

# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

### **THESE** **POUR LE DIPLOME D'ETAT** **DE DOCTEUR EN MEDECINE** **(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement  
le 5 novembre 2013 à Poitiers  
par **Monsieur Louis DENARDOU**

Réseau Régional de Cancérologie :  
Perceptions, opinions et attentes des Médecins généralistes de  
Charente Maritime

#### **COMPOSITION DU JURY**

**Président** : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

**Membres** : Mademoiselle le Professeur Christine SILVAIN  
Monsieur le Professeur Rémy PERDRISOT

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur Yves FOURE



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2012 - 2013

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie
15. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
16. EUGENE Michel, physiologie
17. FAURE Jean-Pierre, anatomie
18. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, anatomie et cytologie pathologiques
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HANKARD Régis, pédiatrie
30. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
31. HERPIN Daniel, cardiologie
32. HOUETO Jean-Luc, neurologie
33. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
34. IRANI Jacques, urologie
35. JABER Mohamed, cytologie et histologie
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (**détachement**)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
44. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (**surnombre**)
45. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (**surnombre**)
46. MARECHAUD Richard, médecine interne
47. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
48. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
49. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
50. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
51. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
52. NEAU Jean-Philippe, neurologie
53. ORIOT Denis, pédiatrie
54. PACCALIN Marc, gériatrie
55. PAQUEREAU Joël, physiologie
56. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
57. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
58. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
59. POURRAT Olivier, médecine interne
60. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
61. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
62. RICHER Jean-Pierre, anatomie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, oncologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

6 rue de la Milétrie - B.P. 199 - 86034 POITIERS CEDEX - France

☎ 05.49.45.43.43 - 📠 05.49.45.43.05

**Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers**

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
13. HURET Jean-Loup, génétique
14. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
17. MIGEOT Virginie, santé publique
18. ROY Lydia, hématologie
19. SAPANET Michel, médecine légale
20. THILLE Arnaud, réanimation
21. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

**Professeur des universités de médecine générale**

GOMES DA CUNHA José

**Professeur associé des disciplines médicales**

SCEPI Michel, thérapeutique et médecine d'urgence

**Maîtres de Conférences associés de Médecine générale**

BINDER Philippe  
BIRAULT François  
FRECHE Bernard  
GIRARDEAU Stéphane  
GRANDCOLIN Stéphanie  
PARTHENAY Pascal  
VALETTE Thierry

**Professeur certifié d'Anglais**

DEBAIL Didier

**Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine**

MAGNET Sophie, bactériologie - virologie

**Professeurs émérites**

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
3. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
4. GIL Roger, neurologie
5. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie

**Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
7. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
8. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
9. BURIN Pierre, histologie
10. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
11. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
12. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
13. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
14. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
15. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
16. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
17. GOMBERT Jacques, biochimie
18. GRIGNON Bernadette, bactériologie
19. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
20. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
21. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
22. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
23. MARILLAUD Albert, physiologie
24. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
25. PATTE Dominique, médecine interne
26. PATTE Françoise, pneumologie
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

## REMERCIEMENTS:

*Au Professeur José GOMES DA CUNHA, pour l'honneur que vous me faites d'avoir accepté de présider ce Jury,*

*Au Professeur Christine SILVAIN, pour l'honneur que vous me faites d'avoir accepté de faire partie de ce Jury, et pour vos enseignements précieux lors de mon passage en premier semestre d'internat dans le service d'Hépatogastro-entérologie du CHU de Poitiers,*

*Au Professeur Rémy PERDRISOT, pour l'honneur que vous me faites d'avoir accepté de faire partie de ce Jury, et pour vos enseignements en première année de médecine à la faculté de Limoges,*

*Au Docteur Yves FOURE, pour l'honneur que vous me faites d'avoir accepté de diriger cette thèse, pour votre soutien et votre engagement à mes côtés, pour votre intégrité, pour vos encouragements, et pour m'avoir guidé tout au long de ce travail,*

*Au Professeur Dominique BORDESSOULE, pour m'avoir fourni l'idée originelle de laquelle est tiré le sujet de cette thèse, pour votre soutien, votre disponibilité, votre sens pédagogique, pour vos enseignements médicaux et humains tout au long de mon cursus d'externe à la faculté et au CHU de Limoges, et pour votre enthousiasme inébranlable à transmettre vos savoirs et votre passion,*

*A mon grand-père, le Docteur André CORDEBART, qui a suscité ma vocation et dont le souvenir m'a aidé à progresser au cours de ces longues années d'études,*

*A ma grand-mère Marthe CORDEBART, pour m'avoir soutenu et accompagné lors de mes nombreuses et longues sessions de révisions,*

*A ma tante et mon oncle Françoise et Eric VOGLIMACCI STEPHANOPOLI, pour m'avoir ouvert la porte de votre cabinet et permis de découvrir concrètement la médecine générale, pour m'avoir fait partager votre passion, et pour l'exemple humain et professionnel vous représentez à mes yeux,*

*A mes parents, Monique et Jean DENARDOU, pour m'avoir toujours soutenu et guidé en respectant mes choix, pour m'avoir inculqué les valeurs qui continuent de me guider chaque jour, pour m'avoir donné les moyens de me réaliser en tant que personne, et bien sûr pour votre indéfectible amour,*

*A mon frère Benoît DENARDOU, pour ton amour, pour la complicité que nous partageons, et pour les sempiternelles pitreries dont toi seul as le secret,*

*A mes Amis, pour votre soutien et vos encouragements pendant ces années d'études et tout au long de ce travail de thèse,*

*A mon épouse Elodie, pour ta patience durement éprouvée par ce travail de thèse, pour ton intégrité et ton soutien sans faille, dans les bons et les mauvais moments que nous avons partagés, pour ta capacité à me rendre meilleur et à illuminer ma vie, pour l'indéfectible amour que tu nous témoignes chaque jour,*

*Et bien entendu à nos deux merveilles, Gabriel et Clément, qui enchantent notre vie à chaque instant, et tous les jours un peu plus.*

Réseau Régional de Cancérologie :  
Perceptions, opinions et attentes des Médecins généralistes de  
Charente Maritime

# TABLE DES MATIERES

<b>I.Introduction .....</b>	<b>9</b>
<b>A.Histoire des réseaux régionaux de cancérologie en France .....</b>	<b>9</b>
1. <i>Le Premier Plan cancer (2003 - 2007) (1).....</i>	<i>9</i>
2. <i>La circulaire DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins) du 22 février 2005 (13):.....</i>	<i>11</i>
3. <i>Le Second Plan Cancer (2009 - 2013) (2).....</i>	<i>11</i>
4. <i>Etat des lieux en 2012 (15).....</i>	<i>13</i>
<b>B.Place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients cancéreux .....</b>	<b>15</b>
1. <i>Soins Oncologiques de Support.....</i>	<i>15</i>
2. <i>Contraintes et difficultés propres à la prise en charge en médecine générale.....</i>	<i>17</i>
3. <i>Mesures destinées à améliorer la coordination ville-hôpital.....</i>	<i>19</i>
<b>C.Le RRC en Poitou-Charentes: OncoPoitouCharentes (13) .....</b>	<b>20</b>
1. <i>Statut juridique et contexte réglementaire:.....</i>	<i>20</i>
2. <i>Structure institutionnelle et géographique: .....</i>	<i>21</i>
3. <i>Financements:.....</i>	<i>22</i>
4. <i>Missions:.....</i>	<i>22</i>
<b>D.Buts et enjeux de l'étude .....</b>	<b>23</b>
1. <i>Evaluation semi-qualitative des variétés d'opinions des médecins généralistes de Charente Maritime:.....</i>	<i>23</i>
2. <i>Perspectives d'amélioration du fonctionnement des réseaux suivant l'avis des médecins généralistes.....</i>	<i>23</i>
<b>II.Méthode et Résultats .....</b>	<b>25</b>
<b>A.Méthode .....</b>	<b>25</b>
1. <i>Schéma et type d'étude.....</i>	<i>25</i>
2. <i>Définition de la population (nombre, critères d'inclusion/exclusion).....</i>	<i>25</i>
3. <i>Elaboration et envoi du questionnaire (annexe 1).....</i>	<i>25</i>

4. <i>Variables étudiées</i> .....	26
5. <i>Recueil des données</i> .....	29
<b>B.Résultats</b> .....	<b>30</b>
1. <i>Analyse descriptive des caractéristiques des répondants</i> .....	30
2. <i>Analyse des réponses</i> .....	33
3. <i>Analyse descriptive par groupe de questions</i> .....	44
<b>III.Discussion</b> .....	<b>46</b>
<b>A.Discussion de la méthode</b> .....	<b>46</b>
1. <i>Choix du type d'étude</i> .....	46
2. <i>Biais de recrutement</i> .....	46
3. <i>Questionnaire</i> .....	47
<b>B.Discussion des résultats</b> .....	<b>49</b>
1. <i>Caractéristiques des répondants</i> .....	49
2. <i>Connaissance et utilisation par les médecins généralistes des outils promus par le RRC</i> .....	50
3. <i>Opinions des Médecins Généralistes</i> .....	51
4. <i>Attentes des Médecins Généralistes</i> .....	54
<b>IV.Conclusion</b> .....	<b>58</b>
<b>V.Bibliographie</b> .....	<b>60</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>62</b>
<b>Résumé et mots clés</b> .....	<b>68</b>
<b>Serment d'HIPPOCRATE</b> .....	<b>69</b>

# I. Introduction

## A. Histoire des réseaux régionaux de cancérologie en France

### 1. Le Premier Plan cancer (2003 - 2007) (1)

Le chantier de la lutte contre le cancer a été ouvert à l'initiative du président de la république Jacques Chirac en 2002.

Il a investi le ministre de la santé de l'époque, Jean-François Mattei, et la ministre déléguée à la recherche et aux nouvelles technologies, Claudie Haigneré, pour mettre en place une commission d'orientation dirigée par le directeur général de la santé. Celle-ci rend son rapport en janvier 2003, qui devient après enrichissement auprès des patients, professionnels de santé et associations, le Plan de Mobilisation National contre le Cancer.

Lancé en avril 2003 sous l'égide de la Mission Interministérielle de Lutte contre le Cancer, ce plan a pour objectif la diminution de la mortalité par cancer de 20% à l'horizon 2007. Pour cela, il développe 70 mesures regroupées en 6 chapitres opérationnels et prioritaires:

Prévention, Dépistage, Soins, Social, Formation et Recherche.

C'est dans le chapitre «soins» (mesures 29 à 38) que la notion de réseau régional du cancer est introduite. L'objectif est de «garantir au patient une prise en charge multidisciplinaire, ainsi qu'une continuité des soins, depuis l'annonce du diagnostic jusqu'à son retour au domicile», et ce de façon uniforme sur l'ensemble du territoire national.

Dans chaque région un «réseau régional du cancer intégrant le pôle régional de cancérologie» doit permettre un décloisonnement et une harmonisation de l'offre et de l'organisation des soins autour du patient cancéreux, en assurant la réalisation des objectifs suivants (mesures 29 et 30):

- coordonner les acteurs à l'échelle régionale. L'ensemble des établissements et médecins libéraux de la région accompagnant des patients atteints de cancer doivent à terme intégrer ce réseau régional ;
- fédérer les réseaux locaux existants ;

- organiser les outils communs à l'ensemble des acteurs de la cancérologie de la région : système d'information et partage du dossier patient, guides de bonnes pratiques, filières de recours ;
- organiser l'évaluation de ses membres ;
- être l'interlocuteur privilégié de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH).

Dans chaque établissement traitant des patients cancéreux, des Centres de Coordination en Cancérologie (3C) doivent être identifiés, pour remplir les missions suivantes (mesure 32):

- coordination médicale de la cancérologie au sein de l'établissement (ou du réseau), et en particulier des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie ;
- assurance qualité du programme personnalisé de soins pour chaque patient ;
- suivi individualisé des patients, en apportant une aide et un soutien dans la prise en charge ;
- suivi au sein de l'établissement de la mise en oeuvre du plan cancer, avec données chiffrées d'activité et de qualité.

Il est également prévu de favoriser la pluridisciplinarité de la prise en charge de chaque patient avec une concertation systématique, à l'issue de laquelle un Plan Personnalisé de Soins (PPS), synthétisant son parcours thérapeutique prévisionnel, est remis et expliqué au patient (mesure 31).

La mesure 33 met l'accent sur une meilleure insertion des médecins généralistes dans les réseaux de soins en cancérologie pour faciliter la prise en charge et le suivi des patients atteints de cancer:

- mise en place d'un «forfait de suivi par le généraliste couvrant les épisodes inter-hospitaliers, les traitements à domicile et le suivi post thérapeutique (...) financé sur la dotation nationale de développement des réseaux de santé, et couvrant les soins réalisés dans le cadre du réseau».
- Organisation de la participation des médecins généralistes membres du réseau à la concertation multidisciplinaire et de l'accès au dossier médical des patients suivis.

La création d'un Dossier Médical Communicant (DMC) accessible aux acteurs de la prise en charge ainsi qu'au patient lui même doit se développer et se généraliser pour 2007, sous la responsabilité des réseaux régionaux du cancer (mesure 34).

Enfin la diffusion large aux professionnels et aux patients et la promotion de l'utilisation des recommandations de bonnes pratiques cliniques en cancérologie (mesure 35) est confiée à l'Institut National du Cancer (INCa).

Ce dernier organe est donc spécialement mis en place à cette occasion afin de «doter la lutte contre le cancer d'une institution emblématique destinée à coordonner l'ensemble des acteurs de la cancérologie et à donner une visibilité internationale à notre politique de santé en cancérologie».

L'INCa a vocation à constituer le centre d'expertise et le guichet unique des soins et de la recherche permettant de définir les orientations, d'associer les efforts et de coordonner les actions concertées.

## 2. La circulaire DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins) du 22 février 2005 (13):

Faisant suite au Plan cancer, la circulaire n°DHOS/SDO/205/101 du 22 février 2005, relative à l'organisation des soins en cancérologie, a défini le rôle de coordination des acteurs et les missions du réseau régional de cancérologie.

De plus, suite à l'ordonnance du 4 septembre 2003 et à l'arrêté du 27 avril 2004, les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) de 3ème génération, qui ont désormais intégré la prise en charge des personnes atteintes de cancer comme nouvelle thématique, en ont défini les principes de base que sont : l'équité d'accès aux soins, la qualité des pratiques professionnelles, la coordination des acteurs, l'écoute et l'information du patient et de sa famille.

## 3. Le Second Plan Cancer (2009 - 2013) (2)

Il s'inscrit dans la continuité du premier Plan cancer (2003-2007), et fait suite à un rapport rédigé par le professeur Jean-Pierre Grünfeld remis au président de la République en février 2009: «Recommandations pour le Plan cancer 2009-2013».

Il s'agit de la «déclinaison opérationnelle» du rapport Grünfeld, qui repose d'une part sur le «socle des mesures» du Plan cancer 2003-2007, qui doivent être pour certaines consolidées, pour d'autres mises en application et pour d'autres adaptées, et d'autre part sur de nouvelles propositions au premier rang desquelles figure le «renforcement de la coordination des soins et de son extension au-delà de l'hôpital par une meilleure implication des médecins traitants».

Ce dernier point, particulièrement important, est identifié dans le Plan comme l'un des 3 thèmes transversaux: «renforcer le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre notamment une meilleure vie pendant et après la maladie».

Il est également mis en exergue en tant que l'une des 6 mesures phare: «Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant. Faire bénéficier 80 % des patients au moins d'un programme personnalisé de soins. Ce programme doit systématiquement impliquer le médecin traitant».

Concernant la prise en charge des patients atteints de cancer dans le Réseau Régional de Cancérologie, il s'agit donc dans ce second Plan cancer de «pérenniser et de renforcer les avancées permises par le Plan 2003-2007 en termes de qualité et d'organisation des soins, mais il s'attachera également à améliorer le parcours de soins des personnes atteintes par le cancer, qui manque trop souvent encore de continuité entre l'hôpital et le domicile».

C'est dans la mesure 18 de «l'axe soins» que sont développés les objectifs et les actions suivants:

- Coordonner et personnaliser le parcours des malades par la mise en place de coordonnateurs de soins avec la participation des structures de coordination ville-hôpital des territoires de santé: les Réseaux Régionaux de Cancérologie (RRC), les Centres de Coordination en Cancérologie(3C), et avec celle des médecins généralistes. (Adaptation et renforcement de la mise en oeuvre du Plan Personnalisé de Soins (PPS) institué lors du premier Plan cancer)

- Conforter la fonction de proximité du médecin traitant pendant la phase thérapeutique aiguë et lors de la période de surveillance, en définissant un protocole de suivi partagé entre les médecins hospitaliers et généralistes (initialement pour les cancers du sein et colo-rectaux en priorité), en développant la formation continue en cancérologie pour ces derniers et enfin en instaurant (de façon expérimentale pour commencer) de nouveaux modes de rémunération pour les médecins libéraux dans le cadre de ce suivi partagé.

- Partager les données médicales entre professionnels de santé via le déploiement du Dossier Communiquant de Cancérologie (DCC) dans le cadre de la relance du Dossier Médical Personnel (DMP), avec un contenu minimal de courrier récapitulatif de sortie adressé au médecin traitant formalisé et testé, qui servirait de base aux échanges de données.

