



HAL
open science

Coordination ville-hôpital en cancérologie : enquête d'opinion auprès des médecins généralistes prenant en charge des patients atteints de cancer colo-rectal suivis au CHU de Bordeaux

Célia Amsellem

► **To cite this version:**

Célia Amsellem. Coordination ville-hôpital en cancérologie : enquête d'opinion auprès des médecins généralistes prenant en charge des patients atteints de cancer colo-rectal suivis au CHU de Bordeaux. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01521813

HAL Id: dumas-01521813

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01521813v1>

Submitted on 12 May 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 de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017

N°49

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par **Célia AMSELLEM**

Née le 26 Juillet 1986 à SEDAN

Le 10 Avril 2017

**Coordination ville-hôpital en cancérologie: enquête d'opinion auprès
des médecins généralistes prenant en charge des patients atteints de
cancer colo-rectal suivis au CHU de Bordeaux**

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Frédéric BLANC

Jury :

Monsieur le Professeur Alain RAVAUD, Président

Madame le Docteur Françoise COLOMBANI, Rapporteur

Monsieur le Professeur Jean-Frédéric BLANC, Membre

Monsieur le Docteur Denis SMITH, Membre

Madame le Docteur Fanny LAFAYE, Membre

Monsieur le Docteur Christophe ADAM, Membre

Monsieur le Dr Yves MONTARIOL, Membre

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017

N°49

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par **Célia AMSELLEM**

Née le 26 Juillet 1986 à SEDAN

Le 10 Avril 2017

**Coordination ville-hôpital en cancérologie: enquête d'opinion auprès
des médecins généralistes prenant en charge des patients atteints de
cancer colo-rectal suivis au CHU de Bordeaux**

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Frédéric BLANC

Jury :

Monsieur le Professeur Alain RAVAUD, Président
Madame le Docteur Françoise COLOMBANI, Rapporteur
Monsieur le Professeur Jean-Frédéric BLANC, Membre
Monsieur le Docteur Denis SMITH, Membre
Madame le Docteur Fanny LAFAYE, Membre
Monsieur le Docteur Christophe ADAM, Membre
Monsieur le Dr Yves MONTARIOL, Membre

REMERCIEMENTS

A tous les membres de ce jury :

A Monsieur le Professeur Alain RAVAUD, vous me faites de l'honneur de présider ce jury, voyez en ici toute ma gratitude.

A Madame le Docteur Françoise COLOMBANI d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse, et pour votre aide précieuse.

A Monsieur le Docteur Denis SMITH d'avoir accepté d'être membre de ce jury, pour votre écoute et vos conseils délivrés en stage.

A Madame le Docteur Fanny LAFAYE d'avoir accepté d'être membre de ce jury, pour ton soutien lors des moments difficiles en stage, reçois ici toute mon admiration et mon estime.

A Monsieur le Docteur Christophe ADAM d'avoir accepté d'être membre de ce jury, pour vos cours pendant mon cursus de médecine générale.

A Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL d'avoir accepté d'être membre de ce jury.

A Monsieur le Professeur Jean-Frédéric BLANC, d'avoir dirigé cette thèse. Je vous remercie pour votre écoute, vos conseils, votre aide, votre patience dans l'élaboration de ce travail. Veuillez trouver ici ma plus sincère reconnaissance.

A ma famille :

A mes parents, sans qui rien n'aurait été possible. Vous avez su m'accompagner et me soutenir, pendant ces douze années, dans les bons comme les mauvais moments. Votre amour sans faille m'a permis de surmonter la maladie et d'avancer toujours plus loin.

A ma sœur, Émilie et à ta famille qui s'agrandit. Merci pour ton écoute et ton soutien. La distance géographique nous éloigne, mais tu es présente dans mon cœur, chaque jour. Tu me manques.

A mes grands-parents, mes oncles, mes tantes, mes nombreux cousins et cousines et leurs enfants.

A mes amis :

A Ameline, « Ahmeuh », merci pour tout. Pour ton écoute, ton aide, ta disponibilité, ton amitié. Ce travail ne serait pas le même sans toi. Reçois ici toute mon amitié et ma reconnaissance.

A Vanessa, pour m'avoir soutenue et encouragée pendant toutes ces années. Une amitié qui est née sur les bancs de la fac en P1, et qui continue 12 ans plus tard et pour encore beaucoup d'autres, je l'espère.

A Jérémie, mon « ti chef », pour toutes ces belles années. On s'est vu grandir, mûrir, et pourtant, il n'y a qu'avec toi que je retourne en enfance pleine d'insouciance.

A Justine, Candice, Céline, Alice, Cécile et toutes les copines.

A Laurent, mon lolo, merci de me redonner le sourire à chaque fois, d'être toujours là quand il faut. C'est avec toi que j'ai découvert ma passion pour la musique, et pour ça, je t'en serais éternellement reconnaissante.

A tous les copains du Confit de Swing, Ardi, Phil, Martin, et tous les autres potes musiciens. Je partage avec vous ma deuxième passion après la médecine, mon exutoire, en douceur et en musique.

A Yo, Anto, Paulo, Maxou, Tibo, Titi et tous les copains.

A Laurent, merci pour ton aide précieuse dans le travail de cette thèse.

A Lucie Ducasse et à Julia Johnson, pour votre aide pour la traduction en anglais.

A toutes les personnes qui ont participé à ce travail, Carmen en particulier, et aux petites mains expertes « mes petits externes ».

Aux médecins généralistes qui ont accepté de participer à cette étude. Sans eux, cette thèse n'existerait pas.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIERES	4
LISTE DES TABLEAUX	7
LISTE DES FIGURES	8
ABREVIATIONS	10
INTRODUCTION	12
I. Épidémiologie	12
A) Généralités	12
B) Le cancer colo-rectal	15
C) En médecine générale	16
D) En terme de dépenses de santé	17
II. Histoire de la lutte contre le cancer	17
A) Historique	17
B) La Charte de Paris	19
C) Commission d'orientation sur le cancer 2002	19
D) Premier Plan Cancer 2003 – 2007 et création de l'INCa	19
E) Circulaire N°DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie	21
F) Évaluations et rapports du 1er Plan cancer	22
G) Deuxième Plan Cancer 2009 – 2013	24
H) Évaluations et rapports du 2ème Plan cancer	26
I) Troisième Plan Cancer 2014 – 2019	28
J) Évaluations du 3ème Plan cancer en 2016	30
III. La coordination des soins en cancérologie	31
A) L'organisation de l'offre de soins	31
1. Les établissements de soins	32
2. Les réseaux régionaux en cancérologie	33
3. Les centres de coordination en cancérologie ou 3C	34
4. Les pôles régionaux en cancérologie	35
5. Les réseaux territoriaux en cancérologie	36
6. Les cancéropôles	37
7. Les Sites de Recherche Intégrée sur le Cancer (SIRIC)	38
8. Les infirmiers de coordination en cancérologie	38
B) Les outils de communication en cancérologie	39
1. Le dispositif d'annonce	39
2. La fiche RCP	41
3. Le Programme Personnalisé de Soins (PPS)	42
4. La fiche de détection des fragilités sociales	43
5. Le Programme Personnalisé de l'Après-Cancer (PPAC)	43
6. Le dossier communicant en cancérologie (DCC)	43
7. Les messageries sécurisées	44

C) Place du médecin généraliste en cancérologie	46
1. Contexte	46
2. Enjeux de l'étude	47
MATERIEL ET METHODE	48
I. Caractéristiques de l'étude	48
II. Populations étudiées	48
III. Élaboration et envoi des questionnaires	48
IV. Recueil et traitement des données	49
RESULTATS	50
I. Enquête auprès des médecins généralistes	50
A) Taux de participation	50
B) Caractéristiques des répondants	50
C) Connaissance des outils et dispositifs de coordination en cancérologie par les médecins généralistes	52
1. DMP et DCC	52
2. RCP	54
3. Messageries sécurisées	55
4. Les RRC	56
5. Les 3C	57
6. Les IDEC	58
D) Implication des médecins généralistes dans la prise en charge du cancer colo-rectal	58
E) Coordination des soins avec le CHU de Bordeaux	64
F) Impact des Plans cancer	68
II. Enquête auprès des patients atteints de cancer colo-rectal	70
A) Généralités	70
1. Relation du patient atteint de cancer colo-rectal avec le CHU de Bordeaux	70
2. Relation du patient atteint de cancer colo-rectal avec son médecin traitant	70
B) Le médecin généraliste dans la prise en charge du cancer colo-rectal d'après les patients	71
DISCUSSION	74
I. Limites de la méthode	74
A) Biais	74
B) Niveau de preuve	74
II. Discussion autour de l'enquête auprès des médecins généralistes	75
A) Taux de participation	75
B) Population étudiée	75
C) Connaissance des outils et dispositifs de coordination des soins en cancérologie	75

1. Les outils de communication	75
a) DMP/DCC	75
b) RCP	77
c) Les messageries sécurisées	79
d) Les autres outils de communication	80
2. Les dispositifs de coordination des soins en cancérologie	81
a) Les RRC et les 3C	81
b) Les IDEC	83
D) Implication des médecins généralistes dans la prise en charge du cancer	83
E) La coordination ville-hôpital	85
F) Impact des Plans cancer	86
III. Discussion autour de l'enquête auprès des patients	87
IV. Perspectives d'amélioration de la coordination des soins en cancérologie	88
A) Intégrer le médecin généraliste au protocole de soins	88
B) Améliorer les informations délivrées aux médecins généralistes	89
C) Évolution des métiers en cancérologie	90
D) Les patients	90
E) Les soins de support	91
CONCLUSION	92
BIBLIOGRAPHIE	93
ANNEXES	99
SERMENT D'HIPPOCRATE	121
RESUME	122

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1 : Cas incidents/décès estimés et taux d'incidence/de mortalité standardisés Monde par localisation en 2012 et tendances évolutives (1980-2012 et 2005-2012), estimations chez l'homme
- Tableau 2 : Cas incidents/décès estimés et taux d'incidence/de mortalité standardisés Monde par localisation en 2012 et tendances évolutives (1980-2012 et 2005-2012), estimations chez la femme
- Tableau 3 : Répartition par sexe, par tranche d'âge et par nombre de patients atteints de cancer (tous cancers confondus)
- Tableau 4 : Connaissance et utilisation des outils de coordination des soins en cancérologie
- Tableau 5 : Apports du DMP dans la pratique des MG
- Tableau 6 : Participation des médecins généralistes aux RCP
- Tableau 7 : Réception de la fiche RCP par les MG
- Tableau 8 : Les messageries sécurisées en médecine générale
- Tableau 9 : Connaissance et services attendus d'un RRC pour les médecins généralistes
- Tableau 10 : Connaissance du 3C par les médecins généralistes
- Tableau 11 : Les IDEC en médecine générale
- Tableau 12 : Implication des MG aux différents stades de la prise en charge du CCR (sur 83 répondants)
- Tableau 13 : Souhait d'un rôle plus important dans la prise en charge des CCR par les MG
- Tableau 14 : Souhait des MG de revoir le patient après la RCP
- Tableau 15 : Perceptions et attitudes du MG face à la demande de prise en charge en urgence d'un patient atteint de CCR
- Tableau 16 : Raisons avancées par les MG devant la perte de chances occasionnée par l'orientation du patient atteint de CCR vers une structure hospitalière non référente (sur 69 réponses)
- Tableau 17 : Mesures proposées par les MG pour éviter la perte de chances occasionnée par l'orientation du patient atteint de CCR dans un établissement de santé non référent (sur 74 réponses)
- Tableau 18 : Proportion de patients avec suspicion de CCR adressés au CHU de Bordeaux par les médecins généralistes
- Tableau 19 : Perceptions des médecins généralistes sur la coordination des soins en cancérologie avec le CHU de Bordeaux
- Tableau 20 : Estimation par les MG de la proportion de réception des fiches RCP des patients atteints d'un CCR et suivis au CHU de Bordeaux
- Tableau 21 : Estimation des MG sur la facilité à obtenir un avis ou à organiser une hospitalisation au sein du CHU de Bordeaux pour un patient atteint de CCR
- Tableau 22 : Proportion des médecins généralistes contactés par le service du CHU de Bordeaux où est hospitalisé un de leurs patients atteint de CCR
- Tableau 23 : Impact des Plans cancer en médecine générale
- Tableau 24 : Proportion de la satisfaction des patients atteints de CCR sur leur prise en charge au CHU de Bordeaux
- Tableau 25 : Généralités sur les relations du patient atteint de CCR avec son MT
- Tableau 26 : Perceptions des patients sur le rôle du MT et son implication dans la prise en charge de leur CCR
- Tableau 27 : Point de vue des patients sur le recours à leur MT pour un motif autre que le CCR
- Tableau 28 : Estimation par les patients de la bonne transmission des informations relatives à leur CCR par le CHU de Bordeaux vers leur MT
- Tableau 29 : Attentes d'un RRC d'après les MG d'Aquitaine, de la zone Nord Est de Lille et de la zone Nord des Hauts de Seine
- Tableau 30 : Implications et désirs de formation des MG dans les différents stades de prise en charge du patient atteint de cancer

LISTE DES FIGURES

- Figure 1 : Estimation du taux d'incidence (standardisé à l'âge et à la population mondiale) du cancer colo-rectal dans le monde, en 2012, tous sexes confondus.
- Figure 2 : Prévalence en médecine générale par tranche d'âge en 2009 de patients atteints de cancer
- Figure 3 : nombre de patients suivis par an par médecin généraliste
- Figure 4 : Schéma de l'organisation des soins et de la recherche autour du patient selon le rapport de la mission interministérielle pour la lutte contre le cancer 2003 – 2007
- Figure 5 : Le réseau régional de cancérologie (RRC) en synthèse dans l'organisation des soins définie en 2005
- Figure 6 : Dossiers médicaux présentés en RCP entre 2003 et 2015 en Aquitaine (nombre de fiches RCP enregistrées et nombre de patients présentés en RCP dans l'année)
- Figure 7 : Répartition des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire sur la région ALPC.
- Figure 8 : Répartition par sexe
- Figure 9 : Répartition par tranche d'âge
- Figure 10 : Estimation du nombre de patients atteints de cancer par médecin généraliste
- Figure 11 : Connaissance des outils de coordination en cancérologie par les MG
- Figure 12 : Fréquence d'utilisation du DMP par les MG
- Figure 13 : Aide apportée par le DMP en médecine générale dans le suivi des CCR
- Figure 14 : Meilleure coordination des soins avec le DMP
- Figure 15 : Participation des MG aux RCP
- Figure 16 : Raisons de non participation des MG aux RCP
- Figure 17 : Participation aux RCP en visioconférence
- Figure 18 : Réception de la fiche RCP par les MG
- Figure 19 : Connaissance de TéléSanté Aquitaine par les MG
- Figure 20 : Messagerie sécurisée plus utile que la réception de la fiche RCP par courrier postal
- Figure 21 : Connaissance du RRC par les MG
- Figure 22 : Attentes d'un RRC pour les médecins généralistes (sur 79 réponses)
- Figure 23 : Connaissance du 3C par les médecins généralistes
- Figure 24 : Connaissance des IDEC par les MG
- Figure 25 : Satisfaction des MG sur le rôle des IDEC dans la prise en charge des patients atteints de cancer
- Figure 26 : Implication des MG aux différents stades de la prise en charge du CCR (sur 83 répondants)
- Figure 27 : Proportion des MG souhaitant ou non être plus impliqués dans la prise en charge des patients atteints de CCR
- Figure 28 : Souhait des MG de revoir le patient après la RCP
- Figure 29 : Attitude des MG face à un patient atteint de CCR se présentant en consultation et nécessitant une prise en charge urgente
- Figure 30 : Estimation sur la perte de chances ou non pour le patient s'il est orienté vers une structure non référente en urgence
- Figure 31 : Proportion de MG estimant qu'il y ait pertes de chances par l'orientation du patient atteint de CCR vers une structure hospitalière non référente (sur 69 réponses)
- Figure 32 : Proportion de MG par mesure proposée pour éviter la perte de chances occasionnée par l'orientation du patient atteint de CCR dans un établissement de santé non référent (sur 74 réponses)
- Figure 33 : Proportion de patients avec suspicion de CCR adressés au CHU de Bordeaux par les médecins généralistes
- Figure 34 : Estimation de la qualité de la coordination des soins en cancérologie entre le CHU de Bordeaux et les médecins généralistes
- Figure 35 : Proportion de MG adressant leur patient au CHU de Bordeaux devant l'efficacité de la

coordination des soins

Figure 36 : Proportion de MG estimant qu'il existe une meilleure coordination des soins en cancérologie dans les établissements de santé autres que le CHU de Bordeaux

