothérapie : Oui non

- Nombre de séances de radiothérapie :
- Localisation des sites irradiés :
 - Bassin Ganglions lymphatiques Prostate Pelvis Abdomen
 - Pelvis et Abdomen Tête Cou Tête/cou Thorax Cerveau Sein
 - Vertèbres cervicales Sternum et côtes Clavicules et humérus
 - Vertèbres thoraciques Vertèbres lombaires Sacrum osseux Tête fémorale
 - Fémur os Autre

• Pathologies concomitantes:

Type : Cardiovasculaire Broncho-pulmonaire Hépatique Rénal Neurologique
Psychiatrique Lymphopathique

.....
.....
.....
.....

SPECIMEN



Page à transmettre au Médecin généraliste référent du patient

Prise en charge du patient

- Traitements maintenus à la sortie d'hospitalisation :

.....
.....
.....
.....

- Complications éventuelles et attendues :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Effets indésirables des traitements éventuels et attendus : (cf. fiches effets secondaires):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SPECIMEN

- Lieu de prise en charge en cas de complication (uniquement applicable pour le bras CREDO):

Prise en charge à domicile (HAD) : Oui Non

- ☛ Si « Oui », 2nd lieu de prise en charge définir en cas de complication :

- Lieu souhaité par le patient :
- Lieu validé par la concertation Patient/Médecin DESC :

- ☛ Si « Non », lieu de prise en charge défini en cas de complication :

- Lieu souhaité par le patient :
- Lieu validé par la concertation Patient/Médecin DESC :
- Lieu validé par la concertation Patient/Médecin DESC/Médecin généraliste :



Page à transmettre au Médecin généraliste référent du patient **et** au patient

• Liste des consultations programmées :

Date	Motif de la consultation	Lieu	Intervenant

• Liste des hospitalisations programmées :

Date	Motif de l'hospitalisation	Lieu	Intervenant

 Page à transmettre au Médecin généraliste référent du patient et au patient

- **Conduite à tenir en cas de survenue de complication/effet indésirable** (cf. « *fiches indésirables* » des chimiothérapies consultables sur le site *Internet Oncompip*) :



.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SPECIMEN



Page à transmettre au Médecin généraliste référent du patient

Annexe 4. Fiche de signalement patient vierge

											
<h2 style="margin: 0;">Fiche de signalement patient (Bras CREDO)</h2>											
<p><i>Document à compléter et à transmettre à la structure de soins définie suite à la concertation patient/médecin généraliste DESC/médecin généraliste référent du patient (Bras CREDO).</i></p> <p><i>↳ Garder un exemplaire de ce document dans le dossier du patient (document source).</i></p>											
Coordonnées du patient	Coordonnées de l'aident principal										
Nom et prénom : Sexe : Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Date de naissance : ____/____/____ ☑ Adresse : ☑ N° de tel : ____-____-____-____	Nom et prénom : Sexe : Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Lien de parenté : ☑ N° de tel : ____-____-____-____										
Coordonnées du médecin généraliste référent	Coordonnées de la structure de soins référente										
Nom et prénom : ☑ N° de tel : ____-____-____-____ ☎ N° de Fax : ____-____-____-____ ☑ Adresse email :@.....	Lieu : Nom de l'établissement : Ville : Département : Nom et prénom : ☑ N° de tel : ____-____-____-____ ☎ N° de Fax : ____-____-____-____ ☑ Adresse email :@.....										
1- Informations concernant le patient											
<ul style="list-style-type: none"> • <u>État du patient à la sortie d'hospitalisation :</u> <p style="margin-left: 20px;">Score OMS performance status : 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">Poids : ____ Kg</p> <p style="margin-left: 20px;">Taille : ____ cm</p> • <u>Situation carcinologique du patient :</u> <p style="margin-left: 20px;">Type :</p> <p style="margin-left: 20px;">Date de diagnostic initial : ____/____/____</p> <p style="margin-left: 20px;">Localisation des sites métastatiques :</p> <table style="margin-left: 40px; border: none;"> <tr> <td>- Adénopathies/Ganglions <input type="checkbox"/></td> <td>Cerveau <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>- Médiastin <input type="checkbox"/></td> <td>Foie <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>- Os <input type="checkbox"/></td> <td>Pancréas <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>- Poumon <input type="checkbox"/></td> <td>Péritoine <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>- Peau <input type="checkbox"/></td> <td>Plèvre <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> 		- Adénopathies/Ganglions <input type="checkbox"/>	Cerveau <input type="checkbox"/>	- Médiastin <input type="checkbox"/>	Foie <input type="checkbox"/>	- Os <input type="checkbox"/>	Pancréas <input type="checkbox"/>	- Poumon <input type="checkbox"/>	Péritoine <input type="checkbox"/>	- Peau <input type="checkbox"/>	Plèvre <input type="checkbox"/>
- Adénopathies/Ganglions <input type="checkbox"/>	Cerveau <input type="checkbox"/>										
- Médiastin <input type="checkbox"/>	Foie <input type="checkbox"/>										
- Os <input type="checkbox"/>	Pancréas <input type="checkbox"/>										
- Poumon <input type="checkbox"/>	Péritoine <input type="checkbox"/>										
- Peau <input type="checkbox"/>	Plèvre <input type="checkbox"/>										

