



Bilan après 6 mois de l'expérience IDECC II : évaluation de la perception par les médecins généralistes du rôle de l'IDECC, état des lieux et axes d'améliorations

Darios de La Cruz

► To cite this version:

Darios de La Cruz. Bilan après 6 mois de l'expérience IDECC II : évaluation de la perception par les médecins généralistes du rôle de l'IDECC, état des lieux et axes d'améliorations. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01490025

HAL Id: dumas-01490025

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01490025>

Submitted on 14 Mar 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Bordeaux II – Victor Segalen

U.F.R de Sciences Médicales

Année 2017

Thèse n° : 41

Thèse pour l'obtention

DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

par

Darios DE LA CRUZ

Né le 29 Aout 1983 à Pointe à Pitre (971 - Guadeloupe)

Le 13 mars 2017

**Bilan après 6 mois de l'expérience IDECC II. Évaluation de la
perception par les médecins généralistes du rôle de l'IDECC, état
des lieux et axes d'améliorations**

Directeur de thèse

Monsieur D. SMITH Docteur Praticien Hospitalier

Jury

Président du jury : Professeur Alain RAVAUD, PU-PH

Jury : Professeur Jean Frédérique BLANC, PU-PH

Professeur Jean Louis DEMEAUX, PU

Docteur Florence SAILLOUR Praticien Hospitalier

À NOTRE DIRECTEUR DE THÈSE

Monsieur Docteur Denis SMITH

Praticien Hospitalier

Gastro-entérologue cancérologue Hôpital de Haut-Lévêque

Merci d’avoir dirigé ce projet avec intérêt et enthousiasme. Votre écoute, votre expérience et votre disponibilité nous ont permis de mener à terme ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

À NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Alain RAVAUD

Professeur des Universités

Chef de service d'Oncologie médicale Hôpital Saint André CHU Bordeaux

Nous sommes sensibles à la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury.
Veuillez recevoir notre plus cordiale gratitude pour l'honneur que vous nous faites.

À NOS JUGES

Monsieur le Pr Jean Frédérique BLANC

Professeur des Universités

Hépatogastroentérologue du service d'hépatogastroentérologie, pôle ADEN Hôpital Haut Lévêque CHU Bordeaux

Monsieur le Pr Jean Louis DEMEAUX

Professeur émérite de médecine générale (Professeur des Universités) Faculté de Bordeaux

Madame le docteur Florence SAILLOUR

Praticien Hospitalier à l'Unité Méthodes d'Évaluation en Santé

Service d'Information Médicale (Pôle de santé Publique)

Vous avez bien voulu accorder votre attention à ce travail. Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse.

À ma famille qui m'a toujours soutenu durant toutes ces années malgré la distance et les difficultés. La route aura été semée d'embûches, le parcours plaisant et la fin une récompense.

À ma femme, Laura, merci pour ton infaillible patiente et ta précieuse claire voyance.

À mes amis de longues dates odontologues et collègues internes, merci de votre soutien permanent et indéfectible, vous avez contribué au médecin que je suis devenu.

À mon défunt père, tu as vu le début de cette aventure sans en voir la fin, ton apprentissage pendant mes jeunes années aura su éclairer mon jugement à de nombreuses occasions sur le plan médical et personnel, je reste fidèle à la voie que tu m'as enseigné à ta manière souvent drôle associée à beaucoup d'attention et d'abnégation.

**Bilan après 6 mois de l'expérience IDECC II
Évaluation de la perception par les médecins
généralistes du rôle de l'IDECC, état des lieux
et axes d'améliorations**

TABLE DES MATIERES

Abréviation	9
I-Introduction	10
1.1 Expérience personnelle.....	10
1.2 Historique : Du plan cancer à la création de l'IDECC	11
1.3 Expérimentation IDEC I et IDECII.....	12
1.4 Le connu et l'inconnu ?	13
1.5 Objectif de l'étude	14
II- Matériels et Méthodes.....	15
2.1 Type d'étude.....	15
2.2 Contexte de l'étude.....	15
2.3 Population de l'étude.....	16
2.4 Recueil des données	16
2.4.1 Accord téléphonique	16
2.4.2 Envoi des questionnaires	16
2.4.3 Relance	16
2.5 Réalisation du questionnaire	17
2.6 Diffusion du questionnaire et saisie des données	19
III - Résultats	20
3.1 Taux de réponse.....	20
3.2 Caractéristique de l'échantillon	21
3.3 Résultats principaux	26
3.4 Résultats secondaires.....	32
IV - Discussion	50
4.1 La méthodologie.....	50
4.1.1 L'élaboration du questionnaire.....	50
4.1.2 La sélection des médecins participants.....	50
4.2 Les résultats principaux de notre enquête.....	52
4.2.1 Les missions de l'IDECC	52
4.2.2 Ce qu'attendent les médecins de l'IDECC	52
4.3 Les résultats secondaires de notre enquête	53
4.3.1 Le profil du répondeur	53
4.3.2 Les difficultés liées à la prise en charge des patients cancéreux	54
4.3.3 Le profil des patients de notre étude	54
4.3.4 La communication avec l'IDECC	55
4.3.5 IDECC et hospitalisations	55

4.4 Le Taux de réponse au questionnaire	55
4.5 L'élaboration du questionnaire et revue de la littérature	56
V - Forces et faiblesses de l'étude	61
5.1 Limites de l'étude	61
5.2 Forces de l'étude	62
5.3 Pistes d'améliorations.....	62
VI - Conclusion	64
Bibliographie.....	66
Annexes	68
Serment	75

ABRÉVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

IDECC : Infirmière De Coordination en Cancérologie

PPS : Projet Personnalisé de Soins

TAS : Temps Accompagnement Soignant

I – INTRODUCTION

1.1- Expérience personnelle

Durant mon internat de médecine générale, j'ai eu l'occasion de réaliser un stage auprès de praticiens généralistes où j'ai pu constater la proportion croissante que prend la population atteinte de cancer sur l'activité du médecin omnipraticien.

J'ai par ailleurs eu l'occasion de réaliser mon stage obligatoire au CHU de Bordeaux à l'Hôpital Saint André unité 8 en Oncologie. J'ai pu apprendre l'exercice depuis l'autre extrémité de la chaîne de soins, mettant en exergue un nombre grandissant de malades, des dépistages de plus en plus précoces et des structures de soins limitées en tailles et en nombres de lits. Il en découle de cette situation une réduction des durées moyennes de séjours et un accroissement de la prise en charge ambulatoire (Hôpital de jour) en gardant toujours à l'esprit un grand dogme de l'oncologie : toute perte de temps est une perte de chance pour le patient.

Le début de ma réflexion part de ce constat - l'exercice de la médecine générale tend vers un accroissement du nombre de patients atteints de cancer à suivre en ambulatoire et en extra-hospitalier - et l'exercice de l'oncologie tend vers un raccourcissement du temps hospitalier permettant un « turnover » rapide pour une prise en charge d'un nombre plus important de patients sans perte de chance avec par un délai d'attente diminué et un confort du patient d'être à son domicile.

Comment faire pour coordonner tout cela ? Sans les habituels impairs : appel du médecin généraliste lié aux rechutes métastatiques, et à l'évolution palliative ; voulant instaurer l'hospitalisation à domicile, le médecin généraliste n'arrivant pas à joindre le bon interlocuteur pour la gestion entre autres des effets secondaires de nouveaux traitements.

Les projections de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) vont dans le sens de cette problématique, elles prévoient « d'ici 2020 des chimiothérapies orales dans 50% des cas dans certains cancers fréquents et des chirurgies ambulatoires plus répandues [...] avec la nécessité de la gestion de ces patients à domicile ». (1)

D'autant plus que le cadre légal actuel prévoit que le médecin généraliste soit par défaut le coordinateur du parcours de soins selon la Loi du 13 Aout 2014 avec pour objectif d'aiguiller le malade durant tout le temps extra-hospitalier.

Il apparait dans mes recherches que la coordination ville / hôpital en oncologie est encore à ses débuts et qu'elle se heurte encore à de nombreux écueils. L'une des solutions retenues est celle de la création d'un nouveau métier de la santé, l'Infirmière DE Coordination en Cancérologie (IDECC) dont le projet pilote « Expérimentation IDECC » se déploie actuellement sur les 3C du CHU de Bordeaux. Le sujet de la coordination étant trop vaste à

explorer pleinement, nous nous concentrerons sur l'étude de la coordination via le prisme de l'IDECC uniquement.

1.2- Historique : du plan cancer à la création de l'IDECC

Comment sommes-nous arrivés à l'Expérimentation IDEC II, projet pilote déployé actuellement sur la région Aquitaine ? Un petit historique résume le cheminement de la réflexion jusqu'à ce résultat final. [2]

- Le plan cancer I (2003- 2007) : Plan de mobilisation nationale face à un problème de santé publique notable. Les objectifs sont : la prévention, la mise en place de dépistage de masse, l'amélioration des soins et de l'accompagnement, le développement de la formation, la création du « Temps Accompagnement Soignant » (TAS) afin de détecter les fragilités et les parcours complexes, et enfin la création du dispositif d'annonce.
- Le plan cancer II (2009- 2013) : Création du Projet Personnalisé de Soins (PPS) et du Projet Personnalisé de l'Après Cancer (PPAC) avec l'intervention du généraliste. La mesure n°18 : renfort de la coordination des soins et extension en ville, renforcement du rôle du médecin généraliste. La mesure 18-1 : proposition d'une coordination assurée par l'IDECC avec ces 4 missions définies par la DGOS dans la circulaire d'avril 2010 et la création du projet Expérimentation IDEC I. (1)
- Le plan cancer III (2014-2019) : 17 objectifs dont deux qui nous intéressent dans ce travail :
 - Mesure n°4 : Création des nouveaux métiers de la santé
 - Mesure n°7 : Prise en charge globale personnalisée et renforcée sur les populations fragiles. En ce sens, création de l'Expérimentation IDEC II, lancée par la DGOS dans la circulaire du 24 Juillet 2014 avec cette fois-ci une évaluation centrée sur les parcours complexes et une évaluation médico économique.

Au moment de notre étude, l'expérimentation IDEC II se déploie sur 35 équipes hospitalières sur tout le territoire de la France et 10 équipes extra-hospitalières (maisons médicales ou centre de santé) soulignant son orientation vers la coordination ville / hôpital. Sur l'Aquitaine, il y a 18 IDECC déployées dont trois sur les 3 CHU de Bordeaux (une quatrième en formation).

Cet investissement de la DGOS sur la coordination s'explique par de nombreux facteurs dont les principaux sont :

- « La nécessité pragmatique d'un travail coopératif pour un juste équilibre entre productivité et réduction des coûts » selon le rapport FIECSHI 2003(2) et ce d'autant plus que nous sommes en 2016 dans un contexte d'économie de santé en France et que le nombre de lits hospitaliers est une ressource non extensible.
- Une mise en exergue des défauts dans la transmission de l'information dans la littérature actuelle. (3,4)

1.3 - Expérimentation IDEC I et IDEC II

Pour aider le patient et aussi le médecin généraliste, le plan cancer III (2014-2019) prévoit l'utilisation d'outils de coordination dont fait partie l'expérimentation IDEC II.

Cette expérimentation s'inspire grandement de ce qui se fait au Canada avec l'infirmière PIVOT (5) ou de ce qui se fait en EHPAD avec l'IDEC en gériatrie.

En 2010, il y a la création du métier de l'IDEC dans un cadre expérimental qu'était l'Expérimentation IDEC I dont les appréciations furent contrastées : intérêts démontrés uniquement pour les parcours complexes, profession IDEC non connue de la population ayant besoin, coût économique non évalué..., mais un intérêt positif sur le nombre de recours aux médecins et aux hospitalisations. (1)

L'Expérimentation IDEC I a défini 2 missions :

- 1) La coordination déclinée sous 4 axes :
 - Préparer de façon anticipée la sortie du patient
 - Une transmission adéquate de l'information entre les professionnels de santé
 - Contribuer aux ré hospitalisations
 - Une bonne articulation des différentes séquences de prises en charge (fluidifier, maîtriser les délais ...)
- 2) L'information, et l'éducation thérapeutique.

L'expérimentation IDEC II définit 3 nouveaux enjeux :

- Coordination ciblée sur les liens entre professionnels hospitaliers et professionnels libéraux
- Recentrage sur les situations complexes
- Elargissement du plan d'action (équipes hospitalières plus nombreuses et élargissement test à 10 acteurs extra-hospitaliers)

Cette deuxième expérimentation, tout comme la première, sera évaluée sur un plan hospitalier sans que l'avis des médecins généralistes ne soit consulté et sans qu'il y ait eu un retour d'appréciation de leur part alors qu'ils sont des acteurs clef de ce processus. Il s'agit ici d'un des objectifs de mon travail.

1.4 - Ce qui est connu et inconnu

Nous savons donc que la coordination en cancérologie peut encore être optimisée.

L'expérimentation IDEC I a révélé un bénéfice de cette action chez les sujets en parcours complexes en cancérologie et ces patients particuliers sont détectés au début du projet personnalisé de soins (PPS) par un long entretien infirmier appelé TAS.

Ici quelques définitions s'imposent :

Les parcours complexes en cancérologie sont définis par la DGOS comme étant la population cible dont la prise en charge va nécessiter beaucoup de ressources en termes de coordination :

- Les prises en charge de cancer diagnostiqué à un stade avancé ou pronostic sombre (besoin anticipé et soins palliatifs),
- Cancer nécessitant d'emblée une prise en charge pluridisciplinaire (exemple de cancer ORL avec chirurgie et radiothérapie...),
- Prise en charge partagée entre plusieurs établissements de santé,
- Patient détecté comme susceptible de fragilité psychosociale.

Le Temps Accompagnant Soignant ou « TAS » :

Il s'agit d'un entretien long (1h environ) avec une infirmière. Ce temps pris avec le patient est généralement variable mais il répond à des critères communs :

- Compléter l'information médicale,
- Informer le patient sur ses droits (droit à un second avis, refus d'acharnement thérapeutique...)
- Informer sur les aides possibles (ligue contre le cancer, associations bénévoles...)
- Verbaliser des problèmes sociaux, familiaux, psychologiques et détecte les fragilités.

Concernant la coordination à l'heure actuelle, un rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) datant de 2002 fait état d'un défaut de transmission de l'information médicale, suivi de recommandations de bonnes pratiques sur la coordination concernant le sujet handicapé et le sujet avec dépendance motrice (6) mais il y a aucune recommandation concernant les sujets atteints de cancer.

Il existe aussi des recommandations sur « comment réduire les ré-hospitalisations évitables des personnes âgées » ; (7) mais qu'en est-il du sujet atteint de cancer ?

Des recommandations manquent dans le domaine de la coordination en oncologie et cela concerne une population non négligeable de l'activité des cabinets.

Enfin, il manque un état des lieux de la coordination ville / hôpital en oncologie, l'avis des médecins généralistes n'ayant pas été souvent recueillis ces dernières années.

1.5 - Objectifs de l'étude

De par mon exercice de remplaçant en médecine libérale, il apparait que le médecin généraliste peut être mis en difficulté lors de la gestion de patients atteints de cancer. L'objectif de ce travail est de savoir « quelles sont les attentes des médecins généralistes dans la coordination ville / hôpital en cancérologie notamment au travers de l'IDECC ? »

Les objectifs secondaires abordés sont : évaluer le rôle de l'IDECC par les médecins généralistes, identifier les écueils dans la coordination et proposer des axes d'améliorations.

Notre travail se compose en trois parties :

- Matériels et méthodes :
Nous aborderons l'élaboration du questionnaire lors de nos entretiens avec les IDECC du CHU de Bordeaux et avec l'aide du docteur de l'ISPED (méthodologiste). Puis, nous verrons le déroulement de l'enquête : recrutement des médecins généralistes, diffusion et recueil des données.
- Résultats :
Nous y verrons les caractéristiques des répondants, le taux de réponse, les résultats principaux et secondaires.
- Discussion :
Discussion des résultats face à la littérature actuelle et sur la méthodologie. Nous y aborderons les forces et les faiblesses de l'étude, les pistes d'améliorations proposées par les médecins de notre étude et celles de la littérature.

II – MATÉRIELS ET MÉTHODES

2.1 - Type d'étude

Notre travail sera une étude transversale descriptive qui sera réalisée sur les médecins généralistes ayant participé à l'expérimentation IDEC II dans la région Aquitaine avec les trois IDECC des trois CHU de Bordeaux.

Il s'agit d'un questionnaire auto-administré envoyé par email ou par format papier, aux médecins ayant accepté par téléphone de participer à cette étude. Leurs motivations furent purement intellectuelles et confraternelles. Il n'y a pas d'intérêt financier dans cette étude.

Les médecins ont été recrutés consécutivement sur les fiches des patients en files actives des IDECC que celle-ci conservent dans un classeur régulièrement tenu à jour. Pour les besoins de l'expérimentation, nous avons retenu 189 dossiers actifs au moment de l'étude.

Avec l'accord des chefs de services d'oncologie et celui du Département d'Informatique Médicale (DIM), nous avons pu avoir accès aux dossiers informatisés des patients pour recouper les informations des fiches patients ainsi que le profil complet des patients : le nom de leur médecin généraliste, le stade de la pathologie...

Enfin, nous avons récupéré les numéros de téléphone des médecins généralistes dans les fiches dossiers des IDECC et le cas échéant nous avons recherché les numéros de téléphone dans les pages jaunes.

2.2 - Contexte de l'étude

L'étude se déroule sur les trois CHU de Bordeaux que sont :

- L'Hôpital Saint André, orienté oncologie générale long séjour avec plateaux de radio intervention en radiologie et hôpital de jour et un service de soins palliatifs avec son équipe mobile,
- L'Hôpital Pellegrin institut François Xavier Michelet orienté chirurgie maxillo-faciale et oncologie ORL,
- L'Hôpital Haut-Lévêque, orienté hépato gastro entérologie, radiothérapie et chirurgie.