Figure 37 : Estimation par les MG de la proportion de réception des fiches RCP des patients atteints d'un CCR et suivis au CHU de Bordeaux

Figure 38 : Estimation de la proportion des MG sur la facilité à obtenir un avis concernant un patient atteint d'un CCR et suivi au CHU de Bordeaux

Figure 39 : Estimation de la proportion des MG sur la facilité à organiser une hospitalisation dans le service compétent du CHU de Bordeaux pour un patient atteint de CCR

Figure 40 : Estimation de la proportion des MG sur la facilité à organiser une hospitalisation dans l'urgence dans le service compétent du CHU de Bordeaux pour un patient atteint de CCR

Figure 41 : Proportion des médecins généralistes contactés par le service du CHU de Bordeaux où est hospitalisé un de leurs patients atteint de CCR

Figure 42 : Proportion des MG suffisamment informés ou non par les Plans cancer

Figure 43 : Proportion des MG estimant que leur pratique médicale est adaptée ou non aux mesures des Plans cancer

Figure 44 : Estimation de l'impact des Plans cancer en médecine générale dans la coordination des soins des patients atteints de CCR

Figure 45 : Proportion de la satisfaction des patients atteints de CCR sur leur prise en charge au CHU de Bordeaux

Figure 46 : Proportion de patients atteints de CCR ayant changé de médecin traitant ou non

Figure 47 : Proportion de patients atteints de CCR consultant régulièrement leur MT ou non

Figure 48 : Estimation par les patients d'un rôle ou non de leur MT dans la prise en charge de leur cancer colo-rectal

Figure 49 : Proportion de patients qui consultent leur MT pour un problème relatif à leur CCR

Figure 50 : Proportion de patients qui souhaitent ou non une implication plus importante de leur MT dans la prise en charge de leur CCR

Figure 51 : Proportion de patients consultant ou non leur MT pour un motif autre que le CCR

Figure 52 : Proportion de patients préférant recevoir l'avis ou non de leur cancérologue pour d'autre problème que le CCR

Figure 53 : Proportion de patients qui estiment une transmission correcte des informations relatives à leur CCR par le CHU de Bordeaux vers leur MT

Figure 54 : Répartition du dispositif MSSanté sur le territoire français

ABREVIATIONS

3C	Centre de Coordination en Cancérologie
AERES	Agence d'Évaluation de la Recherche et de l'Enseignement Supérieur
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
ARC	Association pour la Recherche sur le Cancer
ARS	Agences Régionales de la Santé
ASIP	Agence des Systèmes d'Information Partagés
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CCR	cancer colo-rectal
CépiDC	Centre épidémiologique sur les causes médicales de Décès
CERMES	Centre de Recherche Médicale et Sanitaire
CHR	Centre Hospitalier Régional
CLCC	Centre de Lutte Contre le Cancer
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNRS	Centre National de la Recherche Scientifique
CNS	Conférence Nationale de Santé
COP	Contrat d'Objectifs et de Performance
CPS	Carte de Professionnel de Santé
DCC	Dossier Communicant en Cancérologie
DESC	Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DGS	Direction Générale de la Santé
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DMP	Dossier Médical Personnel
DPC	Développement Professionnel Continu
DPPR	Dossier Patient Partagé et Réparti
DPRC	Dossier Patient du Réseau de Cancérologie
DSSIS	Délégation à la Stratégie des Systèmes d'Information de Santé
FMC	Formation Médicale Continue
FNCCHU	Fédération Nationale de Cancérologie des Centres Hospitaliers Universitaires
FNCLCC	Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer
FRANCIM	FRANce Cancer Incidence Mortalité

GIP	Groupement d'Intérêt Public
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
IDEC	Infirmier Diplômé d'État en Coordination
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INCa	Institut National du Cancer
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
InVS	Institut de Veille Sanitaire
MG	médecin généraliste
MILC	Mission Interministérielle pour la Lutte contre le Cancer
PNRT	Programme National de Réduction du Tabagisme
PPAC	Programme Personnalisé de l'Après-Cancer
PPS	Programme Personnalisé de Soins
RCA	Réseau de Cancérologie d'Aquitaine
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RNIPP	Répertoire National d'Identification des Personnes Physiques
ROHLim	Réseau d'Oncologie Hématologie du Limousin
RRC	Réseau Régional de Cancérologie
RTC	Réseau Territorial de Cancérologie
SFTG	Société de Formation Thérapeutique du Généraliste
SIRIC	Site de Recherche Intégrée sur le Cancer
SMSC	Système Multi-Sources des Cancers
SOR	Standards Options Recommandations
SOS	Soins oncologiques de support
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
TAS	Temps d'Accompagnement Soignant
UNESCO	United Nations Educational Scientific and Cultural Organization
URPS MLA	Union Régionale des Professionnels de Santé des Médecins Libéraux d'Aquitaine
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

I. Épidémiologie

A) Généralités

Devant l'avancée des innovations en technologie et thérapeutiques médicales associée au vieillissement et à l'augmentation de la population, la pathologie cancéreuse est un problème et un enjeu majeur de santé publique.

En effet, en 2005, on estime en France près de 320 000 nouveaux cas de cancers pour les deux sexes confondus, 180 000 chez les hommes et 140 000 chez les femmes. Les cancers alors les plus fréquents étaient pour l'homme par ordre décroissant : le cancer de la prostate (62 000 nouveaux cas), le cancer du poumon (24 000 nouveaux cas) et le cancer colo-rectal (20 000 nouveaux cas). Chez la femme, ce sont d'abord les cancers du sein (50 000 nouveaux cas), le cancer colo-rectal (18 000 nouveaux cas) et le cancer du poumon (7 000 nouveaux cas).

En 1980, où on estimait alors 170 000 nouveaux cas de cancers, on se rend compte que ce nombre a augmenté de 93% chez l'homme et de 84% chez la femme. Les évolutions démographiques de la population française ces 25 dernières années, expliquent 25% de cette augmentation du nombre de cas, associées au vieillissement de la population qui serait pour sa part responsable à hauteur de 20%. En réalité, seulement un peu plus de la moitié des cas supplémentaires de cancers entre 1980 et 2005 sont dus à l'augmentation de l'incidence des cancers, chiffrée à +1,2% chez l'homme et +1,4% chez la femme. L'élément remarquable cependant est l'évolution divergente du risque de mortalité par cancer qui, à l'inverse du taux d'incidence, a diminué en moyenne de 1% par an, cela s'expliquant en partie par l'amélioration de la survie des patients grâce aux progrès des traitements et des techniques diagnostiques, ainsi que par les mesures de prévention comme le dépistage. (1)

En 2012, on estime à 355 000 nouveaux cancers en France métropolitaine, soit 200 000 chez l'homme et 155 000 chez la femme). En terme de variation du taux d'incidence (standardisé sur la population mondiale), où l'augmentation au cours de la période 1980-2005 est en moyenne de +0,8% par an chez les hommes et de +1,1% chez les femmes, on remarque par contre une inversion de cette tendance sur la période 2005-2012, avec une diminution de l'incidence en moyenne de -1,3% par an chez les hommes (Tableau 1), et un ralentissement de l'augmentation chez la femme (+0,2% par an en moyenne) (Tableau 2). Ces tendances semblent liées à la meilleure prise en charge en terme de dépistage et de traitement, au cancer de la prostate chez l'homme et au cancer du sein chez la femme. Concernant la mortalité, le cancer du poumon se situe au premier rang chez l'homme (21 300 décès estimés en 2012) devant le cancer colo-rectal (9200 décès) et le cancer de la prostate (8900 décès). Chez la femme, c'est le cancer du sein qui est au premier rang (11 900 décès) devant le cancer du poumon (8600 décès) et le cancer colo-rectal (8400 décès). Par ailleurs, on constate également une diminution de 1% en moyenne par an du taux standardisé de mortalité (diminution de 2,9% par an chez les hommes et de 1,4% par an chez les femmes sur la période 2005-2012). (2)

En 2015, on estime à 385 000 nouveaux cas de cancer en France métropolitaine (soit 211 000 chez les hommes et 174 000 chez les femmes). Le taux d'incidence standardisé à la population mondiale est de 362,4 pour 100 000 hommes, ce qui est assez stable en comparaison avec 2012, et de 272,6 pour 100 000 femmes, en légère augmentation comparé à 2012. (3)

En Gironde, grâce au réseau FRANCIM, suite au premier Plan Cancer 2003-2007, permettant

le développement de registres du cancer, on estime en 2005 à 7 646 nouveaux cas de cancer, soit 4 307 chez les hommes et 3 339 chez les femmes, soit des taux d'incidences standardisés respectifs de 402,6 et de 325,8 pour 100 000 individus par an.

En 2012, on estime à 8581 nouveaux cas de cancer, soit 4603 chez les hommes et 3976 chez les femmes, soit des taux d'incidence standardisés respectifs de 366 et de 281 pour 100 000 individus par an. (4)

Tableau 1 : Cas incidents/décès estimés et taux d'incidence/de mortalité standardisés Monde par localisation en 2012 et tendances évolutives (1980-2012 et 2005-2012), estimations chez l'homme (2)

Localisation	Incidence				Mortalité			
	Situation en 2012		Taux annuel moyen d'évolution (%)		Situation en 2012		Taux annuel moyen d'évolution (%)	
	Nombre de nouveaux cas	Taux d'incidence ⁽¹⁾	1980-2012	2005-2012	Nombre de décès	Taux de mortalité ⁽¹⁾	1980-2012	2005-2012
Lèvre, cavité orale, pharynx	8 033	16,1	-2,8	-5,3	2 465	4,7	-3,7	-6,5
Œsophage	3 503	6,2	-3,0	-4,4	2 653	4,6	-3,4	-5,0
Estomac	4 308	7,0	-2,2	-2,2	2 834	4,4	-3,4	-2,8
Côlon-rectum	23 226	38,4	0,3	-0,3	9 275	13,3	-1,2	-1,5
Foie ⁽²⁾	6 867	12,1	3,2	1,3				
Pancréas ⁽²⁾	5 963	10,2	2,3	4,5				
Larynx	2 821	5,4	-2,9	-4,7	783	1,4	-6,4	-9,3
Poumon	28 211	51,7	0,1	-0,3	21 326	37,0	-0,5	-2,2
Mélanome de la peau	5 429	10,8	4,7	2,9	954	1,7	1,9	0,1
Prostate ⁽³⁾	56 841 ⁽³⁾	99,4 ⁽³⁾			8 876	10,2	-1,5	-3,7
Testicule	2 317	7,2	2,4	1,6	85	0,2	-3,5	-2,6
Vessie	9 549	14,7	-0,4	-1,4	3 574	4,9	-1,1	-2,4
Rein	7 781	14,5	2,0	1,8	2 651	4,0	0	-1,2
Système nerveux central	2 814	6,3	1,1	0,4	1 761	3,6	0,4	-1,1
Thyroïde	2 324	5,5	5,2	5,4	145	0,2	-1,9	-2,7
Tous cancers ⁽⁴⁾	200 350	362,6	0,8	-1,3	85 255	133,6	-1,5	-2,9

Tableau 2 : Cas incidents/décès estimés et taux d'incidence/de mortalité standardisés Monde par localisation en 2012 et tendances évolutives (1980-2012 et 2005-2012), estimations chez la femme (2)

Localisation	Incidence				Mortalité			
	Situation en 2012		Taux annuel moyen d'évolution (%)		Situation en 2012		Taux annuel moyen d'évolution (%)	
	Nombre de nouveaux cas	Taux d'incidence ⁽¹⁾	1980-2012	2005-2012	Nombre de décès	Taux de mortalité ⁽¹⁾	1980-2012	2005-2012
Lèvre, cavité orale, pharynx	3 283	5,6	1,5	1,1	727	1,0	-0,5	-2,2
Œsophage	1 129	1,5	1,1	1,1	791	0,9	-0,5	-1,1
Estomac	2 248	2,6	-2,6	-2,0	1 577	1,7	-3,8	-2,7
Côlon-rectum	18 926	23,7	0,1	-0,3	8 447	7,9	-1,4	-1,1
Foie ⁽²⁾	1 856	2,4	3,5	3,0				
Pancréas ⁽²⁾	5 699	6,9	3,9	5,4				
Larynx	501	0,9	1,1	0,5	123	0,2	-2,5	-4,5
Poumon	11 284	18,6	5,3	5,4	8 623	12,9	3,7	4,6
Mélanome de la peau	5 747	11,0	3,2	1,7	718	1,0	0,8	-1,8
Sein	48 763	88,0	1,4	-1,5	11 886	15,7	-0,6	-1,5
Col de l'utérus	3 028	6,7	-2,5	-1,2	1 102	1,8	-3,2	-2,0
Corps de l'utérus	7 275	10,8	0,1	0,3	2 025	2,2	-1,0	-0,6
Ovaire	4 615	7,6	-0,6	-1,2	3 140	3,8	-1,2	-3,3
Vessie	2 416	2,5	-0,4	0,9	1 198	1,0	-1,0	-0,9
Rein	3 792	5,8	1,7	1,4	1 306	1,4	-0,9	-2,1
Système nerveux central	2 185	4,2	0,9	0,2	1 291	2,2	0,4	-1,9
Thyroïde	5 887	13,8	5,1	2,7	230	0,2	-3,4	-4,2
Tous cancers ⁽⁴⁾	155 004	252,0	1,1	0,2	63 123	73,2	-1,0	-1,4

⁽¹⁾ Taux standardisés selon la structure d'âge de la population mondiale et exprimés pour 100 000 personnes-années.

⁽²⁾ Les données de mortalité des cancers du foie et du pancréas ne sont pas présentées du fait d'une moindre fiabilité de ces données par rapport aux autres localisations.