.....
.....
.....

- **Effets indésirables des traitements éventuels et attendus :**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SPECIMEN

- **Conduite à tenir en cas de survenue de complications/effets indésirables** (cf. « *fiches indésirables* » des chimiothérapies consultables sur le site *Internet Oncompip*) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

AUTEUR BONNET

TITRE OPINION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES CONCERNANT UN DISPOSITIF EXPÉRIMENTAL DE CONCERTATION AVANT RETOUR A DOMICILE DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER MÉTASTATIQUE

DIRECTEURS DE THÈSE DR VLADIMIR DRUEL, DR LÆTITIA GIMENEZ

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE A TOULOUSE LE 25 FÉVRIER 2020

CONTEXTE Une coordination des soins de qualité entre l'hôpital et le médecin généraliste (MG) est indispensable à la prise en charge des patients atteints de cancer. Afin d'optimiser l'implication des MG dans cette coordination, Rougé-Bugat et al. ont expérimenté une « Concertation REtour à DOmicile » (CREDO), dispositif novateur de partage d'informations entre un MG hospitalier spécialisé en oncologie, le patient, et son MG référent. Notre objectif principal est d'étudier la satisfaction des MG référents vis-à-vis de ce dispositif. L'objectif secondaire est d'étudier leur opinion, pour évaluer la faisabilité de la concertation CREDO.

MATÉRIEL ET MÉTHODE Étude observationnelle transversale multicentrique réalisée d'avril à septembre 2019 par questionnaire téléphonique, auprès des MG ayant participé à une concertation expérimentale CREDO.

RÉSULTATS Sur 198 MG sélectionnés, 100 ont répondu. Ils étaient satisfaits de la concertation dans 84,48 % des cas, et majoritairement satisfaits de ses modalités. La moitié des MG ont appris grâce à elle de nouvelles informations, les trois quarts ont noté un impact dans leur pratique, et 94,44 % d'entre eux pensaient que le dispositif CREDO pouvait améliorer le lien ville-hôpital.

CONCLUSION Pour les MG, le dispositif CREDO semble avoir une faisabilité et une efficacité très satisfaisantes. Une application en vie réelle pourrait donc être envisagée afin d'améliorer la communication ville-hôpital, clef d'une coordination des soins de qualité.

CONTEXT Great quality in care coordination between hospital and general practitioners (GPs) is essential in the management of patients with cancer. Willing to optimize the involvement of GPs in this coordination, Rougé-Bugat et al. have experimented with a "Concertation REtour à DOmicile" (CREDO), an innovative information-sharing system between a hospital GP specialized in oncology, the patient, and his/her referring GP. Our main objective is to study referring GPs' satisfaction with this system. The secondary objective is to study their opinion in order to assess the feasibility of CREDO consultation.

MATERIAL AND METHOD Multi-centre cross-sectional observational study carried out from April to September 2019 by telephone questionnaire, among GPs who took part in one experimental CREDO consultation.

RESULTS Out of 198 GPs selected, 100 responded. They were 84,48 % satisfied with the consultation, and mostly satisfied with its modalities. Half of the GPs learned new information from the consultation, three quarters noted an impact on their practice, and 94.44% of them thought that the CREDO system could improve the link between hospital and GPs.

CONCLUSION For GPs, the CREDO system appears to be very feasible and effective. A real-life application could therefore be envisaged in order to improve city-hospital communication, key to a better quality in care coordination.

MOTS-CLEFS : coordination des soins – communication ville-hôpital – médecin généraliste

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 Toulouse Cedex 04 – France