La mesure 19 a pour but de renforcer la qualité des prises en charge pour tous les malades atteints de cancer, en reprenant les principes du Plan cancer 2003-2007, qui sont précisés et dont l'application sur le terrain est contrôlée et devient un critère d'agrément dans le cadre du Réseau Régional de Cancérologie (RRC).

Ainsi, le dispositif d'annonce du diagnostic doit être mis en oeuvre dans chaque «établissement autorisé» dès 2011. Le Programme Personnalisé de soins (PPS) voit son format validé par un comité de patients, et il est complété par un programme de l'après cancer, avec l'intégration d'un volet social permettant d'envisager plus efficacement l'après cancer (Plan Personnalisé de l'Après Cancer (PPAC), mesure 25). Des audits systématiques des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) dans un cadre de référence national (élaboré par l'INCa), sont placés sous le pilotage des RRC.

Cette mesure vise également à accompagner la mise en place des critères d'agrément et des décrets d'autorisation des établissements de soins du cancer et à clarifier le positionnement et le rôle des organisations existantes: Réseaux Régionaux de Cancérologie (RRC), Pôles Régionaux de Cancérologie (PRC) et Centre de Coordination en Cancérologie (3C), par l'élaboration de référentiels spécifiques.

#### 4. Etat des lieux en 2012 (15)

L'INCa a publié sur son site le 18 janvier 2013 un document intitulé «La situation du cancer en France en 2012», s'inscrivant dans la mise en oeuvre du Plan cancer 2009-2013 et répondant à son objectif d'(auto-)évaluation annuelle:

Mesure 6 contenue dans «l'axe observation» du second Plan cancer (2009-2013): «Produire et communiquer annuellement des informations sur le cancer et sur la cancérologie».

Il s'agit d'un rapport de synthèse annuel des données relatives aux cancers et des principaux indicateurs de la politique de lutte contre les cancers mis à jour jusqu'à septembre 2012, c'est donc la 5ème édition et la plus récente à ce jour.

Nous nous sommes intéressés essentiellement aux éléments de ce rapport relatifs à la mise en place des Réseaux Régionaux de Cancérologie, et aux outils promus par celui-ci.

En voici les grandes lignes:

- 1) Sur le plan épidémiologique, on retiendra simplement que les tendances globales sont représentées par une augmentation de l'incidence des cancers associée à une baisse de la mortalité par cancer. Cela semblerait indiquer de façon simpliste une amélioration des dépistages et diagnostics pour l'incidence, et des techniques thérapeutiques et de l'organisation des prises en charge pour la mortalité. Mais la réalité est plus complexe avec notamment de grandes disparités selon la localisation cancéreuse et selon le sexe des patients, qui ne permettent pas de telles conclusions. Par ailleurs, sur l'ensemble du territoire français en 2012, l'activité de cancérologie représente près de 20 % de l'activité hospitalière globale.

- 2) Concernant l'offre de soins, et en particulier les mesures destinées à la promotion de la qualité des soins:

- ◆ Les établissements de santé doivent disposer d'une autorisation spécifique délivrée par leur ARS pour traiter les malades atteints de cancer, dans les domaines de la chimiothérapie, la radiothérapie externe et la chirurgie carcinologique, et ce depuis 2009.

- ◆ Les 25 régions françaises disposent d'un Réseau Régional de Cancérologie (RRC) opérationnel en 2012

- ◆ On compte 269 Centres de Coordination en Cancérologie (3C) au sein des établissements en 2011

- ◆ Le DCC (Dossier Communicant de Cancérologie) devenu un service du DMP (Dossier Médical Personnel) est expérimenté dans 7 régions pilotes et intègre le compte rendu d'anatomocytopathologie, le PPS (programme personnalisé de soins) et la fiche RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire).

- ◆ En 2010: les RRC ont enregistré 665 000 dossiers en RCP, soit près du double du nombre de cas incidents de cancers, près de 200000 personnes ont bénéficié du dispositif d'annonce soit 60 % des cas incidents, l'entretien soignant spécifique en relais de l'annonce médicale a concerné près de 120 000 personnes, soit 37 % si on rapporte aux cas incidents de cancers. Enfin, environ 80 500 personnes ont bénéficié de la remise d'un PPS (Plan Personnalisé des Soins), soit 25 % des cas incidents.

- ◆ L'expérimentation des 35 sites pilotes du parcours personnalisé de soins à 1 an, a montré que sur les 9 200 personnes incluses, 64 % se sont vu remettre un PPS et chez un tiers d'entre elles, une situation de fragilité sociale a été détectée. Parmi les 3 000 personnes en phase d'après-cancer, un tiers a reçu un PPAC (programme personnalisé de l'après-cancer), dont le contenu minimum a été publié par l'INCa (Institut National du Cancer) début 2012. Une nouvelle phase d'expérimentation est d'ailleurs prévue pour évaluer les modalités les plus efficaces d'accompagnement des personnes dans leur parcours.

◆Fin 2012, 24 guides ALD médecins traitants ont été élaborés et concernent notamment les cancers digestifs, thoraciques, gynécologiques, hématologiques, mammaires et cutanés (soit plus de 95 % des cas incidents de cancers en France). Ces guides seront mis à jour tous les 3 ans.

- 3) Les relations des patients atteints de cancer avec le système de soins (qualité de la prise en charge médicale, informations reçues) sont estimées très satisfaisantes par près d'une personne sur trois (33 %) et plutôt satisfaisantes par plus de 6 personnes sur 10 (61 %). Les personnes globalement insatisfaites représentent 6 % de la population étudiée. Par ailleurs, un patient sur quatre (25 %) estime que l'annonce du diagnostic a été « trop brutale », et ce sentiment de brutalité est, entre autres, lié au fait que le diagnostic n'a pas été annoncé en face à face. Ces résultats confirment l'intérêt de bénéficier, lors de l'annonce, d'une écoute et d'un soutien suffisants, d'une information adaptée ainsi que d'un accompagnement personnalisé par l'ensemble de l'équipe soignante, mis en évidence par 2 études publiées en 2012 respectivement par la Ligue (Ligue nationale contre le cancer, premier rapport de l'Observatoire Sociétal des Cancers, 2012) et par l'Institut National du Cancer (INCa).

## B. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients cancéreux

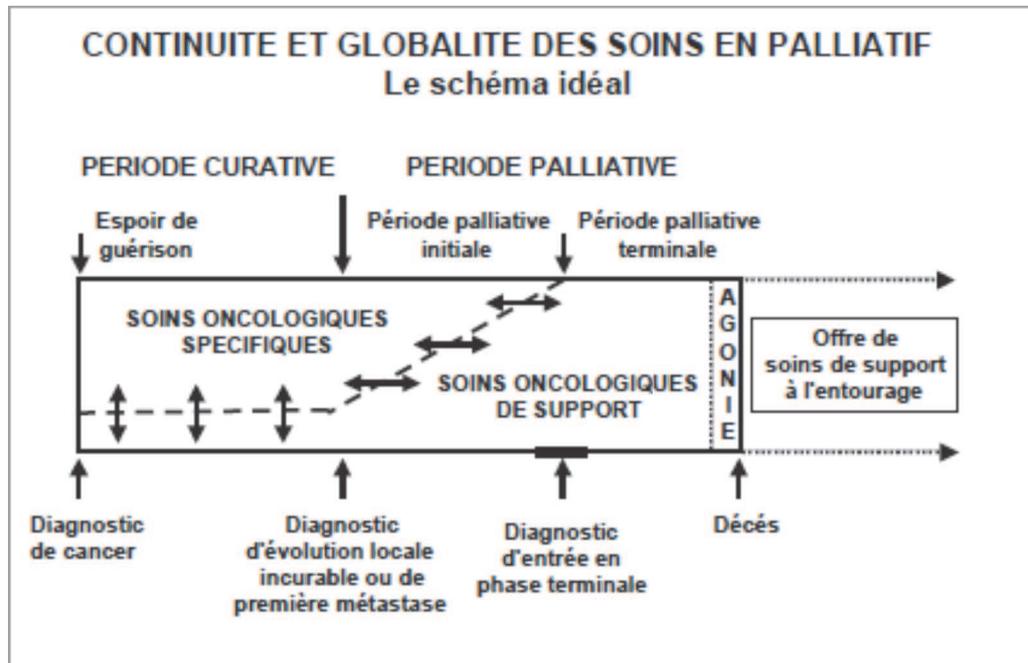
La loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) de juillet 2009, corroboré par la mesure 18 du plan cancer 2009-2013, prévoit que le médecin traitant soit le pivot du système de soins centré sur le patient (5).

### 1. Soins Oncologiques de Support

Les soins de support en cancérologie sont définis comme étant: «l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements oncologiques ou oncohématologiques spécifiques lorsqu'il y en a ». (3, 4)

C'est ce que les anglo saxons appellent le «supportive care», défini en 1990 par la MASCC (Multinational Association for Supportive Care in Cancer) (4).

Cette définition «idéale» est illustrée dans le schéma suivant(4):



Le premier élément important, qui apparaît clairement sur ce schéma, est la continuité dans le temps des soins de support, qui démarrent dès le début de la maladie et se prolongent jusqu'à sa fin. La définition intègre en effet le champ de la guérison avec séquelles éventuelles, et celui des soins palliatifs jusqu'au décès.

Le second élément important, est le caractère complémentaire et parallèle des soins de support avec les soins oncologiques spécifiques.

L'émergence des SOS (Soins Oncologiques de Support) représente donc une réponse à l'évolution de la médecine en général, et de la prise en charge des patients atteints de maladies graves en particulier, en assurant la continuité et la globalité des soins.

Développée initialement dans les établissements hospitaliers, il est clair que la dynamique des soins de support doit prendre en compte l'ensemble des acteurs pour que la continuité et la globalité des soins soient assurées partout où se trouvent les personnes malades. Elle n'est donc pas l'apanage des équipes hospitalières et représente un domaine d'action privilégié du médecin traitant auprès de ses patients cancéreux, lorsque ceux ci sont à domicile:

- sur le plan temporel, les SOS (Soins Oncologiques de Support) commencent en même temps que la maladie, période à laquelle le médecin généraliste est déjà habituellement impliqué depuis longtemps dans la prise en charge de son patient atteint de cancer. Ils durent jusqu'à la fin de la maladie en cas de guérison, et de la vie du patient en cas de décès.

- Sur le plan qualitatif, il s'agit de l'ensemble des soins nécessaires au patient cancéreux, à l'exception des thérapeutiques spécifiques du cancer délivrées à l'hôpital ou par le biais de celui-ci à domicile. Cela correspond donc à la mission du médecin traitant, englobant les soins physiques, la prise en considération des besoins psychologiques et des problématiques sociales mises en jeu par le cancer et pour lesquelles il collabore avec les intervenants spécialisés (infirmières, kinésithérapeutes, aides soignantes, assistantes sociales, psychologues, médecins spécialistes) auprès du patient et de son entourage, pendant et après la maladie, et jusqu'après le décès le cas échéant.

Il est intéressant de remarquer le rôle potentiel (et souhaitable) du médecin traitant dans les SOS, mais il convient également de souligner que la globalité de la prise en charge inhérente aux soins de support suppose l'intervention d'acteurs spécialisés coordonnés autour du patient. Le concept de soins de support ne constitue pas une nouvelle discipline ou spécialité mais au contraire il prend son sens dans la pluridisciplinarité indispensable à la continuité et à la globalité des soins.

Dans ce but, la communication au sein de l'équipe est primordiale et doit aboutir à un partage des «cultures de soins» et optimiser ainsi le décloisonnement des prises en charge spécialisées voire hyper spécialisées («douleur», «psychiatrie-psychologie», «soins palliatifs», «accompagnement social», «nutrition», «réadaptation», etc.). Pour mieux rendre compte de ce besoin d'échange entre professionnels, préférable à une simple juxtaposition de compétences, le terme «interdisciplinarité» semblerait plus approprié que «pluridisciplinarité».

Une étude réalisée en mars 2011 en Champagne-Ardenne (5) visant à évaluer la satisfaction et les besoins des médecins généralistes (MG) dans la prise en charge de leurs patients atteints de cancer, révèle que les MG interrogés sont très demandeurs de formation sur les «thèmes {compris} dans le champ des SOS», qu'ils soient satisfaits ou non de leur formation en oncologie. Ces résultats étaient également retrouvés dans une étude menée en 2010 par la Ligue nationale contre le cancer (6). D'autres études en Europe (en Angleterre, en Norvège et en Suède) soulignent également le rôle clé («key worker») du médecin traitant dans les SOS.

## 2. Contraintes et difficultés propres à la prise en charge en médecine générale

Les contraintes du médecin généraliste face au cancer sont multiples et étroitement entremêlées.

Dans une enquête menée auprès de médecins généralistes de 2 départements français en 2010 (7), 80% décrivaient comme complexes voire très complexes les problèmes posés par la PEC de leurs patients atteints de cancer, 58% d'entre eux considéraient le manque de temps comme l'une des 3 principales difficultés rencontrées au cours des soins apportés à leurs patients cancéreux, la lourdeur de la charge morale et le ressenti d'une formation insuffisante en oncologie ont été cités respectivement par 65% et 35% des répondants, et 24% regrettaient la mauvaise communication avec les oncologues et l'absence ou la faiblesse des structures oncologiques de proximité.

En effet, il apparaît que la prise en charge des patients cancéreux soit très «chronophage» pour le médecin généraliste. Les raisons en sont :

- Le caractère complexe voire très complexe des difficultés ressenties, dues à la réelle complexité de certaines situations de soins, aggravée par des connaissances et une expérience souvent insuffisantes en la matière.

- La formation initiale en oncologie des médecins généralistes est vécue par eux comme insuffisante, une formation post universitaire de qualité présenterait une balance temps/bénéfice plutôt défavorable, et il semble difficile voire impossible au médecin généraliste d'absorber et de tenir à jour la totalité des connaissances disponibles, a fortiori compte tenu de l'évolution constante de celles ci (protocoles, traitements et leurs effets indésirables...).

- Au chapitre de l'information du généraliste il est également souvent mis en avant le fait que celui-ci ne recevrait pas suffisamment d'informations «pratiques» du spécialiste concernant les traitements entrepris, leurs effets indésirables prévisibles et la conduite à tenir devant ces effets indésirables, ainsi que sur l'annonce du diagnostic et plus particulièrement l'information délivrée au patient à cette occasion. Ces manques de formation et d'information du médecin généraliste sont probablement préjudiciables à la qualité des soins et à l'information du patient et de son entourage par le médecin traitant.

- La prise en charge ambulatoire dans le cadre du cancer se fait très fréquemment au domicile, puisque c'est là que «se réalise le mieux l'objectif de prise en charge globale du patient cancéreux» (9). Le fait que les soins se déroulent le plus souvent au domicile du patient constitue à la fois une contrainte et un avantage en termes de qualité des soins. En effet sur le plan technique le lieu est moins adapté qu'un cabinet médical et la pratique au domicile représente un surcoût de temps dont les généralistes manquent souvent, mais elle permet la prise en compte optimale des éléments environnementaux, et réduit au minimum les charges physique, psychologique et émotionnelle causées par les allers et retours itératifs du patient, paramètres fondamentaux, et particulièrement dans la prise en charge des patients cancéreux.

- Une contrainte inhérente à la prise en charge ambulatoire de patients cancéreux est le relatif isolement du médecin de campagne. L'isolement géographique représenté par la distance (variable d'un médecin à l'autre et d'un patient à l'autre) avec les établissements de référence participant à la prise en charge de chaque patient. Il s'ajoute aux autres contraintes de temps, de formation, d'information et de communication avec lesdites structures et leurs médecins référents. La pratique de la médecine libérale, a fortiori en campagne, suppose donc une autonomie optimale du généraliste face aux problèmes posés par ces soins, souvent complexes, et notamment face à certains questionnements éthiques (exemple: principe de bienfaisance et respect de l'autonomie (9)). Ces questionnements existent bien entendu également en milieu hospitalier mais leur gestion est sans doute plus aisée au sein d'une équipe soignante, dont le médecin généraliste dans sa pratique quotidienne ne dispose pas toujours.

### 3. Mesures destinées à améliorer la coordination ville-hôpital

Sur le territoire français, les différentes mesures proposées par les deux plans cancers successifs, représentent les principales pistes d'amélioration, à l'échelle nationale, pour l'amélioration de la coordination ville-hôpital. Il s'agit là d'un effort colossal d'uniformisation et de décloisonnement par les autorités sanitaires, passant la mise en place de dispositifs régionaux (les RRC), eux-mêmes chargés de promouvoir et de développer sur leur territoire les outils et les protocoles élaborés au niveau national, et d'en réaliser l'évaluation à l'usage afin de les améliorer.

On pourra citer:

- le dispositif d'annonce (DA), et dont le contenu doit être partagé avec le médecin traitant, enjeu crucial de la qualité des soins et de la «réussite» de la coordination de la prise en charge du patient cancéreux (7),

- le Plan Personnalisé de Soins (PPS) et sa suite «logique» en cours de développement et de mise en place:

- le Plan Personnalisé de l'Après Cancer (PPAC), centré sur le volet psychosocial et professionnel des patients en rémission pour qui le retour à une vie «normale» représente le plus souvent un véritable défi,

- la généralisation des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) et la standardisation de la forme de leurs comptes rendus,

- le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) service du Dossier Médical Personnel (DMP) encore au stade de l'expérimentation dans sept régions pilotes, qui intègre le PPS, le compte-rendu anatomo-pathologique, la (ou les) fiche(s) de RCP.