⁽³⁾ L'estimation 2012 pour l'incidence du cancer de la prostate repose sur une hypothèse de stabilité des taux d'incidence entre 2009 et 2012 (voir encadré Avertissement).

⁽⁴⁾ L'estimation Tous cancers est obtenue en faisant la somme des estimations par localisation, à laquelle ont été ajoutées les estimations pour les localisations Hémopathies malignes (définies selon la classification de l'article Belot, et al. de 2008) et pour la localisation Autres cancers.

B) Le cancer colo-rectal

Dans le monde, le cancer colo-rectal se situe au 3ème rang des cancers les plus fréquents. On estime en 2012 à 14 067 894 nouveaux cas de cancers dans le monde tous types confondus (taux d'incidence standardisé = 182 pour 100 000 habitants), et le cancer colo-rectal en représente 9,7%, soit 1 306 602 nouveaux cas (taux d'incidence standardisé = 17,2 pour 100 000 habitants).(5)

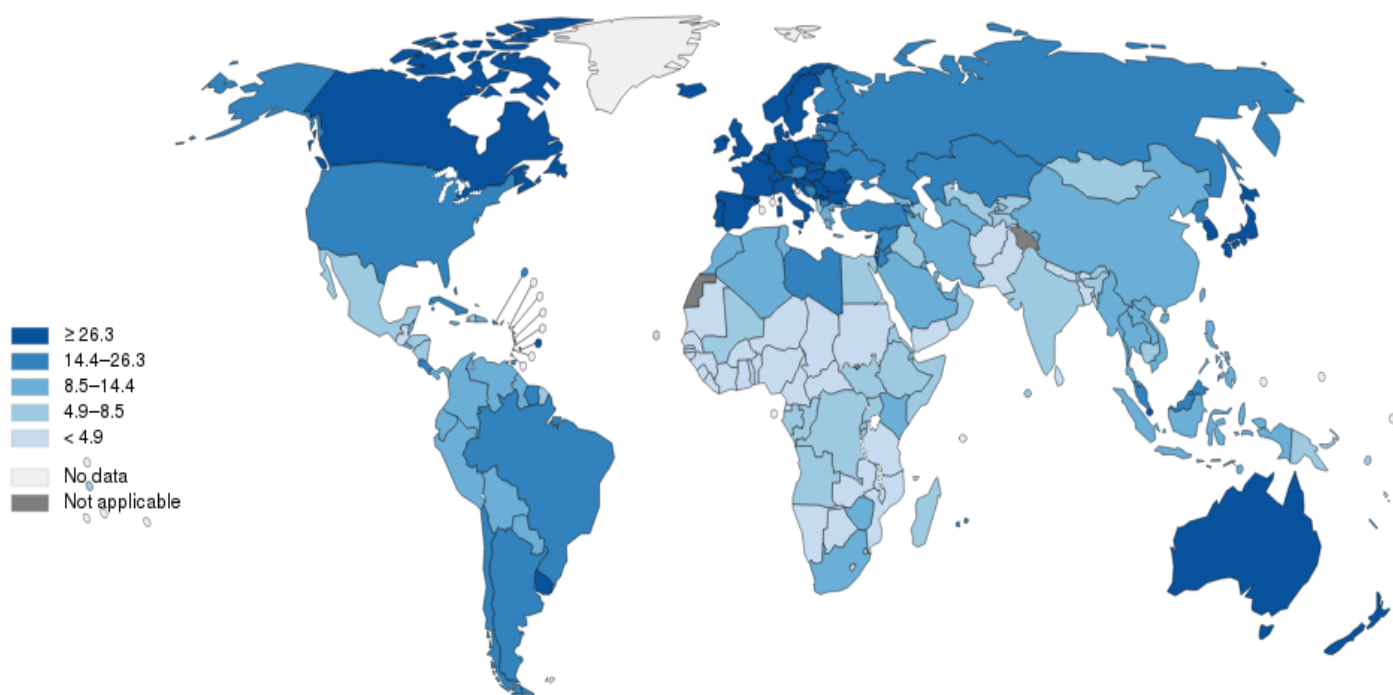


Figure 1 : Estimation du taux d'incidence (standardisé à l'âge et à la population mondiale) du cancer colo-rectal dans le monde, en 2012, tous sexes confondus.

En France, en 2012, le CCR se situe également au 3ème rang des cancers les plus fréquents. On estime à 42 152 nouveaux cas de CCR tous sexes confondus (taux d'incidence standardisé = 30 pour 100 000 habitants(5)).

Chez l'homme, il se situe toujours au 3ème rang des cancers les plus fréquents (après la prostate et le poumon), et on estime à 23 226 nouveaux cas de CCR en 2012 (taux d'incidence standardisé = 38,4 pour 100 000 habitants).

Chez la femme, le CCR se situe au 2ème rang des cancers les plus fréquents (après le cancer du sein), et on estime à 18 926 nouveaux cas de CCR en 2012 (taux d'incidence standardisé = 23,7 pour 100 000 habitants). En terme de mortalité, on observe la même divergence que sus-citée concernant le taux de mortalité qui diminue de 1,5% chez l'homme et de 1,1% chez la femme sur la période 2005-2012. (6)

En Gironde, en 2012, on estime à 1026 nouveaux cas de CCR tous sexes confondus (taux d'incidence standardisé = 31,7 pour 100 000 habitants), soit chez l'homme 527 nouveaux cas (taux d'incidence standardisé = 37,6 pour 100 000 habitants) et chez la femme 499 nouveaux cas (taux d'incidence = 27,4 pour 100 000 habitants). (4)

C) En médecine générale

Très peu de données au niveau national existent sur la prévalence de la prise en charge des cancers par les médecins généralistes.

Sur l'année 2009, selon l'Observatoire de Médecine Générale, on estimait qu'un médecin généraliste suivait en moyenne 20,4 patients atteints d'un cancer, et pratiquait en moyenne 61,6 actes relatifs au cancer. En comparaison, dix ans auparavant en 1999, un médecin généraliste suivait en moyenne 10 patients atteints de cancer (environ 33,4 actes par an). On s'aperçoit alors que ces chiffres ont doublé en dix ans.(7)

En 2010, une enquête réalisée par la Ligue contre le cancer, montrait que les cancers représentent un motif de consultation en médecine générale en forte augmentation pour 65,6% des médecins généralistes interrogés, une augmentation notamment liée au vieillissement de leurs patients. (figure 2)(8)

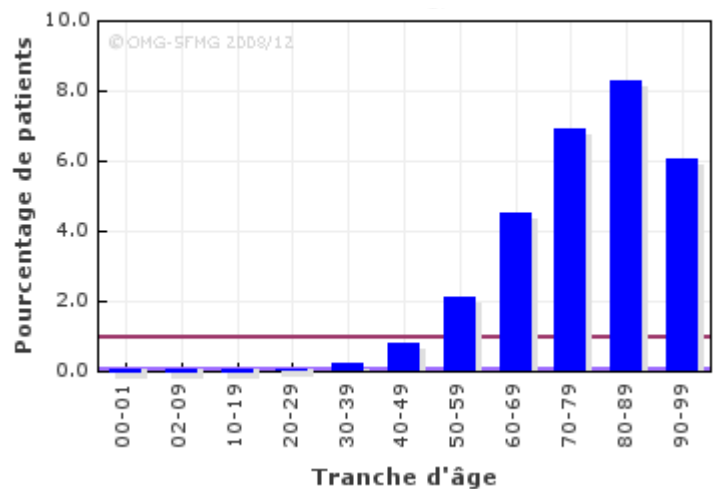


Figure 2 : Prévalence en médecine générale par tranche d'âge en 2009 de patients atteints de cancer

Quelques données sont disponibles à l'échelle plutôt régionale ou départementale.

En effet, une enquête menée en 2010, dans les quatre départements de la Champagne-Ardennes et dans le département de l'Aisne, montre que sur 705 MG interrogés, plus de 50% d'entre eux estiment suivre plus de 20 patients atteints de cancer et que plus de 40% d'entre eux prennent en charge entre 5 et 10 nouveaux patients atteints de cancer par an. (figure 3). (9)

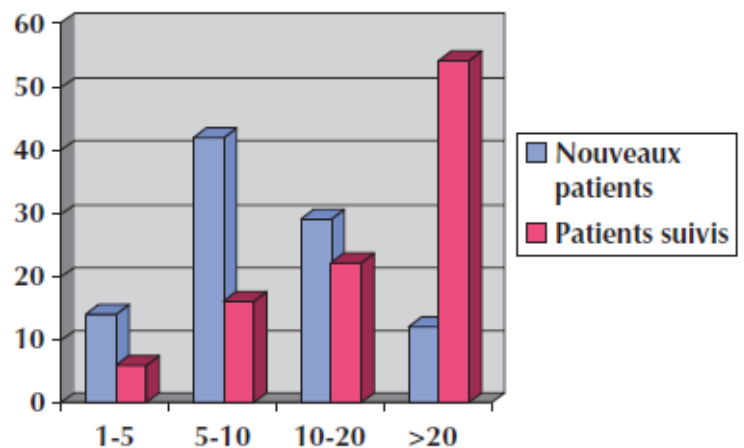


Figure 3 : nombre de patients suivis par an par médecin généraliste

Plusieurs travaux de thèse ont été réalisés permettant d'établir une estimation de la prévalence de la prise en charge des cancers en médecine générale, dans différents départements voire régions de France.

En effet, en 2010, il a été montré dans la zone Nord des Hauts de Seine, que sur 69 médecins interrogés, 25% d'entre eux estiment suivre moins de 5% de patients atteints de cancer, 35% entre 5 et 10 patients, 17% entre 11 et 30 et 23% plus de 30 patients, sur toute leur patientèle.(10)

En 2012, en Poitou-Charente, sur 64 médecins interrogés, 8% estiment suivre moins de 5 patients atteints de cancer, 36% entre 5 et 10, 17% entre 10 et 15, 16% entre 15 et 20, et 23% plus de 20 patients.(11)

En 2014, dans l'ancienne région Nord Pas de Calais, sur 181 médecins interrogés, 10% d'entre eux estiment suivre moins de 5 patients atteints de cancer, 21% entre 5 et 10, 46% entre 10 et 30, et 23% plus de 30 patients. L'incidence sur cette même population interrogée est de 7,52 nouveaux cas de cancer par an.(12)

En Aquitaine et en Gironde particulièrement, nous ne disposons pas de chiffre à l'heure actuelle.

D) En terme de dépenses de santé

En 2014, les dépenses totales liées à la prise en charge des cancers sont estimées à près de 8,379 milliards d'euros (3), ce qui représente une augmentation de plus d'un milliard d'euros en 2 ans. (13)

II. Histoire de la lutte contre le cancer

A) Historique

Créée par l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise des dépenses de soins, la deuxième Conférence nationale de santé (CNS) s'est tenue en juillet 1997 et a mis l'accent sur la nécessité d'une organisation optimale des soins concernant la prise en charge des cancers. Les membres de la CNS ont particulièrement insisté sur l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire concertée, pour que tous les patients aient accès à des soins de qualité et de proximité, par notamment la mise en place de réseaux accrédités en cancérologie. (14)

Suite à la CNS 1997, la Circulaire DGS/DH/AFS n°98-213 du 24 mars 1998 est alors un des premiers aspects de la politique de santé qui vise à structurer l'organisation des soins en cancérologie, qui exige alors une stratégie pluridisciplinaire avec des schémas de prise en charge fondés sur des protocoles, qui seront insérés dans le dossier du patient et adressés au médecin traitant, ce qui semble correspondre à la première ébauche des RCP desquelles découlent les fiches RCP aujourd'hui envoyées au médecin traitant.

Ils précisent également que les médecins traitants seront associés à l'élaboration de ce schéma de prise en charge et au déroulement du traitement. Ils seront chargés du suivi au long cours. La nécessité d'une formation spécifique en cancérologie et sur l'approche pluridisciplinaire en réseau de cancérologie pour le médecin généraliste est alors abordée.

L'accent est mis également sur la nécessité d'une organisation en réseau de soins, comme définis au sens de l'article L. 712-3-2 du Code de la Santé Publique. C'est alors la première fois, que l'on insiste sur l'importance de formaliser les collaborations qui existent déjà entre professionnels de santé sur le domaine de la cancérologie, notamment en réseau de soins à proprement parlé. Ces réseaux devront correspondre aux objectifs des SROS et de la CNS.

Ces réseaux seront constitués autour de la prise en charge hospitalière. Néanmoins, ils devront développer le plus possible les relations avec les médecins libéraux qui sont souvent les premiers consultés par les malades. (15)

Parallèlement à ces textes réglementaires, de nouvelles instances associatives prennent de plus en plus d'ampleur et de poids dans les décisions relatives au cancer :

La Ligue contre le cancer :

fondée en 1918 par Justin Godart sous le nom de la Ligue franco-anglo-américaine contre le cancer, elle est reconnue d'utilité publique en 1920 et devient la Ligue française contre le cancer en 1927. En 1955, elle a pour vocation de fédérer l'ensemble des associations départementales et des Comités luttant contre le cancer. Ces comités départementaux sont reconnus officiellement par la DGS en 1957.

Elle devient la Ligue contre le cancer en 1992.

Organisés par l'association, les États généraux des malades atteints de cancer en 1998 (avec notamment la parution de « Les malades prennent la parole. Le livre blanc des Premiers états généraux des malades du cancer »), 2000 et 2004 ont permis à la Ligue contre le cancer de se placer comme porte-parole des personnes malades et de leurs proches auprès des soignants et des responsables de santé.

Enfin, la Ligue a largement contribué à l'élaboration des différents Plans Cancers énoncés par l'État et à la mise en œuvre de leurs différentes mesures. (16)

UNICANCER :

c'est en 1922 que sont mentionnés pour la première fois les CLCC. En 1925, existent alors déjà 12 centres dans les principales villes de Province. En octobre 1945, le Général de Gaulle signe l'ordonnance qui définit d'un point de vue administratif et législatif, les missions des CLCC. Le modèle des CLCC repose sur une prise en charge globale (médicale, psychologique et sociale) personnalisée et innovante, appliquée depuis le dépistage jusqu'au suivi après traitement.

Les CLCC assurent une triple mission de service public de soins, de recherche et d'enseignement. Ils ont toujours montré leur volonté de collaborer de manière transversale et synergique. Ainsi en 1964, est fondée la Fédération des CLCC pour les représenter auprès des pouvoirs publics.

En 2007, ils adoptent leur stratégie groupe, qui aboutit alors en 2011 à la création d'Unicancer, groupe des CLCC.

Ces derniers sont très impliqués dans les Plans Cancer, aussi bien dans leur élaboration que dans leur mise en œuvre.

Ils sont partenaires de la Ligue contre le cancer.(17)

B) La Charte de Paris

Initiée par le Pr David Khayat, président de la Fondation AVEC, la Charte de Paris est une convention internationale qui vise à garantir et améliorer l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge des patients grâce à l'engagement des gouvernements dans la lutte contre le cancer.

Elle a été signée pour la première fois par le Président de la République française Jacques Chirac et le Président de l'UNESCO Koichiro Matsuura, le 4 février 2000 à l'issue du Sommet mondial contre le cancer pour le nouveau millénaire.