Les patients issus des dossiers viennent de toute la région Aquitaine (Bayonne, Pau, Agen, ...) et non uniquement du département de la Gironde. Cependant, l'éloignement géographiquement de plus de 100Km de certains patients a rendu impossible une rencontre physique avec les médecins généralistes.

Au niveau du CHU de Bordeaux, les IDECC sont sous la direction des 3C (Centre de Coordination en Cancérologie) et sont au nombre de trois dont une quatrième en formation. Il y a un total de 18 IDECC sur l'ensemble de la région Aquitaine.

L'Aquitaine comporte de nombreux déserts médicaux en ambulatoire et peu de grand centre spécialisé en cancérologie ce qui explique cet afflux.

L'Aquitaine comme le reste de la France présente une population de médecins généralistes vieillissante avec plus de départs à la retraite que d'installations libérales. Le nombre de patients constant pèse sur le peu de médecins qui reste. (Un exemple étant la moyenne d'âge des médecins généralistes en exercice dans le Lot et Garonne qui est de 59 ans en 2016)

2.3 - Population de l'étude

Sont concernés tous les médecins généralistes ayant participé à l'expérimentation IDECC II, ayant été contacté au moins une fois par les 3 IDECC du CHU de Bordeaux et étant encore en exercice au moment de l'étude.

Sont donc exclus tous les médecins généralistes partis à la retraite ou ayant arrêté leur activité pour un autre motif, et aussi tous les médecins référents non généralistes.

2.4 - Recueil des données

2.4.1 - Accord téléphonique

Après consultation des dossiers informatisés aux CHU et les fiches dossiers des IDECC afin de confirmer l'identité des médecins généralistes et de leurs patients, nous les avons contactés par téléphone d'après la base de données des pages jaunes (<http://www.pagesjaunes.fr/>).

Les appels ont eu lieu entre le 28 novembre et le 18 décembre 2016. Les refus et justifications furent aussi mentionnés.

Nous avons obtenu l'accord téléphonique avant tout envoi de questionnaire.

Les modalités d'envoi premièrement proposées furent par email puis le cas échéant par papier ou par un entretien téléphonique ultérieur.

2.4.2 - Envoi des questionnaires

Les questionnaires furent envoyés par l'investigateur principal par email dans les 72h qui ont suivi le contact téléphonique via une structure de diffusion de questionnaire en ligne (<http://www.evalandgo.fr/>). Il a fallu pour cela importer le questionnaire du format Microsoft WORD[™] vers un format web et entrer toutes les adresses emails dans les contacts de la structure online.

Les participants peuvent simplement cliquer sur les cases à cocher et écrire leur avis avant de valider en ligne le questionnaire. Ils renseignent leurs identités via leurs adresses email et ne peuvent valider qu'une seule fois ce questionnaire. Les données sont secondairement anonymisées et comptabilisées. La structure online remet les résultats des questions sous format Microsoft EXCEL[™].

Pour ceux désirant le format papier, le questionnaire fut imprimé et expédié avec une lettre pré affranchie de retour.

2.4.3 - Relance

Rappel email programmé à J+15 pour tous ceux ayant donné leur accord. Ils ont été de nouveau contactés téléphoniquement par l'investigateur principal de façon hebdomadaire à partir du 21/12/2016.

Les emails de relance sont programmables sur la structure online uniquement pour les non réponders.

2.5 - Réalisation du questionnaire

Le prototype du questionnaire a été créé par l'investigateur principal après inspiration de la littérature sur la coordination. Puis, nous avons finalisé le questionnaire après entretien individuel avec chacune des trois IDECC sur les trois CHU de Bordeaux.

Ensuite, le questionnaire final a été corrigé à partir des conseils du docteur méthodologiste de l'ISPED de Bordeaux, le docteur SAILLOUR Florence pour le rendre exploitable : à savoir réduction du nombre de questions pour tenir un délai ne dépassant pas 15min en remplissant ce questionnaire, reformulation pour une meilleure lisibilité, instauration d'échelles de Likert pour les questions d'appréciation...

Le questionnaire se divise en cinq parties inspirées de la littérature (2–4,8–10) (**Annexe 1**) :

- **Une première partie : « Description de la population médicale ayant participé ».** Ces premières questions ont pour but d'identifier le profil répondeur, de saisir d'éventuels biais et de savoir le niveau de connaissance sur les IDECC. C'est une partie obligatoire dans ce genre d'étude.
- **Une deuxième partie : « Difficulté de prise en charge des patients complexes ».** Ces questions reprennent les obstacles les plus fréquemment cités dans la littérature sur la coordination, les attentes précédemment exprimées dans l'expérimentation IDECC I. Cette partie est l'occasion de hiérarchiser les écueils de gestion des patients et les moyens déployés pour y répondre.
- **Une troisième partie : « Expérience IDECC II ».** Cette partie reprend le profil des patients inclus dans l'expérimentation sur un plan médico-social. Elle revient aussi sur le mode de communication avec l'IDECC.
- **Une quatrième partie : « Perception de l'expérience IDECC II par le médecin généraliste ».** Cette partie reprend un éventail d'échelles de Likert sur l'incidence de cette expérimentation sur le nombre de consultation, le nombre de visite, le nombre d'hospitalisation programmée ou non programmée à l'appréciation du regard externe des médecins généralistes. Elle est l'occasion de demander aux médecins leurs attentes.
- **Une dernière partie : « Difficultés et perspectives ? ».** Cette ultime partie reprend les difficultés retenues de la littérature et interroge les médecins sur ce sujet : sentiment de mise à l'écart, le regard du patient sur l'action du médecin généraliste, et l'alourdissement de la charge de travail. Le professionnel ne peut utiliser un service que s'il le connaît. Il se pose aussi la question de la visibilité de l'IDECC en dehors de l'hôpital et enfin la question finale : ce que pense les médecins généralistes sur ce mode de coordination au travers de l'IDECC.

2.6 - Diffusion du questionnaire et saisie des données

La diffusion du questionnaire s'est faite en grande partie par email, le questionnaire était disponible en ligne sur les serveurs de la structure online EVALANDGO™. Les participants recevaient un email nominatif avec un lien vers le site : <https://app.evalandgo.com/s/?id=JTk1bSU5N2wlOTY1QUQ=&a=JTk1aiU5OWolOUY1QjE=>, puis ils remplissaient le questionnaire en ligne.

Une partie des questions a été rendue invisible et pré remplie par l'investigateur principal pour faciliter l'étude. Il s'agit des questions 7.1 à 7.3 sur le patient concerné et sa pathologie, ces données étant déjà connues par la lecture des dossiers.

Les données sont recueillies sur un fichier Excel après que les questionnaires ont été rendus anonymes.

III – RÉSULTATS

3.1 - Taux de Réponses

Le taux de réponse de cette étude est de 14% (26 sur 185 demandes).

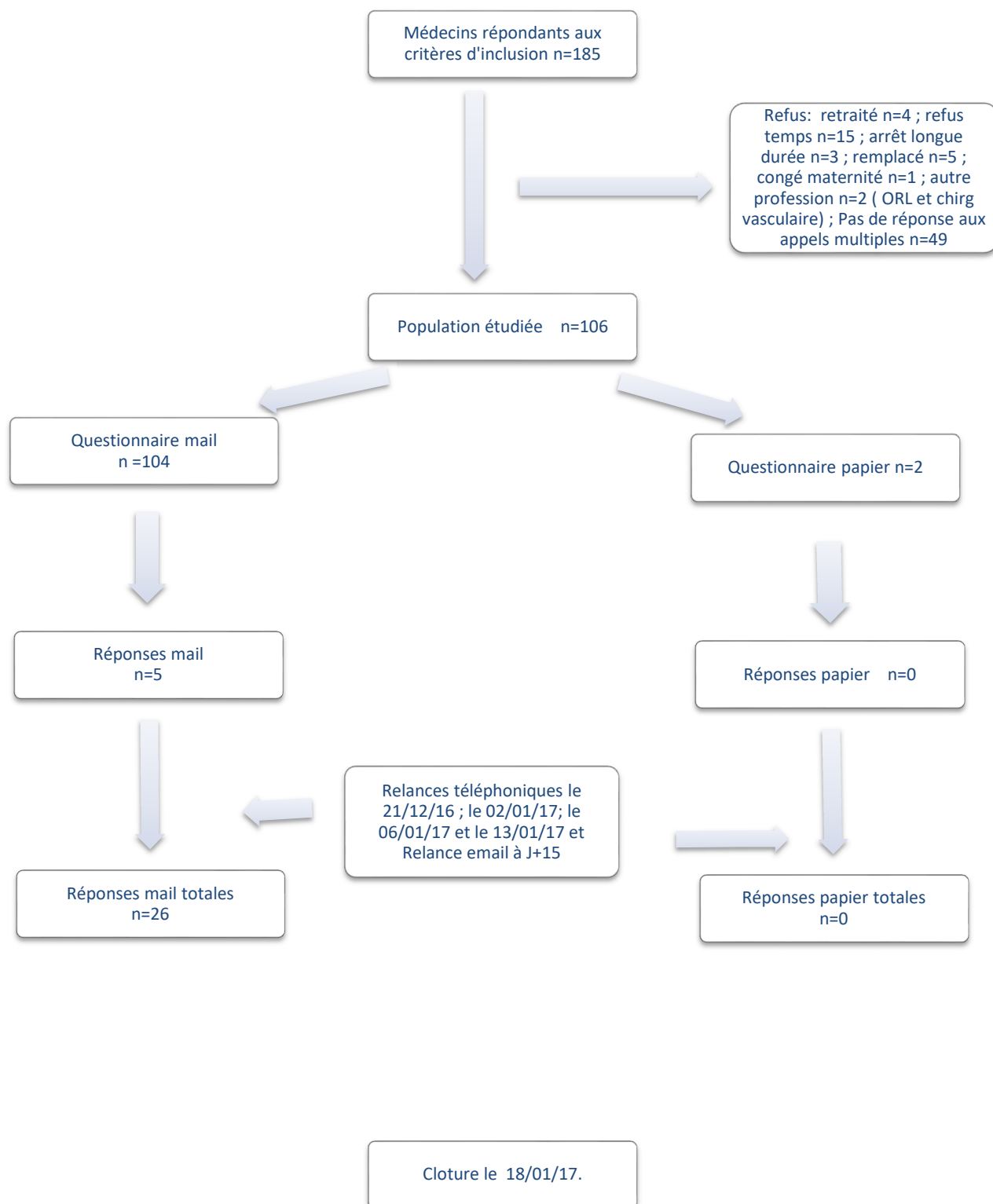
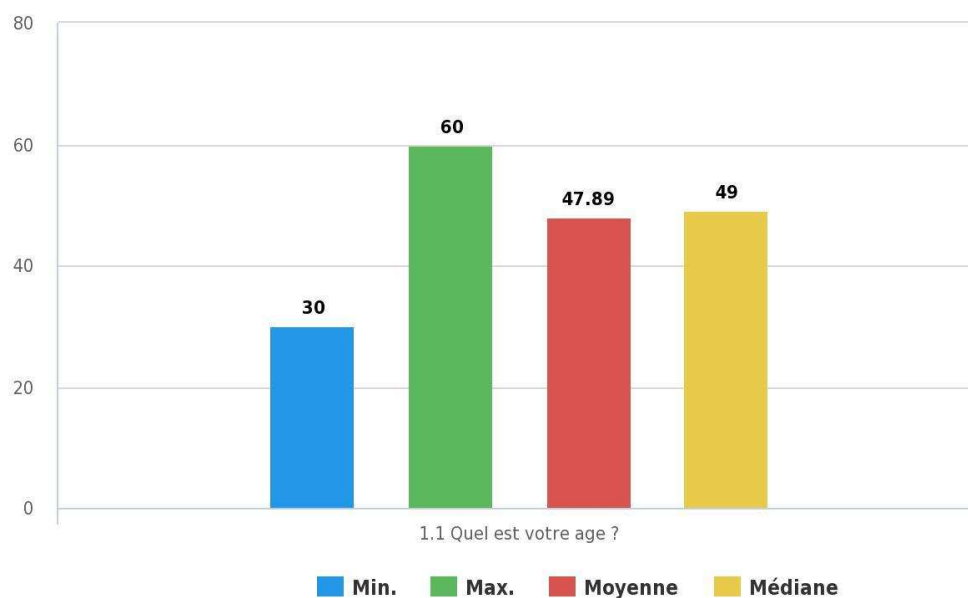


Figure 1 : Diagramme de flux d'étude

3.2 - Caractéristiques de l'échantillon

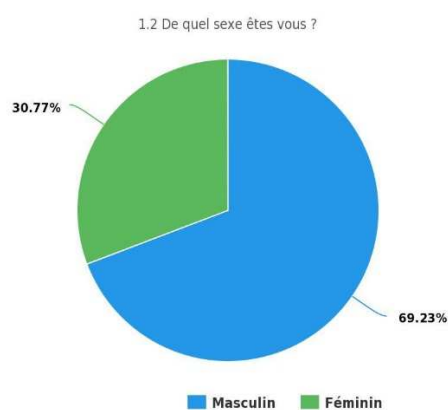
1.1 Quel est votre âge ?

Notre profil de répondeur à cette étude est très éclectique, âgé de 30 ans à 60 ans. La moyenne d'âge est de 47,89 années et l'âge médian est de 49 ans.



1.2 De quel sexe êtes-vous ?

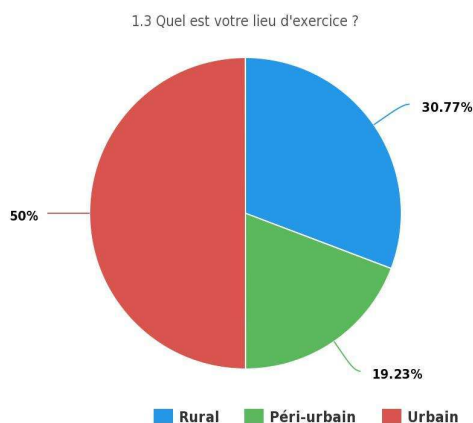
La majorité des médecins répondeurs sont des hommes à 69,23% dans cette étude.



#	Question	Nb.	%
	1.2 De quel sexe êtes-vous ?	26	100%
	Masculin	18	69.23%
	Féminin	8	30.77%

1.3 Quel est votre lieu d'exercice ?

Une majorité des répondants de cette étude exerce en milieu urbain dans 50% des cas (soit 13/26 répondants).



#	Question	Nb.	%
	1.3 Quel est votre lieu d'exercice ?	26	100%
	Rural	8	30.77%
	Péri-urbain	5	19.23%
	Urbain	13	50%

1.4 A quelle distance du plus proche Centre Hospitalier êtes-vous ?

#	Question	Nb.	%
	1.4 A quelle distance du plus proche Centre Hospitalier êtes-vous ?	26	100%
	<10 km	10	38.46%
	10 - 20 Km	5	19.23%
	20 - 50 Km	11	42.31%
	> 50 Km	0	0%

Les distances sont réparties sur trois des propositions avec 10 des médecins de l'échantillon (38,46%) sont dans un périmètre de moins de 10 km autour d'un Centre Hospitalier, 11 médecins (42,31%) sont entre 20 et 50Km d'un hôpital, une minorité de 19,23% est entre 10 et 20 Km des cas et aucun n'est implanté au-delà de 50Km d'un hôpital.

1.5 Quel est le nombre de patients aux parcours complexes dont vous avez la charge ?

#	Question	Nb.	%
	1.5 Quel est le nombre de patients aux parcours complexes dont vous avez la charge ?	26	100%
	1 - 2	3	11.54%
	3 - 4	12	46.15%
	5 - 6	4	15.38%
	> 7	7	26.92%

La majorité des médecins de cette étude ont entre trois et quatre patients en parcours complexes soit environ douze (46,15%) des cas puis une moindre part des médecins ont plus de sept patients en parcours complexes soit sept (26,92%).

1.6 Quels le nombre de patients atteints de cancer évolutif dont vous avez la charge ?

#	Question	Nb.	%
	1.6 Quels est le nombre de patients atteints de cancer évolutif dont vous avez la charge ?	25	100%
	1 - 5	5	20%
	5 - 10	16	64%
	10 - 15	3	12%
	> 15	1	4%

On compte 20% des médecins de l'échantillon ayant un à cinq patients avec cancer évolutif et 64% ont entre cinq et dix patients enfin 12% ont entre 10 et 15 patients.

1.7 Faites-vous des visites à domicile ?

#	Question	Nb.	%
	1.7 Faites-vous des visites à domicile ?	26	100%
	Oui	26	100%
	Non	0	0%

100% des médecins de cette étude font des visites à domicile.

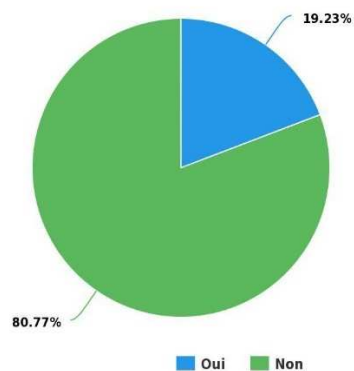
1.8 Quel est votre mode d'exercice professionnel ?

#	Question	Nb.	%
1.8	Quel est votre mode d'exercice professionnel ?	26	100%
	Liberal Exclusif	25	96.15%
	Activité mixte	1	3.85%
	Seul	8	30.77%
	En association	14	53.85%

La majorité des médecins répondeurs de l'étude exercent en libéral exclusif (96,15%), un seul a une activité mixte. 53,85%% d'entre eux exercent en association. On déduit que 30,77% d'entre eux exercent seul en cabinet.

2.1 Avant qu'elle ne vous contacte saviez-vous ce qu'était une IDECC ?

2.1 Avant qu'elle ne vous contacte saviez-vous ce qu'était une IDECC ?



#	Question	Nb.	%
2.1	Avant qu'elle ne vous contacte saviez-vous ce qu'était une IDECC ?	26	100%
	Oui	5	19.23%
	Non	21	80.77%

Globalement les médecins répondeurs ne savent pas ce qu'est une IDECC dans 80,77% des cas.