En Poitou-Charentes, quelques pistes d'améliorations ont déjà vu le jour à l'initiative du Pôle Régional de cancérologie.

Il s'agit en premier lieu du Suivi Post Thérapeutique Alterné (SPTA), ébauché en 1994-1995 puis repris à plus grande échelle en 2004 dans le département de la Vienne pour les cancers du sein, de la prostate, et les cancers colo-rectaux (10). Celui-ci utilise depuis le 1er janvier 2012 la communication électronique pour le cancer du sein et une première évaluation ayant permis de pointer des difficultés, il est en cours de perfectionnement et prévu pour être opérationnel en septembre 2013, pour être ensuite étendu à la surveillance d'autres cancers (11).

On retiendra également le projet de coordination Ville Hôpital né en 2008, sous l'impulsion du Pr Jean-Michel TOURANI et définissant trois missions: l'optimisation de l'organisation de la sortie, la mise en place d'une ligne téléphonique dédiée aux médecins généralistes et aux infirmier(ère)s libéraux(ales), et la création de lits d'urgence au sein du Pôle Régional de Cancérologie (PRC) (12).

## C. Le RRC en Poitou-Charentes: OncoPoitouCharentes (13)

### 1. Statut juridique et contexte règlementaire:

Le Réseau est une structure associative de type "loi 1901", créée depuis le 18 mai 2006 avec pour instances une Assemblée Générale de 184 représentants, répartis en 10 collèges, un Conseil d'Administration de 44 membres élus pour 3 ans et un Bureau de 16 membres, qui ont adopté les textes fondateurs du réseau régional.

Sa création comme celle de tous les autres réseaux régionaux de cancérologie est inscrite dans le plan cancer 2003-2007 (mesure 29), elle répond également aux exigences du SROS de 3ème génération, et ses missions sont définies par la circulaire DHOS du 22 février 2005, et précisées par un cahier des charges élaboré par l'INCa.

A l'issue d'une procédure de labellisation initiée en 2007, la reconnaissance du Réseau Onco-Poitou-Charentes par l'INCa et l'ARS est effective depuis le 22 juillet 2010 (13, 14). Assortie d'un contrat pluriannuel d'objectifs, elle atteste de la capacité du réseau à réaliser les missions décrites dans le référentiel des réseaux régionaux de cancérologie.

## 2. Structure institutionnelle et géographique:

L'ensemble des acteurs oeuvrant en cancérologie en Poitou-Charentes (professionnels, médicaux, paramédicaux, médico-sociaux, établissements de santé, partenaires institutionnels et associations d'usagers) sont représentés au sein des 10 collèges du réseau régional :

Collège 1 – Unités de Concertation Pluridisciplinaire en Oncologie

Collège 2 – Centre Hospitalier Universitaire et Pôle Régional de Cancérologie

Collège 3 – Sites autorisés pour le traitement des cancers

Collège 4 – Autres établissements de santé

Collège 5 – Partenaires institutionnels

Collège 6 – Médecins libéraux

Collège 7 – Pharmaciens

Collège 8 – Structures de gestion du dépistage organisé des cancers

Collège 9 – Professionnels paramédicaux et des soins de support

Collège 10 – Usagers

Le Conseil d'Administration du réseau « Onco-Poitou-Charentes » délègue la mise en oeuvre des orientations stratégiques qu'il définit à une cellule de coordination, composée d'un médecin coordonnateur, d'une secrétaire et de chargés de mission.

Le réseau régional de cancérologie (RRC) de Poitou Charentes, «Onco-Poitou-Charentes», est présent dans les quatre départements de la région (Vienne, Deux Sèvres, Charente, et Charente Maritime) à travers les Unités de Concertation Pluridisciplinaire d'Oncologie (UCPO), et les Centres de Coordination en Cancérologie (3C), véritables «cellules qualité», qui ont très récemment remplacé les UCPO, englobant par là-même leurs fonctions.

Il existe une UCPO par département, localisée dans la Préfecture (Poitiers, Niort, Angoulême et La Rochelle), excepté pour la Charente Maritime qui en compte une seconde à Saintes (Sous Préfecture), couvrant le sud du département. Les Centres de Coordination en Cancérologie (3C) se situent dans les établissements prenant en charge des patients cancéreux, et le Pôle Régional de Cancérologie (PRC) est au CHRU de Poitiers.

### 3. Financements:

Pour son fonctionnement, le réseau « Onco-Poitou-Charentes » bénéficie de financements de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), par l'intermédiaire de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux de santé (DRDR). L'Institut National du Cancer (INCa) finance également des actions, dans le cadre d'appels à projets.

### 4. Missions:

Déjà définies dans la circulaire du 22 février 2005, elles ont été précisées dans un cahier des charges élaboré par l'Institut National du Cancer (INCa):

- promotion et amélioration de la qualité en cancérologie : élaboration et mise à jour des référentiels régionaux,
- promotion d'outils de communication communs à la région : Dossier Communicant de Cancérologie, visioconférence...,
- aide à la formation continue,
- recueil et analyse régionale des données liées à l'activité de soins : tableau de bord,
- évaluation des membres et des pratiques au sein du réseau,
- information des professionnels et des patients,
- coordination des réseaux territoriaux.

## D. Buts et enjeux de l'étude

### 1. Evaluation semi-qualitative des variétés d'opinions des médecins généralistes de Charente Maritime:

Un des objectifs prioritaires visé par la mise en place des deux plans cancer successifs et par la création des réseaux régionaux de cancérologie (RRC), était de créer «les conditions d'une coordination systématique» entre la ville et les établissements de soins prenant en charge les patients atteints de cancer, afin de favoriser une implication optimale du médecin traitant dans le parcours de soins et le suivi de ses patients cancéreux.

Le second plan cancer arrivant à échéance en 2013, il apparaît intéressant et important de recueillir les avis de ceux qui sont au coeur de la démarche de soins, au plus près du patient, avant, pendant et après la maladie, le cas échéant. En imposant une vision plus globale de chacun de ses patients, l'activité de médecine générale permet de juger avec la même globalité l'effet des mesures proposées par les plans cancer et notamment les changements perceptibles en terme de qualité de vie du patient et d'impact sur les versants psychologique, social et familial.

On précisera toutefois qu'il n'est pas question dans cette étude de mesurer quoi que ce soit, mais bien de rechercher à connaître les variétés d'opinions et de vécus dans la population des médecins généralistes de la Charente Maritime, suscitées par l'avènement du RRC et des outils que celui ci met à la disposition des acteurs de la prise en charge des patients atteints de cancers.

### 2. Perspectives d'amélioration du fonctionnement des réseaux suivant l'avis des médecins généralistes

Bien que la portée attendue de cette étude soit faible, et qu'elle soit semi-qualitative, celle ci doit pouvoir donner quelques éléments de réponse quant aux points forts et aux points faibles ressentis comme tels par les généralistes de Charente Maritime concernant le RRC et ses outils. Ces éléments et points de vue, quelque soient leur nature et leur pertinence pourront certainement ouvrir à la discussion et à une meilleure concertation entre généralistes et établissements de soins, et ce, dans l'intérêt des patients.

L'objectif secondaire de l'étude, indissociable du principal, est d'appréhender le degré de connaissance et d'intérêt pour le RRC et ses outils au sein de la population des généralistes de la Charente Maritime. Les perspectives en sont, selon les résultats, de pallier à un éventuel défaut de communication et d'explications à l'attention des médecins traitants.

## II. Méthode et Résultats

### A. Méthode

#### 1. Schéma et type d'étude

L'étude, sous forme d'enquête semi qualitative, a consisté en l'envoi de questionnaires par courrier électronique aux médecins généralistes du département de Charente Maritime. Deux envois successifs ont eu lieu par l'intermédiaire de l'URPS médecins de Poitou-Charentes, le premier le 02 Mai 2013 et le second le 10 Juillet 2013.

Le mode de réponse était exclusivement en ligne via un lien permettant de centraliser les réponses sur le service Google Drive<sup>®</sup>, sur lequel le questionnaire avait été préalablement élaboré.

#### 2. Définition de la population (nombre, critères d'inclusion/exclusion)

La population de l'étude a été déterminée par son caractère semi qualitatif, imposant de se limiter sur le plan géographique à un seul département: la Charente Maritime.

Elle incluait l'ensembles des médecins généralistes de Charente Maritime pour lesquels l'URPS-médecins de Poitou Charentes disposait d'une adresse mail, soit 438 médecins.

#### 3. Elaboration et envoi du questionnaire (annexe 1)

Le questionnaire, destiné à être envoyé par courrier électronique, a été réalisé directement sur le service Google Drive<sup>®</sup> afin que les réponses puissent être centralisées sur ce même service.

Il s'agit d'un lien vers le service Google Drive<sup>®</sup>, qui, inclus dans un courriel, peut être rempli sans changer de fenêtre ni même sortir du message lui même. Les réponses se font sur le questionnaire inclus dans le mail avec une validation par un simple clic à la fin, elles sont anonymes.

La connaissance par les MG des outils proposés et promus par le RRC, puis leur avis, ont été recueillis sous forme de questions à choix multiples (au nombre de 10), c'est à dire sur un mode semi ouvert. Deux de ces questions comprennent un encart dans lequel les MG pouvaient fournir des précisions quant à leur réponse, ajouté lors du second envoi, à la demande du Réseau Régional de Cancérologie. Enfin la 11ème et dernière est une question ouverte visant à obtenir l'expression de leurs attentes et des propositions qui pourraient permettre, selon eux, d'améliorer et/ou de compléter ces outils et leur utilisation.

Il se divise en 3 parties:

- A: informations d'ordre général sur les répondants,
- B (questions 1 à 3): rapports des répondants avec la pathologie cancéreuse et la prise en charge de leurs patients atteints de cancer,
- C (questions 4 à 11): connaissance, utilisation, opinions, et attentes des médecins interrogés vis-à-vis des outils promus par le Réseau Régional de Cancérologie.

Il est apparu essentiel au cours de l'élaboration du questionnaire, de s'attacher en premier lieu à déterminer le degré de connaissance du Réseau Régional de Cancérologie et de ses outils par les généralistes interrogés, avant de s'intéresser à l'objectif principal: la variété de leurs opinions et leurs attentes concernant ces outils. Un objectif secondaire mais indissociable de l'objectif principal s'est donc imposé dans le but de pouvoir mieux comprendre celui-ci.

Les questions ont été formulées de façon à correspondre le plus fidèlement possible à la définition du réseau, de ses missions et des outils qu'il met à la disposition des professionnels et établissements de soins impliqués dans la prise en charge des patients atteints de cancer, et dont il promeut l'utilisation la plus systématique possible.

L'envoi des questionnaires, a été assuré par l'URPS-médecins de Poitou Charentes, en 2 temps. En effet, le premier envoi, réalisé le 2 mai 2013, n'ayant permis de recueillir que 35 réponses sur 438 médecins interrogés (soit moins de 10% de réponses), il a été décidé d'effectuer une seconde série d'envois qui a eu lieu le 9 juillet 2013.

#### 4. Variables étudiées

*a. Première partie du questionnaire: «Vous: renseignements d'ordre général»:*

L'objectif de cette première partie était de caractériser la population des répondants en termes d'âge, de sexe, de lieu et de type d'exercice, et d'organisation de la pratique au cabinet. Les renseignements demandés étaient donc dans l'ordre:

Sexe,

Age,

Nombre d'années d'exercice en médecine générale,

Lieu de pratique, avec 3 choix possibles: Urbain, Rural, Semi Rural,

Conditions d'exercice, avec 3 choix possibles également: médecin seul, groupe médical, groupe multidisciplinaire (avec infirmière(s), kinésithérapeute(s), autres professionnels de santé...),

Logistique au cabinet avec plusieurs choix possibles parmi les suivants: informatisation, connexion internet, secrétaire(s) au cabinet, secrétariat à distance.

*b. Deuxième partie: «Vous et le cancer: les cancers dans votre pratique quotidienne»:*

Il s'agissait dans cette partie de déterminer la place de la maladie cancéreuse et de la prise en charge des patients atteints de cancer dans la pratique quotidienne des médecins interrogés.

Les 3 données principales recueillies étaient donc:

Question 1: Le nombre de patients cancéreux suivis au cours de l'année précédente (2012), avec un choix entre 5 fourchettes croissantes: moins de 5, entre 5 et 10, entre 10 et 15, entre 15 et 20 et plus de 20,

Question 2: La fréquence de la difficulté ressentie sur l'ensemble des prises en charge, avec 5 indicateurs subjectifs de fréquence: toujours, la plupart du temps, souvent, parfois, jamais,

Question 3: Les types de difficultés ressenties le plus souvent et/ou le plus intensément parmi 5 catégories prédéfinies:

médicales, techniques (gestion des effets indésirables, nouveaux symptômes,...)

coordination ville-hôpital (manque d'information, manque de formation...)

organisation/temps

psychologiques (patient, entourage, médecin)

social (coordination avec les travailleurs sociaux, organisation de la prise en charge, prise en compte de l'environnement du patient...).

*c. Troisième partie : «Vous et le Réseau Régional: connaissance, utilisation, opinions et attentes»:*

Les 8 questions de cette dernière partie portaient sur les outils élaborés et promus par le RRC, à l'usage des acteurs de la prise en charge des patients atteints de néoplasies, incluant les médecins généralistes.

Les questions 4 à 7 étaient destinées à appréhender la fréquence d'utilisation volontaire des moyens mis à disposition, au sein du circuit de prise en charge des patients, par les généralistes, les réponses proposées étaient, là encore des indicateurs subjectifs et globaux de fréquence:

Question 4: «Prenez-vous contact avec une UCPO à propos des patients cancéreux que vous suivez?» (réponses possibles: Jamais, Parfois, Souvent ou Toujours),

Question 5: «Assistez vous aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) concernant vos patients?» (réponses possibles: Jamais, Parfois, Souvent ou Toujours),

Question 6: «Consultez-vous le site internet du RRC: Onco Poitou-Charentes?» (réponses possibles: Jamais, Parfois ou Souvent),

Question 7: Utilisez-vous les référentiels disponibles sur le site Onco Poitou-Charentes? (réponses possibles: Jamais, Parfois ou Souvent).

On a recherché à connaître avec la question 8, la fréquence globale de réception par les répondants, des éléments de communication suivants, relatifs à la coordination de la prise en charge de leurs patients atteints de cancer:

plan personnalisé de soin (PPS),

compte rendu de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP),

compte rendu de consultation d'annonce (CA).

Ces 3 éléments sont les principaux outils de communication élaborés de façon standardisée et dont l'utilisation systématique est promue par le RRC. Toutefois, celui-ci n'est pas responsable de son utilisation ou de sa non utilisation par les professionnels de santé et établissements intervenant directement dans les soins, et sensés communiquer avec le médecin traitant de chaque patient. Il s'agit donc avec cette question d'évaluer le ressenti des généralistes sur leur utilisation ou leur absence d'utilisation.

Dans la questions 9, l'objectif était de qualifier l'avis des médecins sur ces mêmes éléments (PPS, comptes rendus de RCP et de CA), ainsi que sur le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) en leur attribuant le qualificatif qui leur semblait le mieux refléter la valeur de ces éléments, parmi les 6 suivants: primordial, pertinent, intéressant, sans avis, incomplet, inutile.

La 10ème question visait à obtenir le ressenti des médecins interrogés concernant l'impact des outils précédemment cités dans les différents aspects de la prise en charge de leurs patients atteints de néoplasies:

La qualité des soins de façon générale,  
Leur rôle au sein de la prise en charge du patient,  
La coordination ville-hôpital en cancérologie,  
L'information du patient et de son entourage,  
et le maintien à domicile du patient.

Ils devaient donc exprimer leur jugement sur l'impact de ces outils en choisissant parmi les appréciations suivantes: nettement positif, plutôt positif, sans avis, plutôt négatif, ou nettement négatif.

Un encart prévu pour recueillir les commentaires éventuels sur leurs réponses a été rajouté en cours d'étude pour la question 9 et la question 10, avant la seconde série d'envois de courriels, à la demande du RRC.

Enfin, la 11ème et dernière question était ouverte et permettait aux répondants de formuler leurs attentes quant aux éléments ou aux outils qu'ils souhaiteraient voir utilisés et utiliser eux mêmes pour optimiser la prise en charge coordonnée des patients cancéreux sur le territoire local et régional.

## 5. Recueil des données

L'enquête, a été réalisée en deux temps avec un premier envoi de mail le 2 mai 2013. Celui-ci fut suivi d'un second envoi le 9 juillet 2013 compte tenu du nombre trop faible de réponses constaté: 35 réponses sur 438 médecins interrogés soit moins de 10 pour cent.

La réception de la seconde série de réponses a été clôturée le 31 juillet 2013 à minuit, la dernière étant survenue le 19 juillet, avec un total de 64 questionnaires remplis et validés, comprenant les 35 réponses initiales et 29 réponses au deuxième envoi.

Les réponses apparaissaient au fur et à mesure de la validation des questionnaires remplis par les répondants dans une feuille de calcul de type «excel» produite par le service Google Drive ®, consultable et téléchargeable en ligne par l'auteur du questionnaire. Celle-ci reprenait sur chaque ligne toutes les réponses d'un même médecin interrogé.