C'est en souvenir de cette signature que la date du 4 février 2000 est devenue la Journée mondiale contre le cancer.

A ce jour, près d'une quinzaine de pays dans le monde est signataire de cette charte.(18)

C) Commission d'Orientation sur le cancer 2002

A la demande de Jean-François Mattei, alors Ministre de la Santé et de Claudie Haigneré, alors Ministre de la Recherche, une commission d'orientation sur le cancer a été mise en place le 9 septembre 2002 et a alors pour mission d'identifier les mesures dont la France a besoin pour résoudre l'immense problème de santé publique posé par le cancer. A partir d'un état des lieux des forces et faiblesses de l'organisation de la lutte contre le cancer, cette commission a été chargée de formuler des propositions concrètes et chiffrées permettant l'amélioration du dispositif existant dans tous les domaines inhérents à la cancérologie (prévention, information et dépistage, organisation et fonctionnement du système de soins, prise en charge globale des besoins des patients et de leur famille, politique de recherche fondamentale, clinique et épidémiologique).

Le rapport de cette commission a été remis le 16 janvier 2003 et sert alors de coup d'envoi au premier Plan Cancer annoncé par le Président Jacques Chirac le 24 mars 2003.(19)

D) Premier Plan Cancer 2003 – 2007 et création de l'INCa

Comme annoncé lors de sa campagne, faisant de la lutte contre le cancer l'une de ses priorités politiques, le Président de la République Jacques Chirac présente les 70 mesures du premier Plan Cancer. Il s'échelonne d'avril 2003 à décembre 2007.

Ce plan de mobilisation nationale tente d'intégrer toutes les dimensions inhérentes à la prise en charge d'un patient atteint de cancer, autour de six grands axes :

La prévention (mesures 1 à 20) :

- soutien des registres du cancer et développer le système d'épidémiologie de l'InVS
- lutte contre le tabac et l'alcool
- lutte contre les risques cancérigènes environnementaux et professionnels

Le dépistage (mesures 21 à 28) :

- généralisation du dépistage du cancer du sein
- favoriser le dépistage du cancer du col de l'utérus
- développer le dépistage du cancer colo-rectal

Les soins (mesures 29 à 53) :

- généralisation des réseaux de cancérologie, mise en place d'une coordination systématique des acteurs de soins à l'hôpital et en ville (*figure 4*)
- accompagnement thérapeutique favorisant les relations humaines et l'information du malade : consultation d'annonce dédiée, favoriser les soins à domicile...
- développer des soins de support et des soins palliatifs
- favoriser et encourager les dispositifs diagnostiques et thérapeutiques innovants

Le social (mesures 54 à 60) :

- améliorer les dispositifs de maintien dans l'emploi
- favoriser la présence et l'implication des associations

La formation (mesures 61 à 65) :

- favoriser et réformer la formation en cancérologie pour les professions médicales et chirurgicales mais aussi paramédicales

La recherche (mesures 66 à 70) :

- mise en place des Cancéropôles
- promouvoir des projets de recherches au niveau international

Ce premier Plan Cancer propose par ailleurs la création de l'INCa (Institut National du Cancer), comme clé d'une meilleure coordination de l'ensemble des intervenants de la lutte contre le cancer.

Il associera très étroitement à son fonctionnement les chercheurs, les professionnels de santé et les représentants des patients.

Dans le domaine des soins, l'INCa portera une vision globale depuis l'épidémiologie et la surveillance des risques cancérigènes jusqu'aux réseaux et établissements de soins. Il suivra la réalisation des dispositions concernant la qualité et la coordination des soins.

Il permettra le financement et l'appui de projets de recherches des organismes de recherche (INSERM, CNRS,...) sans pour autant s'y substituer.

Enfin, il sera étroitement associé à des institutions conduisant des programmes de recherche comme l'ARC et la Ligue contre le cancer, ainsi qu'à des grands groupes coopérateurs comme la FNCLCC et la FNCCHU.(20)

Le 9 août 2004, la loi n°2004-806 relative à la politique de santé publique, porte la création de l'INCa et paraît au Journal Officiel, pour être finalement créé officiellement le 24 mai 2005.

Aujourd'hui, l'INCa est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie de l'État chargée de coordonner les actions de lutte contre le cancer. Elle est placée sous la tutelle conjointe du ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, et du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Il est constitué sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP) qui rassemble en son sein l'Etat, les grandes associations de lutte contre le cancer, les caisses d'assurance maladie, les organismes de recherche et les fédérations hospitalières.(21)

E) Circulaire N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie

Cette circulaire relative à l'organisation des soins en cancérologie a été créée pour intégrer les mesures du Plan Cancer. Elle a pour but d'appuyer et de garantir le nouveau SROS, ainsi que :

- permettre un accès rapide au diagnostic
- mise en place d'un dispositif d'annonce, lors d'une consultation dédiée annonçant le diagnostic et la stratégie thérapeutique qui aura été déterminée suite à
- un avis suite à une RCP avec une organisation bien définie, dont la stratégie thérapeutique se base sur des recommandations de bonne pratique clinique dont l'élaboration et la mise à jour sont assurées par l'INCa. A partir de ces recommandations, les RRC élaborent des référentiels régionaux.
- remise d'un PPS au cours de la consultation du dispositif d'annonce qui contient au minimum : la stratégie thérapeutique proposée en RCP, les noms et coordonnées du médecin et de l'équipe soignante référents, ainsi que les noms et coordonnées des associations de patients.
- mise en œuvre de traitements spécifiques de qualité dans les meilleurs délais, en particulier en chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie
- accès aux soins de support qui correspondent à une coordination qui doit mobiliser des compétences et organiser leur mise à disposition par le patient et ses proches. Elle est actée pour chaque patient au cours des RCP. Cela concerne principalement la prise en compte de la douleur, la fatigue, l'état nutritionnel, les troubles digestifs, respiratoires, génito-urinaires, moteurs, les handicaps, les troubles odontologiques, les difficultés sociales, la souffrance psychique et l'accompagnement de fin de vie.
- SROS de 3ème génération(22) :
 - Au sein des établissements de santé, qui ont l'obligation d'être membre d'un réseau de santé en cancérologie permettant une coordination des acteurs dans la prise en charge du cancer à l'hôpital et en ville, en assurant la continuité des soins.
Par la création des 3C qui ont 4 missions principales : mise à disposition de référentiels et de protocoles validés pour les professionnels de santé ; s'assurer de la mise en œuvre de la

pluridisciplinarité ; informer, orienter, aider les patients dans leurs démarches ; produire des informations sur les activités carcinologiques médico-chirurgicales et pharmaceutiques de l'établissement, sous forme d'un rapport d'activités annuel standardisé et précisé par l'INCa.

- Au sein des territoires de santé : cette organisation est centrée sur la prise en charge du patient au sein de l'établissement de santé et sur la continuité des soins entre la ville et l'hôpital au sein des réseaux de santé, avec la mise en place de sites de cancérologie, des établissements de santé de proximité ou structures de soins à domicile ayant l'obligation d'être membres d'un réseau, assurant le suivi des traitements prévus dans le PPS, et la coordination avec le médecin traitant grâce au fonctionnement du réseau de santé, avec la mise en place à court terme d'un échange informatisé.
- Au sein de la région : le pôle régional de cancérologie, qui sera constitué par les établissements de santé ou les sites de cancérologie qui exercent, en plus de leurs activités de soins standards, des missions régionales hautement spécialisées, de recours, et d'expertise, de recherche clinique et d'innovation.
- Le réseau régional de cancérologie (RRC) : a un rôle de coordination de l'ensemble des opérateurs, et a pour mission :
 - promotion et amélioration de la qualité en cancérologie (référentiels...)
 - promotion d'outils de communication communs au sein de la région (dont le DCC)
 - aide à la formation continue
 - recueil et analyse régionale des données relatives à l'activité de soins, alimentés par les 3C
 - évaluation des membres et des pratiques au sein du réseau
 - information des professionnels et des patients.(23)

Par ailleurs, en 2007, la DHOS, la CNAMTS et l'INCa se sont associés afin de rédiger une circulaire qui définit l'organisation des RRC, ainsi que leurs missions particulières dans l'organisation régionale de la cancérologie (comme défini dans la circulaire du 22 février 2005) et également la procédure spécifique de labellisation par l'INCa.(24)

F) Évaluations et rapports du 1er Plan Cancer

Sur les 70 mesures annoncées, on pouvait estimer qu'à l'issue de la période d'exécution du plan, 5 mesures avaient été totalement abandonnées, 22 avaient été mises en œuvre sans documenter un degré significatif de réalisation, 22 l'avaient été à un degré moyen ou variable selon les sites, 22 avaient été concrétisées à un niveau élevé, largement conforme aux objectifs et 6 avaient été intégralement concrétisées. Cette appréciation nationale recouvre cependant des inégalités considérables entre départements, notamment entre la métropole et l'outre-mer. (25)

Concernant les systèmes d'observation des cancers, en particulier les registres du cancer, l'objectif a été atteint de permettre une couverture visant 15% de la population française. Elle a cependant été freinée par des mesures du Plan mal calibrées (notamment ni l'Assurance

maladie ni le CépiDC, ni l'ATIH n'ont participé) ; par la base simplement volontaire d'un partage de données ; par l'utilisation d'un système multi-sources de surveillance épidémiologique des cancers dont le cadre juridique et médico-administratif est très complexe à établir pour garantir une anonymisation des données échangées ; par des délais de validation des cas de cancer par les registres évalués à près de 4 ans ; par une grève des anatomo-pathologistes stoppant la création d'une base de données anatomo-pathologiques ; par le Répertoire National d'Identification des Personnes Physiques (RNIPP) qui est un service permettant l'accès aux causes de décès d'un patient) mais qui est payant.

Concernant les facteurs de risque et la prévention, globalement, les mesures sont susceptibles de concourir à l'atteinte des objectifs de santé publique sur ces thèmes. On estime qu'entre un tiers et la moitié des mesures ont été totalement réalisées.

Dans les deux cas cependant, des leviers d'intervention préventive importants ne sont pas ou peu présents, particulièrement l'éducation à la santé. Cela est particulièrement vrai pour le facteur alcool, relativement à son poids épidémiologique.

Ces mesures ont souffert d'un manque de pilotage clair et d'une coordination générale notamment interministérielle. Il semble nécessaire de poursuivre la prévention contre les facteurs de risque (alcool, tabac, alimentation, rayonnements UV) mais en associant d'autres facteurs modifiables tels l'activité physique et les agents infectieux, et d'y associer l'éducation à la santé. Cela en sera d'autant plus difficile qu'il sera nécessaire de prendre en compte les inégalités sociales de santé sur le territoire français.

Concernant la qualité des pratiques et l'innovation, on constate un retard de quelques années dans l'élaboration, la diffusion et l'utilisation de recommandations de pratique clinique à destination des professionnels de santé et aux patients. En effet à l'issue du Plan, aucune recommandation nationale autre que les publications SOR avec le logo de l'INCa n'avait été publiée. Il faudrait donc définir la procédure et le calendrier de mise à jour.

Il en va de même pour l'établissement de critères d'agrément pour la pratique de la cancérologie, on observe un décalage de mise en œuvre, puisque les premières autorisations ne seront attribuées qu'à partir de mi-2009.

L'adaptation de la prise en charge aux spécificités des populations, notamment pédiatrique et gériatrique se met en place. L'oncogériatrie est un domaine très peu avancé, ce qui en ralentit la mise en œuvre.

Concernant l'accompagnement social, l'équipe d'évaluation estime qu'il aurait fallu une meilleure identification des besoins car certaines mesures sont trop imprécises dans leur énonciation ou trop générales dans leurs objectifs, pour être mises en œuvre.

Globalement, ces mesures ont été réalisées partiellement et de manière inégale. Il semble nécessaire de trouver des éléments d'évaluation de ces mesures, car il n'y a en effet aucun élément de suivi, rajouté au nombre et à la variété des acteurs impliqués dans l'accompagnement social.

Concernant l'évaluation des recherches, le HCSP n'a pas pu mobiliser une équipe compétente. Donc il était impossible de présenter à ce stade de résultat d'évaluation de la recherche.

Concernant le pilotage du Plan cancer, l'évaluation est marquée par la création de l'INCa, qui pour la première fois en France est une agence nationale constituée autour d'une thématique et non d'un domaine de compétences. La Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer (MILC), qui avait pour mission de préparer la création de l'INCa, a assuré une coordination interministérielle au lancement du plan, que la création de l'INCa n'a pas permis de poursuivre. Il y a eu donc confusion entre le pilotage (interministériel) et la mise en œuvre (qui aurait pu être dévolue à

l'INCa), ce qui a grandement freiné la mise en place des RRC.

Enfin, l'absence de dispositif de suivi et d'indicateurs d'évaluation ne permet pas a posteriori de se prononcer avec un niveau d'assurance satisfaisant sur les résultats et impacts du plan.(26)

Concernant les sujets de dépistage et d'organisation des soins, thématique pilotée par l'IGAS, il faut attendre le rapport du Pr Grünfeld pour en obtenir le compte rendu d'évaluation.

Sur le dépistage organisé, on constate surtout des disparités très importantes d'une région à l'autre notamment en ce qui concerne le dépistage organisé du cancer du sein, qui s'est généralisé sur le territoire en 2004.

La décision de généraliser le dépistage du cancer colo-rectal date de 2005. L'extension s'est faite rapidement et efficacement, avec notamment une participation de 42% sur les 23 départements testés en phase pilote.

Il semble important de remettre le médecin traitant au cœur des dépistages, notamment celui du cancer du sein, où le médecin traitant (MT) n'est pas intégré dans le circuit d'invitation et de suivi du dépistage. Il semblerait alors intéressant de donner des outils aux MT leur permettant d'être facilement avertis quand leurs patients n'ont pas effectué de dépistage depuis plus de 2 ans.(27)

Concernant l'organisation des soins, ont été évalués les pôles régionaux de cancérologie, les RRC et les 3C. On constate une variabilité interrégionale, due en partie au retard dans la diffusion des textes pour clarifier le rôle de chacune de ces structures, et due également à l'ambiguïté dans les missions de chacun des intervenants.

Le DCC n'est toujours pas opérationnel, les établissements de santé et les réseaux se dotant de systèmes de communication des informations qui ne semblent pas être reliés au milieu ambulatoire. Par ailleurs, la RCP constitue une avancée majeure, associée au dispositif d'annonce et au PPS, qui se sont développés de façon variable mais en gardant une certaine efficacité.

Les soins de support, cependant, se développent de manière très hétérogène car nécessitent une organisation coordonnée de différentes compétences.