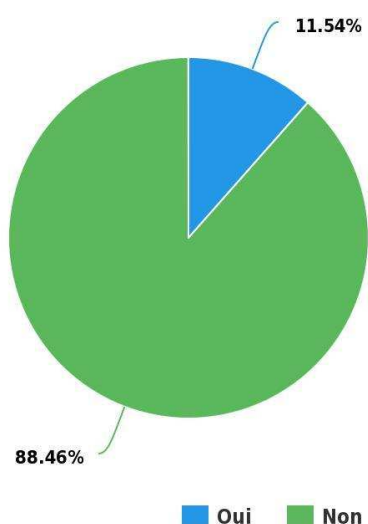
2.2 Savez-vous dans quelles situations faire appel à une IDECC ?

#	Question	Nb.	%
	2.2 Savez-vous dans quelles situations faire appel à une IDECC ?	26	100%
	Oui	1	3.85%
	Non	25	96.15%

La majorité des médecins de l'échantillon ne savent pas quand recourir à l'IDEC soit 25 sur 26 répondants.

2.3. Savez-vous ce qu'est un parcours complexe en cancérologie ?

2.3. Savez-vous ce qu'est un parcours complexe en cancérologie ?

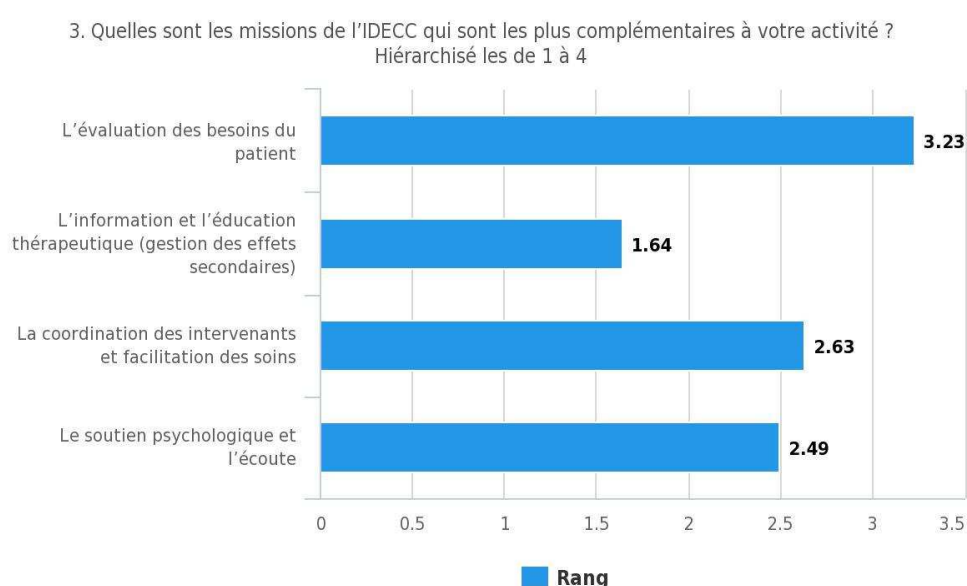


88,46% des médecins généralistes ne savent pas ce qu'est un parcours complexe en cancérologie soit un total de 23 sur 26 répondants.

3.3 - Résultats principaux

3. Quelles sont les missions de l'IDECC qui sont les plus complémentaires à votre activité ? Hiérarchisé les de 1 à 4 (le chiffre 4 étant le moins important, un seul choix possible par chiffre exemple : 1234 ou 4231...)

Par rang de fréquence de 1 à 4 : les médecins généralistes attendent en premier des missions de l'IDECC l'information et l'éducation puis en seconde position le soutien psychologique puis vient la coordination des intervenants et en dernier l'évaluation des besoins du malade.



#	Question	Rang	Rang minimum	Rang maximum
	<u>Difficultés de prise en charge de patients complexes</u>			
	3. Quelles sont les missions de l'IDECC qui sont les plus complémentaires à votre activité ? Hiérarchisé les de 1 à 4 (le chiffre 4 étant le moins important)	-	5	1
	-			
	L'évaluation des besoins du patient	3.23	4	1
	L'information et l'éducation thérapeutique (gestion des effets secondaires)	1.64	4	1
	La coordination des intervenants et facilitation des soins	2.63	4	1
	Le soutien psychologique et l'écoute	2.49	4	1

15. Quels sont vos attentes ou besoins concernant les interventions de l'IDECC ?

15.1 Aiguillage administratif, évaluation des besoins en amont (AS, dossier ALD, demande HAD, MDPH, APA, ...)

#	Question	Détail nb.(%)
	15.1 Aiguillage administratif, évaluation des besoins en amont (AS, dossier ALD, demande HAD, MDPH, APA, ...)	24 (100%)
	Pas du tout d'accord	5 (20.83%)
	Pas d'accord	10 (41.67%)
	Indifférent	3 (12.5%)
	Plutôt d'accord	1 (4.17%)
	Très d'accord	5 (20.83%)

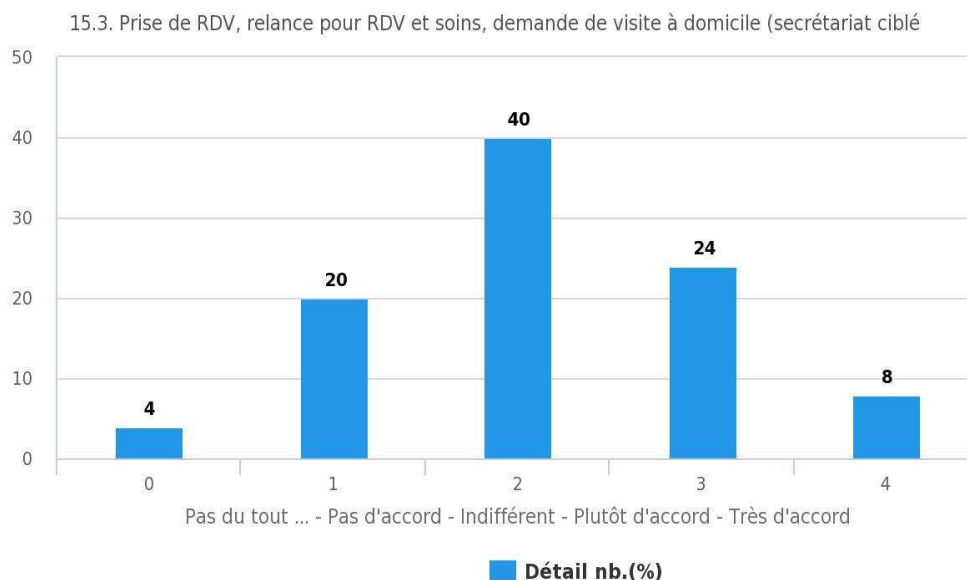
Concernant l'aiguillage administratif les médecins sont d'avis différents. La majorité des médecins 41,67% ne sont pas d'accord sur le rôle de l'IDECC à cette fonction. Seul cinq (20,83%) sont très d'accord et cinq (20,83%) ne sont pas du tout d'accord.

15.2. Information, transmission (effets secondaires, effet des traitements...), Intermédiaire avec le cancérologue réfèrent (rdv, communication, avis, questions ?)

Concernant la fonction d'information intermédiaire avec le cancérologue référant, les médecins généralistes sont tout à fait d'accord dans la majorité des cas. Elles correspondent à leurs attentes totalement : 44% plutôt d'accord et 44% très d'accord.

#	Question	Détail nb.(%)
	15.2. Information, transmission (effets secondaires, effet des traitements...), Intermédiaire avec le cancérologue réfèrent (rdv, communication, avis, questions ?)	24 (100%)
	Pas du tout d'accord	0 (0%)
	Pas d'accord	2 (8%)
	Indifférent	0 (0%)
	Plutôt d'accord	11 (44%)
	Très d'accord	11 (44%)

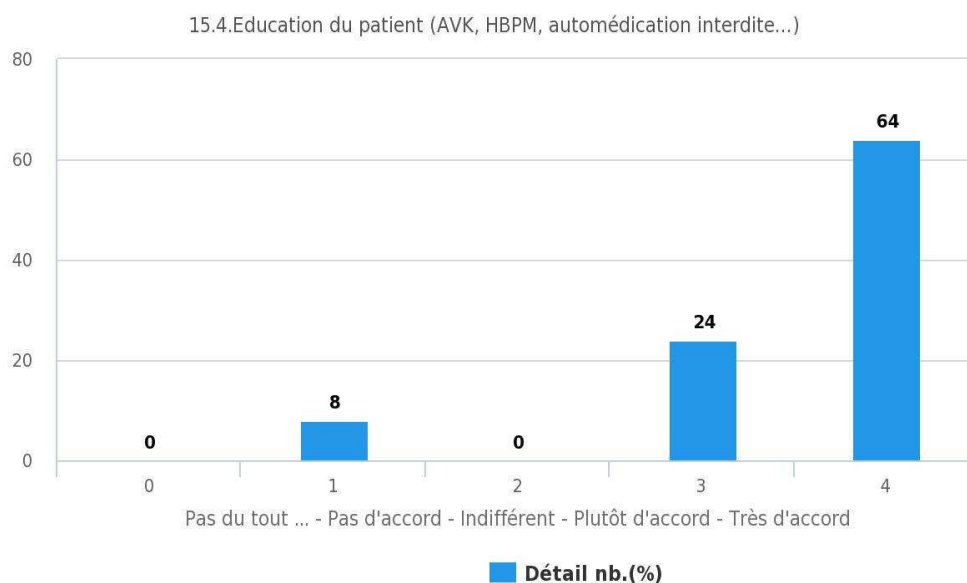
15.3. Prise de RDV, relance pour RDV et soins, demande de visite à domicile (secrétariat ciblé)



Concernant la prise de RDV et la demande de visite les avis sont divisés, six (24%) des médecins de l'échantillon sont plutôt d'accord avec cette intervention, 20% trouvent que cette fonction n'incombe pas à l'IDECC (Pas d'accord).

#	Question	Détail nb.(%)
	15.3. Prise de RDV, relance pour RDV et soins, demande de visite à domicile (secrétariat ciblé)	24 (100%)
	Pas du tout d'accord	1 (4%)
	Pas d'accord	5 (20%)
	Indifférent	10 (40%)
	Plutôt d'accord	6 (24%)
	Très d'accord	2 (8%)

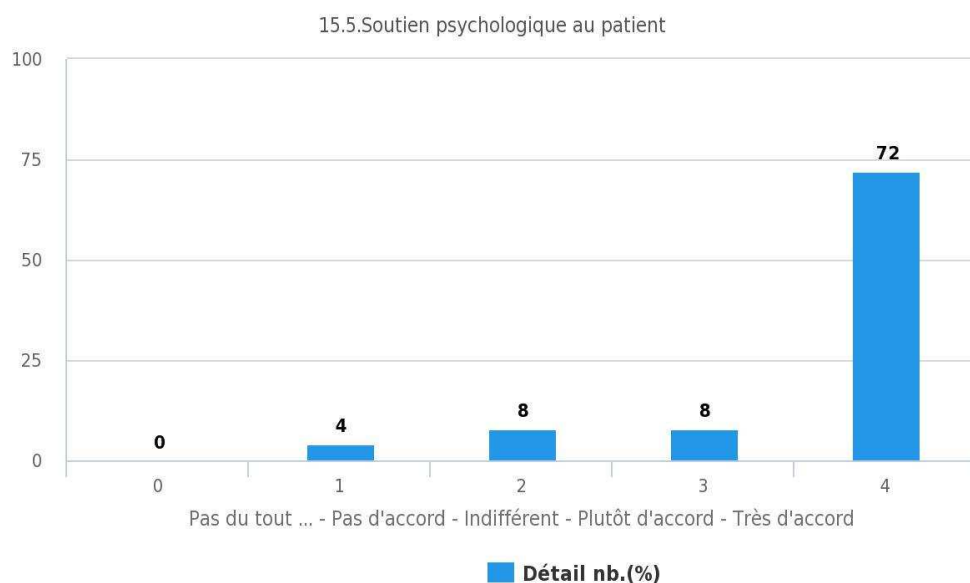
15.4. Education du patient (AVK, HBPM, automédication interdite...)



L'éducation du patient correspond tout à fait aux attentes des médecins de l'échantillon avec six (24%) plutôt d'accord et seize (64%) de très d'accord.

#	Question	Détail nb.(%)
	15.4. Education du patient (AVK, HBPM, automédication interdite...)	24 (100%)
	Pas du tout d'accord	0 (0%)
	Pas d'accord	2 (8%)
	Indifférent	0 (0%)
	Plutôt d'accord	6 (24%)
	Très d'accord	16 (64%)

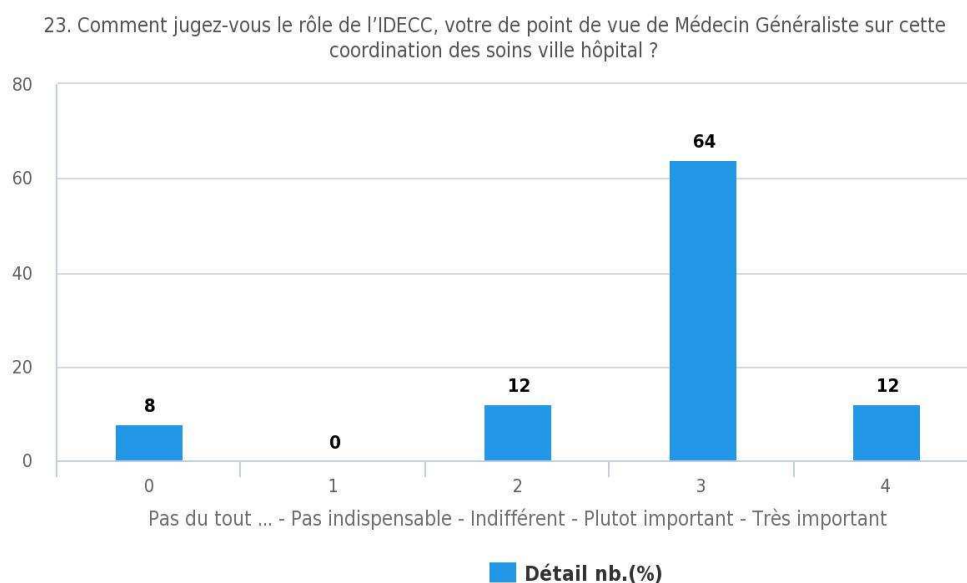
15.5. Soutien psychologique au patient



La mission de soutien psychologique de l'IDECC correspond totalement aux attentes des médecins généralistes.

#	Question	Détail nb.(%)
	15.5. Soutien psychologique au patient	23 (100%)
	Pas du tout d'accord	0 (0%)
	Pas d'accord	1 (4%)
	Indifférent	2 (8%)
	Plutôt d'accord	2 (8%)
	Très d'accord	18 (72%)

23. Comment jugez-vous le rôle de l'IDECC, votre de point de vue de médecin généraliste sur cette coordination des soins ville / hôpital ?

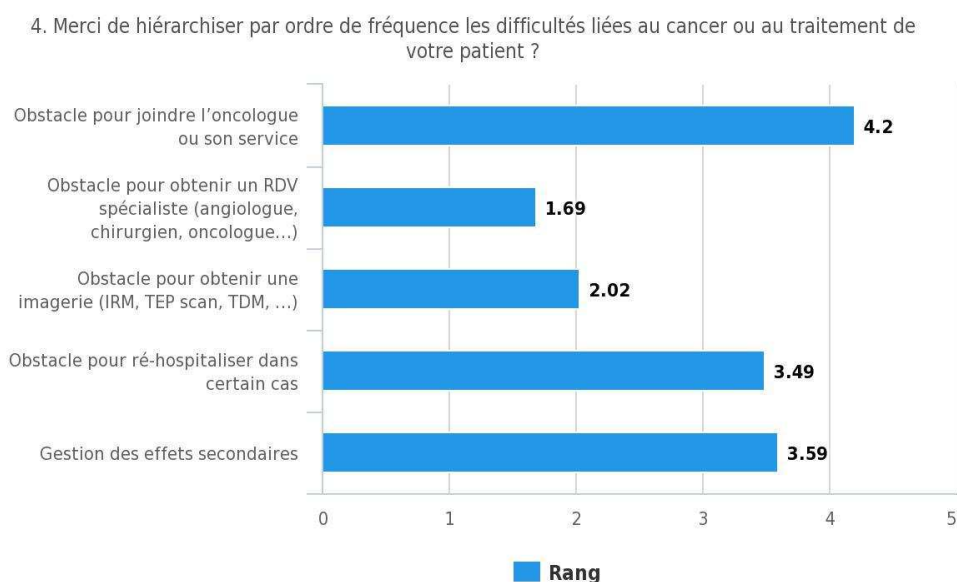


Les médecins de l'échantillon sont favorables au rôle que joue l'IDECC dans la coordination avec 64% qui trouvent son rôle plutôt important et 12% très important.