## B. Résultats

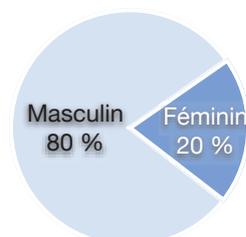
### 1. Analyse descriptive des caractéristiques des répondants

Il s'agit des réponses à la première partie du questionnaire intitulée: «A/ Vous: renseignements d'ordre général».

#### a. Sexe:

Les répondants étaient majoritairement des hommes avec un taux de 80%, soit 51 hommes pour 13 femmes.

Figure 1: Sexe

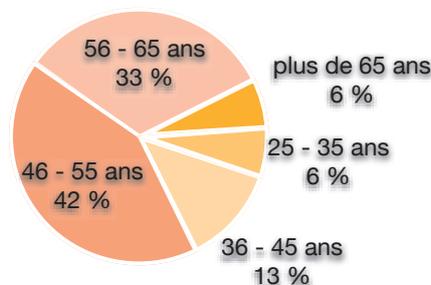


Féminin	Masculin
13	51

#### b. Age:

Les tranches d'âges les plus représentées se situaient entre 46 et 65 ans: plus de trois quarts des répondants avec respectivement 27 médecins soit 42% et 21 médecins soit 33% pour les tranches 46-55 ans et 56-65 ans. 8 personnes avaient entre 36 et 45 ans soit 13% des répondants, 4 avaient entre 25 et 35 ans soit 6% et 4 avaient plus de 65 ans. La moyenne pondérée des âges en utilisant les chiffres médians de chaque tranches est de 52 ans.

Figure 2: Ages

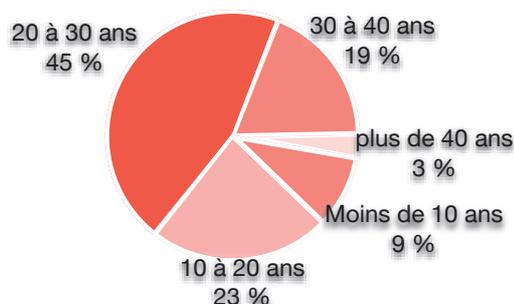


25 - 35 ans	4
36 - 45 ans	8
46 - 55 ans	27
56 - 65 ans	21
plus de 65 ans	4

### c. Nombre d'années d'exercice en médecine générale:

29 médecins soit 46% affirment exercer depuis 20 à 30 ans, 15 autres, soit 23%, comptent 10 à 20 ans d'exercice, et 12 répondants, soit 19%, entre 30 et 40 ans. Les «extrêmes» sont moins représentés avec 6 médecins, soit 10%, exerçant depuis moins de 10 ans, et seulement 2 répondants (soit 3%), totalisant plus de 40 ans d'exercice de la médecine générale.

Figure 3: Nombre d'années d'exercice en médecine générale

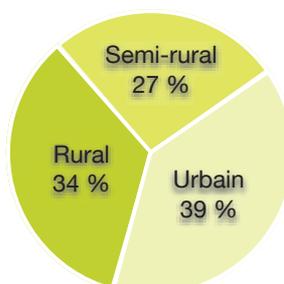


Moins de 10 ans	6
10 à 20 ans	15
20 à 30 ans	29
30 à 40 ans	12
plus de 40 ans	2

### d. Lieu de pratique:

La répartition des répondants est relativement homogène avec toutefois une plus importante proportion de généralistes déclarant exercer en milieu urbain: 25 médecins soit 39%, 22 en milieu rural, soit 34%, et enfin 17 répondants en milieu semi rural, soit 27%.

Figure 4: Lieu de pratique

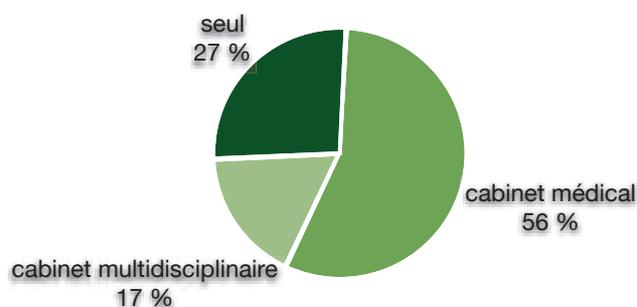


Urbain	25
Rural	22
Semi-rural	17

*e. Conditions d'exercice:*

La majorité des médecins interrogés (56%) exercent en cabinet de groupe comprenant seulement des médecins, 17 répondants, soit 27%, exercent seuls et 11, soit 17% travaillent au sein d'un cabinet de groupe multidisciplinaire (comprenant éventuellement des infirmières, des kinésithérapeutes ou d'autres professionnels de santé).

Figure 5: Conditions d'exercice



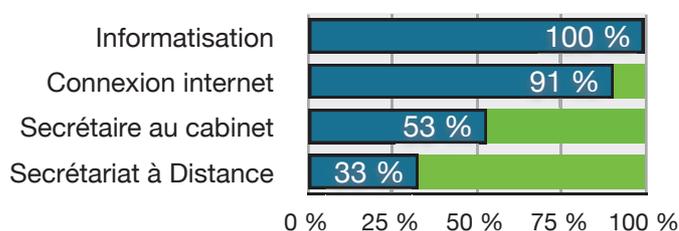
<b>seul</b>	17
<b>cabinet médical</b>	36
<b>cabinet multidisciplinaire</b>	11

*f. Logistique au cabinet:*

Tous les médecins interrogés sont équipés d'un poste informatique au cabinet, et 58 répondants, soit 91%, possèdent une connexion internet.

Concernant le secrétariat, 55 médecins sur 64 (soit 86%) en bénéficient, dont 34 soit 53% directement au cabinet, et 21 soit un tiers par l'intermédiaire d'un service à distance.

Figure 6: Logistique au cabinet



<b>Informatisation</b>	64
<b>Connexion internet</b>	58
<b>Secrétaire au cabinet</b>	34
<b>Secrétariat à Distance</b>	21

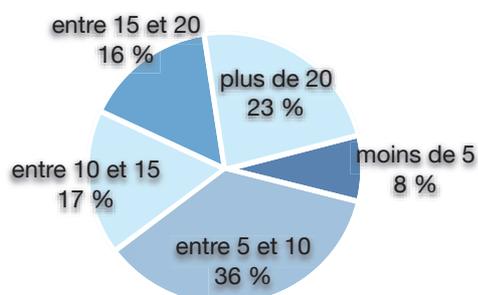
## 2. Analyse des réponses

Il s'agit des réponses aux questions des deux parties suivantes, intitulées: «B/ Vous et le cancer: les cancers dans votre pratique quotidienne» regroupant les questions 1, 2 et 3, et «C/ Vous et le RRC: Connaissance, Utilisation, Opinions et Attentes» contenant les questions 4 à 11.

*a. Question 1: Combien de patients cancéreux avez-vous suivi en 2012?*

Un peu plus d'un tiers des répondants estiment avoir suivi entre 5 et 10 patients atteints de néoplasie en 2012. Presque un quart des médecins interrogés comptent plus de 20 patients cancéreux suivis en 2012, 17% entre 10 et 15, 16% entre 15 et 20 et seulement 8% estiment en avoir suivi moins de 5.

Figure 7: Nombre de patients suivis en 2012

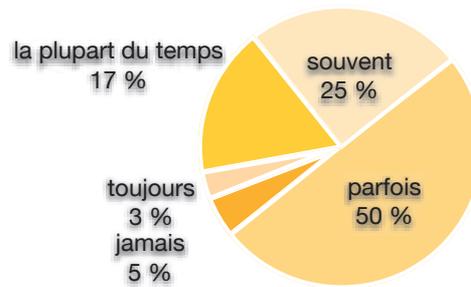


moins de 5	5
entre 5 et 10	23
entre 10 et 15	11
entre 15 et 20	10
plus de 20	15

*b. Question 2: «Estimez-vous que la prise en charge des patients cancéreux soit particulièrement difficile?»*

Cette difficulté est ressentie comme peu fréquente («parfois») par la moitié des médecins interrogés, comme assez fréquente («souvent») par un quart des répondants, comme très fréquente («la plupart du temps») par 17%, comme inexistante («jamais») par 5% et enfin comme systématique («toujours») par seulement 3% des répondants.

Figure 8: fréquence de la difficulté ressentie dans la prise en charge

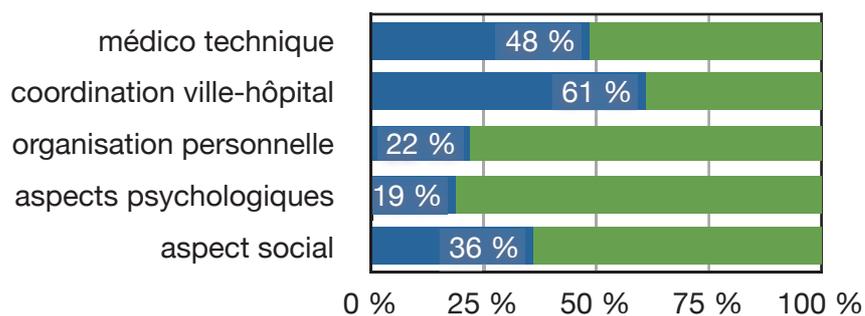


toujours	2
la plupart du temps	11
souvent	16
parfois	32
jamais	3

*c. Question 3: «Quel(s) aspect(s) vous pose(-nt) le plus de difficultés dans la prise en charge?»*

Les problèmes de coordination ville-hôpital sont relevés par 61% des généralistes interrogés (soit 39), viennent ensuite les aspects médico-techniques, cités par 48% des répondants (soit 31), la gestion de l'aspect social de la prise en charge semble constituer une difficulté particulière pour 36% des répondants (soit 23), 22% (soit 14) rencontrent des difficultés d'organisation personnelle et/ou manquent de temps pour optimiser la prise en charge de leurs patients atteints de cancer. Enfin, 19% (soit 12) ressentent une difficulté particulière dans la gestion de l'aspect psychologique de la prise en charge de leurs patients cancéreux.

Figure 9: Aspects de la prise en charge posant le plus de difficultés



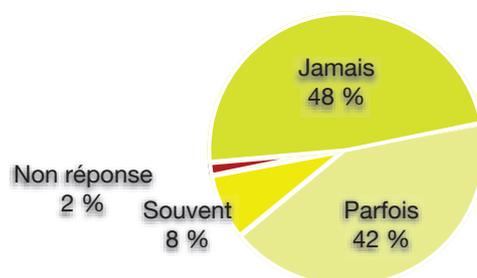
médico technique	31
coordination ville-hôpital	39
organisation personnelle	14
aspects psychologiques	12
aspect social	23

d. Question 4: «Prenez-vous contact avec une unité de concertation pluridisciplinaire d'oncologie (UCPO) à propos des patients cancéreux que vous suivez?»

Un des médecins n'a pas répondu à la question. Aucun des médecins interrogés ne prend contact de façon systématique avec une UCPO ou un 3C au sujet de leurs patients atteints de cancers. Presque la moitié (49% soit 31 médecins) affirment ne jamais le faire.

Parmi la majorité qui affirme le faire (51% soit 32) 84% soit 27 d'entre eux estiment le faire peu fréquemment («parfois») et 16% soit 5 le font «souvent».

Figure 10: Contact volontaire avec UCPO/3C

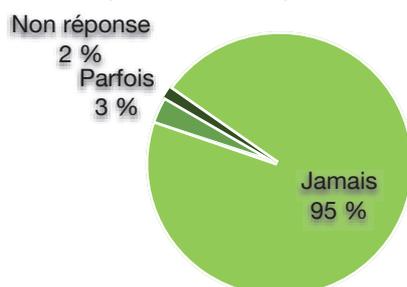


Jamais	31
Parfois	27
Souvent	5
Toujours	0
Non réponse	1

e. Question 5: «Assistez-vous aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) concernant vos patients?»

Un médecin n'a pas répondu, 2 (soit 3%) affirment y assister parfois, et 61 (soit 95%), c'est-à-dire la totalité des autres répondants n'y ont jamais assisté.

Figure 11: Participation aux RCP

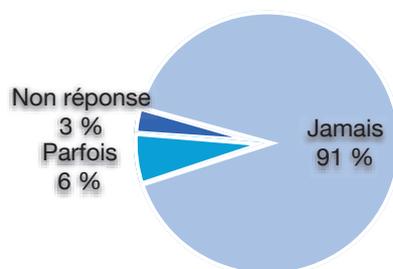


Jamais	61
Parfois	2
Souvent	0
Toujours	0
Non réponse	1

f. Question 6: «Consultez-vous le site internet du réseau régional de cancérologie (RRC): OncoPoitouCharentes?»

Parmi les répondants au questionnaire, 2 médecins n'ont pas répondu à cette question, 58 d'entre eux soit 91% déclarent ne jamais avoir consulté le site OncoPoitouCharentes et 4 médecins, soit 6%, affirment le consulter «parfois». Aucun n'a estimé le consulter «souvent».

Figure 12: Consultation du site internet OncoPoitouCharentes

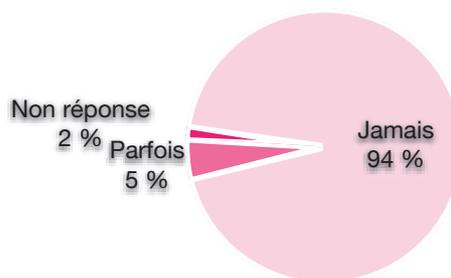


Jamais	58
Parfois	4
Souvent	0
Non réponse	2

g. Question 7: « Utilisez-vous les référentiels disponibles sur le site OncoPoitouCharentes?»

Un médecin n'a pas répondu à cette question, aucun n'utilise fréquemment («souvent») les référentiels du site OncoPoitouCharentes, 3 répondants, soit 5%, affirment les consulter de temps à autres («parfois»), et 60 médecins, soit 94%, ne les consultent jamais.

Figure 13: Utilisation des référentiels disponibles sur le site OPC



Jamais	60
Parfois	3
Souvent	0
Non réponse	1

h. Question 8: «Pour vos patients porteurs de cancer qui sont suivis dans les établissements de santé membres du réseau OncoPoitouCharentes, avez vous reçu Le Plan Personnalisé de Soins (PPS), le compte rendu de RCP et le compte rendu de consultation d'annonce (CA): toujours, le plus souvent, parfois ou jamais?»

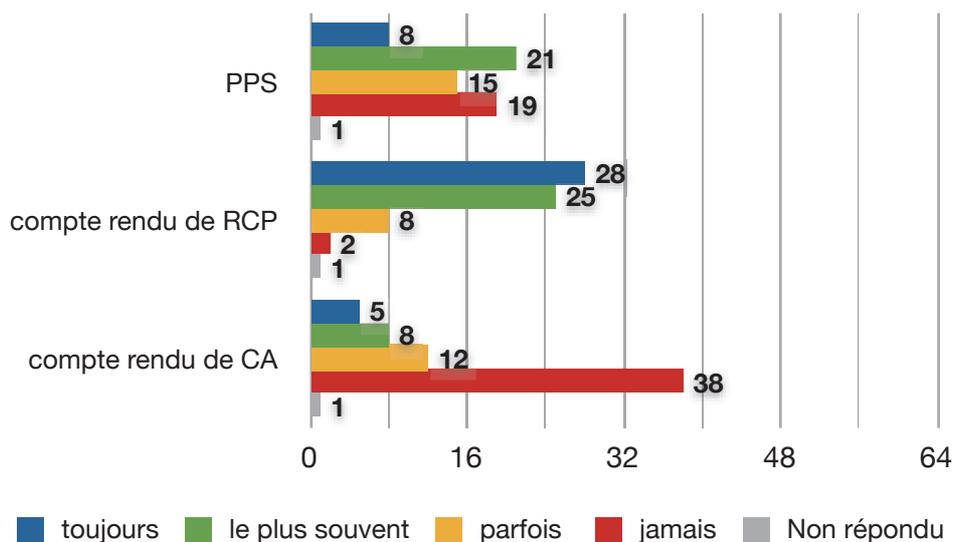
Un médecin ayant validé le questionnaire n'a pas répondu à cette question.

Concernant le PPS, 8 l'ont reçu de façon systématique, soit un sur huit répondants (13%), 21 généralistes, soit 33%, l'ont reçu pour la plupart de leurs patients porteurs de cancer («le plus souvent»), 15 d'entre eux, soit 24%, l'ont reçu seulement pour certains de leurs patients («parfois») et 19, soit 30%, affirment ne l'avoir jamais reçu.

Le compte rendu de RCP est parvenu pour tous les patients cancéreux de 28 médecins, soit 44%, 24 répondants l'ont reçu «le plus souvent», ce qui représente 40%, et 8 en ont bénéficié occasionnellement («parfois»), c'est à dire 13%. Seulement 2 médecins, soit 3%, déclarent n'avoir jamais eu les comptes rendus de RCP de leurs patients.

La plupart des médecins (38, soit 60%) n'ont jamais reçu le compte rendu de la CA. Environ 1 sur 5 (19% soit 12 médecins) ne l'ont reçu qu'occasionnellement («parfois»), pour 7 répondants, soit 11%, ce document est parvenu plus régulièrement («le plus souvent») et 5 d'entre eux en ont eu un exemplaire systématiquement (8%).