Enfin, l'équipe d'évaluation souligne une défaillance du plan à améliorer l'interface entre l'hôpital et la ville et plus particulièrement à impliquer les médecins traitants dans le dispositif de prise en charge. (26)

Il est en effet précisé que les réseaux territoriaux ville-hôpital spécifiques à la cancérologie sont disparates et aucune réelle expérience de coordination des parcours de soins n'est en cours au sein de ces réseaux.(27)

G) Deuxième Plan Cancer 2009 – 2013

Le deuxième Plan cancer a été présenté par le Président de la République française Nicolas Sarkozy le 2 novembre 2009. Ce plan s'est hautement inspiré du rapport et des recommandations du Pr. Grünfeld remis le 27 février 2009.(27)

D'abord, l'accent a été mis sur le pilotage du plan qui a fait fortement défaut au premier Plan cancer. Une attention particulière a été portée à l'articulation du Plan cancer avec les autres plans de santé publique qui l'impactent ou auxquels il s'associe, à la structuration du pilotage des mesures pour en garantir au mieux la mise en œuvre et sa future évaluation externe, et enfin à la mise en cohérence de l'action avec les évolutions de la structuration du système de santé, d'enseignement supérieur et de recherche.

Ce deuxième plan s'articule autour de cinq grands axes que sont la recherche, l'observation, la prévention et le dépistage, les soins, et vivre pendant et après le cancer, pour un total de 30 mesures et 118 actions qui en découlent.

Trois grands thèmes transversaux structurent et irriguent la stratégie du Plan :

- mieux prendre en compte les inégalités de santé
- stimuler l'analyse et la prise en compte de facteurs individuels et environnementaux
- renforcer le rôle du MT à tous les moments de la prise en charge

Axe recherche (mesures 1 à 5) :

- renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire est une mesure phare de ce 2ème Plan cancer notamment en augmentant de 50% la participation des malades aux essais cliniques
- comprendre les inégalités face au cancer pour les réduire
- caractériser les risques environnementaux et comportementaux (mesure phare) en allouant plus de 15% du budget recherche, et contribuer au séquençage complet du génome des cinq cancers les plus fréquents

Axe observation (mesures 6 à 9) :

- produire et communiquer des informations sur le cancer et la cancérologie (mesure phare) par l'établissement de rapports annuels, de rapports sur les métiers de la cancérologie...
- optimiser les systèmes de surveillance : renforcer les registres du cancer et mettre en place un système multi-sources des cancers (SMSC) (qui avait été délicat à mettre en œuvre dans le 1er Plan)

Axe prévention – dépistage (mesures 10 à 17) :

- poursuivre la lutte contre le tabac, l'alcool, les agents cancérigènes professionnels et environnementaux et débiter (nouveau dans ce plan) une campagne sur l'importance de l'activité physique, et la prévention des cancers d'origine infectieuse (hépatites virales, Papilloma virus, VIH, Helicobacter pylori...)
- lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage (mesure phare) en améliorant notamment la structuration du dispositif des programmes nationaux de dépistages organisés des cancers, en augmentant l'implication du MT
- améliorer la détection précoce des cancers

Axe soins (mesures 18 à 24) :

- personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du MT (mesure phare) avec une meilleure coordination, à un partage des données médicales à renforcer
- garantir un accès égal et de qualité aux traitements et aux innovations
- développer des prises en charge spécifiques pour les cancers rares et certaines populations particulièrement fragiles (personnes âgées, enfants, porteurs de prédisposition génétique...)
- développer les métiers de la cancérologie

Axe vivre pendant et après un cancer (mesures 25 à 30) :

- développer une prise en charge sociale personnalisée et accompagner l'après cancer (mesure phare), en intégrant un volet social dans le PPS, en créant le programme personnalisé de l'après cancer (PPAC)
- se doter de moyens et outils nécessaires au développement de l'accompagnement social (hébergements thérapeutiques, créer un référentiel national de détection de la fragilité sociale et de la précarité)
- améliorer les réponses aux possibles situations de handicap ou de pertes d'autonomie liées au cancer, améliorer l'accès des personnes malades et guéries aux assurances et au crédit, lever les obstacles à la réinsertion professionnelle des personnes atteintes de cancer
- créer un Observatoire sociétal des cancers

Pour ce Plan cancer, c'est l'INCa qui sera en charge d'assurer le suivi des actions du plan grâce à une équipe dédiée, responsable devant le comité de pilotage, en associant la DGS afin de préparer les réunions du comité de pilotage interministériel.

L'évaluation du Plan est sous la responsabilité du HCSP (et de l'AERES pour les mesures de l'axe recherche).(28)

Ce Plan s'inscrit dans la continuité du 1er Plan cancer. Il bénéficie par ailleurs d'un financement à hauteur de 750 millions d'euros (soit 150 millions de plus que le 1er Plan).

H) Évaluations et rapports du 2ème Plan Cancer

Sur les 118 actions annoncées, on pouvait estimer qu'à la date de parution du rapport final du bilan du Plan Cancer 2009-2013, 72 actions avaient été réalisées, 42 d'entre elles partiellement réalisées et 5 d'entre elles non réalisées ou reportées.

Concernant l'axe « Recherche », la politique de structuration de la recherche pluridisciplinaire et le soutien financier des projets de recherche vont dans le sens de l'accès aux innovations médicales au bénéfice des patients. La participation des patients aux essais cliniques a dépassé les objectifs fixés par le Plan. Il semble nécessaire de poursuivre la recherche sur les inégalités face au cancer ainsi que sur les risques environnementaux et comportementaux. D'autres projets encore naissants sont à soutenir comme la promotion auprès des industriels de projet de recherche, ou la constitution d'un observatoire sur les investissements de la recherche sur le cancer.

Concernant l'axe « Observation », l'information sur les cancers s'améliore notamment le rapport « La situation du cancer en France » (devenu « Les cancers en France ») annuel de l'INCa, ainsi qu'un rapport annuel sur l'évolution des métiers de la cancérologie. La surveillance épidémiologique se renforce avec notamment l'estimation de la « survie nette », nouvelle méthode utilisée pour la première fois en France et devenue référence pour la communauté scientifique internationale. La complexité du développement du SMSC, comme lors du 1er Plan, n'a pas permis d'avancer significativement bien qu'il ait été initié. De même, le développement de l'épidémiologie sociale permettant de caractériser les inégalités sociales de la santé face au cancer nécessite un cadre et des indicateurs d'évaluation.

Au sujet de l'axe « Prévention - Dépistage », malgré des actions mises en œuvre, cela n'a pas permis d'atteindre les résultats attendus, concernant notamment la lutte contre le tabagisme qui n'a

pas montré de diminution de la consommation tabagique. Il en va de même pour la participation aux programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal, qui n'ont pas progressé. Les autres actions sont engagées mais nécessitent un soutien supplémentaire comme la prévention et la surveillance des expositions aux risques professionnels et des risques liés à l'environnement, la prévention et le dépistage des cancers d'origine infectieuse. Enfin, il semble opportun pour le futur Plan de promouvoir la nutrition et l'activité physique, d'utiliser des tests immunologiques pour le dépistage du CCR, et surtout de promouvoir le dépistage des cancers selon des niveaux de risque établis ou à établir, et de permettre une information éclairée à ce sujet aux patients et aux professionnels de santé.

A propos de l'axe « Soins », plusieurs réalisations ont permis d'améliorer la qualité et la sécurité des soins en cancérologie. En effet, la mise en œuvre du Plan, en continuité avec le précédent, a permis la structuration de l'offre de soins en cancérologie dans les régions ; des prises en charge adaptées ont été structurées pour répondre aux besoins spécifiques (enfants, adolescents, personnes âgées, personnes porteuses de prédisposition génétique). Des recommandations de bonne pratique ont été élaborées par l'INCa et mis à disposition sur le site e-cancer.fr. L'information des malades et des proches s'est améliorée avec notamment la mise à disposition de la plateforme Cancer info. Cependant, le bilan est un peu plus mitigé en ce qui concerne les parcours personnalisés des patients pendant et après le cancer, avec le PPAC en cours d'expérimentation, la place de l'infirmier coordonnateur (IDEC) qui reste à préciser, notamment pour l'articulation ville-hôpital avec le médecin traitant. Le DCC est toujours en développement au sein du DMP. (29)

Cependant, le rapport de la Cour des comptes ne semble pas être encourageant pour la concrétisation du projet DMP, et de nombreux efforts devront être mis en œuvre pour le réaliser. En effet, il est précisé que le report maintes fois répété du déploiement du DMP, associé à d'autres téléservices de santé (comme le DCC) qui ont vocation à converger vers le DMP, donc augmentant son coût, avec paradoxalement une diminution des dépenses pour le DMP par l'ASIP Santé et une diminution des ressources humaines qui y sont allouées, risquent de ralentir son déploiement. Il semble donc nécessaire d'encadrer le pilotage et l'évaluation aussi bien en terme de coût que d'indicateurs d'efficacité du DMP. (30)

Enfin concernant l'axe « Vivre pendant et après un cancer », il semble qu'il s'agisse pour la plupart d'expérimentations ou de nouveaux dispositifs fraîchement initiés. Leur évaluation est donc délicate à rendre. Le PPAC est toujours en phase de pilotage, de même pour l'utilisation d'un outil de détection précoce de la fragilité sociale. Pour le moment, pour l'après-cancer et la réinsertion professionnelle, l'étape est restée sur un état des lieux des dispositifs d'accès et de maintien dans l'emploi.(29)

Pour rappel, trois grands thèmes transversaux devaient structurer la stratégie du Plan, notamment par le renforcement du rôle du MT à tous les stades de la prise en charge du cancer. On ne peut que constater le peu voire l'absence de résultats ou d'évaluation à ce sujet, dans le rapport remis au Président de la République.(29)

On peut en effet considérer que les mesures suggérées pour induire l'implication du MT dans la prévention, le dépistage et la prise en charge pendant et après le cancer sont restées peu productives. Diverses explications à cela existent notamment le fait que la prise en charge des cancers dans ses phases diagnostiques et thérapeutiques nécessite le recours à une structure spécialisée. Les comptes-rendus de RCP, de consultation, d'hospitalisation, le plus souvent adressés avec beaucoup de retard, constitue en général le seul lien, à sens unique, entre l'établissement de soins et le MT. La création des IDEC n'a pas permis une meilleure coordination ville-hôpital.

Le paiement à l'acte semble être également un frein à l'implication des MT dans la prévention et le

dépistage, car la plupart des patients ne recourent à leur MT la plupart du temps que de façon ponctuelle et discontinue.

Enfin, on remarque que seulement 67% des MG étaient équipés en informatique en 2012, ce qui peut rendre délicat l'échange d'informations dématérialisée, mais il convient malgré tout, compte tenu des avancées en la matière, d'encourager le mode de transmission rapide pour établir les contacts entre la ville et l'hôpital.(31)

On ne peut que regretter à nouveau les insuffisances de suivi et d'indicateurs d'évaluation trop imprécis pour mesurer l'impact du Plan cancer, et ce malgré les efforts de l'INCa.

Concernant l'organisation des soins en cancérologie, plusieurs niveaux d'organisation avaient déjà été mis en place dans le 1er Plan, comme les réseaux territoriaux de cancérologie, les RRC, les 3C, les pôles régionaux de cancérologie, les structures de dépistage et les cancéropôles. Ces modes d'organisation interviennent à des niveaux territoriaux différents avec des responsabilités ou des missions qui peuvent faire double emploi avec des budgets éclatés. Leur gouvernance propre génère d'importants frais de fonctionnement et ne favorise pas la coordination d'ensemble.

Par ailleurs, il semble que la loi HPST du 21 juillet 2009 (32) portant la création des Agences régionales de la santé (ARS) n'ait pas été suffisamment intégrée à l'organisation de la cancérologie. En effet, il semble que la loi HPST a confié aux ARS une partie des missions initialement données aux RRC. Ces derniers qui étaient les structures les plus abouties à l'issue du 1er Plan, ne semblent plus adaptés à la situation actuelle, car dépossédés de l'essentiel de leurs missions initiales.

Une simplification de l'organisation permettra alors de gagner en lisibilité et en efficacité.(31)

I) Troisième Plan Cancer 2014 – 2019

Le troisième Plan Cancer a été annoncé par le Président de la République François Hollande le 4 février 2014.

Il est important de préciser que la mise en œuvre et le déroulement de ce 3ème Plan cancer devront s'inscrire dans la Stratégie nationale de santé énoncée le 23 septembre 2013 par Marisol Touraine, alors Ministre en charge de la Santé qui a trois objectifs importants pour organiser la future démographie de la santé.

En effet, elle insiste sur la prévention (en améliorant le dispositif de gestion des risques sanitaires, et en réduisant les inégalités sociales et géographiques de santé), sur l'organisation des soins en insistant sur les soins de premier recours que constitue le MG (généralisation du tiers payant, généralisation de la couverture complémentaire en santé, soutien à la recherche et aux innovations), et sur l'approfondissement de la démocratie sanitaire (création d'une charte de bon usage du système de soins, pilotage national entre l'État et l'assurance maladie avec mise en place d'un comité interministériel, renforcement des missions des ARS).(33)

On retrouve effectivement ces axes dans les quatre grands thèmes de ce 3ème Plan cancer, qui regroupent 17 objectifs et dont découlent 208 actions.

Guérir plus de personnes malades (objectifs 1 à 6) :

- en favorisant le dépistage précoce avec notamment la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus pour toutes les femmes de 25 à 65 ans, en luttant contre les inégalités

de recours et d'accès au dépistage, et en soutenant la recherche sur des méthodes de dépistage d'autres cancers fréquents (dépistage du cancer du poumon par scanner à faible dose, nouveau test immunologique pour le cancer colo-rectal, etc.)