#	Question	Détail nb.(%)
	23. Comment jugez-vous le rôle de l'IDECC, votre de point de vue de Médecin Généraliste sur cette coordination des soins ville hôpital ?	24 (100%)
	Pas du tout indispensable	2 (8%)
	Pas indispensable	0 (0%)
	Indifférent	3 (12%)
	Plutôt important	16 (64%)
	Très important	3 (12%)

3.4 - Résultats secondaires

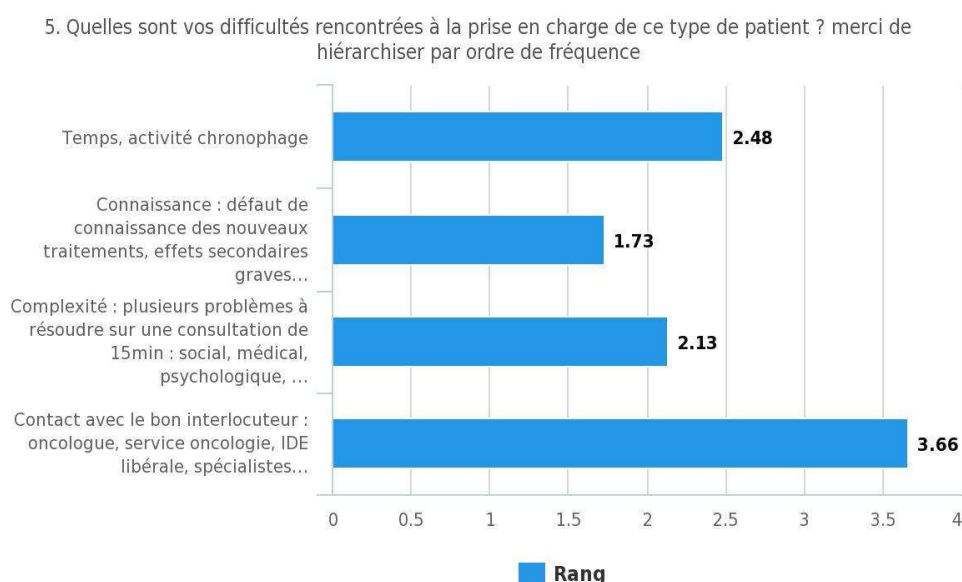
4. Merci de hiérarchiser par ordre de fréquence les difficultés liées au cancer ou au traitement de votre patient ? (Le chiffre 5 étant le moins fréquent, un seul choix possible par chiffre)



La principale difficulté exprimée par les médecins de l'échantillon est d'obtenir un rendez-vous avec le spécialiste puis au second rang pour obtenir une imagerie, au troisième rang, les obstacles pour obtenir une ré-hospitalisation, puis viennent les difficultés pour la gestion des effets secondaires et en dernier les difficultés à joindre un oncologue ou son service.

#	Question	Rang	Rang minimum	Rang maximum
	4. Merci de hiérarchiser par ordre de fréquence les difficultés liées au cancer ou au traitement de votre patient ? (le chiffre 5 étant le moins fréquent, un seul choix possible par chiffre)	-	5	1
	Obstacle pour joindre l'oncologue ou son service	4.2	5	1
	Obstacle pour obtenir un RDV spécialiste (angiologue, chirurgien, oncologue...)	1.69	5	1
	Obstacle pour obtenir une imagerie (IRM, TEP scan, TDM, ...)	2.02	5	1
	Obstacle pour ré-hospitaliser dans certain cas	3.49	5	1
	Gestion des effets secondaires	3.59	5	1

5. Quelles sont vos difficultés rencontrées à la prise en charge de ce type de patient ? merci de hiérarchiser par ordre de fréquence (le 4 étant le moins important, un seul choix possible par chiffre)

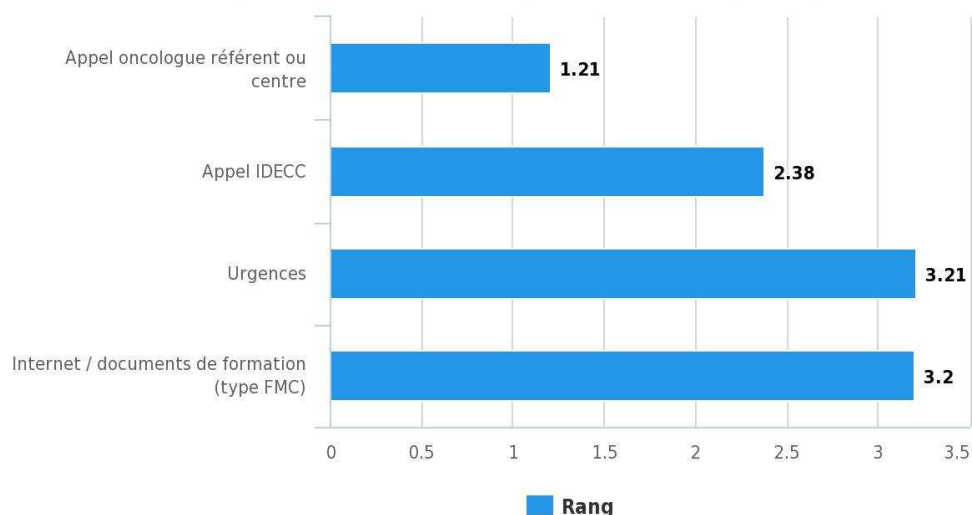


Lors de la prise en charge des patients de l'expérimentation la difficulté première par ordre de fréquence est le défaut de connaissance des nouveaux traitements et des effets secondaires, au deuxième rang, la complexité de multiples problèmes à résoudre, en troisième les difficultés liées au temps, la consultation chronophage et en dernier le contact avec le bon interlocuteur.

#	Question	Rang	Rang minimum	Rang maximum
	<u>5. Quelles sont vos difficultés rencontrées à la prise en charge de ce type de patient ? merci de hiérarchiser par ordre de fréquence (le 4 étant le moins important, un seul choix possible par chiffre)</u>	-	4	1
	Temps, activité chronophage	2.48	4	1
	Connaissance : défaut de connaissance des nouveaux traitements, effets secondaires graves...	1.73	3	1
	Complexité : plusieurs problèmes à résoudre sur une consultation de 15min : social, médical, psychologique, ...	2.13	4	1
	Contact avec le bon interlocuteur : oncologue, service oncologie, IDE libérale, spécialistes...	3.66	4	2

6. Merci de hiérarchiser par ordre de fréquence vos moyens de gestion des effets secondaires des traitements chez ces patients (le 4 étant le moins important, un seul choix possible par chiffre) :

6. Merci de hiérarchiser par ordre de fréquence vos moyens de gestion des effets secondaires des traitements chez ces patients (le 4 étant le moins important, un seul choix possible par chiffre) :

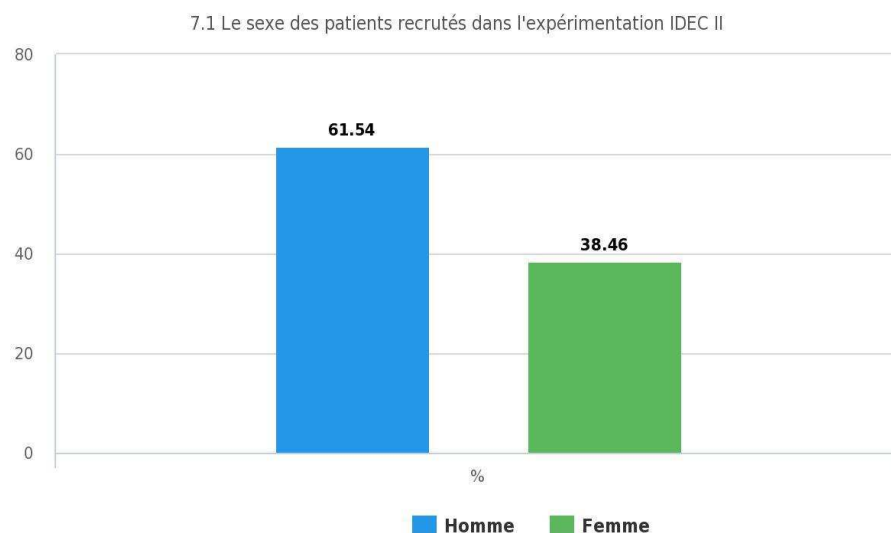


En premier ressort les médecins de l'échantillon préfèrent un appel téléphonique à l'oncologue pour la gestion des effets secondaires, en deuxième cas l'appel à l'IDECC, puis ils cherchent sur internet ou puisent dans leurs documents de formation et en dernier cas ils adressent le patient aux urgences.

#	Question	Rang	Rang minimum	Rang maximum
	6. Merci de hiérarchiser par ordre de fréquence vos moyens de gestion des effets secondaires des traitements chez ces patients (le 4 étant le moins important, un seul choix possible par chiffre) :	-	4	1
	Appel oncologue référent ou centre	1.21	3	1
	Appel IDECC	2.38	4	2
	Urgences	3.21	4	3
	Internet / documents de formation (type FMC)	3.2	4	1

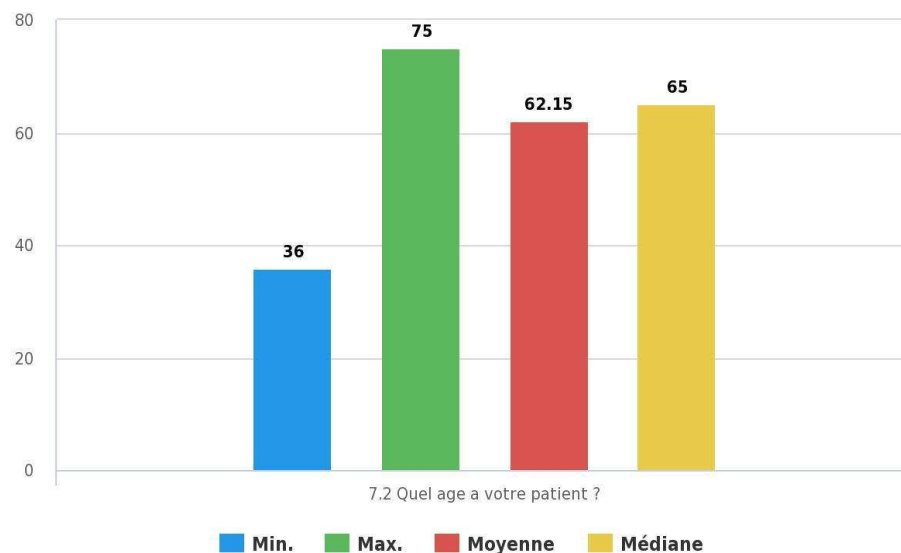
7. Caractéristiques des patients de l'expérience IDECC II concernés :

7.1. Votre patient est de quel sexe ?



La majorité des patients des médecins répondeurs sont des hommes à 61,54%.

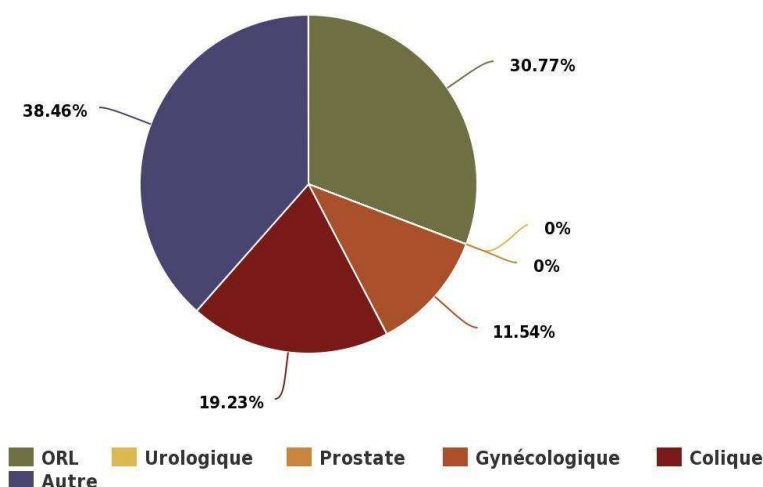
7.2. Age de votre patient ?



L'âge moyen des patients des médecins répondeurs est de 62,15 ans et la médiane est de 65 ans.

7.3. Type de cancer pour lequel le patient est suivi ?

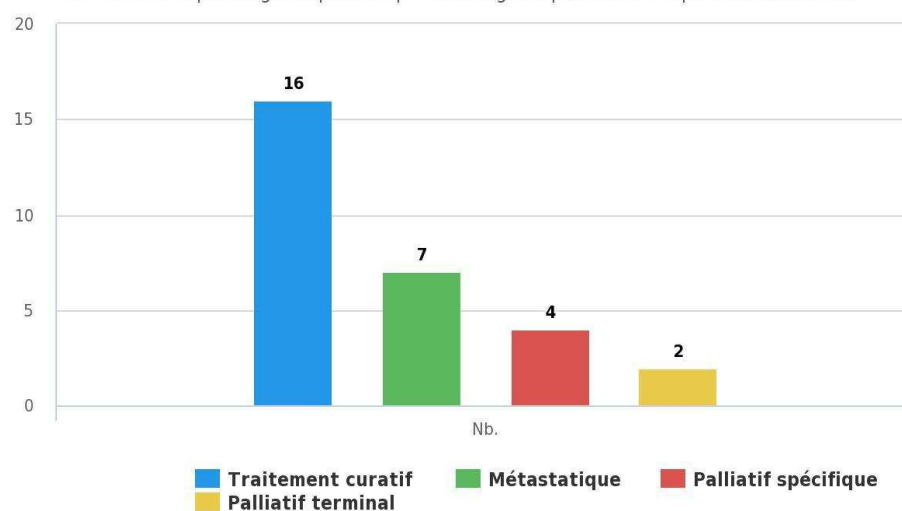
7.3 Type de cancer pour lesquels sont suivis les patient de l'experimentation IDEC II



Les patients des médecins répondants sont à 30,77% atteints de cancer ORL. Puis viennent par ordre de fréquences les tumeurs digestives avec 19,23% des cas et les tumeurs gynécologiques. Les tumeurs « Autres » comprenaient : deux glioblastomes, deux carcinomes hépatocellulaire, deux cholangiocarcinomes, un adénocarcinome du pancréas, un oligodendrocytome, un cancer du rein, une tumeur germinale testiculaire et une tumeur stromale de la grosse tubérosité gastrique.

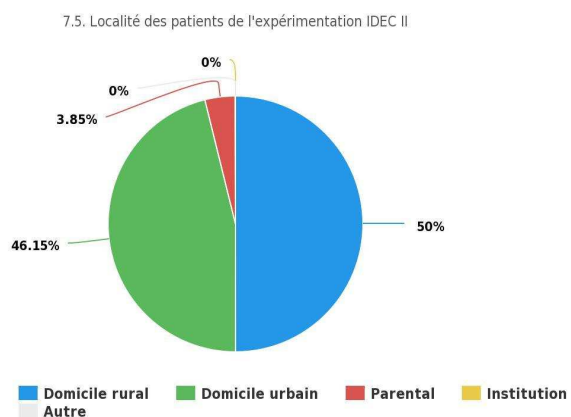
7.4. Stade de la pathologie auquel le patient est pris en charge

7.4 Stade de la pathologie auquel sont pris en charge les patients de l'expérimentation IDEC II



Les patients pris en charge par les médecins de l'échantillons sont quatre (15,38%) en phase palliative spécifique, sept (26,92%) en phase métastatique et seize (64%) en traitement curatif.

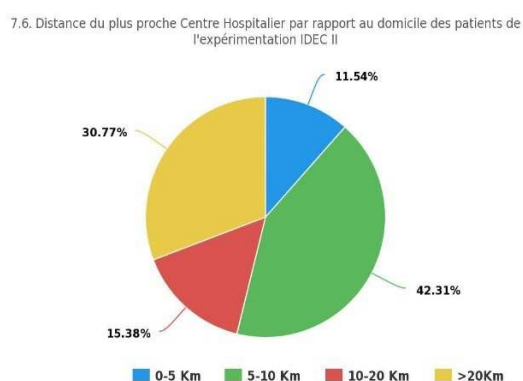
7.5. Localité du patient :



#	Question	Nb.	%
	7.5. Localité du patient :	26	100%
	Domicile rural	13	50%
	Domicile urbain	12	46.15%
	Parental	1	3.85%
	Institution	0	0%
	Autre	0	0%

La moitié (50%) des patients inclus vivent en zone rurale et l'autre moitié en zone urbaine 46,15%.

7.6. Distance du plus proche Centre Hospitalier par rapport à son domicile :

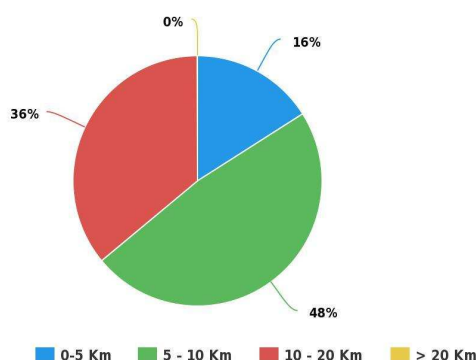


#	Question	Nb.	%
	7.6. Distance du plus proche Centre Hospitalier par rapport à son domicile :	26	100%
	0-5 Km	3	11.54%
	5-10 Km	11	42.31%
	10-20 Km	4	15.38%
	>20Km	8	30.77%

Les patients inclus vivent proches d'un Centre Hospitalier dans la majorité des cas soit onze patients sur vingt-six (42,31%). Plus de la moitié sont à moins de 10 Km d'un Centre Hospitalier.

7.7. Distance du médecin généraliste, votre cabinet par rapport à son domicile :

7.7. Distance du Médecin Généraliste par rapport au domicile des patients de l'expérimentation IDEC II

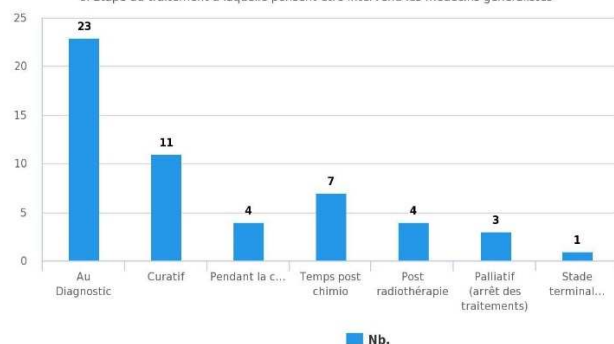


#	Question	Nb.	%
	7.7. Distance du Médecin Généraliste, votre cabinet par rapport à son domicile :	25	100%
	0-5 Km	4	16%
	5 - 10 Km	12	48%
	10 - 20 Km	9	36%
	> 20 Km	0	0%

Une majorité des patients vivent proches du cabinet de médecine générale qui les suit. 100% d'entre eux habitent à moins de 20 Km de la structure de soins primaires. Il y a un non répondeur à cette question.