Figure 14: Fréquence estimée de réception des documents de référence



i. Question 9: «Dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins en cancérologie, chacun des éléments suivants, promu par le RRC: PPS, compte rendu de RCP, compte rendu de CA, et Dossier Communicant de Cancérologie (DCC), vous semble: primordial, pertinent, intéressant, sans avis, incomplet ou inutile?»

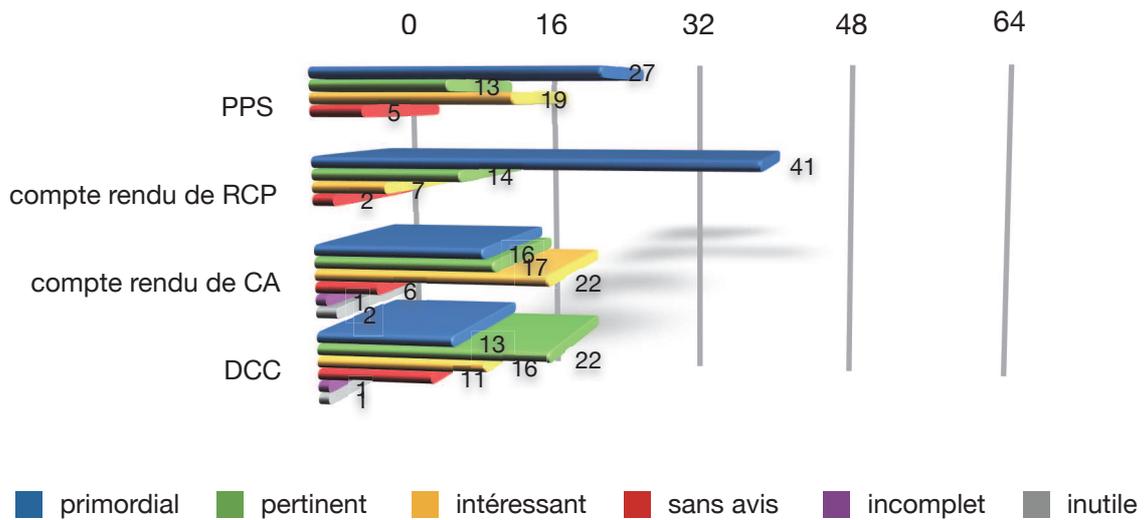
Aucun des médecins interrogés ne considère le PPS comme «incomplet» ou «inutile», 5 d'entre eux n'ont pas d'avis sur celui-ci, soit 8%. Il est qualifié d'«intéressant» par 19 généralistes soit 30% des répondants, de «pertinent» par 13 d'entre eux, soit 1 sur 5, et de «primordial» par 2 médecins sur 5, c'est-à-dire 27.

Le compte rendu de RCP, n'est, lui non plus, qualifié «d'inutile» ou «incomplet» par aucun répondant. Deux généralistes n'ont pas d'avis (3%). La plupart le jugent «primordial» (41 médecins, soit 64%). Il est «intéressant» pour 7 d'entre eux, soit 11%, et pertinent pour 14 médecins, soit 22%.

Le qualificatif le plus choisi pour caractériser le compte rendu de CA est: «intéressant» avec 34% des réponses, soit 22 médecins. ce document est jugé par les répondants comme étant «primordial» et «pertinent» dans des proportions voisines avec respectivement 16 et 17 suffrages, soit 25% et 27%. Six médecins n'ont pas d'avis sur le dit compte rendu (9%), un des répondants le trouve «incomplet» et deux le trouvent «inutile», soit respectivement 2% et 3% des réponses.

Le DCC est qualifié comme étant «inutile» par un médecin et «incomplet» par un autre. Un quart le trouve «intéressant» (16 répondants), 34% le trouvent «pertinent» (22 répondants), et un médecin interrogé sur 5 (soit 13 en tout) le qualifieraient de «primordial». Onze médecins, soit 17%, n'ont pas d'avis sur cet outil.

Figure 15: Perception de la valeur des principaux outils promus par le RRC



L'encart prévu pour les commentaires éventuels à la question 9, ajouté lors du second envoi de questionnaires a permis de recueillir quatre remarques sur les 29 médecins à qui était offert la possibilité de commenter leur réponse, les voici citées ci dessous:

«CA souvent inexistantes»

«Je n'ai jamais été informé de l'existence de tout ce dont vous me parlez de la question 4 à 9»

«Je ne savais pas qu'il existait un dossier consultable en ligne»

«Je connais bien le réseau Onco-Poitou-Charente. Il doit probablement apporter de bonnes choses Pour le "cancer". Par contre j'ai toujours des appréhensions. En médecine générale nous ne prenons pas en charge des "cancer" mais des patients porteurs de pathologie néoplasique. A ce titre nous avons besoin d'outils utilisables dans notre pratique. Le réseau devrait réfléchir à la place de la médecine générale dans la prise en charge des patients atteints de néoplasie»

j. *Question 10: «dans le cadre de la prise en charge de vos patients cancéreux, comment percevez-vous l'impact des outils promus par le RRC sur les éléments suivants: la qualité des soins de façon générale, votre rôle au sein de la prise en charge du patient, la coordination ville-hôpital en oncologie, l'information du patient et de son entourage, et enfin, le maintien à domicile du patient?»*

Aucun des médecins interrogés ne considère que l'impact des outils promus par le RRC soit négatif quant à la *qualité de soins de façon générale*. La majorité (36 répondants, soit 56%) considère donc que l'impact est positif, dont 25 «plutôt positif» et 11 «nettement positif» soit respectivement 39% et 17% d'entre eux. Les 44% restants, c'est à dire 28 médecins, ont déclaré ne pas avoir d'avis sur la question.

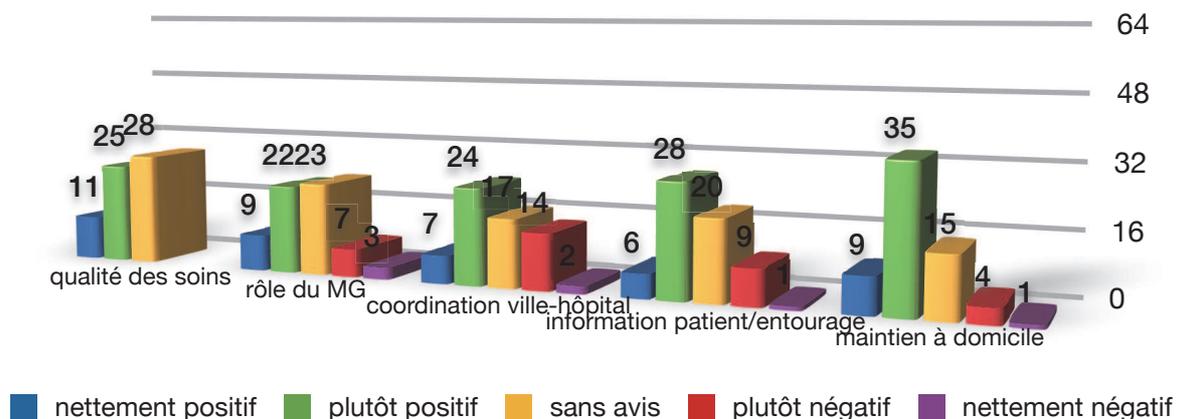
Concernant *leur rôle propre au sein de la prise en charge de leur patients atteints de cancer*, 10 médecins, soit 16% estiment que l'impact des outils promus par le RRC est négatif dont 7 nuancent en qualifiant cet impact de «plutôt négatif», et 3 «nettement négatif», soit respectivement 11% et 5%. 31 médecins, soit 48% rapportent un impact positif dont 9, soit 14% «nettement positif» et 22, soit 34% «plutôt positif». 23 médecins, soit 36% se disent «sans avis».

L'impact des outils promus par le RRC sur *la coordination ville-hôpital en oncologie* est jugé comme plutôt positif par 24 médecins soit 38% et nettement positif par 7 d'entre eux soit 11%, ce qui traduit donc 31 avis positifs (soit 49%). 17 médecins, soit 27% des répondants sont «sans avis», et les avis négatifs représentent donc un quart des réponses, soit 16 au total répartis comme suit: 14 «plutôt négatif» soit 22% et 2 «nettement négatif» soit 3%.

*L'information du patient et de son entourage* se trouve impactée par les outils promus par le réseau, de façon positive pour 34 médecins soit 53% («nettement positive» pour 6 médecins soit 9% et «plutôt positive» pour 28 d'entre eux soit 44%), de façon négative pour 10 médecins soit 16%, («nettement négative» pour un seul, soit 2%, et «plutôt négative» pour 9 d'entre eux, soit 14%), et sans avis (ou sans impact?) pour 20 personnes soit 31% des répondants.

Enfin, *l'impact sur le maintien à domicile des patients* serait positif selon 69% des répondants soit 44 médecins («nettement positif» pour 9 médecins soit 14% et «plutôt positif» pour 35 médecins soit 55%). Il serait négatif pour 5 médecins soit 8% (4 «plutôt négatif» soit 6% et «nettement négatif» pour un seul soit 2%). 15 sont «sans avis» soit 23%.

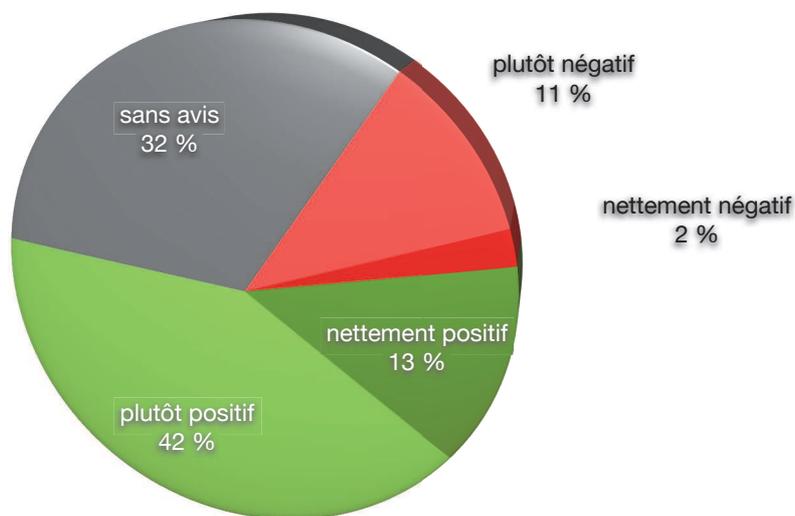
Figure 16: Perception de l'impact des outils promus par le RRC sur la prise en charge



Si l'on considère l'ensemble des éléments, pour lesquels les répondants ont exprimé un avis quant à l'impact que les outils promus par le RRC avait sur ceux-ci (*qualité des soins, rôle du médecin généraliste au sein de la prise en charge, coordination ville-hôpital, information du patient et de son entourage et maintien à domicile du patient*), la répartition des avis positifs, négatifs et des «sans avis» est la suivante:

55% d'avis positifs dont 42% «plutôt positifs» et 13% «nettement positifs», 13% d'avis négatifs dont 11% «plutôt négatifs» et 2% «nettement négatifs», et 32% «sans avis», pouvant signifier une réelle absence d'avis sur la question, ou que l'avis du répondant est que les outils promus par le RRC n'ont ni d'impact positif ni d'impact négatif sur les éléments considérés.

Figure 17: Tendance globale des avis sur l'impact des outils promus par le RRC



	Moyenne sur 64
nettement positif	8,4
plutôt positif	26,8
sans avis	20,6
plutôt négatif	6,8
nettement négatif	1,4

L'encart prévu pour les commentaires éventuels à la question 10, ajouté lors du second envoi de questionnaires a également permis de recueillir 4 remarques sur les 29 médecins ayant répondu à ce second envoi de questionnaires, dans lesquels leur était offert la possibilité de commenter leur réponse, les voici citées ci dessous:

«J'ignorais toutes ces info»,

«Il ne faudrait pas que le maintien à domicile soit du refus d'hospitalisation par manque de lit comme cela se passe souvent, par absence de lits dédiés. Il s'agit bien des outils promus mais non de ma pratique qui consiste à favoriser au maximum le maintien à domicile»

«N'ayant pas eu accès à ce service, je ne peux pas donner mon avis»

«La médecine générale intervient du repérage à la fin de vie en passant par la prévention. Il me semblerait logique que toute intervention du réseau OPC auprès d'un patient, s'accompagne d'une valorisation et d'une reconnaissance du travail du médecin de médecine générale»

*k. Question 11: «Quels autres éléments/outils vous sembleraient utiles, pertinents ou intéressants? (Réponse libre)»*

Cette unique question totalement ouverte n'a permis de recueillir que 20 commentaires libres, soit moins d'un tiers des médecins ayant rempli et validé le questionnaire (31%), ce qui représente seulement 4,5% du total des 438 médecins généralistes de Charente Maritime ciblés par l'enquête.

Voici leurs réponses en citations:

«Recevoir le PPS suffirait, ce réseau OncoPC est une grande usine à gaz. Avoir la certitude d'un peu d'humanité de ces équipes qui se contentent parfois de ne soigner que le cancer et pas le ou la cancéreuse. Mais y a t-il des outils pour apprécier ça?»

«Intégration du dossier du réseau cancéro dans le DMP»

«Bonjour, dans le cadre du suivi d'un patient en cours de traitement, on reste, en tant que MG, témoin passif des évènements. Les patients viennent nous consulter uniquement en cas de problème (fièvre, brûlure par radiothérapie, diarrhée, simple rhinopharyngite, toux...). Le souci est le manque d'information par rapport aux effets secondaires ou éléments de surveillance particuliers par rapport aux traitements. Ceci dit, les infos sont peut être sur le site du RRC que j'irai consulter maintenant que je connais son existence. Bon courage.»

«problème de temps pour consulter ce site, j'ai un peu oublié qu'il existe. En bas des courriers que l'on reçoit d'oncologie il faudrait avoir un lien pour y aller dans la foulée»

«proposer aux médecins généralistes de participer aux RCP»

«Il faut une réelle coordination ville/hôpital, peut être développer la communication par l'intermédiaire du site internet. Les réunions RCP lorsque vous habitez à 30 min de La Rochelle, c'est plus compliqué pour y assister. Le ressenti c'est tout de même souvent une grande solitude avec certains centres de traitement, [...]»

«Pouvoir être vraiment partie prenante dans la concertation pour le plan de soins du patient, donc participer à des réunions interdisciplinaires mais avec des RDV pris à l'avance pour être disponible»

«parfois on reçoit les courriers avec trop de retard, idéalement dans les 3 j maxi, pour l'annonce, le suivi, courrier plus explicite sur les effets indésirables éventuels»

«Redonner au médecin généraliste son rôle de coordonateur»

«Permettre au médecin traitant de faire la consultation d'annonce, quand c'est possible»

«J'ai l'impression que les réseaux se superposent avec un flou absolu sur leurs champs d'action pour les soignants comme pour les patients, réseau à dimension variable suivant la localisation géographique! Plus de lisibilité et surtout de simplicité, portail unique pour l'ensemble des réseaux...»

«Comment connaître le réseau onco? Comment y adhérer et inscrire les patients? Les réseaux sont intéressants mais ils augmentent la charge de travail bureautique. Cette charge est-elle rémunérée par le réseau? Ceci dit tous les outils informatiques de la terre ne remplacent pas le téléphone et le contact direct avec les autres thérapeutes, dans une prise en charge complexe et en cas de problème! Un souci est la multiplication des intervenants hospitaliers, qui soulève la question de la coordination, c'est normalement notre boulot, mais il existe une capture hospitalière du patient qui nous destitue de ce rôle, en particulier en cancérologie. Le problème des

courriers est souvent leur retard, l'informatique résout elle le problème de la pénurie de secrétariat?»

«avoir un nombre correct de médecins en campagne avec des remplaçants disponibles afin d'avoir juste un peu de temps pour pouvoir répondre aux attentes des patients qui nous font confiance depuis des années»

«fiche de "liaison" permettant au patient de faire suivre les éléments de prise en charge et d'échanger pour une meilleure coordination ville hôpital»

«Etre au courant des réunions de concertation qui auraient lieu à des HORAIRES COMPATIBLES AVEC NOTRE EXERCICE»

«1) être "invité" aux RCP concernant mes patients cancéreux, 2) participer à la décision du passage de soins curatifs en soins palliatifs»

«Qu'on soit plus nombreux et disponibles et que les remplaçants viennent remplacer à la campagne pour nous soulager un peu, voilà un "outil" intéressant !! (la médecine est une science humaine , pas une boîte à outil ....)»

«amélioration de la coordination ville-hôpital»

«Avant tout, j'ignorais tout ce dont vous venez de parler !!!!!»

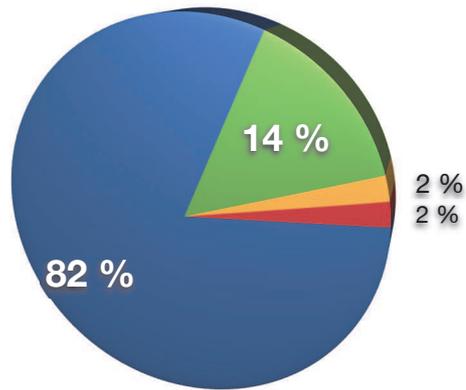
«Les patients porteurs d'une néoplasie sortent régulièrement avec un planning bien déterminé pour leur suivi. Il devrait être mentionné et protocolisé des consultations chez le médecin traitant [dans le PPS]»

### 3. Analyse descriptive par groupe de questions

Dans les questions 4 à 7, on évalue la fréquence des recours volontaires des médecins généralistes aux outils proposés et dont l'utilisation est promue par le RRC (prise de contact avec une UCPO ou un 3C, participation aux RCP, consultation du site OncoPoitouCharentes et utilisation des référentiels proposés sur ce site). Les réponses proposées sont les mêmes pour ces quatre questions, sauf pour les questions 4 et 5 dans lesquelles la réponse «toujours» a été proposée mais n'a été choisie par aucun des répondants. On peut donc compiler les résultats de ces quatre questions et calculer la moyenne des réponses pour chaque choix proposé: «jamais», «parfois» et «souvent»:

En moyenne, pour ces 4 questions, l'item: «jamais» a été coché dans 82% des cas, «parfois» dans 14% des cas, et «souvent» dans seulement 2% des cas. Les 2% restants correspondent à la moyenne des non réponses à ces questions.