- en garantissant la sécurité et la qualité des prises en charge grâce notamment à une meilleure coordination entre professionnels (mise en place du DCC qui devrait être opérationnel en 2015, PPS, PPAC, développement de la télémédecine)
- en accompagnant au mieux les évolutions thérapeutiques avec notamment l'augmentation des traitements anti-cancéreux par voie orale à domicile qui présuppose des organisations dans un premier temps expérimentales permettant une réelle articulation entre le MG et l'hôpital
- en faisant évoluer les métiers de la cancérologie en précisant le rôle des IDEC notamment d'articulation avec le médecin traitant, en augmentant le nombre de postes d'internes et de praticiens hospitaliers en cancérologie
- en accélérant l'émergence de l'innovation au bénéfice des patients (essais cliniques, thérapies ciblées)
- en confortant l'avance de la France dans la médecine personnalisée (prédispositions génétiques encadrées par le dispositif d'oncogénétique, séquençage des tumeurs)

Préserver la continuité et la qualité de vie (objectifs 7 à 9) :

- en assurant des prises en charge globales et personnalisées en passant à un « parcours de santé » qui inclut les dimensions des besoins de la personne malade et de ses proches au plan physique, psychologique et social (ce que n'incluait pas le « parcours de soins », centré sur la dimension médicale), avec une généralisation sur tout le territoire et pour tous les patients du dispositif d'annonce, du PPS et du PPAC, en renforçant la coordination ville-hôpital, en favorisant l'information du patient, en augmentant l'accès aux soins de support, et en augmentant le nombre d'hébergements thérapeutiques
- en réduisant les risques de séquelles et de second cancer, par la recherche de la diminution de toxicité des traitements anti-cancéreux, en favorisant l'accès à la préservation de la fertilité, et en réduisant les facteurs de risques
- en diminuant l'impact du cancer sur la vie professionnelle, avec la mise en place de dispositifs d'aménagement de la scolarité, en favorisant l'enseignement à distance, en redéfinissant des outils et dispositifs mobilisables en faveur du retour et du maintien dans l'emploi (création d'Assises nationales dédiées à l'emploi des personnes courant un risque de désinsertion professionnelle), en atténuant les conséquences économiques du cancer sur le niveau de vie des personnes malades

Investir dans la prévention et la recherche (objectifs 10 à 13) :

- en lançant le Programme national de réduction du tabagisme
- en donnant à chacun les moyens de réduire son risque de cancer en luttant contre les comportements à risque (alcool, obésité, surpoids, consommation de viandes rouges et de charcuteries) et en encourageant les comportements protecteurs (activité physique, consommation de fruits et légumes, éducation à la santé) avec une prévention nutritionnelle
- en protégeant les populations et les travailleurs face au risque de cancer lié au travail ou à l'environnement, en favorisant la recherche et la surveillance des agents cancérigènes avérés ou potentiels professionnels ou environnementaux (diesel, rayonnements ionisants, rayonnements UV)
- en se donnant les moyens d'une recherche innovante

Optimiser le pilotage et les organisations de la lutte contre les cancers (objectifs 14 à 17) :

- en faisant vivre la démocratie sanitaire en favorisant l'information des personnes malades pour renforcer les capacités de chaque individu à se déterminer de façon autonome sur les questions liées à la maladie. L'implication des représentants des personnes malades sera généralisée dans les instances de pilotage, de gestion ou de production des soins ou de recherche.
- en appuyant les politiques de lutte contre les cancers sur des données d'observation robustes et partagées en permettant la création d'indicateurs précis d'évaluation de l'efficacité des actions déployées par le Plan
- en optimisant les organisations pour une meilleure articulation et une plus grande efficacité, en redéfinissant les missions des RRC, de l'INCa, des ARS, des structures régionales de dépistage, des cancéropôles et des SIRIC
- en adaptant les modes de financement aux défis de la cancérologie

Le pilotage de ce 3ème Plan cancer sera assuré par le comité de pilotage interministériel qui se compose de représentants des ministères impliqués, de la CNAMTS, des ARS, de l'INCa, et des associations de malades. Il se réunit une fois par an.

Le comité de suivi, qui réunit tous les pilotes d'actions, est assuré par l'INCa, afin de permettre l'évaluation des résultats en cours à l'aide d'indicateurs. Il se réunit trois à quatre fois par an.

L'évaluation du Plan Cancer sera conduite par le comité de pilotage interministériel, en définissant avec précision les indicateurs d'évaluation, en lien avec les pilotes des actions, le HCSP et en cohérence avec les indicateurs de la future loi de santé publique.(34)

J) Évaluation du 3ème Plan Cancer en 2016

Comme prévu dans le cahier des charges du 3ème Plan cancer, un 2ème rapport a été remis au Président de la République en février 2016 sur l'évolution de l'application des actions menées de ce Plan. Il a été, comme convenu, présenté par l'INCa, ce rapport faisant le bilan de l'année 2015.

Sur les 208 actions du plan, 16 actions sont achevées, 81 actions sont en cours et respectent le planning prévu, 51 actions ont moins de trois mois de retard, 47 actions ont plus de trois mois de retard, et 13 actions sont ou seront mises en place dans le cadre d'autres actions.

Concernant l'axe « Guérir plus de personnes malades », l'année 2015 a été marquée par le déploiement du nouveau test immunologique de dépistage du CCR (OC sensor), plus simple d'utilisation, qui s'est déployé depuis avril 2015 ; par une prise en charge à 100% du dépistage du cancer du sein pour les femmes à risque élevé ; par une réflexion sur la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus ; les résultats d'une étude de la CNAMTS et de l'ANSM en faveur de l'innocuité du vaccin anti-Papilloma virus dans le risque de survenue de maladie auto-immune ; par le déploiement du DCC au niveau national ; mise en place d'une procédure de labellisation de recommandations et de référentiels nationaux de bonnes pratiques ; expérimentation du dispositif des IDEC, publication par l'INCa des premières recommandations sur la prévention et la gestion des effets secondaires des chimiothérapies orales ; augmentation des inclusions dans les essais cliniques ; ouverture des indications de prescription de médicaments hors AMM pour certaines tumeurs selon

leur profil génétique (programme AcSé) ; déploiement du séquençage nouvelle génération.

Au sujet de l'axe « Préserver la continuité et la qualité de vie », l'accent a été mis sur l'éducation thérapeutique des patients ; sur la formation médicale continue (FMC) et le développement professionnel continu (DPC) sur le domaine de la cancérologie ; sur le « droit à l'oubli » pour les anciens patients notamment pour les demandes d'emprunts où il est désormais possible de ne pas déclarer cet antécédent (sous certaines conditions) ; la réaffirmation du rôle essentiel des HAD ; les autres actions étant en étude.

En ce qui concerne l'axe « Investir dans la prévention et la recherche », les premières mesures législatives du Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) ont vu le jour (introduction du paquet neutre, interdiction de fumer dans un véhicule en présence d'un mineur entre autres) ; l'INCa a lancé une campagne d'informations visant à évaluer ses propres facteurs de risque ou comportements à risque de cancer afin de les réduire ; la connaissance des liens entre nutrition, activité physique et prévention des cancers a été renforcée (publication d'un rapport d'expertise en juin 2015) ; le troisième Plan santé au travail contribuera au 3ème Plan cancer (prévention de la désinsertion professionnelle, maintien dans l'emploi, prévention des expositions aux produits cancérigènes, etc.) ; des dispositions encadrant l'utilisation des appareils de bronzage sont adoptées dans la loi de modernisation de notre système de santé ; l'effort de recherche a été consolidé avec le lancement de nouveaux appels à projets en recherche fondamentale.

Enfin, concernant l'axe « Optimiser le pilotage et les organisations », la démocratie sanitaire se développe notamment avec la concertation citoyenne et scientifique pour améliorer le dépistage organisé du cancer du sein ; les registres des cancers s'étoffent notamment avec la connaissance des données socio-économiques des patients atteints de cancer ; l'amélioration de la survie nette pour la plupart des tumeurs solides et des hémopathies malignes se confirme ; pour la première fois, les estimations de l'incidence des cancers ont été publiées par départements de France métropolitaine ; un nouveau référentiel des missions pour les RRC est en cours d'élaboration (confirmation du rôle des RRC, inclusion des 3C au sein des RRC entre autres) ; les contrats d'objectifs et de performance (COP) des cancéropôles ont été signés pour la première fois ; la structuration de la recherche est consolidée grâce aux SIRIC ; les modes de financement évoluent.(35)

III. La coordination des soins en cancérologie

A) L'organisation de l'offre de soins

Comme nous avons pu le voir, l'offre de soins en cancérologie a été structurée ces dernières années grâce évidemment à l'impact des différents Plans cancer successifs. C'est surtout le premier Plan cancer qui énonce l'organisation du système de soins selon un schéma permettant une articulation entre les différents acteurs de la prise en charge (*figure 4*), et évidemment grâce à la circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie. (23)

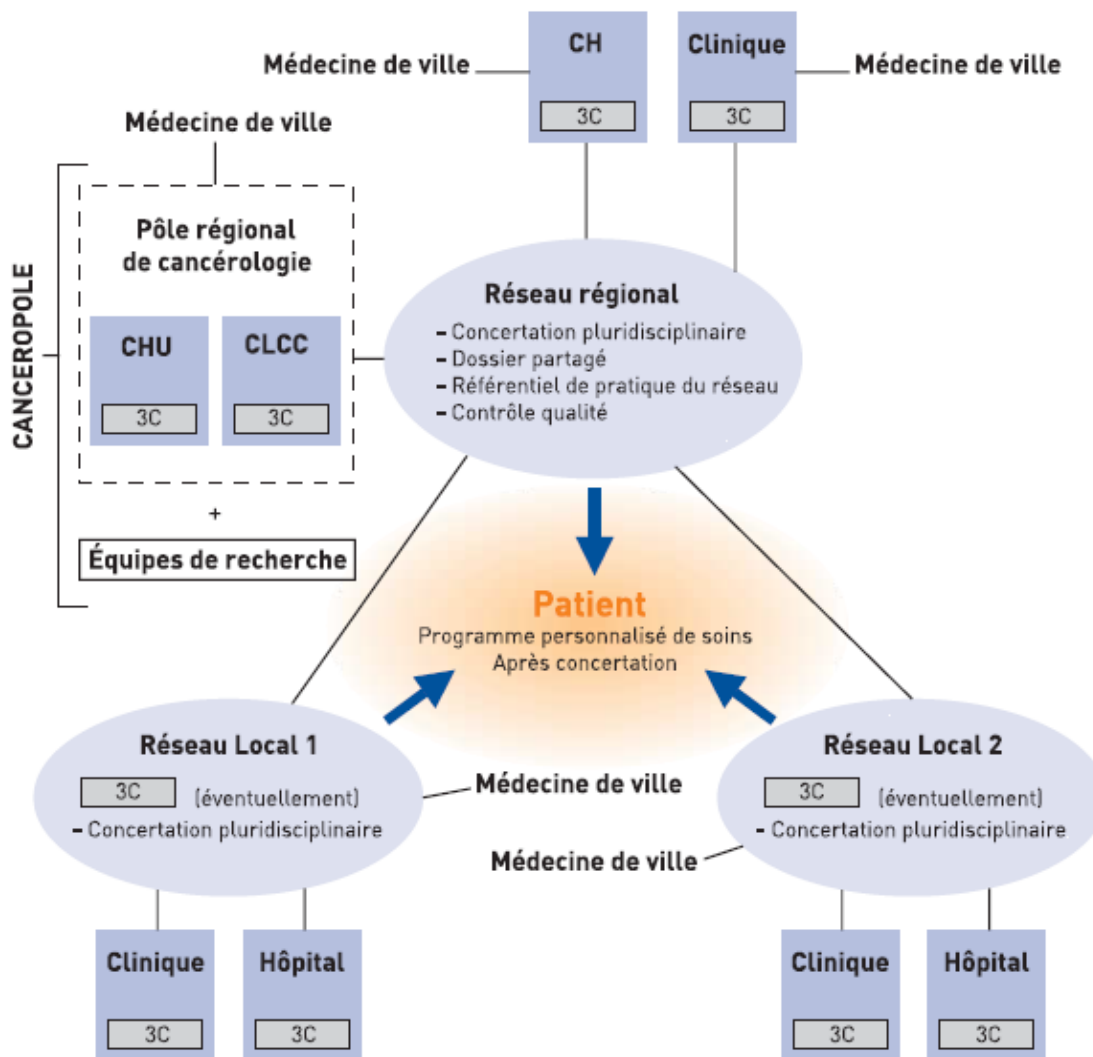


Figure 4 : Schéma de l'organisation des soins et de la recherche autour du patient selon le rapport de la mission interministérielle pour la lutte contre le cancer 2003 – 2007.(20)

1. Les établissements de soins

Pour traiter les patients atteints de cancer, les établissements de soins doivent disposer depuis 2009, d'une autorisation spécifique délivrée par leur ARS, l'objectif étant de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge.

Ce dispositif d'autorisation repose sur trois piliers :

Les six mesures transversales, fondées sur l'objectif d'une prise en charge globale du patient dès le diagnostic. Leur respect est obligatoire pour la chirurgie des cancers, la radiothérapie externe et la chimiothérapie. Il s'agit : du dispositif d'annonce, de la RCP, du PPS, du suivi des référentiels de bonne pratique clinique, de l'accès aux soins de support, de l'accès aux traitements innovants et aux essais cliniques. Ces établissements ont l'obligation d'être membres de leur RRC.(36)

Les critères d'agrément concernent les trois grandes disciplines thérapeutiques du cancer : la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie. Des recommandations spécifiques s'appliquent aux

établissements de santé, non titulaires d'une autorisation, mais qui participent à la prise en charge de proximité de personnes atteintes de cancer, en administrant des traitements de chimiothérapie primo-prescrits par un titulaire de l'autorisation ou en réalisant le suivi de tels traitements. Ce sont les établissements dit « associés ».

Les seuils d'activité minimale : la pratique suffisante et régulière d'une équipe pour assurer une prise en charge de qualité a justifié la mise en place de seuils annuels d'activité définis pour la chirurgie des cancers (pour les plus courants, à savoir 30/an pour les cancers digestifs, urologiques, thoraciques, et 20/an pour gynécologiques, ORL et maxillo-faciales) ; pour la radiothérapie externe (au moins 600 patients traités par an) ; pour la chimiothérapie (au moins 80 patients traités/an dont au moins 50 en ambulatoire).(37,38)

Fin 2014, 935 établissements disposent d'une ou plusieurs autorisations pour traiter le cancer.(3)

En Aquitaine, l'offre de soins en établissements de santé autorisés à traiter le cancer est exhaustive (Annexe 1) (39)

2. Les réseaux régionaux en cancérologie

Le Plan cancer 2003 – 2007 a identifié le RRC comme une organisation pivot dans le champ sanitaire. Il a été défini et structuré notamment grâce aux circulaires DHOS/SDO du 22 février 2005 et DHOS/CNAMTS/INCa du 25 septembre 2007. L'ensemble des régions françaises est aujourd'hui couvert par un RRC, et ce depuis 2012.

Les RRC ont notamment pour vocation de promouvoir et d'améliorer la qualité des soins en cancérologie, comprenant la diffusion auprès des professionnels de santé des recommandations pour la bonne pratique en cancérologie. Ils ont pour mission de faciliter les échanges entre professionnels de santé notamment par la promotion des outils communs de communication au sein de la région dont le DCC. Le RRC met également en avant les outils de visioconférence pour faciliter la réalisation des RCP et faciliter la participation des professionnels de santé en limitant leur déplacement.

De plus, les RRC ont pour objectif d'informer les professionnels de santé, les patients et leurs proches ; le recueil de données relatives à l'activité de soins cancérologiques et l'évaluation de la qualité des pratiques en cancérologie.

Enfin, ils ont aussi pour mission la mesure et l'analyse de l'impact des missions menées notamment dans le domaine de l'amélioration de la qualité des soins en cancérologie, de la coordination des acteurs, des pratiques professionnelles collectives.

La reconnaissance des 25 RRC est renouvelée et prolongée jusqu'au 31 décembre 2018, afin de sécuriser les autorisations délivrées aux établissements de santé pour le traitement du cancer, pendant la période de préparation et de mise en œuvre de l'évolution des RRC.