8. A quelle étape du traitement de ce patient êtes-vous intervenu ?

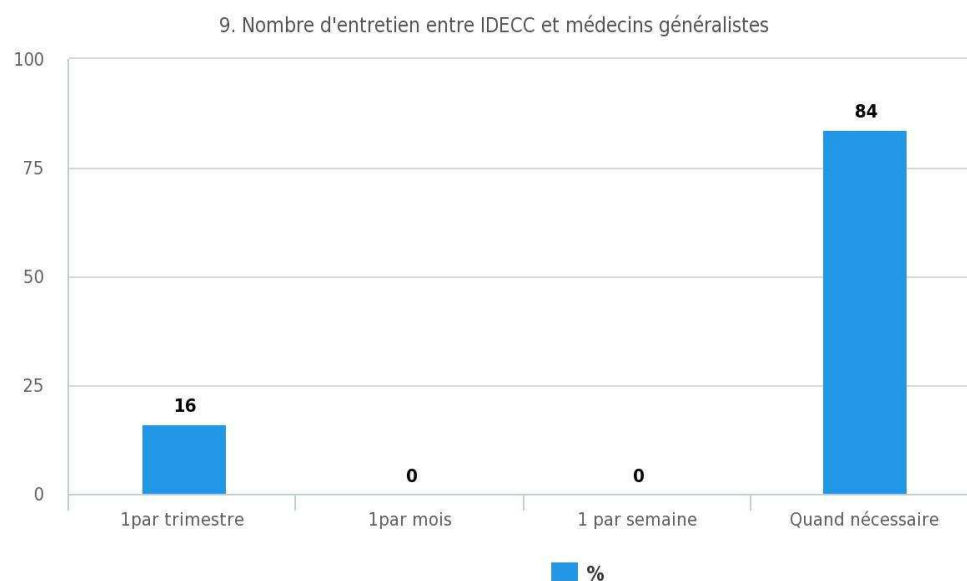
8. Etape du traitement à laquelle pensent être intervenu les médecins généralistes



#	Question	Nb.	%
	8. A quelle étape du traitement de ce patient êtes-vous intervenu ?	25	100%
	Au Diagnostic	23	92%
	Curatif	11	44%
	Pendant la chimiothérapie	4	16%
	Temps post chimio	7	28%
	Post radiothérapie	4	16%
	Palliatif (arrêt des traitements)	3	12%
	Stade terminal...	1	4%

La majorité (92%) soit vingt-trois parmi les vingt-six médecins de l'échantillon ont la perception d'être intervenu au diagnostic du patient puis très peu aux autres étapes. Il y a un non répondeur à cette question.

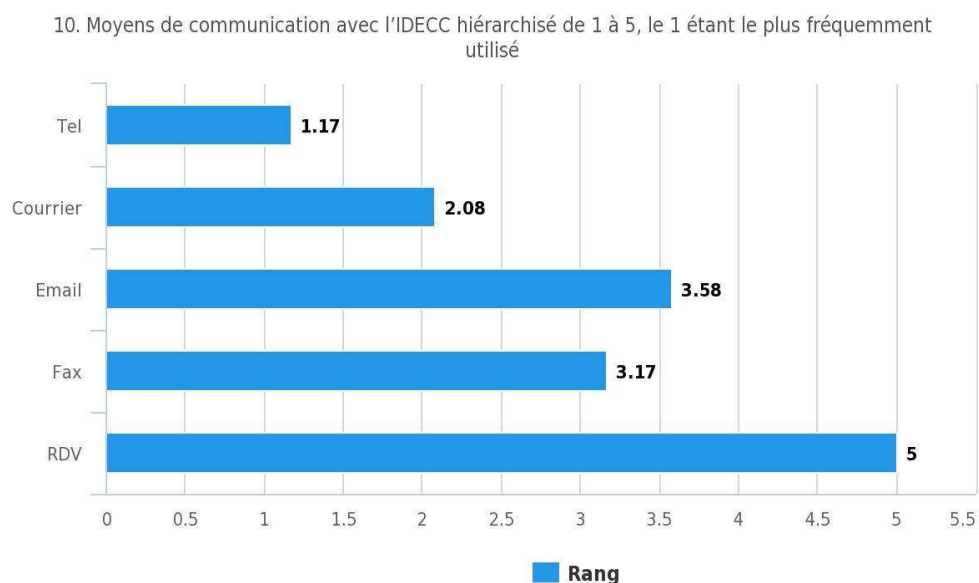
9. Combien d'entretien avez-vous eu avec l'IDECC pour la prise en charge de ce patient ?



Les entretiens se sont déroulés quand nécessaire dans 84% des cas et à défaut dans 16% des cas une seule fois par trimestre.

#	Question	Nb.	%
	<u>9. Combien d'entretien avez-vous eu avec l'IDECC pour la prise en charge de ce patient ?</u>	25	100%
	1 par trimestre	4	16%
	1 par mois	0	0%
	1 par semaine	0	0%
	Quand nécessaire	21	84%

10. Quels ont été vos moyens de communication avec l'IDECC ? Hiérarchisé les de 1 à 5, le 1 étant le plus fréquemment utilisé :



Le moyen de communication plébiscité pour les entretiens de part et d'autre est en premier le téléphone puis au second rang le courrier puis en troisième le fax. Le quatrième moyen de communication est l'email. Le dernier moyen unanimement est le rendez-vous sur place.

#	Question	Rang	Rang minimum	Rang maximum
	<u>10. Quels ont été vos moyens de communication avec l'IDECC ? Hiérarchisé les de 1 à 5, le 1 étant le plus fréquemment utilisé :</u>	-	5	1
	Tel	1.17	2	1
	Courrier	2.08	4	1
	Email	3.58	4	2
	Fax	3.17	4	2
	RDV	5	5	5

11. Diriez-vous que l'intervention de l'IDECC a augmenté la fréquence des contacts avec le patient ?

#	Question	Détail nb.(%)
	11. Diriez-vous que l'intervention de l'IDECC a augmenté la fréquence des contacts avec le patient ?	24 (100%)
	Pas du tout d'accord	4 (16.67%)
	Pas d'accord	4 (16.67%)
	Indifférent	11 (45.83%)
	Plutôt d'accord	5 (20.83%)
	Très d'accord	0 (0%)

Les médecins de l'échantillon sont plutôt en désaccord sur ce fait. Les interventions ne semblent pas augmenter la fréquence des contacts avec le patient dans la majorité des cas.

11. Diriez-vous que l'intervention de l'IDECC a diminué la fréquence des consultations avec le patient ?

#	Question	Détail nb.(%)
	12. Diriez-vous que l'intervention de l'IDECC a diminué la fréquence des consultations avec le patient ?	23 (100%)
	Pas du tout d'accord	5 (21.74%)
	Pas d'accord	3 (13.04%)
	Indifférent	13 (56.52%)
	Plutôt d'accord	1 (4.35%)
	Très d'accord	1 (4.35%)

L'intervention de l'IDECC ne donne pas l'impression de diminuer la fréquence des consultations du point de vue des médecins généralistes. Cinq médecins (21,74%) ne sont pas du tout d'accord, trois ne sont pas d'accord (13,04%) et treize (56,62%) sont indifférents.

13. L'IDECC a-t-il suscité ou facilité des visites supplémentaires ?

#	Question	Détail nb.(%)
	13. L'IDECC a-t-il suscité ou facilité des visites supplémentaires ?	24 (100%)
	Pas du tout d'accord	4 (16.67%)
	Pas d'accord	1 (4.17%)
	Indifférent	5 (20.83%)
	Plutôt d'accord	13 (54.17%)
	Très d'accord	1 (4.17%)

Les médecins de l'échantillon sont plutôt d'accord à 54,17% (treize médecins) sur le fait que l'IDECC a facilité des visites supplémentaires. Il y a deux non réponders à cette question.

14. Que pensez-vous de l'effet des interventions de l'IDECC sur les hospitalisations ?

14.1 L'IDEC a pour effet une augmentation des Hospitalisations Programmées

#	Question	Détail nb.(%)
	<u>14. Que pensez-vous de l'effet des interventions de l'IDECC sur les hospitalisations ?</u> 14.1 A pour effet une augmentation des Hospitalisations Programmées	24 (100%)
	Pas du tout d'accord	5 (20.83%)
	Pas d'accord	6 (25%)
	Indifférent	11 (45.83%)
	Plutôt d'accord	2 (8.33%)
	Très d'accord	0 (0%)

Les médecins sont plutôt indifférents sur le fait que l'action de l'IDECC a augmenté les hospitalisations programmées dans 45,83% des cas. Il y a deux non réponders à cette question.

14.2. L'IDECC a pour effet une diminution des Hospitalisations Programmées

#	Question	Détail nb.(%)
	14.2. Diminution des Hospitalisations Programmées	24 (100%)
	Pas du tout d'accord	5 (20.83%)
	Pas d'accord	6 (25%)
	Indifférent	11 (45.83%)
	Plutôt d'accord	2 (8.33%)
	Très d'accord	0 (0%)

Les médecins de l'échantillon ne sont pas du tout d'accord à 20,83%, pas d'accord à 25% ou indifférent à 45,83% sur une éventuelle diminution des hospitalisations programmées par l'intervention de l'IDECC. Il y a deux non réponders à cette question.

14.3. L'IDECC a pour effet une augmentation des Hospitalisations Non Programmées

#	Question	Détail nb.(%)
	14.3. Augmentation des Hospitalisations Non Programmées	24 (100%)
	Pas du tout d'accord	5 (20.83%)
	Pas d'accord	12 (50%)
	Indifférent	7 (29.17%)
	Plutôt d'accord	0 (0%)
	Très d'accord	0 (0%)

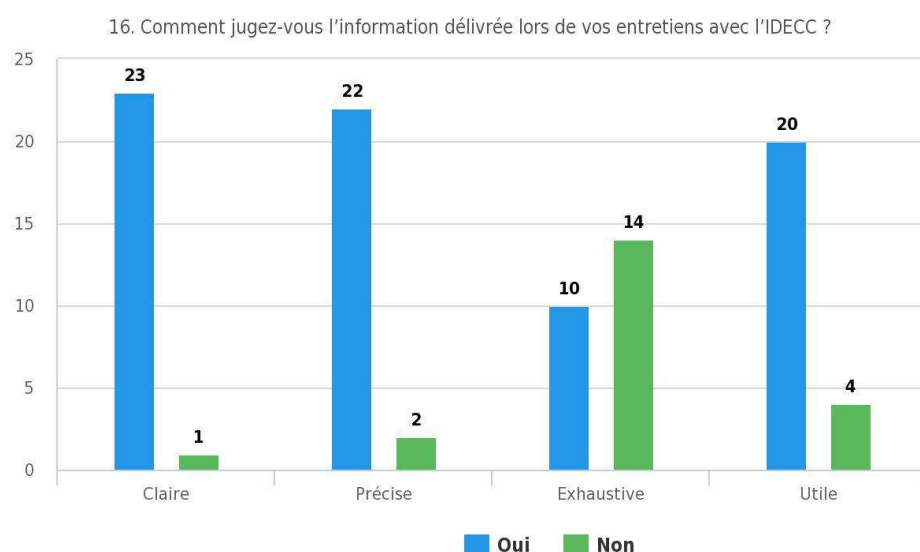
Les médecins de l'échantillon ne sont pas d'accord sur ce point soit douze sur vingt-quatre (50%). Ils n'ont pas la perception d'une augmentation des hospitalisations non programmées au travers de l'IDECC. Il y a deux non réponders à cette question.

14.4. L'IDECC a pour effet une diminution des Hospitalisations Non Programmées

#	Question	Détail nb.(%)
	14.4. Diminution des Hospitalisations Non Programmées	24 (100%)
	Pas du tout d'accord	4 (16.67%)
	Pas d'accord	10 (41.67%)
	Indifférent	8 (33.33%)
	Plutôt d'accord	2 (8.33%)
	Très d'accord	0 (0%)

Les médecins de l'échantillon ne sont pas d'accord sur ce point. Ils n'ont pas la perception d'une diminution quelconque des hospitalisations non programmées au travers de l'IDECC. Il y a deux non réponders à cette question.

16. Comment jugez-vous l'information délivrée lors de vos entretiens avec l'IDECC ?



Les médecins réponders trouvent l'information claire, précise et utile dans la majorité des cas. Leur avis est plus mitigé sur le caractère exhaustif.

17. Dans le cadre de l'expérimentation IDECC II, Avez-vous eu le sentiment d'être mise à l'écart du projet thérapeutique de vos patients ?

#	Question	Nb.	%
	17. Dans le cadre de l'expérimentation IDECC II, Avez-vous eu le sentiment d'être mise à l'écart du projet thérapeutique de vos patients ?	23	100%
	Oui	9	39.13%
	Non	14	60.87%

La majorité des médecins de l'échantillon quatorze sur vingt-trois (60,87%) n'ont pas l'impression d'être mis à l'écart du projet thérapeutique du patient. Il y a deux non réponders à cette question.

Si Oui : que suggérez-vous ?

Les quelques réponses évoquées sous le format texte par les médecins réponders :

- *concertation avant les RCP*
- *échange verbal renforcé*
- *il faut qu'on nous appelle avant RCP*
- *appel de l'infirmière pour être tenu au courant des sorties d'hospitalisation.*

Que pensez-vous des affirmations suivantes :

18. L'expérience IDECC II modifie le regard des patients sur votre contribution de façon positive

#	Question	Détail nb.(%)
	Que pensez-vous des affirmations suivantes : 18. L'expérience IDECC II modifie le regard des patients sur votre contribution de façon positive	24 (100%)
	Pas du tout d'accord	1 (4.17%)
	Pas d'accord	2 (8.33%)
	Indifférent	15 (62.5%)
	Plutôt d'accord	5 (20.83%)
	Très d'accord	1 (4.17%)

L'avis des médecins est varié. Cinq médecins (20,83%) sont d'accord sur le fait que l'IDECC renforce un regard positif des patients sur leur exercice. Quinze d'entre eux (62,5%) sont indifférents. Il y a deux non répondants à cette question.

19. L'expérience IDECC II modifie votre regard sur la structure de soin de façon positive

#	Question	Détail nb.(%)
	19. L'expérience IDECC II modifie votre regard sur la structure de soin de façon positive	24 (100%)
	Pas du tout d'accord	2 (8.33%)
	Pas d'accord	1 (4.17%)
	Indifférent	3 (12.5%)
	Plutôt d'accord	15 (62.5%)
	Très d'accord	3 (12.5%)

Les médecins perçoivent d'un avis favorable la structure de soins au travers de l'action de l'IDECC. Quinze médecins (62,5%) sont plutôt d'accord. Il y a deux non répondants à cette question.

20. L'innovation de ces nouveaux métiers de la santé alourdit la charge de travail

#	Question	Détail nb.(%)
	20. L'innovation de ces nouveaux métiers de la santé alourdit la charge de travail	24 (100%)
	Pas du tout d'accord	5 (20.83%)
	Pas d'accord	13 (54.17%)
	Indifférent	5 (20.83%)
	Plutôt d'accord	0 (0%)
	Très d'accord	1 (4.17%)

Les médecins de l'étude ne trouvent pas que ce nouveau métier de la santé alourdit leur charge de travail. 54,17 % ne sont pas d'accord et 20,83% sont pas du tout d'accord.

21. Trouvez-vous que la fonction d'IDECC est suffisamment visible (hors milieu hospitalier)?

#	Question	Nb.	%
	21. Trouvez-vous que la fonction d'IDECC est suffisamment visible (hors milieu hospitalier) ?	24	100%
	Oui	3	12.5%
	Non	21	87.5%

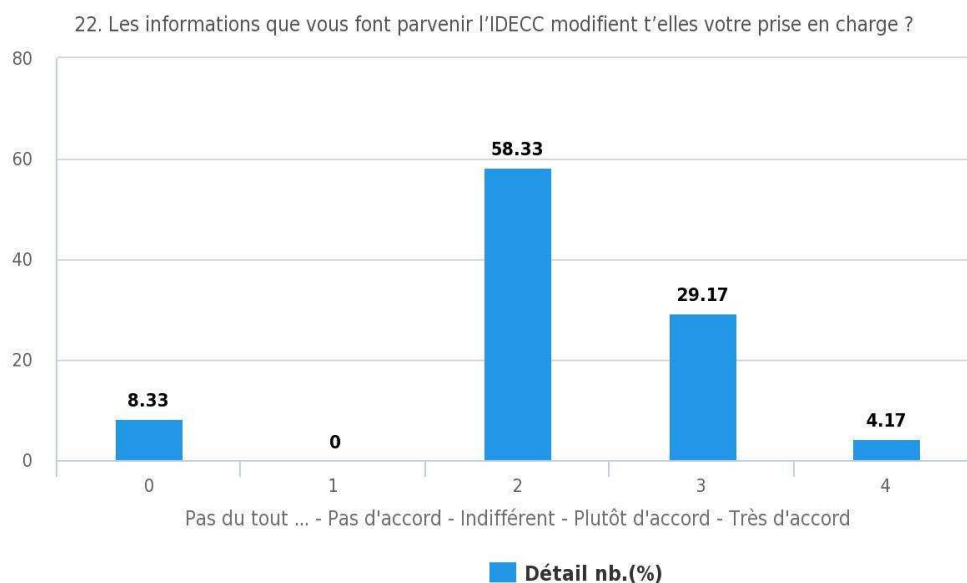
Les médecins trouvent que la fonction de l'IDECC n'est pas suffisamment visible hors de l'hôpital dans 87,5% des cas.

Si non : que suggérez-vous ? comment la rendre visible

Les quelques réponses évoquées sous le format texte par l'ensemble des médecins répondeurs :

- *Plus d'information sur ce poste aux médecins généralistes.*
- *Remettre au patient une brochure avec numéro de téléphone pour joindre l'IDECC pour qu'il la donne à son médecin ou joindre le médecin traitant au début de la prise en charge pour l'informer de la possibilité de faire appel à l'IDECC*
- *Joindre systématique un CRH de IDECC avec ses coordonnées lors des premiers courriers de prise en charge du patient*
- *Communication sur sa fonction et les moyens de la joindre pour chaque patient*
- *Mettre son numéro sur tous les courriers*
- *Joindre une fiche de lien utile aux courriers*

22. Les informations que vous font parvenir l'IDECC modifient t'elles votre prise en charge ?



Les médecins reconnaissent être indifférents aux informations en provenance de l'IDECC. Cette information à elle seule ne modifie pas leur prise en charge dans 58,33% des cas. En deuxième position, 29,17% sont plutôt d'accord, ils modifient leur prise en charge en se basant sur leur interaction avec l'IDECC.