Figure 18: Utilisation globale volontaire des outils promus par le RRC (questions 4 à 7)



	MOYENNE (%)	TOTAL	minimum	maximum
<b>Jamais</b>	82 %	210	48 %	95 %
<b>Parfois</b>	14 %	36	3 %	42 %
<b>Souvent</b>	2 %	5	0 %	5 %
<b>Non réponse</b>	2 %	5	1 %	2 %

### III. Discussion

#### A. Discussion de la méthode

##### 1. Choix du type d'étude

Dans la mesure où il n'existait jusque là aucune étude visant à recueillir les variétés d'opinions des médecins généralistes concernant le RRC en France, le choix du type d'étude s'est porté sur une recherche à type de sondage d'opinion dans le but d'ouvrir le débat en cherchant à donner une vision globale, voire grossière, du panel d'opinions sur le sujet chez les généralistes de Charente Maritime. L'objectif était de balayer la surface du sujet, ce qui a pour conséquence une précision plus faible.

Une étude purement qualitative aurait certainement été aussi intéressante, mais également moins large en terme de population et donc d'opinions ciblées, en raison de la complexité et du temps qu'exigent le recueil des données et leur analyse dans une étude qualitative. La contrainte de temps, prenant en compte le processus de réalisation et de recueil des données puis d'analyse de celles-ci a donc été un facteur déterminant dans le choix de la forme de l'étude.

##### 2. Biais de recrutement

Sur le plan strictement géographique, la population ciblée ne représentait qu'un seul département sur les quatre que compte la région Poitou-Charentes, ce qui ne permet sans doute pas de tirer des conclusions à l'échelle régionale, quant aux avis des médecins généralistes à propos du RRC, qui est une instance régionale.

Le taux de réponse pour cette enquête s'élève à 14,6%, ce qui est faible puisqu'il se situe très en dessous du seuil des 30% minimum que nous espérions. En effet, la plupart des travaux du même type enregistrent un taux de réponses supérieur à ce chiffre (5,7,16). Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce résultat:

◆ la forme de l'enquête et notamment le fait que celle ci ait été réalisée par courriels via internet et par le truchement d'un organisme tiers, tel que l'URPS médecins, a probablement influé sur le taux de réponse, ne donnant pas la possibilité d'accéder au questionnaire et d'y répondre à certains médecins qui ne sont pas encore habitués à l'usage d'internet et des courriers électroniques, ou à d'autres pour lesquels l'URPS médecins de Poitiers ne disposait pas d'une adresse mail valide.

◆ Un autre facteur a également pu avoir un impact sur le taux de réponse: les dates des deux envois de questionnaires par rapport au calendrier. En effet le premier envoi a eu lieu le 02 Mai 2013, c'est à dire un lendemain de jour férié, au milieu d'un pont et au début d'une (longue) série d'autres congés et autres fériés. Il est donc possible voire probable que le mail contenant le questionnaire soit allé à la corbeille en même temps que les nombreux autres mails, qui ont naturellement tendance à s'accumuler pendant les périodes non travaillées, et sont triés au retour de congés, de manière peut-être un peu plus expéditive qu'au beau milieu d'une période de travail plus soutenue. Le second envoi n'est survenu que le 09 juillet 2013, après autorisation expresse du médecin coordinateur du RRC, de nombreux médecins ayant pris leurs congés à cette période, le même phénomène que lors du premier envoi a vraisemblablement pu se produire.

Enfin, comme dans toute étude il existe un biais de recrutement lié à l'intérêt porté par les médecins au domaine concerné par l'étude, en l'occurrence la cancérologie. En effet, il est probable qu'une proportion non négligeable des répondants s'intéressent particulièrement aux problèmes posés par les patients atteints de cancer en médecine générale, et soient donc mieux informés que la moyenne de l'ensemble des médecins destinataires du questionnaire. La conséquence principale en est que l'évaluation de la connaissance du RRC et de ses outils par les généralistes ne reflètera probablement pas la connaissance de l'ensemble des généralistes du département de Charente Maritime, et encore moins de la région Poitou-Charentes entière.

### 3. Questionnaire

La forme du questionnaire à type de QCM (Questions à Choix Multiples) ne correspond pas à une étude qualitative pure puisque par définition le choix des réponses possibles est restreint.

Par corollaire, il est possible qu'aucun des choix proposés ne corresponde fidèlement à l'idée que se fait chaque médecin sur la question concernée, et donc que la réponse choisie par défaut induise un biais d'analyse et d'interprétation des résultats.

C'est le cas notamment des questions 9 et 10, dans lesquelles la réponse «pas d'avis» est difficilement interprétable de façon objective.

En effet dans la question 9, il est délicat de statuer sur la signification de cette réponse «sans avis»: il peut s'agir effectivement d'une absence d'avis sur la valeur de l'outil en question, ou bien de la manifestation du fait que le répondant n'ait pas trouvé, dans les choix proposés, de réponse correspondant à son opinion.

Il en est de même pour la question 10, dans laquelle la réponse «sans avis» peut aussi bien refléter une réelle absence d'opinion concernant l'impact des différents outils promus par le RRC sur tel ou tel aspect de la prise en charge de patients atteints de cancers, que l'expression d'une opinion qui serait: «je pense que ces outils n'ont pas d'impact sur cet aspect de la prise en charge de mes patients atteints de cancer».

C'est une des raisons pour lesquelles il a été décidé de rajouter pour ces deux questions (9 et 10), un encart pour des commentaires libres, afin que chaque médecin puisse préciser les éventuelles raisons de ses choix de réponses. Malheureusement, cet ajout n'a été réalisé que lors du second envoi de questionnaires, et comme on pouvait s'y attendre, les commentaires y sont très peu nombreux (au nombre de 4 pour chacune des 2 questions), et n'apportent globalement que peu de précisions quant au choix des réponses effectués par les répondants.

Il est à noter que ce mode d'enquête, fondé sur des QCM, ne s'inscrit pas non plus dans le cadre d'une étude quantitative, puisqu'il s'agissait d'évaluer des opinions, par définition subjectives et donc non quantifiables scientifiquement. Il en résulte que le travail effectué ne s'inscrivant pas dans l'un ou l'autre des deux cadres principaux utilisés dans les études prospectives ne permettra probablement pas de tirer des conclusions objectives quant aux opinions des médecins généralistes sur le réseau régional de cancérologie, mais permettra certainement de décrire de façon globale la connaissance du RRC par les répondants, ainsi qu'un aperçu de leur perception des outils promus par le RRC et de l'impact qu'ont ceux ci sur leur pratique dans le cadre de la prise en charge de leurs patients cancéreux.

A la lumière des éléments recueillis dans la onzième question, qui est l'unique question ouverte, on constate que les termes de l'énoncé de cette question manquent sans doute de précision, étant donné le nombre et la nature des propos recueillis qui ne répondent pas directement à la question posée, ou qui ne correspondent pas au type de réponse auquel on s'attendait.

## B. Discussion des résultats

### 1. Caractéristiques des répondants

#### a. Sexe:

Le ratio de 80% d'hommes pour 20% de femmes ne semble guère concordant avec les derniers chiffres publiés le 03 octobre 2013 par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) (19) annonçant 38% de femmes et 62% d'hommes en Charente Maritime chez les généralistes.

Cette différence entre les chiffres départementaux officiels et ceux de l'enquête est très probablement le reflet du taux de réponses particulièrement bas et témoigne de son manque de représentativité.

#### b. Age:

La moyenne des âges calculée de façon approximative, autour de 52 ans dans notre enquête, en utilisant les chiffres médians de chaque tranche d'âges, pondérés par les effectifs relevés dans les tranches correspondantes, semble voisine des statistiques annoncées par le Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2011(18), faisant état d'une moyenne d'âges de 51 ans en Charente Maritime. La représentativité en termes d'âges (et donc probablement de nombre d'années d'activité) n'est cependant pas établie puisqu'il ne s'agit que d'une moyenne. Il faudrait pour l'établir, comparer la répartition en fonction des tranches d'âges constatée dans notre étude à celle de l'ensemble des généralistes du département, or ce sont des chiffres dont nous ne disposons pas, et l'intérêt de cette comparaison serait purement statistique et n'aurait que peu voire pas d'impact sur l'interprétation des résultats de l'enquête compte tenu de sa faible de représentativité avérée.

#### c. Lieux de pratique:

Là encore les chiffres officiels de janvier 2012, provenant de l'ARS (17) ne correspondent pas à ceux de notre enquête excepté pour l'entité intermédiaire nommée «semi-rural» dans notre enquête et «semi-urbain» dans les statistiques de l'ARS, pour lesquelles on retrouve respectivement 27% et 26%. Le milieu rural est sur-représenté dans notre enquête: 34% contre les 22% publiés dans les chiffres officiels, et le milieu urbain par conséquent sous-représenté (39% dans l'enquête contre 52% officiellement sur l'ensemble du département). Là encore il s'agit probablement de la conséquence de la petite taille de l'échantillon.

## 2. Connaissance et utilisation par les médecins généralistes des outils promus par le RRC

La diffusion des outils promus par les RRC semble devenir de plus en plus large auprès des patients atteints de cancers pris en charge dans les établissements de soins et chez les professionnels de santé agréés par le RRC, comme en témoignent les chiffres nationaux publiés dans «La situation du cancer en France en 2012»(15).

Certains des résultats de notre étude peuvent être mis en relation avec les chiffres de ce rapport.

Concernant les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), le rapport fait état de l'évolution et de l'importance, du nombre de dossiers de RCP enregistrés représentant le double des cas incidents de cancers (200%). On peut supposer que la généralisation de l'utilisation de cet outil pour les patients a pour corollaire une diffusion plus large aux médecins généralistes. L'optimisation de la place des MG dans la prise en charge des patients cancéreux fait partie des missions des RRC, conformément aux politiques d'améliorations de la qualité des soins en cancérologie (premier et second plan cancer), la diffusion en a donc probablement été élargie, y compris auprès des médecins traitants.

Dans notre étude le compte rendu de RCP semblait être l'outil le mieux diffusé (reçu «toujours» et «le plus souvent» par 82% des répondants). Il semblait également être le mieux apprécié (jugement de valeur plutôt laudatif: «primordial», «pertinent», ou «intéressant» par 97% des répondants). Cela pourrait provenir de plusieurs facteurs:

- ◆le contenu du compte rendu lui même, a été optimisé et standardisé au niveau national pour satisfaire à la nécessité de porter une information à la fois la plus complète et la plus concise possible entre les professionnels prenant part à la prise en charge des patients atteints de cancers. Cela inclut les médecins généralistes qui en sont destinataires. Le compte rendu sert de base à la transmission d'information des unités de soins d'oncologie vers les médecins traitants.

- ◆la «popularité» du document: les compte rendus de RCP sont déjà utilisés depuis de nombreuses années en oncologie, les MG reconnaissent-ils la validité et le caractère précieux des informations qu'ils contiennent à travers cet usage déjà éprouvé?

Les résultats concernant le compte rendu de consultation d'annonce (CA) suggéraient, dans notre étude, une réception rare voire inexistante par les médecins interrogés (71% ont répondu «jamais» ou «parfois»), alors que l'intégration des patients dans un dispositif d'annonce (DA) correspondait dans le rapport, à 60% des cas incidents en 2010. Aucune corrélation n'apparaît, ce qui pourrait signifier que l'évolution du dispositif d'annonce appliquée aux patients n'ait pas été accompagnée de transmission des informations au médecin traitant de chaque patient. Cette hypothèse rejoint les résultats d'une étude réalisée en 2011 auprès des médecins généralistes de Champagne Ardennes, qui rapporte «une communication à améliorer entre oncologues et MG,[portant] principalement sur le degré d'information délivré au patient»(5). Il semble donc que la place du médecin généraliste reste à préciser au sein de ce dispositif d'annonce, et probablement à améliorer.

A contrario, le Plan Personnalisé de Soins (PPS), diffusé en 2010 à 80000 patients soit 25% des cas incidents, selon «la situation du cancer en France en 2012», paraît, dans notre étude, avoir été diffusé au moins aussi efficacement auprès des médecins qui ont répondu à notre questionnaire, puisque 46% ont déclaré l'avoir reçu «toujours» ou «le plus souvent». Cet élément constitue une piste pour l'amélioration de la communication entre oncologues et médecins généralistes sur l'information délivrée au patient, et apporte du crédit à l'utilisation de cet outil, qui a l'avantage d'être diffusé à la fois au patient et à son médecin et peut donc servir de support à l'accompagnement du patient par son généraliste tout au long de sa maladie.

### 3. Opinions des Médecins Généralistes

Avant d'aborder ce chapitre, qui représentait a priori un des objectifs principaux de cette enquête, il convient de prendre en compte le faible taux de réponses au questionnaire qui est de 14,6%. Celui-ci ne confère pas une grande puissance à cette enquête et ne permet pas d'en tirer des conclusions fiables à l'échelle départementale. Les opinions et perceptions analysées ci-après ne peuvent donc pas être considérées comme représentatives de celles de l'ensemble des médecins généralistes interrogés, et nous nous limiterons donc à raisonner sur l'échantillon de répondants dont nous disposons sans en extrapoler les commentaires à l'ensemble de la population interrogée. Il s'agit par ailleurs de notions subjectives et variées, difficiles à décrire en tant que tendance globale à l'échelle de l'ensemble des répondants.

Le jugement de valeur des répondants sur les différents outils promus par le RRC au regard de l'amélioration de la qualité des soins est globalement encourageant dans notre étude, avec une moyenne de 88% de qualificatifs élogieux pour l'ensemble des outils (minimum 80%

et maximum 97%). Il apparaît par ailleurs que les documents les mieux connus et probablement les mieux diffusés comme le compte rendu de RCP semblent être aussi les mieux appréciés. Cependant le sentiment global qui se dégage de l'analyse de certains des commentaires libres (question 11) et des réponses aux questions, est que les outils proposés et promus par le RRC sont largement sous utilisés par les médecins généralistes. D'une part le recours volontaire à certains de ces outils (participation aux RCP, consultation du site OncoPoitouCharentes et utilisation des référentiels proposés sur ce site) est rare voire inexistant pour 96% des réponses en moyenne (figure 18) excepté pour la prise de contact avec une UCPO ou un 3C. D'autre part, certains outils dont les médecins traitants devraient pouvoir bénéficier ne leur parviendraient pas, ou trop rarement (8ème question).

Le jugement globalement encourageant des généralistes sur ces outils ne témoignerait-il donc pas d'une volonté des répondants de les utiliser et de les connaître mieux, et de les voir se diffuser de façon plus systématique?

Cette étude révèle également un certain «succès» du Dossier Communicant de Cancérologie auprès des généralistes interrogés avec 80% de qualificatifs élogieux («primordial», «pertinent», ou «intéressant»), ainsi que plusieurs commentaires libres mettant en avant l'intérêt de l'utilisation de cet outil. En effet, dans le cadre d'une amélioration de la communication ville hôpital en cancérologie, l'usage du DCC permettrait, sous réserve d'un accès facile et pratique pour les utilisateurs potentiels, d'atteindre, entre autres, deux objectifs majeurs:

- ◆réduire les délais d'acheminement des informations de chaque patient,

- ◆et compiler en un portail unique pour le médecin traitant, l'ensemble des documents et informations essentiels à la prise en charge et au suivi de leurs patients cancéreux: comptes rendus de RCP et de Consultation(s) d'Annonce, Plan Personnalisé de Soins (et Plan Personnalisé de l'Après Cancer le cas échéant).

Il faut cependant noter que ce succès concerne plutôt le concept du DCC que l'expérience de son usage par les répondants, qui, pour nombre d'entre eux n'en connaissaient pas l'existence, et/ou ne l'avaient jamais utilisé. On retrouve là des informations concordant avec «la situation du cancer en 2012» (15), dont les données datent de 2010, 2011 et 2012, et affirmant que le DDC est en cours d'expérimentation dans 7 régions pilotes. Cela signifie que cet outil n'était pas finalisé en tant que projet au moment de la rédaction du dit rapport (15) et il ne l'est toujours pas. Par conséquent il semble logique que les médecins interrogés dans notre étude ne le connaissent et ne l'utilisent pas encore.

Le constat de cet engouement a priori, rejoint également celui des études préalables (16) à la mise en place pratique du projet du DCC, dans lesquelles ce qui se nomme aujourd'hui DCC, était plébiscité par

les médecins et pressenti comme un outil d'avenir, voué à devenir un des piliers de la communication et de la coordination au cours de la prise en charge conjointe «ville/hôpital» des malades atteints de néoplasie.