Pour conclure, le RRC réunit et coordonne les acteurs régionaux impliqués dans la prise en charge des patients atteints de cancer. (*figure 5*)

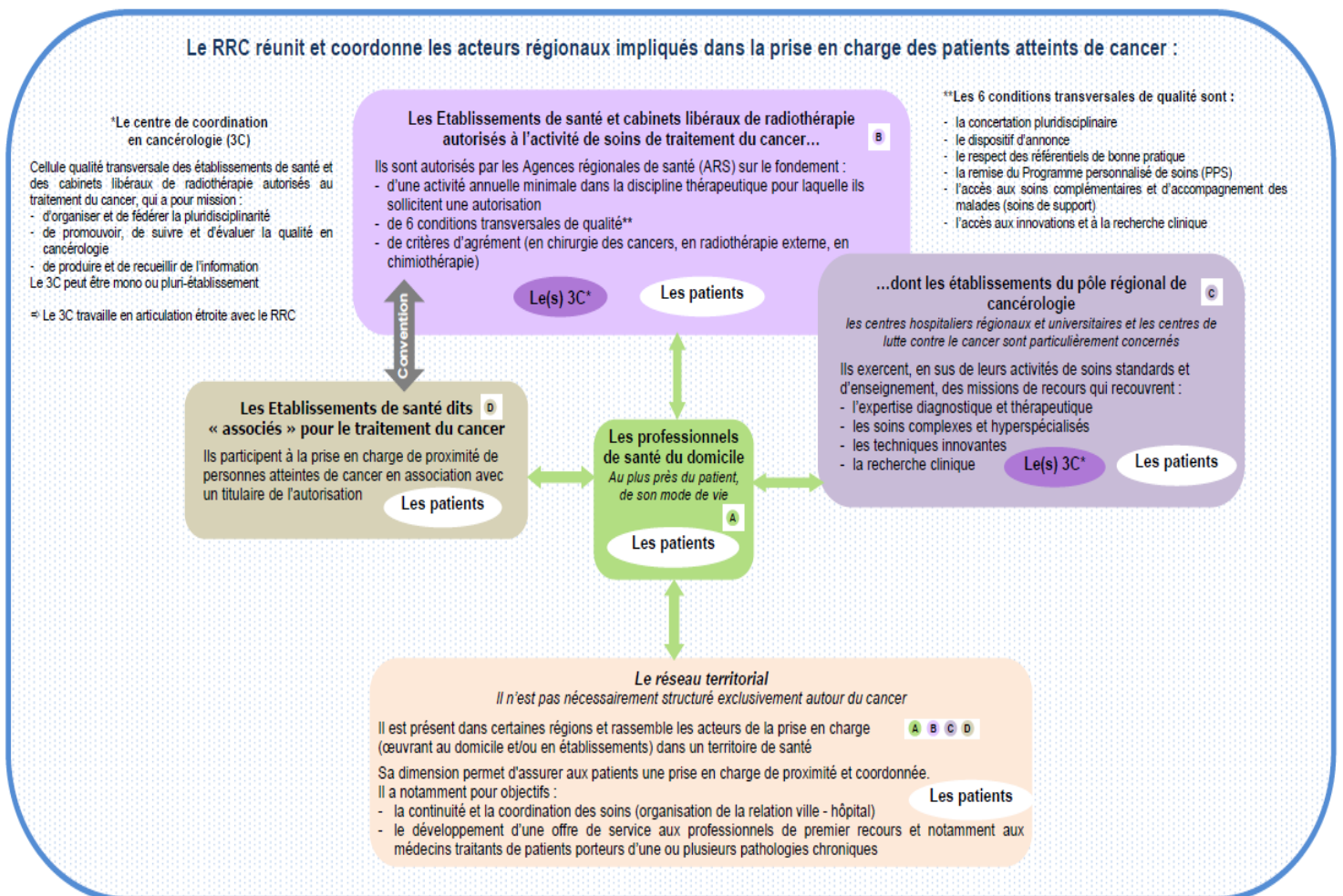


Figure 5 : Le réseau régional de cancérologie (RRC) en synthèse dans l'organisation des soins définie en 2005 (40)

Le Réseau de Cancérologie Aquitaine (RCA), créé en 2000, s'est constitué d'abord en Groupement d'Intérêt Public (GIP). Depuis le 1er janvier 2009, il a pris la forme d'un Groupement de Coordination Sanitaire (GCS). Il est composé de 66 membres, composition qui tient compte d'une représentation équilibrée entre public et privé de chacun des 3C. Le RCA comporte aussi une branche pédiatrique depuis 2006 : le réseau RESILIAENCE.

Fait marquant, la loi portant sur la Nouvelle Organisation Territoriale de la République (NOTRe) promulguée en août 2015 fait fusionner l'Aquitaine, le Limousin et le Poitou-Charentes en une seule grande région ALPC au 1er janvier 2016. Les RRC de ces trois régions (RCA, ROHLim et Onco Poitou-Charentes) forment ainsi un réseau unique au 1er janvier 2017.(41)

3. Les centres de coordination en cancérologie ou 3C

Les différents Plans cancer et le SROS III, prévoient que tout établissement de santé et centre de radiothérapie autorisés en cancérologie doivent organiser leurs activités de cancérologie dans le cadre d'un Centre de Coordination en Cancérologie.

Les 3C sont de véritables cellules qualité opérationnelles dont les missions sont de mettre à

disposition des médecins et des soignants les référentiels, thésaurus et protocoles validés et actualisés par le RRC et mettre en place l'audit interne de leur utilisation.

Ils doivent s'assurer de la mise en œuvre effective de la pluridisciplinarité en organisant et en fédérant les RCP, permettant alors leur gestion, mise à disposition, circulation de l'information médicale (au sein du DCC) et la réalisation d'audits internes pour vérifier l'enregistrement de tous les dossiers et l'adéquation des dossiers discutés en RCP. Ils doivent également s'assurer de la mise en place du dispositif d'annonce et de la remise à chaque patient du PPS.

Ils ont l'obligation de pouvoir informer les patients, les orienter, aider à leur prise de rendez-vous, voire obtenir des informations sur leur dossier médical.

Par ailleurs, ils ont pour mission de produire des informations sur les activités cancérologiques médico-chirurgicales et pharmaceutiques de l'établissement, qui s'appuieront sur les données PMSI, les délais d'attente, le suivi de l'utilisation des anti-cancéreux dans le cadre des bonnes pratiques, l'accès aux soins de support, l'accès aux essais cliniques et à l'innovation et l'évaluation de la satisfaction des patients et équipes soignantes.

En terme d'organisation, les 3C recouvrent un mode nouveau et des missions de qualité.

L'organisation retenue relève de l'initiative de chaque établissement. Le 3C peut en effet être spécifique à un établissement, ou partagé entre plusieurs établissements, ou partagé au sein d'un réseau territorial.(23)

Au niveau extra-institutionnel, le 3C s'inscrit dans le RRC ainsi que dans une organisation territoriale en réseau.

En Aquitaine, en 2014, il existe 10 Centres de Coordination en Cancérologie, dont 9 d'entre eux sont pluri-établissements. 53 établissements autorisés pour le traitement du cancer en Aquitaine sont membres d'au moins un 3C. 36 autres structures sont membres du 3C (établissements non autorisés, HAD, soins de suite et de réadaptation, réseaux de santé, laboratoires anatomo-pathologiques, centres d'imagerie fonctionnelle, Ligue contre le Cancer, URPS MLA).(41) Ces données sont disponibles grâce au rapport d'activité du 3C sous forme d'un tableau de bord demandé par l'INCa annuellement, par l'intermédiaire du RCA.

4. Les pôles régionaux en cancérologie

Comme défini dans la circulaire DHOS/SDO n°2005-101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie, le pôle régional assure, sur la base des ressources présentes au niveau régional, l'équité d'accès à l'innovation, à la recherche clinique et aux traitements lourds et complexes. Il garantit non seulement que l'offre de recours est disponible et optimale mais qu'elle est également accessible. Cette mission de recours ne doit en aucun cas dévitaliser l'offre de proximité mais permettre de mieux l'articuler avec l'offre de recours.

Le pôle régional de cancérologie, qui se définit comme une organisation, ne constitue pas un nouvel outil d'administration hospitalière. Il ne dispose pas d'instances propres de décision autres que celles que les établissements définiront eux-mêmes dans le cadre de leurs coopérations.

Les établissements et les sites qui constituent le pôle régional doivent disposer de ressources de recours identifiées au niveau de la région (Annexe 2). Ils doivent avoir mis en place une organisation fédérative et formalisée de leur activité en cancérologie répondant au cahier des charges. Ils doivent également avoir formalisé, par la description des itinéraires de soins appropriés, leur participation à l'organisation de recours, qui peut prendre plusieurs modalités : avis sans délocalisation du patient,

accès à un traitement spécifique ou à un plateau technique, accessibilité de l'innovation en proximité, incluant les conditions de retour et des flux d'aval.(23)

En Aquitaine, le pôle régional est constitué du CHU de Bordeaux et de l'Institut Bergonié.

5. Les réseaux territoriaux en cancérologie

C'est au niveau du territoire de santé que l'organisation de la relation ville-hôpital est réellement opérationnelle. Cette dernière doit assurer au malade le maillage nécessaire pour garantir la continuité des soins et permettre son accès à des soins spécifiques au domicile, notamment en chimiothérapie. D'une manière générale, le malade doit pouvoir ainsi bénéficier d'une prise en charge de qualité en proximité, tant sur le plan médical que social que médico-social.

Ce maillage territorial s'appuie logiquement sur le fonctionnement d'un réseau de santé assurant la coordination entre les établissements de santé ou les sites de cancérologie, les établissements et les structures associées et les professionnels libéraux. Le médecin traitant du patient doit être étroitement associé, et informé le plus possible en temps réel. Il doit pouvoir bénéficier auprès de ses partenaires du réseau de l'expertise complémentaire dont il peut avoir besoin pour assurer un meilleur suivi à domicile.(23)

Ceci est confirmé par la circulaire DHOS/CNAMTS/INCA n°2007-357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie, qui définit le réseau territorial comme une dimension qui permet d'assurer aux patients des soins coordonnés, continus et de proximité en lien avec le médecin traitant.(24)

Cependant, comme décrit précédemment, ces réseaux ont quelques difficultés à se mettre en place dans le domaine de la cancérologie. En effet, la coordination ville-hôpital initialement en charge des réseaux comme définis à l'issue du 1er Plan cancer, s'est vue suite à la loi HPST de 2009, redistribuée aux ARS.

Selon le Professeur Vernant, les réseaux territoriaux de cancérologie devaient organiser la coordination des soins entre les établissements de santé et la ville. L'évaluation de ces structures faite lors du 1er Plan cancer a montré la grande hétérogénéité selon les territoires et les difficultés à identifier des structures spécifiques au cancer à côté de réseaux territoriaux généralistes.(31)

L'évolution actuelle des réseaux territoriaux de santé est au multi-thématisme. Cette nouvelle orientation, voulue par la DGOS et reprise dans la majorité des régions, permet une prise en charge globale de la personne avec une porte d'entrée unique.

Dans le cadre de la cancérologie, chaque région est dotée d'un RRC mais il n'existe pas, au sein de chacune, de réseau territorial de cancérologie (RTC). Actuellement, seules huit régions françaises sur vingt-cinq peuvent bénéficier de cette expertise. Or, les missions des RRC sont différentes de celles des RTC ou équivalent (expertise territoriale en cancérologie portée par une autre organisation).(42)

Au final, redéfinir la place des acteurs régionaux et territoriaux dans le domaine de la cancérologie est un objectif du 3ème Plan cancer. En effet, il est souligné que le renforcement d'un niveau régional doit être concomitant avec l'affirmation des projets territoriaux qui, conformément à la Stratégie nationale de santé, doivent garantir la fluidité du parcours du patient, la qualité de sa prise en charge et l'appui au professionnel de premier recours et concourir à l'amélioration des articulations ville-

hôpital et sanitaire/médico-social/social. On le retrouve notamment dans l'Action 16.5 du 3ème Plan cancer : « Structurer l'organisation territoriale de proximité autour de l'objectif de continuité et de globalité des parcours de prise en charge », en évaluant et en redéfinissant, en vue d'une meilleure intégration des professionnels de ville, le périmètre des actions de coordination (3C, IDEC, réseaux territoriaux) mises en place dans les Plans cancer précédents, et en améliorant la synergie de leurs interventions et expliciter leurs relations avec les RRC, qui servent de structure d'appui aux ARS.(34)

La plupart de ces dispositions sont en cours d'élaboration.(35)

En Aquitaine, il n'existe pas à proprement parler de réseau territorial en cancérologie. Les actions inhérentes à cette structure sont prises en charge conjointement par le RCA et l'ARS Aquitaine.(43)

Le RCA a participé à toutes les réunions de l'Association des Coordinateurs des Réseaux de Cancérologie (ACORESCA), notamment celle présentant le Guide des spécificités de la cancérologie territoriale, qui redéfinit les réseaux territoriaux et recadre leurs missions.(42)

6. Les cancéropôles

Créés en 2003, soutenus pas l'INCa depuis 2005 et labellisés en 2011, sept cancéropôles contribuent à structurer la recherche au plan régional ou interrégional, en accord avec la politique de soutien à la recherche de l'INCa. Ils ont ainsi pour objectif de stimuler la recherche et de favoriser le transfert des résultats aux patients.

Ces structures associent au niveau territorial des équipes des organismes publics de recherche (Inserm, CNRS, CEA, universités...), les CHU, les CLCC et les industriels de la santé.

Leurs missions s'articulent autour de trois axes :

- contribuer à la structuration et à l'animation des relations entre les différents partenaires institutionnels de la recherche au niveau régional ou interrégional
- coordonner la structuration transversale des acteurs et des outils de la recherche (tumorothèques, plate-formes de recherche, interface public/privé...)
- fédérer les équipes de recherche autour d'axes scientifiques identifiés, en favorisant particulièrement les ouvertures pluridisciplinaires.(44)

Le 3ème Plan cancer prévoit un recentrage des cancéropôles, les conduisant à intervenir en priorité sur des champs non couverts par d'autres institutions. Il prévoit aussi de mieux articuler les actions des sept cancéropôles avec celles des huit sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC). Il renforce aussi le rôle de l'INCa dans le pilotage des cancéropôles, afin de lutter contre les disparités territoriales.(34)

En 2015, les cancéropôles renforcent la recherche en cancérologie sur le territoire national à travers un réseau composé de plus de 2000 équipes de recherche, 32 universités et plus d'une centaine de partenaires industriels.(44)

L'Aquitaine appartient au cancéropôle Grand Sud Ouest qui regroupe aussi le Limousin, le Languedoc-Roussillon et les Midi-Pyrénées. (Annexe 3)

7. Les Sites de Recherche Intégrée sur le Cancer (SIRIC)

L'INCa a instauré une politique compétitive de labellisation de sites. Son objectif est d'offrir à la recherche translationnelle en cancérologie de nouvelles conditions opérationnelles, afin d'optimiser et d'accélérer la production de nouvelles connaissances, et de favoriser leur diffusion et leur application dans la prise en charge des cancers. A ce titre, la création des Sites de Recherche Intégrée sur le Cancer doit mener à des évolutions significatives dans la conduite d'une recherche pluridisciplinaire et intégrée.

Les SIRIC réunissent autour d'un même site des services médicaux, des équipes de recherche pluridisciplinaire (clinique, biologique, technologique, épidémiologique, sciences humaines, économiques et sociales et santé publique) et des ressources et services communs performants. Ensemble, ces composants doivent permettre la réalisation de programmes intégrés de recherche pluridisciplinaire. Cette intégration se définit par le partage des questions et objectifs de recherche entre les différentes disciplines, afin d'élaborer en commun des programmes synergiques, dont la finalité est une meilleure prise en charge des cancers.

Les SIRIC ont ainsi pour missions d'élaborer et de conduire des programmes de recherche intégrée, et de mettre en place des programmes de diffusion des connaissances et des nouvelles pratiques.