#	Question	Détail nb.(%)
	22. Les informations que vous font parvenir l'IDECC modifient t'elles votre prise en charge ?	24 (100%)
	Pas du tout d'accord	2 (8.33%)
	Pas d'accord	0 (0%)
	Indifférent	14 (58.33%)
	Plutôt d'accord	7 (29.17%)
	Très d'accord	1 (4.17%)

Avez-vous des suggestions ?

Un seul répondeur au format texte sur les 26 répondeurs.

- appel en cas de sortie d'hospitalisation et ou de reprise de traitement après RC

IV – DISCUSSION

4.1 - La méthodologie

Pour aborder le sujet de la coordination en cancérologie nous avons réalisé une étude originale sur la coordination via l'IDECC, un nouveau métier de la santé actuellement en étude. Nous avons choisi de poser la question aux médecins car leurs avis n'avaient pas été requis au préalable.

L'objectif principal de notre étude était de recueillir le point de vue des médecins généralistes sur leurs attentes concernant la coordination entre ville et hôpital au travers du prisme de l'IDECC dans le but d'utiliser ce retour d'expérience pour adapter au mieux le rôle de l'IDECC.

Les résultats principaux sont les résultats permettant de caractériser le rôle propre de l'IDECC selon les médecins participants.

4.1.1 - L'élaboration du questionnaire

Nous avons reçu un accueil favorable des différentes IDECC afin de les rencontrer lors d'entrevues longues d'environ une heure pour à la fois prendre connaissance de leurs actions et définir les questions qu'elles souhaitent poser aux médecins généralistes. Le questionnaire a alors été discuté avec les méthodologistes impliqués dans le projet IDECC au CHU de Bordeaux qui nous ont apporté leur expérience sur ce type d'enquête.

Plusieurs questionnaires ont été réalisés pour finalement retenir les vingt-trois questions, posées dans un ordre bien défini qui selon nous permet de prendre rapidement connaissance du vécu du praticien dans cette expérience.

4.1.2 - La sélection des médecins participants

La liste a été établie à partir des listes de praticiens ayant été amené à interagir avec une IDECC du CHU, sans opérer de sélection a priori.

Nous avons reçu un accueil chaleureux des médecins généralistes contactés téléphoniquement depuis les files actives des IDECC bien que le taux de réponse fût au final faible. Le premier contact téléphonique, dans un tiers des cas, a permis de joindre le médecin, le reste du temps le secrétariat transmettait le message afin d'être contacté ultérieurement par les médecins.

Nous avons délibérément fait le choix d'un support dématérialisé, tablant sur les fonctionnalités plus adaptées de ces outils à la fois sur le plan ergonomique et économique par rapport au classique questionnaire papier envoyé par voie postale.

La majorité des réponses par email s'explique par le fait que de plus en plus de médecins généralistes possèdent un smartphone ou un ordinateur avec une adresse email professionnelle. Selon une étude récente CNOM VIDAL (11) : « 94% des médecins utilisent leur smartphone pour aller sur internet y compris en consultation (19%). Ils l'utilisent de plus en plus pour établir leurs prescriptions (64% en 2014 contre 12% seulement en 2012) ».

Ce type d'étude réalisée par questionnaire numérique sur internet évolue donc avec les attitudes des praticiens et pourrait se démocratiser dans le milieu médical. Ces services sur internet sont faciles à trouver en quelques clics, ils assurent une anonymisation des données, ils sont gratuits pour de petites enquêtes et payant sur de plus grands échantillons supérieurs à 200 personnes (40 à 60 euros pour un mois actuellement en 2016).

Disclaimer : Nous avons utilisé la plateforme EVALANDGO™ car c'est une firme française basée en France mais l'auteur principal certifie n'avoir aucun lien financier ou tout autre intérêt avec la structure online.

L'avantage du questionnaire en ligne est multiple : coût financier moindre pour l'investigateur principal, possibilité de relance gratuite et ciblée sur les non répondants, possibilité de pré remplir les questionnaires, envoi instantanée des réponses, actualisation quotidienne des réponses, possibilité de répondre sur ordinateur, tablette et même smartphone, pas de nécessité de se rendre à la poste, facilité d'accès aux individus très éloignés géographiquement.

Nous évitons ainsi le taux de réponse faible prévisible des enquêtes sur papiers (3,12)

4.2 - Les résultats principaux de notre enquête

4.2.1 - Les missions de l'IDECC

Sur les missions de l'IDECC, question n°3, en premier rang nous y trouvons l'information et l'éducation thérapeutique : le souci de se tenir à jour des médecins généralistes passent avant la coordination des intervenants ou le soutien psychologique aux patients. Les médecins de ville tiennent à savoir faire eux même avant de vouloir déléguer. Ils présentent ici une attitude centrée sur la prise de décision rapide que requiert l'exercice ambulatoire. Cela illustre bien le hiatus entre le monde hospitalier et la médecine de ville. L'expérience IDECC est donc vécue comme avant tout un moyen de contact et de mise à jour du praticien, ce qui souligne le facteur humain qui semble privilégié par rapport aux habituels courriers hospitaliers qui sont souvent en décalage avec le besoin immédiat.

4.2.2 - Ce qu'attendent les médecins de l'IDECC

Concernant les attentes des médecins généralistes sur les interventions de l'IDECC question n°15, l'aiguillage administratif ne semble pas être un besoin clairement identifié chez tous les médecins de l'échantillon. Nous pouvons penser que les médecins de villes savent dans la plupart des cas quand déclencher les procédures usuelles (demande d'ALD, organisation d'une hospitalisation à domicile...).

En revanche, les médecins généralistes sont tous d'accord sur le fait qu'ils ont besoin que l'IDECC favorise l'information et facilite le lien avec l'oncologue référent. C'est un besoin essentiel de pouvoir renforcer ce lien par tous les moyens possibles. La coordination doit intégrer ce point clef dans cette démarche.

La prise de rendez-vous et la relance auprès des patients ne sont pas considérées comme du ressort de l'IDECC par les médecins. Ceci ressemble au travail de secrétariat mais une partie des médecins (44% plutôt d'accord) pensent que ce travail de rappel est important. La médecine de ville est souvent confrontée aux rendez-vous loupés en imagerie ou chez le spécialiste mais une double sécurité est agréable surtout dans un domaine qui connaît de grands délais d'attente et des rendez-vous complexes.

Concernant l'éducation thérapeutique du patient question n°15.4, les médecins de l'échantillon sont unanimement très favorables. Le temps d'une consultation de médecine générale étant de 10 à 15 minutes, une fois passé le temps de l'examen clinique et de la rédaction d'une ordonnance il ne reste plus que cinq minutes au maximum pour l'éducation thérapeutique. La répétition de l'information et le changement ou la multiplication des interlocuteurs est une base de l'intégration à long terme de l'information.

Sur le plan du soutien psychologique question n°15.3, c'est une des attentes essentielles des médecins généralistes. La plupart des médecins estiment qu'il faudrait plus de temps à consacrer à ce type de malade. Ainsi, on retrouve dans la littérature que 30% des médecins déclarent manquer de temps pour le soutien psychologique et le soutien à l'entourage. (9)

En somme, la partie « liaison ville-hôpital » n'apparaît pas sous sa forme « logistique » mais c'est bien une plus-value qualitative axée sur l'information du médecin, l'information-éducation du malade, la rigueur du suivi et le lien privilégié avec l'oncologue hospitalier qui ressort de cette enquête.

4.3 - Les résultats secondaires de notre enquête

4.3.1 - Le profil du répondeur

- L'âge médian des médecins répondeurs à notre enquête est jeune : 49 années. Hors nous sommes actuellement confrontés à une majorité de médecins généralistes proches de la retraite et ce résultat apparaît anormalement bas.

En 2013, les médecins qui exercent en activité régulière en région Aquitaine sont âgés en moyenne de 51,5 ans (Hommes : 53 ans – Femmes : 49 ans). Les médecins âgés de plus de 60 ans représentent 25% des effectifs tandis que la tranche d'âge des moins de 40 ans représente 15% des actifs. (13)

Nous en déduisons que les médecins répondeurs sont souvent les plus jeunes, ce qui s'explique peut-être par l'outil informatique privilégié dans ce travail ou encore la sollicitude des jeunes médecins pour contribuer à la thèse d'un de leur futur collègue.

- Concernant le sexe, le taux de femme est de 29%, inférieur au taux attendu pour la démographie médicale de l'aquitaine : 41% de femme. (13)

- Sur le plan du type d'installation, nous constatons que la majorité des médecins répondeurs sont en zone urbaine, proche de centres hospitaliers. Il s'agit probablement d'un biais de recrutement des patients du CHU de Bordeaux, ou plus simplement, les patients en parcours complexe de cancérologie sont plus fréquemment rencontrés dans les zones de forte densité de population comme les grands centres urbains.

- Concernant les visites à domicile : 100% des médecins participants à l'enquête font des visites, il s'agit ici d'un biais de recrutement. En effet, les patients atteints de cancer requièrent souvent des visites à domicile du fait de l'altération de leur état général ou de trouble de la mobilité. Les patients changent d'eux même leur médecin s'il ne se déplace pas. Dans ce cas, lorsque la situation médicale imposait formellement des visites à domicile, les IDECC ont incité les patients à changer de médecin traitant de façon temporaire sur la période

de soins après en avoir averti les médecins généralistes en personne. Cette intervention est assez singulière de l'expérience IDECC, qui permet d'aider le patient à prendre des décisions difficiles, en formulant des recommandations avec un regard extérieur éclairé.

- Concernant la patientèle des médecins de l'échantillon, nous constatons que le nombre de patients en parcours complexes est inférieur au nombre de patient atteint de cancer. Ceci souligne que le médecin généraliste est amené à gérer d'autres types de patients, avec des fragilités médico-psycho-sociales toutes aussi chronophages au niveau des démarches (fin de vie à domicile, isolement social, ...) et des attentes mais que ces parcours complexes sont une petite proportion des patients atteints de cancer comme nous pouvions nous y attendre.

4.3.2 - Difficultés liées à la prise des patients cancéreux

- Au sujet de la visibilité de l'IDECC : 80,77% des médecins ne savent pas ce qu'est une IDECC, ils ne peuvent alors recourir à ses services quand cela est nécessaire. Inversement, les médecins ne savent pas ce qu'est un parcours complexe en cancérologie donc les situations précaires devant déclencher une action préventive ne sont pas reconnues précocement, en tout cas pas avant le temps accompagnant soignant à l'hôpital.

- Concernant les plus grandes difficultés liées à la prise en charge du patient (question n°4), sont prioritairement pour obtenir des rendez-vous avec le spécialiste puis avec le service d'imagerie. Ces résultats s'expliquent par le fait que les spécialités de radiologies et spécialistes ambulatoires sont surchargées de patients et connaissent des délais jugés inadaptés.

- Pour ce qui est lié aux difficultés liées à la prise en charge des patients (question n°5), nous observons que les médecins n'ont aucun souci pour avoir le bon interlocuteur au téléphone, ils y arrivent presque toujours. Leur difficulté majeure est le défaut de connaissance des nouvelles thérapies puis la complexité des diverses tâches à faire sur une courte consultation. Le médecin généraliste renouvelle ici son désir de formation continue (tout du moins sur les effets secondaires graves).

4.3.3 - Le profil des patients de notre étude (question n°7)

Le profil que nous retrouvons est bien celui des patients en parcours complexes à savoir plutôt des hommes que des femmes (âge moyen 62 ans). Tous types de tumeurs inclus. Ils habitent souvent en zone urbaine là où la densité de population est plus élevée, probablement par biais de sélection.

4.3.4 - La communication avec l'IDECC

Le téléphone est la modalité de communication la plus adaptée (question n°10). Le téléphone reste donc indétrônable, par contre le fax et le courrier persistent dans la pratique bien loin devant l'email. Force est de constater que la facilitation des échanges téléphoniques aux deux bouts de la chaîne doit être une priorité absolue des institutions : téléphones et ligne dédiée, réduction des attentes, éviter les messages avec sélection ...

4.3.5 - IDECC et hospitalisations

Le rôle de l'IDECC sur les hospitalisations (question n°14), est difficile à établir dans notre étude, ce qui est lié au faible taux de répondeur. Les interventions de l'IDECC n'ont pas d'effet sur l'augmentation ou l'annulation d'hospitalisations programmées ou non programmées. Du point de vue du généraliste, l'IDECC ne semble pas faciliter l'hospitalisation ou en tout cas il ne lui en attribue pas le mérite (peut être passe-t-il toujours par l'oncologue de garde ?)

4.4 - Taux de réponse au questionnaire

Dans notre étude, le taux de réponse est de 14,05%, ce qui est faible mais correspond au taux attendu dans la littérature. Ceci peut s'expliquer par la période de l'étude qui était en hiver au mois de décembre : après une épidémie de gastro entérite aigue mais juste avant les fêtes de fin d'année. Une autre explication peut être le nombre de médecins généralistes sur le départ à la retraite et peu enclin à des travaux théoriques. Enfin, reste l'hypothèse du trop-plein d'études qui sollicitent le peu de médecins généralistes en exercices et qui pèsent sur leur activité déjà surchargée.

Lorsque l'on se compare à la littérature le taux de réponse reste en général faible lorsqu'on interroge les médecins généralistes : dans l'étude du Docteur DAGADA(14), une enquête chez 422 médecins généralistes sur la prise en charge des patients cancéreux en Aquitaine réalisée en 2000, les taux sont bien meilleurs avec 440 réponses sur 730 demandes (soit 60,2% de taux de réponses) dont 45% après le premier envoi de l'étude puis 15% après relance, possiblement par l'utilisation de courrier contrairement à notre travail.

D'autres travaux de thèse retrouvent des taux de réponse similaires :

Une thèse de médecine du Docteur AUGY réalisée en 2013 (3) fut une enquête sur le point de vue des médecins généralistes sur le parcours d'hospitalisation en gériatrie, retrouvait un taux

de réponse de 55%. Dans une autre étude OSMOSE (8), une enquête téléphonique auprès des médecins traitants afin de cerner leur difficultés, souhaits et attentes dans le suivi de l'après cancer de leur patient retrouvait 62 médecins généralistes contactés, 31 ont répondu, et un taux de participation de 50%.

A noter dans une autre étude régionale en Lorraine réalisé en 2013 (9), l'envoi de questionnaire papier s'est conclu par un taux de réponse faible : 2143 questionnaires papiers envoyés, 295 médecins généralistes ont répondu (soit 10%). Cette enquête fut adressée à tous des médecins de la région sans contact téléphonique préalable.

Dans notre étude, le profil de répondeur était très éclectique, la moyenne d'âge est jeune à 47,89 années en moyenne et 49 années d'âge médian, de sexe masculin majoritairement, l'échantillon exerce en libéral exclusif et plutôt en association, en milieu urbain et proche de Centres Hospitaliers. Les médecins répondeurs réalisent des visites à domicile et ont une moyenne de 5 à 10 patients atteints de cancer évolutif.

Nous supputons que les médecins les plus âgés ont décliné l'étude par défaut.

4. 5 - Élaboration du questionnaire et revue de la littérature

Il existe peu d'outils pour évaluer la perception des médecins généralistes dans la prise en charge de patients en cancérologie et en tout cas aucun questionnaire validé. Le nombre de patients atteints de cancer allant grandissant dans la population générale, il faudrait développer des outils en ce sens. L'ensemble des questions qui compose ce questionnaire réalisé par l'investigateur principal est inspiré de la littérature. Nous précisons ici nos sources et l'intérêt de ces questions :

La **question n°1** sur les caractéristiques du médecin répondeur : il s'agit ici d'une question commune à tous les questionnaires de la littérature (3,9), elle permet de s'assurer de la comparabilité de l'échantillon avec la population en exercice sur le territoire et aussi de détecter une évolution dans la profession.

Une enquête française récente (8) précise que le médecin généraliste se sent associé au dépistage du cancer dans 95% des cas ; au bilan diagnostic dans 65% des cas ; au traitement dans 35% des cas et à la surveillance dans 65%. Il paraît clair que le traitement est une phase où il est nettement en retrait, ce qui est à l'origine de notre **question n°17** sur le sentiment d'exclusion du projet thérapeutique.

Concernant l'obtention des rendez-vous, les médecins déclarent dans cette même étude qu'ils éprouvent des difficultés dans 79% des cas pour obtenir une IRM, dans 40% des cas pour obtenir un rendez-vous rapide avec un oncologue. Pour cette raison, notre **question n°4** sur les difficultés liées au traitement de votre patient a vu le jour. Elle est l'occasion pour nous de

voir comment les médecins hiérarchisent ces difficultés et s'il y a eu une amélioration des délais en ce domaine.

Dans nos recherches bibliographiques sur la prise en charge des patients atteints de cancer par les médecins généralistes, cette enquête menée chez des patients dans la période de l'après cancer auprès de 62 médecins (8), retrouve les motifs des consultations dans les proportions suivantes : toxicité et séquelles des traitements = 71% des cas ; dépression = 45% des cas ; trouble de la sexualité = 42% des cas ; l'emploi 42% des cas et les relations avec les proches 39%. Nous voyons ici que la recherche de solution aux effets secondaires est une problématique première pour l'omnipraticien d'où notre **question n°6** sur la gestion des effets secondaires.

De plus, les effets secondaires étant variables et tous différents entre les individus (idiosyncrasie), l'IDECC peut avoir un rôle à jouer adaptable et personnalisable selon les cas. Dans cette même enquête, il conclut que « *les réseaux de soins et services ne sont bien utilisés que par les médecins qui les connaissent* » d'où notre **question n°21** sur la visibilité de l'IDECC.

Un autre résultat original de cette étude (8) sont les attentes des médecins généralistes de la part du réseau de soins : facilité l'accès aux établissements dans 42% des cas ; facilité la formation dans 52% des cas ; puis viennent la relance de rendez-vous ; la veille et la surveillance et la circulation adéquate de l'information. Ces résultats ont servi à l'élaboration des propositions de la **question n°15** sur les attentes des interventions de l'IDECC.