L'ultime question, et seule question ouverte de l'enquête, bien qu'elle fût destinée à recueillir les attentes, propositions et suggestions des généralistes sur les outils/éléments qu'ils estimeraient intéressants ou pertinents dans le cadre de la prise en charge conjointe ville/hôpital des patients atteints de néoplasie (à développer éventuellement par le RRC), retrouve de nombreuses opinions personnelles et propos qui, sans répondre précisément à la question posée, donnent un aperçu des perceptions qu'ont les médecins généralistes répondants, à propos du Réseau Régional de Cancérologie, et de la cancérologie hospitalière:

Certains des répondants semblent confondre les rôles du RRC avec ceux des acteurs de soins hospitaliers, parlant «d'intervention du réseau OPC auprès d'un patient», de «dossier du réseau cancéro», «d'adhérer au réseau et d'y inscrire les patients», de «rémunération par le réseau», d'autres expriment le ressenti d'une certaine complexité et d'un «flou» quant au fonctionnement et à la nature de ces deux entités.

Cet état de fait semble ne pas avoir été annihilé par les explications qui accompagnaient chaque questionnaire et dans lesquelles il était clairement précisé que le RRC était un réseau de santé qui, par définition, et contrairement aux réseaux de soins, n'intervenait en aucune façon dans les soins, ne prenant aucune part directe dans quelque aspect que ce soit de la prise en charge auprès des patients (annexe 2). Pour expliquer cette persistante confusion, on peut évoquer, entre autres, l'une ou l'autre des hypothèses suivantes:

- ◆ les explications accompagnant le questionnaire n'ont pas été lues par tous les répondants,

- ◆ ces explications n'ont pas été comprises, par manque de clarté ou de précision, ou du fait de la complexité du concept de «réseau de santé» qui relève plus du domaine administratif pur et de notions institutionnelles, que de notions médicales et du domaine des soins auxquels les généralistes associent plus volontiers le concept de réseau. Cette différenciation entre réseau de santé et réseau de soins n'a d'ailleurs été introduite en France, d'un point de vue législatif, qu'en 2002 (20,24), ce qui explique que ces notions ne soient pas familières pour les médecins généralistes. En outre, ni la formation de médecin généraliste, ni l'exercice de la médecine générale ne traite de cela.

- ◆ les notions ont été comprises, mais il subsiste des «erreurs» sémantiques dans les réponses.

Dès lors, en raison de cet amalgame qui semble être assez répandu

dans les propos -et donc possiblement aussi dans les esprits- des répondants entre les notions de réseau de santé et de réseau de soins, il est délicat d'interpréter les réponses recueillies dans cette étude en termes de jugements de valeur sur le RRC lui-même ou sur les missions qui lui incombent.

#### 4. Attentes des Médecins Généralistes

Les attentes et perspectives envisagées par les répondants pour améliorer la prise en charge de leurs patients atteints de cancers, sont représentées dans notre enquête par les réponses à la dernière question.

Si le taux de réponses à l'enquête est faible, celui de la dernière question l'est encore davantage puisque seulement 31% des 64 répondants y ont rédigé leur réponse (4,5% de l'ensemble des 438 médecins généralistes de Charente Maritime ciblés par l'enquête).

L'objectif de la question était de recueillir des idées s'inscrivant dans continuité du questionnaire, donc en rapport avec le RRC et ses outils existants en proposant des pistes d'amélioration (sur leur nature, leur forme, leur contenu, leur diffusion ou leur généralisation), et/ou formuler des propositions sur ce qui manquerait, selon leurs expériences et leur réflexion sur le sujet, pour améliorer la qualité de la prise en charge globale de leurs patients atteints de cancers.

Comme nous l'avons évoqué plus haut, ces réponses libres ne répondent pas toutes effectivement et précisément à la question posée. Il faut certainement considérer le fait que la question en elle-même manquait de précision et d'indications qui auraient pu guider les réponses en termes de pertinence.

Cependant il est possible de dégager des idées intéressantes dans la plupart des réponses recueillies.

Comme on pouvait s'y attendre au regard des réponses formulées à la question 3, l'aspect de la prise en charge qui posait aux médecins ayant répondu au questionnaire le plus de difficultés, la coordination ville/hôpital, est le thème qui revient le plus souvent dans les attentes exprimées (dans 17 des 20 réponses). Au cœur de cette coordination, on retrouve évidemment la communication, déjà maintes fois décrite auparavant comme «déficiente» ou «à améliorer» entre les équipes hospitalières d'oncologie et les médecins généralistes aussi bien en France (4,5,7,12,16,22) qu'à l'étranger comme au Québec, au Canada et aux États Unis (21,27), ou aux Pays Bas (23). Notons que dans la plupart de ces travaux, lorsque les deux parties étaient interrogées (hôpital/ville), des lacunes en termes de communication étaient mises en évidence aussi bien dans un sens que dans l'autre.

Une communication de qualité, condition nécessaire à une prise en

charge optimale des patients est donc souhaitée par les médecins qui ont exprimé leurs attentes dans notre enquête. Les propositions formulées dans le but d'améliorer la communication et la coopération peuvent être interprétées comme suit:

- ◆simplifier la communication: «recevoir le PPS suffirait», «plus de lisibilité et de simplicité», «portail unique»

- ◆développer l'utilisation et les fonctionnalités des moyens de communication modernes: «par l'intermédiaire du site internet», «liens sur les courriers reçus» [pour indiquer le site du RRC], «intégrer le dossier [...] de cancérologie dans le DMP»

- ◆accélérer les échanges: «idéalement [réception des courriers] sous 3 jours», «le problème des courriers est souvent leur retard»

- ◆impliquer le patient: «fiche de liaison permettant au patient de faire suivre les éléments de prise en charge et d'échanger». N.B.: l'idée semble simple et peu novatrice, mais peut s'avérer efficace, surtout si elle peut s'associer à l'utilisation du DCC. L'implication du patient peut constituer la force et l'intérêt de cette idée mais également une faiblesse compte tenu de la variabilité imprévisible de cette implication d'un patient à l'autre.

- ◆cibler les informations transmises aux médecins généralistes: «plus explicite sur les effets indésirables éventuels», «éléments de surveillance particuliers par rapport aux traitements». N.B.: les besoins de formation et d'information en cancérologie ont largement été exprimés par les médecins généralistes dans la littérature.

- ◆élargir les possibilités d'échanges, de participation des médecins traitants à la concertation interdisciplinaire: «proposer aux médecins généralistes de participer aux RCP», «participer à des réunions interdisciplinaires» avec «des RDV pris à l'avance», «à des horaires compatibles avec notre exercice», «être invité aux RCP [...], participer à la décision [...]

Notons que le DCC dans sa conception, correspondrait probablement à l'idée de dossier partagé en temps réel que les médecins de l'enquête semblent appeler de leurs vœux. Mais qu'en sera-t-il à l'usage? Et quand sera-t-il opérationnel? Autant de questions soulevées par les attentes exprimées en termes de communication et de coordination ville/hôpital.

En dehors du champ d'action directe du RRC, les perspectives envisagées par les médecins dans notre enquête évoquent le problème de l'organisation et de l'aménagement du temps à consacrer à la prise en charge des patients atteints de cancer. Bien qu'il ne fût exprimé, en termes d'importance des difficultés rencontrées, qu'en quatrième position dans notre enquête (question 3), le temps n'en reste pas moins un paramètre crucial pour prodiguer des soins de qualité en médecine générale. Tout particulièrement auprès des patients cancéreux, où la charge morale et la dimension sociale sont particulièrement

importantes à prendre en compte, les médecins généralistes ont besoin de ce temps si précieux et parfois rare. Nombre d'entre eux l'expriment ainsi à leur manière: «avoir juste un peu de temps pour pouvoir répondre aux attentes des patients qui nous font confiance depuis des années», «qu'on soit plus nombreux et disponibles et que les remplaçants viennent [...] pour nous soulager un peu», «concertations qui auraient lieu avec des horaires compatibles avec notre exercice», «mentionner et protocoliser des consultations chez le médecin traitant [...]», «les RCP quand vous habitez à 30 min de La Rochelle, c'est plus compliqué pour y assister», «participer [à la concertation interdisciplinaire...] avec des RDV pris à l'avance pour être disponible».

On peut donc percevoir à travers ces mots, d'une part le besoin de disposer de plus de temps pour s'occuper des patients atteints de néoplasie et d'autre part la nécessité que ce temps dégagé soit organisé, aménagé pour être le plus "rentable" possible en termes d'efficacité et de qualité des soins.

Le thème des difficultés médico-techniques et notamment de la gestion des effets indésirables des traitements oncologiques (chimiothérapies, radiothérapies, hormonothérapies) est également abordé par certains répondants. Ceci fait écho à de nombreux travaux (4,5,6,7,16,21,22,23,25,26) dans lesquels les auteurs ou les médecins généralistes eux mêmes affirment et précisent parfois leurs besoins en matière d'information et/ou de formation, et rejoint également le thème de la communication des spécialistes vers les généralistes.

Sur le plan psychologique, les médecins qui se sont exprimés, font état d'un vécu de «solitude», de besoin de «soulagement», ou encore de sentiment de «destitution de leur rôle». Tous ces commentaires font référence à des besoins personnels des médecins ayant répondu à l'enquête, qui semblent partagés par beaucoup d'entre eux, et soulèvent le problème de la reconnaissance et de la valorisation du rôle du médecin généraliste au sens large et particulièrement dans la prise en charge des patients atteints de néoplasies. Cette valorisation et cette reconnaissance du rôle du médecin traitant, prévues par les mesures des deux plans cancer, supposent que ce rôle soit préalablement défini de façon précise et que les «protocoles» d'organisation des soins en cancérologie en tiennent compte.

Aussi, force est de constater que les mesures de l'axe soins du premier et du second plan cancer visant à établir «les conditions d'une coordination systématique des acteurs de soins à l'hôpital et en ville» et à «faciliter la prise en charge et le suivi de proximité des patients atteints de cancer par une meilleure insertion des médecins généralistes[...]»(1), n'ont pas toutes été mises en place, et celles qui l'ont été ne sont pas toutes finalisées à l'heure actuelle.

Le second plan cancer arrivant tout juste à son terme, peut-être est-il encore un peu trop tôt pour dresser le bilan de ce qui a été fait et de ce qui ne l'a pas été, et pour juger l'aboutissement et du succès du

projet national de lutte contre le cancer, a fortiori à travers une enquête d'une puissance aussi faible que la nôtre.

Néanmoins, on peut supposer que si ces mesures avaient permis d'atteindre pleinement les objectifs souhaités par leurs auteurs, les effets bénéfiques en seraient certainement ressentis par la grande majorité des médecins généralistes, et d'autant plus par ceux qui sont les plus motivés par la question de la prise en charge des patients atteints de cancer, comme le sont probablement les médecins qui ont pris le temps d'exprimer leurs opinions et leurs attentes dans notre enquête.

Pour clore ce chapitre, rappelons donc que la plupart de ces souhaits font partie des objectifs des deux plans cancer et des projets en cours de mise en place à l'échelle du territoire national. L'avènement de ces mesures et de ces outils n'est cependant pas encore complet, les projets n'étant pas tous finalisés.

L'avenir proche nous dira certainement dans quelle mesure ces deux plans cancer auront atteint leurs objectifs, grâce notamment aux principes d'auto-évaluation intégrés à la conception des RRC. En parallèle, il paraît indispensable que les médecins généralistes, dont «l'implication systématique» et le «renforcement de leur rôle» dans la prise en charge des patients cancéreux appartenaient aux «mesures phares» du second plan cancer (et du premier!), participent activement à l'évaluation et à l'amélioration des mesures et des outils mis en place. Cette évaluation ne pourrait-elle pas être annexée aux prérogatives des RRC, et faire l'objet d'études simultanées à l'échelle nationale?

## IV. Conclusion

A la veille de l'échéance du second plan quinquennal de mobilisation contre le cancer («plan cancer 2»), notre enquête se proposait d'évaluer la connaissance, les opinions et les attentes de l'ensemble de médecins généralistes de Charente Maritime en ce qui concerne le Réseau Régional de Cancérologie (RRC) de Poitou-Charentes. Bien que les caractéristiques des répondants à notre enquête diffèrent en termes de répartition de celles de la population ciblée, ce travail nous a permis d'obtenir la vision d'un échantillon de médecins généralistes sur l'impact du RRC dans la prise en charge de leurs patients cancéreux.

Les patients porteurs de néoplasies n'ont représenté en 2012 qu'une faible proportion de la patientèle des répondants qui ressentent cependant, à un degré et une fréquence variables, des difficultés dans la prise en charge de ces patients. Au premier rang de ces difficultés exprimées, figurent les problèmes de coordination ville/hôpital, thème central et crucial des deux plans cancer et des missions des RRC. Viennent ensuite les soucis d'ordre médico-technique comme la gestion des effets secondaires et des nouveaux symptômes, pour lesquels le médecin traitant est le premier recours logique, puis la gestion de l'aspect social de la prise en charge. Le manque de temps et la lourdeur de la charge psychologique (du patient, de son entourage et du médecin lui-même) s'ajoutent à la liste des difficultés ressenties dans la prise en charge de leurs patients cancéreux.

Les mesures annoncées par les deux plans cancer, avec la création des RRC, la définition de leurs missions dont l'élaboration et la promotion de l'utilisation d'outils destinés à «créer les conditions d'une coordination systématique entre la ville et l'hôpital» et à une «meilleure insertion» du médecin traitant dans la prise en charge des patients atteints de cancers, constituent un formidable espoir en termes d'amélioration de la qualité des soins à ces patients.

Dans la réalité, ces mesures ne sont pas toutes, à l'heure actuelle, pleinement opérationnelles, à l'instar du projet de Dossier Communicant de Cancérologie, véritable dossier partagé en temps réel entre les spécialistes hospitaliers et les médecins traitants, dont la mise en place et l'adaptation fonctionnelle sont encore en cours d'achèvement.

Sur cet ensemble de projets, de mesures, et d'outils, encore en cours de maturation pour certains, les médecins qui ont répondu à notre enquête expriment des opinions mitigées mais globalement positives quant à leur impact sur la prise en charge de leurs patients atteints de cancers. On peut supposer que la tendance positive que représente l'ensemble de leurs opinions témoigne d'un certain espoir de voir les promesses du plan cancer 2 se réaliser et de la volonté de voir les projets en cours achevés afin d'en faire profiter leurs patients. Parmi ces projets, l'évaluation des résultats de l'expérimentation du DCC dans 7 régions pilotes, en tant que partie du Dossier Médical Personnel (DMP), est attendue avec un intérêt certain par la majorité des médecins qui ont répondu à notre enquête.

Les répondants semblent regretter à travers leurs réponses et leurs commentaires libres dans notre étude, que l'achèvement du chantier du dispositif de lutte contre le cancer, mis en route en 2002, ne soit toujours pas effectif en ce qui concerne la place du médecin généraliste dans la prise en charge globale du patient cancéreux (2).

Le thème central de leurs attentes est représenté par l'amélioration de la coordination ville/hôpital, avec notamment une communication plus efficace, plus simple, plus rapide, plus ciblée, et utilisant des moyens de communication modernes et fonctionnels, adaptés aux réalités de la pratique quotidienne des médecins généralistes.

Ils expriment également la nécessité de disposer de plus de temps dédié spécifiquement aux patients cancéreux et que ce temps soit organisé et planifié de façon optimale pour s'adapter aux contraintes de leur exercice. Ceci sous entend une coordination et une communication de qualité avec les équipes hospitalières.

Les difficultés «médico-techniques» comme la gestion des effets secondaires des traitements oncologiques spécifiques (radiothérapie et chimiothérapies surtout) ou des nouveaux symptômes mettent en évidence un besoin certain d'information voire de formation faisant écho à la plupart des études sur le sujet. Ce besoin pourrait également être satisfait, au moins partiellement, par une meilleure communication avec l'hôpital.

Enfin, les répondants ont fait part de leurs attentes en termes de reconnaissance et de valorisation de leur travail auprès des patients cancéreux. Là encore, certaines des mesures annoncées prévoyaient d'y apporter une réponse, mais celles-ci ne sont pas encore opérationnelles.

L'impression qui ressort de cette enquête est donc que les mesures et outils prometteurs annoncés par les plans cancer, notamment le second, concernant la valorisation de la place du médecin traitant au coeur de la prise en charge de ses patients cancéreux, n'existent pas dans la pratique quotidienne des médecins généralistes. Ceci pourrait par ailleurs expliquer le faible taux de réponse enregistré (14,6%). En effet, il est aisé de comprendre l'absence d'intérêt des médecins généralistes interrogés à évaluer des outils qu'ils n'utilisent et ne connaissent pas.

Dans les mesures des plans cancer, l'auto-évaluation systématique était inscrite à la liste des missions des RRC, au même titre que la promotion de la coordination ville/hôpital par la reconnaissance et la définition précise du rôle central du médecin généraliste. Or aucune enquête de satisfaction d'envergure nationale n'est encore parue à ce jour à notre connaissance, relatant les opinions des médecins généralistes au sujet de l'impact des mesures des deux plans cancer successifs sur la prise en charge de leurs patients cancéreux. Gageons que les pouvoirs publics en ont le projet, car les outils prometteurs qu'ils auront fait naître pourront très certainement bénéficier des avis de ceux qui en éprouveront peut-être l'usage au quotidien, pour les perfectionner et les adapter au mieux à l'amélioration de la qualité des soins en cancérologie. Ne serait-il pas cohérent dans l'avenir d'intégrer un versant médecine générale ayant trait à la coordination ville/hôpital, thème «phare» des deux plans cancer, au sein même de l'auto-évaluation des RRC?

## V. Bibliographie

1. Plan cancer 2003 - 2007, site de l'INCa (Institut National du Cancer), [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)
2. Plan Cancer 2009 - 2013, site de l'INCa (Institut National du Cancer), [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)
3. *A propos de la mise en place des soins de support en cancérologie : pistes de réflexions et propositions*, *Oncologie* (2008) 10: 574–579, © Springer 2008, DOI 10.1007/s10269-008-0958-4
4. *Pour une coordination des soins de support pour les personnes atteintes de maladies graves, proposition d'organisation dans les établissements de soins publics et privés*, *Med Pal* 2004; 3: 134-143, © Masson, Paris, 2004.
5. *Place du médecin généraliste dans le traitement du cancer en Champagne-Ardenne*, *Bull Cancer* 2012. 99 : 557-62. doi : 10.1684/bdc.2012.1574. Tardieu É, Thiry-Bour C, Devaux C, Ciocan D, de Carvalho V, Grand M, Rousselot-Marche E, Jovenin N.;
6. *Les médecins généralistes face au cancer*, une enquête inédite de la Ligue nationale contre le cancer, communiqué de presse, 6-10-2010.
7. *Perspectives en cancérologie pour les médecins généralistes : enquête interrégionale 2010*. *Bull Cancer* 2011 ; 98 : 1143-1152. doi : 10.1684/bdc.2011.1450. Nguyen TD, Vincent P, Lamberth F, Robles V, Curé H.
8. *Prise en charge des cancers : rôle du médecin généraliste*. G. Errieau; *Oncologie* (2010) 12: 118–119 © Springer 2010. DOI 10.1007/s10269-010-1858-y
9. *La problématique médecin généraliste et cancer*, P. Marti. *Oncologie* (2010) 12: 120–124 © Springer 2010. DOI 10.1007/s10269-009-1854-2
10. *Mise en place d'un suivi post thérapeutique alterné des patients traités dans le département de la Vienne*, Dr Claire MORIN, thèse d'exercice de Médecine Générale, soutenue le 06 mai 2004 à Poitiers
11. *La mise en place du dispositif de Suivi Post Thérapeutique Alterné entre médecins généralistes et spécialistes dans la Vienne*, document powerpoint présentée le 09 Avril 2013 par le Dr Hélène Duthil et le Dr Xavier LEMERCIER à Cognac lors de la 7ème journée annuelle du réseau OncoPoitouCharentes
12. *Amélioration de la coordination ville-hôpital en cancérologie: analyse à partir d'une enquête de satisfaction du patient et de son proche, complétée par celle du médecin généraliste*, Dr Sébastien VRIET, thèse d'exercice de Médecine Générale, soutenue le 02 juillet 2010 à Poitiers
13. *site du réseau Onco Poitou Charentes*: [www.onco-poitou-charentes.fr](http://www.onco-poitou-charentes.fr)
14. Décision du 22 juillet 2010 portant reconnaissance initiale du réseau régional de cancérologie de la région Poitou-Charentes

15. © *La situation du cancer en France en 2012*. Collection état des lieux et des connaissances, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, décembre 2012.
16. *Suivi d'un patient cancéreux en médecine générale : Enquête auprès des médecins généralistes du Poitou-Charentes*. Dr Tareck BOICHE, thèse d'exercice de Médecine Générale, soutenue le 6 janvier 2005 à Poitiers
17. *Répartition des médecins généralistes libéraux en exercice au 01/01/2012 par zone*, Source : RPPS au 1er janvier 2012 - hors remplaçant, Exploitation : ARS Poitou-Charentes / COSA
18. *La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Poitou-Charentes, situation au 1er juin 2011*, Gwénaëlle LE BRETON-LEROUVILLOIS, géographe de la santé, sous la direction du Dr Patrick ROMESTAING, Section Santé Publique et Démographie Médicale, Conseil National de l'ordre des médecins
19. [www.ecosante.fr](http://www.ecosante.fr), source : RPPS, exploitée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), mis à jour le 03 octobre 2013
20. *Évaluation des réseaux de santé en France*, F. NOGUES et E. NOGUES, Société Metys, Paris, Risques & Qualité 2009 - Volume VI - N°3,
21. *Le médecin de famille et la lutte contre le cancer. Avis du Comité de la première ligne médicale de lutte contre le cancer (CPLMLC)*, Mars 2005, Bibliothèque nationale du Québec, 2004, Bibliothèque nationale du Canada, 2004, ISBN : 2-550-43212-6
22. *Place du médecin généraliste dans le suivi des patients en cours de chimiothérapie. Enquête auprès des patients de l'hôpital de jour d'oncologie du CHR d'Annecy*, Dr Pauline GERARD, thèse d'exercice de médecine générale, soutenue le 28 mars 2012 à Grenoble
23. *Collaboration with general practitioners: preferences of medical specialists – a qualitative study*, A. J Berendsen, W. HGM Benneker, J. Schuling, N. Rijkers-Koorn, J. PJ Slaets and B. Meyboom-de Jong, BMC Health Services Research 2006, 6:155 doi:10.1186/1472-6963-6-155
24. *Les Réseaux de Santé, Une démarche d'amélioration de la qualité*, document HAS, juin 2006.
25. *General practitioners' role in cancer care: a French-Norwegian study*, L. Demagny, K. Holtedah, J. Bachimont, T. Thorsen, A. Letourmy et M. Bungener, publié le 29 Septembre 2009, BMC Research Notes 2009, 2:200 doi: 10.1186/1756-0500-2-200
26. *Une meilleure organisation des soins pourrait diminuer le nombre des patients atteints de cancer adressés aux urgences, analyse prospective de 123 patients*, E. Kerrouault, N. Denis, P. Le Conte, G. Dabouis, reçu le 8 août 2006
27. *The Interface Between Primary and Oncology Specialty Care: Treatment Through Survivorship*, E. Grunfeld, C. C. Earle, Journal of the National Cancer Institute Monographs, No. 40, 2010, DOI: 10.1093/jncimonographs/lgq002

## Médecine générale et réseau régional de cancérologie (RRC)

Questionnaire d'évaluation qualitative des rapports et variétés d'opinions de médecins généralistes de Charente Maritime à propos du réseau régional de cancérologie (RRC).

\*Obligatoire

### A/ Vous: renseignements d'ordre général

---

1. **Sexe \***

*Une seule réponse possible.*

- Féminin  
 Masculin

2. **Age \***

*Une seule réponse possible.*

- 25-35 ans  
 36-45 ans  
 46-55 ans  
 56-65 ans  
 plus de 65 ans

3. **Nombre d'années d'exercice en médecine générale \***

*Une seule réponse possible.*

- moins de 5 ans  
 entre 5 et 10 ans  
 entre 10 et 20 ans  
 entre 20 et 30 ans  
 entre 30 et 40 ans  
 plus de 40 ans

4. **Lieu de pratique \***

*Une seule réponse possible.*

- Milieu urbain  
 Milieu rural  
 Milieu semi rural

## ANNEXE 1: Questionnaire (page 2)

### 5. Conditions d'exercice \*

*Une seule réponse possible.*

- seul
- groupe médical (médecins seulement)
- groupe multidisciplinaire (IDE, kiné, ...)

### 6. Logistique au cabinet \*

*Plusieurs réponses possibles.*

- informatisation
- connexion internet
- secrétaire(s) au cabinet
- secrétariat téléphonique à distance

## B/ Vous et le cancer: Les cancers dans votre pratique quotidienne

---

### 7. Question 1: Combien de patients cancéreux avez-vous suivi sur l'année 2012? \*

*Une seule réponse possible.*

- moins de 5
- entre 5 et 10
- entre 10 et 15
- entre 15 et 20
- plus de 20

### 8. Question 2: Estimez vous que la prise en charge des patients cancéreux en médecine générale soit particulièrement difficile

*Une seule réponse possible.*

- toujours
- la plupart du temps
- souvent
- parfois
- jamais

## ANNEXE 1: Questionnaire (page 3)

**9. Question 3: Quel(s) aspect(s) vous pose(-ent) le plus de difficultés dans la prise en charge de vos patients cancéreux?**

*Plusieurs réponses possibles.*

- médicales/techniques (effets secondaires, nouveaux symptômes..)
- problèmes de coordination ville-hôpital (manque d'information, communication difficile...)
- problèmes d'organisation personnelle, manque de temps
- difficultés d'ordre psychologiques (patient, entourage, vous même)
- gestion de l'aspect social de la prise en charge

### **C/ Vous et le réseau régional de cancérologie (RRC): Connaissance, utilisation, opinions et attentes**

---

**10. Question 4: Prenez-vous contact avec une Unité de Concertation pluridisciplinaire d'oncologie (UCPO) à propos des patients cancéreux que vous suivez?**

*Une seule réponse possible.*

- jamais
- parfois
- souvent
- toujours

**11. Question 5: assistez-vous aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) concernant vos patients?**

*Une seule réponse possible.*

- jamais
- parfois
- souvent
- toujours

**12. Question 6: Consultez-vous le site internet du Réseau Régional de Cancérologie (RRC): Onco Poitou-Charentes?**

*Une seule réponse possible.*

- jamais
- parfois
- souvent

## ANNEXE 1: Questionnaire (page 4)

**13. Question 7: Utilisez-vous les référentiels disponibles sur le site Onco Poitou Charentes?**

*Une seule réponse possible.*

- jamais  
 parfois  
 souvent

**14. Question 8: Pour vos patients porteurs de cancer qui sont suivis dans les établissements de santé membres du réseau Onco Poitou-Charentes, avez vous reçu:**

*Une seule réponse possible par ligne.*

	toujours	le plus souvent	parfois	jamais
Plan Personnalisé de Soins (PPS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
compte rendu de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
compte rendu de Consultation d'Annonce (CA)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**15. Question 9: Dans le cadre de l' amélioration de la qualité des soins en cancérologie, les éléments suivants, promus par le RRC, vous semblent: \***

le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC), service du Dossier Médical Personnel (DMP), est consultable en ligne sur le site Onco Poitou Charentes, et doit permettre d'accéder à tout moment aux comptes rendus de RCP, et au PPS de vos patients.

*Une seule réponse possible par ligne.*

	primordial	pertinent	intéressant	pas d'avis	incomplet	inutile
Plan Personnalisé de Soins (PPS)	<input type="radio"/>					
compte rendu de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)	<input type="radio"/>					
compte rendu de Consultation d'Annonce (CA)	<input type="radio"/>					
Dossier Communicant de Cancérologie (DCC), votre opinion a priori	<input type="radio"/>					

**16. Commentaires sur la question 9 (facultatif)**

.....

# ANNEXE 1: Questionnaire (page 5)

17. **Question 10: Dans le cadre de la prise en charge de vos patients cancéreux, comment percevez-vous l'impact des outils promus par le réseau régional sur les éléments suivants: \***  
*Une seule réponse possible par ligne.*

	nettement positif	plutôt positif	sans avis	plutôt négatif	nettement négatif
la qualité des soins de façon générale	<input type="radio"/>				
votre rôle au sein de la prise en charge du patient	<input type="radio"/>				
la coordination ville hôpital en cancérologie	<input type="radio"/>				
l'information du patient et de son entourage	<input type="radio"/>				
le maintien à domicile du patient	<input type="radio"/>				

18. **Commentaires sur la question 10 (facultatif)**

.....

19. **Question 11: Quels autres éléments/outils vous sembleraient utiles, pertinents ou intéressants? (Réponse libre)**

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



## ANNEXE 2: lettre explicative accompagnant le questionnaire

Cher confrère, Chère consoeur,

Je suis médecin généraliste remplaçant en Charente Maritime, et j'effectue mon travail de thèse sur le réseau de cancérologie en Poitou Charentes, avec le soutien de mon directeur de thèse: M. le Dr Yves FOURE, médecin généraliste à La Rochelle, et de l'URPS Poitou-Charentes.

Les cancers, devenus une priorité de santé publique, occupent une place de plus en plus importante dans la pratique de la médecine générale, au travers de ce que l'on appelle **les soins de support**, c'est-à-dire l'ensemble des soins nécessaires à ces patients, (en dehors des soins oncologiques spécifiques, réalisés habituellement en milieu hospitalier). comprenant les aspects psychologiques et sociaux liés à la maladie.

Les 2 plans cancers successifs (2003-2007 et 2009-2013) mis en place par le gouvernement, proposaient d'**harmoniser l'offre de soins** autour des patients atteints de cancer, **en renforçant la place du médecin traitant** dans leur suivi, au sein de **réseaux de santé**: les Réseaux Régionaux de Cancérologie (RRC).

Il s'agit d'une dénomination englobant un certain nombre d'objectifs liés aux activités de soins de cancérologie dans un territoire défini. Les RRC **ne sont pas des réseaux de soins** car ils n'interviennent pas directement dans les soins. Ils coordonnent les acteurs de santé (établissements, cabinets de radiothérapie, médecins généralistes et spécialistes, paramédicaux, acteurs sociaux), grâce aux moyens suivants:

- émission de recommandations de pratique,
- promotion de la pluridisciplinarité (organisation de RCP),
- Dossier Communiquant de Cancérologie (DCC),
- Programme Personnalisé de Soins (PPS),
- Evaluation de la qualité des pratiques au sein du réseau

Je réalise donc une étude visant à recueillir votre avis sur le réseau régional de cancérologie de Poitou Charentes, en tant que partie de ces réseaux dans le suivi de vos patients cancéreux, dans le cadre des «soins de support».

Sachant l'abondance de telles études et questionnaires pour lesquels vous êtes sollicités, je me permets de préciser que celui-ci contient 10 questions rapides à choix multiples et 1 seule question ouverte à la fin. Les réponses se font directement sur le formulaire en ligne et demandent moins de 10 minutes.

En vous remerciant par avance de vos réponses,  
Veuillez agréer l'expression de mes sentiments confraternels.

Louis DENARDOU.

## RESUME ET MOTS CLES

**Introduction:** L'incidence des cancers étant en augmentation constante, ils sont devenus une priorité de santé publique depuis 2002 avec la création du premier Plan quinquennal de Mobilisation Nationale contre le cancer, mis en action entre 2003 et 2007, introduisant pour la première fois en France la notion de Réseaux Régionaux de Cancérologie (RRC). S'en sont suivis la création des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) de 3ème génération en 2004, intégrant la thématique du cancer, puis la circulaire DHOS de février 2005, précisant les missions des réseaux régionaux de cancérologie, Le second plan cancer, débuté en 2009 après que le rapport Gründfeld fût rendu au gouvernement, et se terminant fin 2013, précisait les rôles et missions des RRC, et prévoyait de replacer le médecin généraliste au coeur d'une prise en charge optimisée autour du patient atteint de néoplasie.

**Méthodes et Résultats:** Notre étude se proposait d'évaluer la connaissance, les opinions et les attentes des médecins généralistes de la Charente Maritime vis à vis du RRC et des outils qu'il propose, et promeut sur le territoire régional. L'enquête s'est déroulée de mai à juillet 2013, par mail via l'URPS-médecins de Poitou-Charentes aux 438 médecins généralistes de Charente Maritime, avec deux envois successifs. Le questionnaire, comportait de brefs renseignements d'ordre général, suivis de 11 questions dont une seule question ouverte. Le taux de réponses très faible de 14,6% (n=64), et l'absence de représentativité des caractéristiques des répondants n'autorisaient pas à extrapoler les résultats à l'ensemble des généralistes du département, ou de la région. Les répondants estimaient que les problèmes de coordination ville-hôpital étaient les difficultés les plus fréquentes. Leur connaissance et leur utilisation des outils promus par le RRC était globalement très faible. Leur place dans le dispositif d'annonce était perçue comme à améliorer. Leurs opinions sur la valeur de chacun des outils (PPS, comptes rendus de RCP et de consultation d'annonce et DCC) étaient très disparates d'un outil à l'autre. Les jugements sur l'impact de ces outils sur la qualité des soins étaient positifs pour la majorité d'entre eux (55%). Les répondants ont exprimé leurs attentes principalement en termes de coordination ville hôpital avec une communication à améliorer. Les besoins de temps, d'information et de formation, ainsi que de reconnaissance et de valorisation ont également été exprimés.

**Conclusion:** Les mesures gouvernementales élaborées pour répondre à une nécessité d'amélioration de la qualité des soins et de décloisonnement de l'organisation des soins en cancérologie constitue une avancée indéniable, mais toutes ne sont pas opérationnelles à l'heure actuelle. Les répondants de notre enquête, bien que non représentatifs de l'ensemble des médecins généralistes de Charente Maritime, semblent regretter que la mise en oeuvre des mesures promises dans le plan cancer 2, plaçant le généraliste au centre de la prise en charge globale du patient cancéreux n'aient pas été tenues. Une étude à plus grande échelle auprès des médecins généralistes de France pourrait participer à l'évaluation régulière de ces outils et de leur mise oeuvre, afin d'en assurer un développement ultérieur cohérent avec la médecine de ville, éventuellement en tant qu'organe des RRC.

**Mots-clés:** médecine générale - réseau régional - cancérologie - coordination des soins - enquête d'opinions - plan cancer



## SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