Une autre étude américaine de 2003 (15) « Essai randomisé contrôlé sur un programme partagé de prise en charge des nouveaux patients atteints de cancer : faire le pont entre le médecin de ville et l'hôpital » menée sur 250 patients de façon prospective a étudié l'effet d'un programme partagé sur l'attitude des patients et leur qualité de vie via un questionnaire EORTC QLQ-C30 : il apparaît que le programme n'améliore pas la qualité de vie mais a une influence positive sur l'attitude du patient vis-à-vis du système de soins, du programme de soins, notamment chez les sujets jeunes masculins âgés de 18 à 49 ans.

Ces jeunes hommes ont significativement de meilleurs sentiments sur les interventions et une meilleure attitude vis-à-vis du médecin généraliste : le sentiment de connaissance du médecin généraliste de la maladie ressentie par le patient étant noté plus positivement dans le groupe d'intervention avec un $p=0,029$ au 3ème mois et globalement $p=0,036$ sur l'ensemble de l'étude.

Cette étude avec un taux de participation de 91,2% nous a poussé à introduire les **questions n°18 et n°19** afin de savoir si l'expérimentation IDECC II modifiait le regard des patients envers le médecin et le regard du médecin envers la structure hospitalière. Nous avons aussi créé un profil des patients inclus via la **question n°7** afin de voir si la population inclut dans l'expérimentation n'induisait pas de biais. La conclusion de ce programme américain était que

des études dans ce domaines sont souhaitables car la coordination médecin généraliste / hôpital reste à développer.

Un autre domaine dans lequel la coordination est largement développée est celui de la gériatrie où il existe de nombreuses études (3), dont l'avis des médecins généralistes est fréquemment requis. Il existe cependant des points communs à la gériatrie et à l'oncologie : le vieillissement de la population qui impacte fortement le nombre d'hospitalisation au-delà de 65 ans (3) tout comme le diagnostic de cancer en forte augmentation et le dépistage de masse réalisé en France pour les cancers les plus fréquents qui impacte les hospitalisations en oncologie.

Dans une thèse française de 2012 (3), une enquête épidémiologique descriptive transversale chez les médecins généralistes sur le parcours complet d'hospitalisation du patient gériatrique poly-pathologique par questionnaires auto administrés papier : nous découvrons que le dysfonctionnement de transmission de l'information post opératoire impacte le taux de ré-hospitalisation du sujet âgé. Nous pouvons donc supposer qu'un défaut de transmission de l'information peut être source de ré-hospitalisation évitable en oncologie aussi. Ce qui a motivé notre **question n°14** sur l'impact de cette intervention sur les hospitalisations programmées et non programmées.

Par ailleurs cette thèse de 2012 (3) aborde aussi le sujet du délai du compte rendu hospitalier (CRH) dont les médecins généralistes se plaignent souvent car supérieur à 7 jours après la sortie. Mais également le délai de la première consultation en sortie d'hospitalisation des patients gériatriques très lointaine, il propose comme solution une consultation de ville programmée pendant l'hospitalisation. A noter que dans le Lot et Garonne (47000), l'Hôpital d'Agen et la clinique privée réalisent la sortie systématique d'hospitalisation avec une ordonnance d'une durée de 15 jours non renouvelable poussant le patient à consulter dans un délai très court son médecin généraliste. Nous n'avons pas abordé ce sujet dans la thèse car il n'incombe pas à l'IDECC de se substituer au secrétariat.

Pour finir sur la transmission de l'information, cette thèse de 2012 ainsi qu'une autre thèse française de 2006 du Docteur HUBERT (4) sur « la circulation de l'information médicale : évaluation du lien complexe ville hôpital » retrouvent qu'en cas de décès du patient seul 8% des médecins sont avertis par l'hôpital (contre 12% dans l'autre étude (3)) et dans 70% des cas ils sont informés par la famille du défunt. 75% des médecins généralistes sont insatisfait de ce point de vue. A l'époque ce défaut de coordination sur la transmission de l'information retrouvait 3 écueils à la communication :

- Une indisponibilité du médecin hospitalier
- Une instabilité des correspondants hospitaliers
- Une méconnaissance de la pratique de ville.

Le sujet du décès n'a pas été abordé dans notre étude car l'échantillon de patient inclus dans l'expérimentation IDECC II ne comportait pas suffisamment de sujets décédés pour faire appel à la mémoire des médecins généralistes.

Le thème des modalités de communication est abordé aussi dans cette thèse de 2006 : pour communiquer avec l'hôpital 88% des médecins utilisent le téléphone ; 86% le courrier ; email 14% alors que 94% des cabinets généralistes sont informatisés. Nous avons donc inclus la **question n°10** pour voir si ces modalités ont évolué.

Dans cette thèse de 2006 (4) nous retrouvons une donnée importante : « *Des études récentes montrent que l'information médicale n'est pas détenue par le patient et que le médecin généraliste est donc le dépositaire de l'information au titre de coordinateur* ». La coordination doit donc se centrer autour du médecin généraliste.

Une autre thèse française de 2004 sur le « rôle du médecin généraliste dans le suivi du patient en chimiothérapie anticancéreuse » du Docteur REMARK (10) avec une analyse de 150 dossiers de l'Institut Bergonié de patients en cours de chimiothérapie recueillant tous les effets indésirables pendant les traitements et toutes les interventions des médecins généralistes, retrouvait que 85,3% des malades ont eu un effet indésirable sur la période du traitement. Sur ces 150 patients, 58 dossiers (38.7%) montrent un total de 102 interventions du médecin généraliste (faible taux car adaptation thérapeutique à chaque cure et anticipation systématique des effets secondaires répandus dans la prise en charge hospitalière). Nous comprenons ici que le médecin généraliste est tout de même souvent confronté à la gestion des effets secondaires des traitements d'où nos **questions n°5 et question n°6**. Cette étude de 2004 très complète recoupait ces interventions en fonction du stade TNM : en effet plus le stade T augmente sur le TNM, plus il y a intervention du médecin généraliste : 23% pour un stade T1 contre 40% au stade T4 ; il n'y a pas de majoration en cas d'adénopathies métastatiques N +, et des lors que le patient est métastatique le taux d'intervention passe de 28% pour M0 contre 44% d'interventions dès que le patient est M+.

Cette étude de 2004 recense que les médecins généralistes contactaient le centre référent pour complément d'information et conduite à tenir dans 36% des cas. En conclusion de cette thèse il précise que « *malgré la prise en charge des problèmes psychosociaux qui incombe au médecin généraliste, il doit maintenant faire face aux effets secondaires des traitements spécifiques ; une meilleure communication devient alors essentielle avec le centre de référence* ».

Concernant la coordination en sortie d'hospitalisation une thèse française de 2010 du Docteur FEINTRENIE sur « la sortie de l'hôpital le point de vue des médecins généralistes » (2) avec pour objectif principal d'identifier les écueils de la communication médicale [...] tels qu'ils sont perçus par les médecins généralistes lors de la sortie de l'hôpital s'accorde à entrevoir la relation entre organisation de la sortie et le taux de ré-hospitalisation comme d'autres études précédentes. Une bonne coordination de la sortie est à double intérêt :

- Un intérêt individuel : bénéfique pour le patient, éviter les passages aux urgences, profiter du confort du domicile.
- Un intérêt collectif : impact économique des hospitalisations évitées...

Cette enquête épidémiologique descriptive transversale par questionnaire auto administré aux médecins généralistes, réalisée chez 20 médecins tirés au sort (un petit effectif) recense que 50% des médecins sont moyennement satisfait du retour à domicile et 6% pas du tout satisfait.

Cette étude se concluait par des conditions actuelles sortie hôpital non satisfaisante et précise dans la discussion que des protocoles d'informations standardisés existent telle que la charte de l'hôpital ERASME « volonté partenariat dans un climat d'estime réciproque » entre médecine de ville et médecine hospitalière. (16)

Cette enquête retrouve pour l'annonce du décès un taux d'annonce de 28% des cas pour l'hôpital, et 50% des cas par une source n'étant pas l'hôpital. Ce chiffre n'est pas loin des 12% d'annonce en provenance de l'hôpital que nous retrouvons dans la thèse du Docteur HUBERT et 70% venant de l'annonce par la famille.

Sur le thème de la sortie d'hospitalisation la thèse du Docteur HUBERT précise que l'hôpital contacte les médecins généralistes pour organiser le retour à domicile dans 35% des cas. Et si dans 95% des cas l'hôpital contacte le médecin pour transmettre des informations sur le malade dans l'autre sens il n'y'a que 21% d'appel de l'hôpital pour transmettre une information aux médecins généralistes.

Il en découle les résultats de cette étude sur le sentiment de collaboration suivant : 42 % pour le Non ; 12% pour Oui ; Rare 6% ; Pas du tout 28% et aléatoire 28% des cas. (4)

Par ailleurs, cette thèse du Docteur HUBERT(4) soulève le fait que les médecins généralistes trouvent un intérêt didactique et pédagogique aux courriers dans 68% des cas (ce qui a motivé notre **question n°22**) et que 66% des médecins généralistes déclarent transmettre les courriers aux patients directement.

V- FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

5.1 - Limites de l'étude

Le recueil de l'information par questionnaire auto administré faisant essentiellement appel à la mémoire, il ne peut que recueillir des informations strictement subjectives.

Cette étude réalisée sur un tout petit échantillon non sélectionné de la population de médecins généralistes de plusieurs départements sur toute la région Aquitaine ne peut prétendre être représentatif de l'ensemble des médecins généralistes de France et ne peut que donner une tendance. Il s'agit par ailleurs d'une étude unicentrique réalisée sur le CHU de Bordeaux avec pour base de travail le nombre de patients correspondants aux critères d'inclusion de l'expérimentation IDEC II.

Une étude par questionnaire en face à face aurait été un gage de meilleure qualité et d'un taux de réponse peut-être plus élevé mais la répartition géographique des médecins sur toute la région aurait engendré des coûts de déplacement importants et aurait été fortement chronophage et peu compatible avec l'activité des médecins généralistes (horaires variables, retard sur les rendez-vous).

La période de déroulement de l'étude n'était pas idéale : la période hivernale étant une période d'épidémie pour la grippe, la gastro entérite, les bronchopneumopathies. Ce sont des reproches souvent énoncés dans les études. Nous tenons à préciser après un an de remplacement en médecine générale que cet écueil peut être appliqué aussi aux autres saisons : en automne l'omnipraticien est fortement encombré dans ces consultations par la rentrée scolaire associant certificat scolaire, vaccination obligatoire, les premières épidémies d'angines et d'otites ; en été il est fortement difficile à joindre avec les départs en congés annuels surchargeant les consultations des confrères restant, la prise en charge des vacanciers en sus de la patientèle habituelle.

Au final, la période idéale pour un étude chez les médecins généralistes reste le printemps où il n'y a que des allergies et des exacerbations de BPCO...

Nous regrettons le départ à la retraite de nombreux médecins généralistes en fin d'année 2016 dans une population médicale généraliste vieillissante. Nombreux ont été les refus de participation pour organisation de la retraite.

Malgré l'accueil favorable téléphonique, il y a eu une faible participation des médecins généralistes cela peut s'expliquer par le nombre élevé de sollicitation d'étude sur une population de médecins généralistes en forte réduction. Cependant, il faut que les médecins généralistes soient plus disponibles pour les travaux de thèses de médecines après avoir demandé la reconnaissance en tant que spécialité au même titre que les autres spécialités qui produisent de nombreuses thèses chaque année avec des taux de participations honorables.

5.2 - Forces de l'étude

Il s'agit d'une étude qui a le mérite d'être originale, il existe peu de thèse sur la coordination en cancérologie et aucune n'a été réalisée sur ce nouveau métier de la santé qu'est l'IDECC.

Il s'agit d'une thèse d'actualité sur le récent plan Cancer III 2014-2019 tourné vers le médecin généraliste.

Le nombre de patients atteints de cancer en augmentation, la médecine générale doit progresser dans ce domaine de la coordination : optimiser le temps du patient et diminuer un maximum les délais qui sont une perte de chance pour le patient.

Afin d'éviter des biais nous avons précisé le profil des médecins répondants. Le questionnaire est simple dans sa formulation, simple d'accès et facile à répondre en environ 15 minutes. La méthode semble reproductible.

Recueillir les pistes d'amélioration des médecins généralistes permet d'avoir des propositions adaptées à leur pratique de ville.

La file active des IDECC du CHU de Bordeaux est de 185 médecins généralistes concernant 185 patients inclus. File en constante progression ce qui est une bonne base de travail pour des travaux ultérieurs si nous parvenons à obtenir un meilleur taux de participation.

5.3 - Pistes d'améliorations

Proposées dans notre étude :

Ici sont reproduit les réponses au format texte de tous les participants ayant répondu.

- *Plus d'information sur ce poste aux médecins généralistes.*
- *Remettre au patient une brochure avec numéro de tel pour joindre l'IDECC pour qu'il la donne à son médecin ou joindre le médecin traitant au début de la prise en charge pour l'informer de la possibilité de faire appel à l'IDECC*
- *Joindre systématique un CRH de IDECC avec ses coordonnées lors des premiers courriers de prise en charge du patient*
- *Communication sur sa fonction et les moyens de la joindre pour chaque patient*
- *Mettre son numéro sur tous les courriers*
- *Joindre une fiche de lien utile aux courriers*

Proposées dans la littérature :

Parmi les propositions de la littérature voici celles que nous avons retenu pour leurs caractères judicieux ou leurs fréquences :

Dans la thèse du Docteur AUGY, il regroupe des pistes d'amélioration proposées par les médecins généralistes pour améliorer la coordination en gériatrie :

- Pendant l'hospitalisation, 4 pistes retenues :
 - L'envoi de courriel hebdomadaire avec 58% de médecins favorables ;
 - Rendez-vous téléphonique hebdomadaire avec 20% de médecins favorables ;
 - Appel obligatoire du médecin traitant lors de toute admission 36% favorables
 - Autres 13% (SMS, courrier par quinzaine, mail crypté sur boîte sécurisé type APICRYPT...)
- Après l'hospitalisation :
 - Rendez-vous pris avec le médecin traitant pendant l'hospitalisation 65% des médecins trouvent l'idée utile dans les 15 jours suivant la sortie et 35% seulement à un mois.
 - Resserrer des liens ville hôpital : système de vacation des médecins généralistes à l'hôpital ou création d'un médecin hospitalier référent ambulatoire.

Dans l'enquête OSMOSE, les pistes d'améliorations renaient que le médecin traitant avait un besoin de soutien sur 2 axes : les démarches sociales et la situation médicale liée au cancer, le tout en répondant au « particularité d'un soutien qui doit être ponctuel, imprévisible, de nature variable et toujours différent ». Soulignant ici une adaptabilité du soutien au médecin vraisemblablement avec une action humaine comme l'IDECC par exemple.

Dans l'étude OMAGE (17), une piste d'amélioration est un renforcement de l'éducation thérapeutique du patient qui diminuerait la mortalité et le risque de ré hospitalisation.

VI – CONCLUSION

Les différents « plan cancer » successifs vont dans le sens d'un renforcement de la coordination des soins ville / hôpital. Parmi ces projets celui de l'IDECC semble prometteur raison pour laquelle nous l'étudions dans notre étude.

Les résultats principaux de cette étude sont que les attentes des médecins généralistes de la part d'une IDECC sont principalement d'ordre de l'information et de l'éducation du patient puis du soutien psychologique. Deux activités chronophages peu compatibles avec une consultation usuelle de médecine générale. Leur avis sur les missions que celle-ci doivent remplir écartent le rôle de secrétariat renforcé, mais est très favorable à la transmission d'information entre professionnel et sur le plan de l'éducation du patient.

Les médecins participants de l'étude reconnaissent un rôle plutôt important de l'IDECC dans la coordination ville / hôpital.

Les médecins généralistes en plus de répondre aux problèmes psycho-sociaux de leurs patients atteints de cancer doivent aussi prendre en charge de plus en plus les effets secondaires des traitements spécifiques. Les effets secondaires sont de natures variables, imprévisibles, ponctuels et différents selon les situations. La technologie à elle seule ne peut solutionner les problèmes, l'IDECC peut avoir un rôle à jouer par son adaptabilité et son action personnalisable autour du patient.

Dans notre approche, nous avons pu révéler une tendance sur la perception de l'action de l'IDECC par les médecins généralistes plutôt positive. Il est regrettable que l'IDECC ne soit pas plus visible, la plupart des médecins généralistes interrogés ne se souviennent pas des entretiens avec l'IDECC (bien qu'ils se souviennent parfaitement des patients inclus dans l'expérimentation).

Les résultats originaux notables de cette étude sont nombreux :

- Les médecins généralistes de l'étude en majorité ne savent pas ce qu'est une IDECC au préalable de l'étude.
- Le mode d'exercice dans cet échantillon de médecins généralistes relève une tendance de la médecine générale à exercer en libérale exclusif et en association.
- Cette étude est l'occasion pour les médecins généralistes de hiérarchiser les difficultés liées à la prise en charge de sujets atteints de cancer : en premier rang le défaut de connaissance des nouveaux traitements et des effets secondaires soulignant la demande de formation et d'actualisation du savoir médical qu'attendent les médecins généralistes puis au rang suivants, la complexité de la prise en charge et l'activité chronophage soulignant que les médecins généralistes trouvent normal de prendre plus de temps dans ces situations.
- La façon de faire face à la gestion des effets secondaires en médecine générale en priorisant d'abord l'appel à l'oncologue ou aux centres référents puis l'appel de l'infirmière et la recherche sur internet et en dernier le passage aux urgences.

La coordination en oncologie est un domaine en quête d'amélioration. Des investissements considérables sont fait au travers des différents « plan cancer » et des institutions (DGOS, équipes hospitalières...). Il faut que les médecins généralistes s'investissent dans ce domaine pour que les solutions proposées s'adaptent à leurs attentes et à leur exercice si particulier.

Des outils pour apprécier l'avis des médecins généralistes sont à développer. La médecine générale devenant une spécialité à part entière, ce type d'étude va vraisemblablement se répandre d'autant plus qu'il y a une impulsion des départements de médecine générale des universités pour développer des thèses axées sur les soins primaires.

Notre travail pourra être une des premières pierres d'une base de réflexion.

BIBLIOGRAPHIE

1. INSTRUCTION N° DGOS/R3/2014/235 du 24 juillet 2014 relative à l'engagement d'une seconde phase d'expérimentation du dispositif des infirmiers de coordination en cancérologie [Internet]. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé; 2014 [cité 8 déc 2016]. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2014/08/cir_38613.pdf
2. Feintrenie, C. La sortie de l'hôpital : le point de vue des médecins généralistes. Une enquête auprès des médecins généralistes libéraux exerçant sur le territoire meusien. [Internet]. UHP - Université Henri Poincaré; 2010 [cité 8 déc 2016]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2010_FEINTRENIE_CELINE.pdf
3. AUGY T, =Université Paris Descartes. Paris. FRA / com. Parcours complet d'une hospitalisation d'un patient gériatrique poly-pathologique : enquête épidémiologique et descriptive sur le point de vue des médecins généralistes. 2013.
4. Hubert G. La circulation de l'information médicale évaluation du lien complexe ville-hôpital [Internet]. 2006 [cité 1 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.urml-idf.org/upload/these/hubert.pdf>
5. Lévesque-Boudreau D. Role de l'infirmière pivot en oncologie. [Internet]. Comité consultatif des infirmières en oncologie; 2008 [cité 20 nov 2015]. Disponible sur: http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/lutte-contre-le-cancer/documents/role-infirmiere-pivot_juil2008.pdf
6. ANAES. Conférence de consensus. Sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée sur les plans moteur et/ou neuropsychologique [Internet]. [cité 16 déc 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Sortie_monde_hospitalier_court.pdf
7. Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ? [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2013 [cité 16 déc 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_rehospitalisations_evitables_vf.pdf
8. gaestocq. Programme Personnalisé de l'Après cancer (P.P.A.C) Enquête auprès des Médecins généralistes Résultats [Internet]. 2012 [cité 8 déc 2016]. Disponible sur: http://www.reseau-osmose.fr/documents/Enquete_MT_doc_synthese.pdf
9. ARS Lorraine. Médecins généralistes Leur rôle dans la prise en charge des personnes atteintes de cancer. Enquête régionale [Internet]. Agence régionale de santé Lorraine; 2014 [cité 16 déc 2016]. Disponible sur: http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/PUBLICATIONS/PUBLICATIONS_2014/MG_CancerCommunication_VFweb2.pdf
10. Remark F. Rôle du médecin généraliste dans le suivi du patient en chimiothérapie anticancéreuse analyse des dossiers de 150 malades. 2004.
11. 3ème baromètre Vidal/Cnom l'utilisation des smartphones chez les médecins. In Issy-les-Moulineaux: Conseil national de l'ordre, Ordre national des médecins; 2015 [cité 8

- déc 2016]. Disponible sur: http://www.vidalfrance.com/wp-content/download/CP/CP_VIDAL_Mobile_Barom%C3%A8tre2014.pdf
12. Marine D. Enquête auprès des médecins généralistes sur l'apport des nouvelles technologies dans la relation médecine de ville-hôpital [Internet]. 2015 [cité 10 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/delahaye-these.pdf>
 13. Le Breton-Lerouillois G. La démographie médicale en région Aquitaine Situation en 2013 [Internet]. Conseil national de l'ordre, Ordre national des médecins; 2013 [cité 8 déc 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/aquitaine_2013.pdf
 14. Dagada C, Mathoulin-Pélissier S, Monnereau A, Hoerni B. [Management of cancer patients by general practitioners. Results of a survey among 422 physicians in Aquitaine]. *Presse Med.* 28 juin 2003;32(23):1060-5.
 15. Nielsen JD, Palshof T, Mainz J, Jensen AB, Olesen F. Randomised controlled trial of a shared care programme for newly referred cancer patients: bridging the gap between general practice and hospital. *Qual Saf Health Care.* août 2003;12(4):263-72.
 16. La Charte des Bonnes Relations entre l'Hôpital Erasme et les médecins traitants [Internet]. Hôpital Erasme 2008 - Route de Lennik 808 1070 Bruxelles; 2007 [cité 8 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.erasme.ulb.ac.be/page.asp?id=15323&langue=FR>
 17. Yumpu.com. Étude OMAE- étude pros [Internet]. yumpu.com. [cité 5 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.yumpu.com/fr/document/view/50479066/dr-martin-wimel-readmissions-pour-iatrogenie-pirg/4>

Projet de thèse DE LA CRUZ Darios TCEM 3 DES médecine générale

Thème : Bilan après 6 mois de l'expérience IDECC II. Evaluation de la perception par les médecins généralistes du rôle de l'IDECC, état des lieux et axes d'améliorations.

Description de la population médicale ayant participé

1. Caractéristiques du médecin généraliste

1.1. Quel est votre âge ?

1.2. De quel sexe êtes-vous ? ☐ M ☐ F

1.3. Quel est votre lieu d'exercice : ☐ Rural ☐ Péri-urbain ☐ Urbain

1.4. A quelle distance du plus proche Centre Hospitalier êtes-vous ?

☐ < 10 Km ☐ 10- 20 Km ☐ 20-50 Km ☐ > 50km

1.5. Quel est le nombre de patients aux parcours complexes dont vous avez la charge ?

☐ 1 - 2 ☐ 3-4 ☐ 5-6 ☐ >7

1.6. Quel est le nombre de patients atteints de cancer évolutif dont vous avez la charge ?

☐ 1-5 ☐ 5-10 ☐ 10-15 ☐ >15

1.7. Faites-vous des visites à domicile ?

☐ Oui ☐ Non

1.8. Quel est votre mode d'exercice professionnel :

☐ Libéral exclusif	☐ Mixte
☐ Seul	☐ En association

2. Connaissances de l'expérimentation IDECC II

2.1. Avant qu'elle ne vous contacte saviez-vous ce qu'était une IDECC ?

☐ Oui ☐ Non

2.2. Savez-vous dans quelles situations faire appel à une IDECC ?

☐ Oui ☐ Non

2.3. Savez-vous ce qu'est un parcours complexe en cancérologie ?

☐ Oui

☐ Non

Difficultés de prise en charge de patients complexes

3. **Quelles sont les missions de l'IDECC qui sont les plus complémentaires à votre activité ? Hiérarchisez-les de 1 à 4, (le 4 étant le moins important)**

- ☐ L'évaluation des besoins du patient
- ☐ L'information et l'éducation thérapeutique (gestion des effets secondaires)
- ☐ La coordination des intervenants et facilitation des soins
- ☐ Le soutien psychologique et l'écoute

4. **Merci de hiérarchiser par ordre de fréquence les difficultés liées au cancer ou au traitement de votre patient ? (le 4 étant le moins important)**

- ☐ Obstacle pour joindre l'oncologue ou son service
- ☐ Obstacle pour obtenir un RDV spécialiste (angiologue, chirurgien, oncologue...)
- ☐ Obstacle pour obtenir une imagerie (IRM, TEP scan, TDM, ...)
- ☐ Obstacle pour ré-hospitaliser dans certain cas
- ☐ Gestion des effets secondaires

5. **Quelles sont vos difficultés rencontrées à la prise en charge de ce type de patient ? merci de hiérarchiser par ordre de fréquence (le 4 étant le moins important) :**

- ☐ Temps, activité chronophage
- ☐ Connaissance : défaut de connaissance des nouveaux traitements, effets secondaires graves...
- ☐ Complexité : plusieurs problèmes à résoudre sur une consultation de 15min : social, médical, psychologique, ...
- ☐ Contact avec le bon interlocuteur : oncologue, service oncologie, IDE libérale, spécialistes...

6. **Merci de hiérarchiser par ordre de fréquence vos moyens de gestion des effets secondaires des traitements chez ces patients (le 4 étant le moins important) :**

- ☐ Appel oncologue référent ou centre
- ☐ Appel IDECC
- ☐ Urgences
- ☐ Internet / documents de formation (type FMC)

Expérience IDECC II

7. Caractéristiques du patient de l'expérience IDECC II concerné (cf dossier) :

7.1. Votre patient est un : ☐ Homme ☐ Femme

7.2. Age :

7.3. Type de cancer pour lequel il est suivi :

☐ ORL ☐ Urologique ☐ Prostate ☐ Gynécologique ☐ Colique ☐ Autre

7.4. Stade de la pathologie auquel il est pris en charge :

☐ Traitement curatif ☐ Métastatique ☐ Palliatif spécifique ☐ Palliatif terminal

7.5. Localité du patient :

☐ Domicile rural ☐ Domicile urbain ☐ Parental ☐ Institution ☐ Autre

7.6. Distance du plus proche Centre Hospitalier par rapport à son domicile :

☐ 0-5Km ☐ 5-10Km ☐ 10-20Km ☐ >20Km

7.7. Distance du Médecin Généraliste, votre cabinet par rapport à son domicile :

☐ 0-5Km ☐ 5-10Km ☐ 10-20Km ☐ >20Km

8. A quelle étape du traitement de ce patient êtes-vous intervenu ?

- ☐ Au Diagnostic
- ☐ Curatif
- ☐ Pendant la chimiothérapie
- ☐ Temps post chimio
- ☐ Post radiothérapie
- ☐ Palliatif (arrêt des traitements)
- ☐ Stade terminal...

9. Combien d'entretien avez-vous eu avec l'IDECC pour la prise en charge de ce patient ?

☐ 1 par trimestre ☐ 1 par mois ☐ 1 par semaine ☐ Quand nécessaire

10. Quels ont été vos moyens de communication avec l'IDECC ? Hiérarchisés les :

☐ Tel

☐ Courrier

☐ Email

☐ Fax

☐ RDV

Perception de l'expérience IDECC II par le MG

Que pensez-vous des affirmations suivantes :

11. Diriez-vous que l'intervention de l'IDECC a augmenté la fréquence des contacts avec le patient ?

Pas du tout d'accord ☐	Pas d'accord ☐	Indiffèrent ☐	Plutôt d'accord ☐	Très d'accord ☐
--	--	---	---	---

12. Diriez-vous que l'intervention de l'IDECC a diminué la fréquence des consultations avec le patient ?

Pas du tout d'accord ☐	Pas d'accord ☐	Indiffèrent ☐	Plutôt d'accord ☐	Très d'accord ☐
--	--	---	---	---

13. L'IDECC a- suscité ou facilité des visites supplémentaires ?

Pas du tout d'accord ☐	Pas d'accord ☐	Indiffèrent ☐	Plutôt d'accord ☐	Très d'accord ☐
--	--	---	---	---

14. Que pensez-vous de l'effet des interventions de l'IDECC sur les hospitalisations ?

14.1. Augmentation des Hospitalisations Programmées

Pas du tout d'accord ☐	Pas d'accord ☐	Indiffèrent ☐	Plutôt d'accord ☐	Très d'accord ☐
--	--	---	---	---

14.2. Diminution des Hospitalisations Programmées

Pas du tout d'accord ☐	Pas d'accord ☐	Indiffèrent ☐	Plutôt d'accord ☐	Très d'accord ☐
--	--	---	---	---

14.3. Augmentation des Hospitalisations Non Programmées

Pas du tout d'accord ☐	Pas d'accord ☐	Indiffèrent ☐	Plutôt d'accord ☐	Très d'accord ☐
--	--	---	---	---

14.4. Diminution des Hospitalisations Non Programmées

Pas du tout d'accord ☐	Pas d'accord ☐	Indiffèrent ☐	Plutôt d'accord ☐	Très d'accord ☐
--	--	---	---	---

15. Quels sont vos attentes ou besoins concernant les interventions de l'IDECC ?**15.1. Aiguillage administratif, évaluation des besoins en amont (AS, dossier ALD, demande HAD, MDPH, APA, ...)**

Pas du tout d'accord ☐	Pas d'accord ☐	Indiffèrent ☐	Plutôt d'accord ☐	Très d'accord ☐
--	--	---	---	---

15.2. Information, transmission (effets secondaires, effet des traitements...), Intermédiaire avec le cancérologue référent (rdv, communication, avis, questions ?)

Pas du tout d'accord ☐	Pas d'accord ☐	Indiffèrent ☐	Plutôt d'accord ☐	Très d'accord ☐
--	--	---	---	---

15.3. Prise de RDV, relance pour RDV et soins, demande de visite à domicile (secrétariat ciblé)

Pas du tout d'accord ☐	Pas d'accord ☐	Indiffèrent ☐	Plutôt d'accord ☐	Très d'accord ☐
--	--	---	---	---

15.4. Education du patient (AVK, HBPM, automédication interdite...)

Pas du tout d'accord ☐	Pas d'accord ☐	Indiffèrent ☐	Plutôt d'accord ☐	Très d'accord ☐
--	--	---	---	---

15.5. Soutien psychologique au patient

Pas du tout d'accord ☐	Pas d'accord ☐	Indiffèrent ☐	Plutôt d'accord ☐	Très d'accord ☐
--	--	---	---	---

16. Comment jugez-vous l'information délivrée lors de vos entretiens avec l'IDECC ?

Claire	☐ Oui	☐ Non
Précise	☐ Oui	☐ Non
Exhaustive	☐ Oui	☐ Non
Utile	☐ Oui	☐ Non

Difficultés et perspectives ?

17. Dans le cadre de l'expérimentation IDECC II, Avez-vous eu le sentiment d'être mise à l'écart du projet thérapeutique de vos patients ?

☐ Oui

☐ Non

Si Oui : que suggérez-vous ?

--

Que pensez-vous des affirmations suivantes :

18. L'expérience IDECC II modifie le regard des patients sur votre contribution de façon positive

Pas du tout d'accord ☐	Pas d'accord ☐	Indiffèrent ☐	Plutôt d'accord ☐	Très d'accord ☐
--	--	---	---	---

19. L'expérience IDECC II modifie votre regard sur la structure de soin de façon positive

Pas du tout d'accord ☐	Pas d'accord ☐	Indiffèrent ☐	Plutôt d'accord ☐	Très d'accord ☐
--	--	---	---	---

20. L'innovation de ces nouveaux métiers de la santé alourdit la charge de travail

Pas du tout d'accord ☐	Pas d'accord ☐	Indiffèrent ☐	Plutôt d'accord ☐	Très d'accord ☐
--	--	---	---	---

21. Trouvez-vous que la fonction d'IDECC est suffisamment visible (hors milieu hospitalier) ?

☐ Oui

☐ Non

Si non : que suggérez-vous ? comment la rendre visible

--

22. Les informations que vous font parvenir l'IDECC modifient-elles votre prise en charge ?

Pas du tout d'accord ☐	Pas d'accord ☐	Indiffèrent ☐	Plutôt D'accord ☐	Très d'accord ☐
--	--	---	---	---

Suggestions :

--

23. Comment jugez-vous le rôle de l'IDECC, votre point de vue de Médecin Généraliste ?

Pas du tout indispensable ☐	Pas indispensable ☐	Indiffèrent ☐	Plutôt important ☐	Très important ☐
---	---	---	--	--

○ Forces, faiblesses, remarques :

--

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Titre : Bilan après six mois de l'expérience IDECC II. Evaluation de la perception par les médecins généralistes du rôle de l'IDECC : Etat des lieux et axes d'améliorations.

Introduction : La population atteinte de cancer ne cesse d'augmenter face à des structures de soins avec un nombre de lits limités. Il y a un accroissement de la prise en charge ambulatoire de ces patients en médecine générale et une diminution des durées moyennes de séjours hospitaliers. Une coordination ville/hôpital optimale est nécessaire mais elle se heurte à de nombreux écueils. Il apparaît que le médecin généraliste peut être mis en difficulté lors de la gestion des patients atteints de cancer en ambulatoire. Une des solutions retenues est la création d'un nouveau métier de la santé : l'infirmière de coordination en cancérologie (IDECC) dans le cadre d'un projet pilote national Expérimentation IDEC II sous l'égide du plan cancer III.

Objectifs : L'objectif principal de ce travail est de savoir « quelles sont les attentes des médecins généralistes dans la coordination ville/hôpital en cancérologie notamment au travers de l'IDECC ? » et les objectifs secondaires abordés sont l'évaluation par les médecins du rôle de l'IDECC et l'identification des difficultés de la prise en charge de ces patients.

Méthodes : Notre enquête est une étude transversale descriptive par questionnaire auto administré envoyé par email et mené chez 185 médecins généralistes tirés consécutivement des files actives des patients des 3 IDECC des CHU de Bordeaux en 2016.

Résultats : 26 réponders soit 14% de l'effectif total. Les médecins généralistes hiérarchisent les missions de l'IDECC les plus compatibles avec leur activité avec au premier rang le rôle d'information au patient, en second le soutien psychologique puis la coordination des intervenants et en dernier l'évaluation des besoins du malade. Les attentes des médecins de l'IDECC concernent le rôle de transmission de l'information 44% plutôt d'accord et 44% très d'accord ; 64% très d'accord pour le rôle d'éducation du patient et 72% très d'accord pour le rôle de soutien psychologique. Les médecins jugent le rôle de l'IDECC plutôt important à 64%. Les médecins ne savent pas ce qu'est une IDECC dans 80,77% des cas et trouvent qu'elle manque de visibilité dans 87,5% des cas.

Conclusion : Les médecins attendent de l'IDECC qu'elle remplisse des missions d'éducation aux patients et de soutien psychologique. Les médecins soulignent une principale difficulté à la prise en charge liée au défaut de connaissance des nouvelles thérapies et des effets secondaires et sont en demande de formation. Il faut rendre plus visible les nouveaux métiers de la santé, les médecins généralistes n'utilisant que les services dont ils ont la connaissance. Des outils pour apprécier l'avis du médecin généraliste sur la coordination sont à développer d'autant plus qu'il est le coordinateur de soins par défaut.

Mots clés : Coordination ville hôpital, médecin généraliste, cancer, oncologie, ambulatoire, Infirmière de coordination