Fin 2015, l'INCa avait labellisé huit SIRIC.

En Aquitaine, a été labellisé le SIRIC BRIO (Bordeaux Recherche Intégrée Oncologie) qui s'appuie sur plusieurs partenaires complémentaires : l'Institut Bergonié, le CHU de Bordeaux, l'Université de Bordeaux, les institutions de recherche (INSERM, CNRS) et les institutions régionales (Cancéropôle Grand Sud Ouest, RCA, Groupement des Industries Pharmaceutiques et de Santé du Sud Ouest, Conseil Régional d'Aquitaine).

La stratégie de BRIO s'articule autour d'une structure matricielle composée de six programmes de recherche intégrée (cancer du sein, sarcome, leucémie myéloïde, cancer du foie, nouvelles cibles, oncologie gériatrique) et sept axes stratégiques de développement (bio-informatique, recherche *in vivo*, surveillance et interventions de santé, bases de données, médecine personnalisée, sciences humaines et sociales, recherche fondamentale). Ces derniers ont pour objectif d'impulser de nouvelles activités nécessaires à la recherche translationnelle, de lancer des plate-formes communes et de fédérer les équipes de recherche autour de thématiques communes.

8. Les infirmiers de coordination en cancérologie

La mise en place des infirmiers de coordination en cancérologie (IDEC) a été lancée par l'action 18.1 du second Plan cancer (28), et prolongée par l'action 3.4 du troisième Plan cancer (34). A l'issue du second Plan cancer, le rôle des IDEC reste à préciser, notamment dans la coordination des soins dans la relation ville-hôpital. Cette seconde phase d'expérimentation, sous le pilotage de la DGOS et de l'INCa, du dispositif IDEC sur 10 équipes de premier recours et 35 sites hospitaliers est actuellement en cours.(35)

La mission principale des IDEC consiste à faciliter l'articulation entre les professionnels des soins de ville, les professionnels hospitaliers, les patients et leur entourage.

L'intervention de l'IDEC s'inscrit au sein de l'équipe pluridisciplinaire en charge du patient, apportant à celui-ci une prestation globale de coordination adaptée à la complexité des situations. Les missions des IDEC sont à distinguer de celles assurées par les IDE cliniciennes (nouveau métier prévu par l'action 4.1 du troisième Plan cancer (34)) ainsi que celles des IDE intervenant dans le cadre du dispositif d'annonce.

Plus précisément, les IDEC contribueront à renforcer le lien de l'ensemble des professionnels sanitaires et médico-sociaux intervenant dans le parcours des patients atteints de cancer. Leur intervention devra notamment concerner les moments considérés comme « critiques » dans ce parcours et consistera à préparer de façon anticipée la sortie d'hospitalisation du patient et prévoir le relais avec l'équipe du premier recours (formalisation d'informations, rédaction de procédures de surveillance à domicile...), à veiller à la transmission adéquate d'informations entre les professionnels, à contribuer, si nécessaire, à la ré-hospitalisation dans le service référent sans passer par les urgences, et à veiller à la bonne articulation des différentes séquences de prise en charge pour fluidifier le parcours des patients et favoriser une meilleure maîtrise des délais de prise en charge.

De plus, les IDEC auront un rôle d'information et d'éducation thérapeutique auprès des patients et de leur entourage. C'est un objectif important de la seconde phase d'expérimentation du dispositif IDEC, surtout au bénéfice des cas lourds et complexes (amélioration de l'observance par une meilleure compréhension).

Enfin, l'enjeu particulier de la chimiothérapie orale, en plein essor, soulevant des difficultés particulières en terme de gestion d'effets secondaires à domicile, devra être intégré dans les actions développées par les IDEC.(45)

B) Les outils de communication en cancérologie

1. Le dispositif d'annonce

Le dispositif d'annonce a été lancé par la mesure 40 du 1er Plan cancer (20). Après une expérimentation menée au niveau national en 2004-2005 aboutissant à des recommandations de l'INCa et de la Ligue nationale de lutte contre le cancer pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé, le second Plan cancer se donnait comme objectif de généraliser l'accès au dispositif d'ici fin 2011. Le 3ème Plan cancer prévoit maintenant de le faire évoluer.

Il s'agit d'un dispositif visant à améliorer les conditions d'annonce d'une maladie cancéreuse (ou de sa rechute) et de son traitement en permettant au patient de bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire instaurant davantage le dialogue et un repérage plus précis de ses besoins.

Le dispositif d'annonce est construit autour de quatre temps correspondant à quatre étapes de prise en charge du patient par des personnels médicaux et soignants : un temps médical, un temps d'accompagnement soignant (TAS), un temps de soins de support, un temps d'articulation avec la médecine de ville.

Le temps médical correspond à une ou plusieurs consultations dédiées à l'annonce du diagnostic de

cancer, puis à la proposition d'une stratégie thérapeutique définie lors de la RCP. Le projet thérapeutique est présenté et expliqué au patient. La décision thérapeutique, comprise et acceptée par le malade, lui sera ensuite remise sous forme d'un PPS.

Le TAS permet la possibilité au patient ou à ses proches d'accéder, selon leurs choix, à des soignants (en général un infirmier). Ce temps peut se dérouler aussitôt après la consultation médicale ou quelques jours plus tard. Le soignant écoute le malade, reformule ce qui a été dit pendant la consultation médicale, donne de l'information sur le déroulement des soins et peut orienter le patient vers d'autres professionnels (assistant social, psychologue...).

L'accès à une équipe impliquée dans les soins de support permet au patient d'être soutenu et guidé dans ses démarches, en particulier sociales, en collaboration avec les équipes soignantes. Le patient pourra aussi rencontrer, en fonction de ses besoins, d'autres professionnels (diététicien, psychologue, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien...).

Concernant le temps d'articulation avec la médecine de ville, il est indispensable que le MT soit informé en temps réel, en particulier dès ce premier temps de la prise en charge hospitalière. Il reste un interlocuteur privilégié du patient et doit être associé au parcours de soins. Le dispositif d'annonce s'appuie ainsi sur un travail de liaison et de coordination entre les différents professionnels concernés (46). Un contact téléphonique initial (ou par un autre moyen) permet d'informer le MT sur la pathologie et de recueillir les éléments sur l'environnement global du patient. Il doit disposer par la suite, dans un délai court, des informations concernant le diagnostic, le projet thérapeutique, l'inclusion éventuelle dans un essai clinique, les effets secondaires prévisibles des traitements et leur gestion et le niveau d'information du patient. Le MT doit pouvoir contacter 24 heures sur 24 le service référent du malade ou un service compétent, afin de diminuer le recours à l'hospitalisation, ainsi qu'aux services d'urgences.(47)

Ce sont les 3C qui doivent s'assurer de la mise en œuvre du dispositif d'annonce au sein des établissements autorisés. Cette mise en œuvre demeure stable entre 2010 et 2012 avec plus de 70% des 3C qui s'assurent du déploiement effectif du dispositif. On observe cependant une nette progression des deux premières composantes du dispositif, avec 67% de consultations médicales réalisées en 2012 (contre 46% en 2010) et 77% de TAS en 2012 (contre 61% en 2010).(48)

Concernant le temps d'articulation avec la médecine de ville, des questionnements persistent (49) A cet effet, le 3ème Plan cancer prévoit de le déployer et de le structurer davantage (Action 7.2 du 3ème Plan cancer (34)).

En Aquitaine, huit 3C s'assurent de la mise en place effective du dispositif d'annonce dans tous les établissements autorisés membres (deux 3C s'en assurent dans une partie des établissements autorisés membres). En 2014, 15 850 patients ont bénéficié d'un entretien spécifique avec un soignant dans le cadre du dispositif d'annonce (en baisse, on en dénombrait 17 785 en 2013).

Dans l'optique d'amélioration du dispositif d'annonce, une évaluation régionale (EVADA 1) a été réalisée en Aquitaine dans 29 établissements de santé avec les dix 3C en collaboration avec le Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de Qualité en Aquitaine (CCECQA). Cette dernière montre une marge de progression en terme de coordination entre médecins et soignants, à l'hôpital comme en ville, mais dont l'évaluation reste difficile devant un manque de traçabilité dans les dossiers patients. Par ailleurs, les MT ne sont pas interrogés dans cette étude (50).

Une seconde évaluation a été lancée de mars 2014 à mai 2015 dans 20 établissements de santé autorisés (projet EVADA 2)(43), et cette dernière met d'ailleurs l'accent sur cette problématique pour une étude future à réaliser en vue de déterminer les perceptions et les attentes des MG vis à vis du dispositif d'annonce, via un questionnaire déjà élaboré.(51)

2. La fiche RCP

La mise en œuvre de la pluridisciplinarité est essentielle en cancérologie. Elle est identifiée dès le 1er Plan cancer (20) par la mesure 31, et devient partie intégrante de l'offre de soins en cancérologie en 2005. Les RCP sont considérées non seulement comme le lieu de la discussion diagnostique et thérapeutique mais aussi comme un vecteur d'échanges de valeur pédagogique entre les professionnels, permettant également d'effectuer une analyse de la balance bénéfique/risque et de la qualité de vie du patient.

Tous les dossiers des patients atteints de cancer doivent être enregistrés par le secrétariat de la RCP. Quel que soit le traitement initial envisagé, les dossiers qui doivent obligatoirement être discutés en RCP avant mise en route du traitement sont ceux qui ne relèvent pas de référentiels validés et actualisés ou dont le réexamen s'impose chaque fois qu'il y a changement significatif d'orientation thérapeutique. Les dossiers qui répondent à une procédure standard de prise en charge, ayant fait l'objet d'un accord pluridisciplinaire, traduite par un référentiel de pratique clinique validé et actualisé, peuvent pour ne pas retarder l'acte thérapeutique, ne pas faire l'objet d'une discussion initiale en RCP ; ces dossiers sont enregistrés ; les situations qui répondent à ce standard sont définies par le RRC.

En cas d'acte à visée diagnostique ou de chirurgie réalisée en urgence, la discussion du dossier en RCP peut avoir lieu après l'intervention, il sera non seulement enregistré mais il devra donner lieu à une réelle discussion en RCP.

Les soins de support sont intégrés dans l'organisation des RCP.

Des procédures de contrôle sont obligatoirement mises en place dans le cadre du 3C pour vérifier le respect de ce processus pour chaque patient ainsi que l'adéquation des dossiers discutés en RCP. Ce taux d'adéquation et son évolution constituent un des indicateurs qualité du rapport d'activité demandé au 3C.(23)

La fiche RCP est un document métier standardisé intégré aux référentiels techniques du cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de l'ASIP Santé en tant qu'outil de l'organisation de la coordination des soins et de la gestion des parcours. Elle doit contenir un minimum de données selon une fiche standardisée proposée par l'INCa, que ce soit de l'ordre administratif, organisationnel ou médical (Annexe 4).

En 2014, le nombre de dossiers enregistrés en RCP déclarés par les RRC était de 816 977, ce qui a été triplé en comparaison avec 2005 (240 937 dossiers enregistrés).(3)

En Aquitaine, l'enregistrement informatique des fiches RCP standardisées est passé de 8000 en 2003 à près de 53 300 en 2015. Ce qui concernait environ 36 300 patients (*figure 6*).

Ce sont 1200 médecins qui présentent ces dossiers en RCP. En 2015, plus de 4000 réunions ont eu lieu dans les dix 3C. Le compte rendu de la RCP (fiche RCP) est adressé au médecin responsable de la prise en charge et au médecin traitant du patient dans les dix 3C.(43)

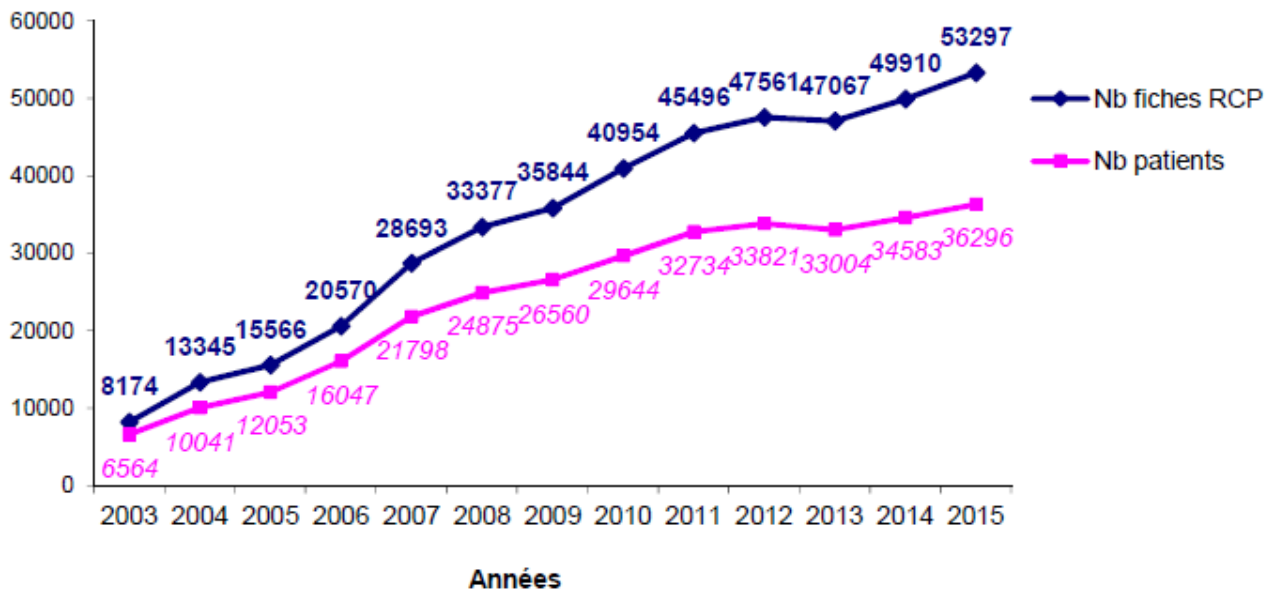


Figure 6 : Dossiers médicaux présentés en RCP entre 2003 et 2015 en Aquitaine (nombre de fiches RCP enregistrées et nombre de patients présentés en RCP dans l'année).(43)

3. Le Programme Personnalisé de Soins (PPS)

Le PPS a été annoncé dans la mesure 31 du 1er Plan cancer (20). La mesure 18 du second Plan cancer, mesure phare, donnait pour objectif de faire bénéficier au moins 80% des patients d'un PPS.

Destiné à être remis à tous les malades dès le début de leur prise en charge, en relais immédiat du dispositif d'annonce, le PPS permet de formaliser la proposition thérapeutique. Il constitue une des conditions transversales de qualité, rendues obligatoires dans le cadre du dispositif d'autorisation des établissements de santé pour la prise en charge des cancers. Sa remise au patient fait l'objet d'un suivi spécifique au sein des établissements, à la charge des 3C.

Rédigé suite à la RCP, il doit permettre de rendre le parcours de soins et le calendrier prévisionnel du programme thérapeutique lisibles pour les patients et d'informer le MT de la prise en charge proposée. Il est adapté à chaque patient dans une volonté de personnalisation du parcours de soins. Il doit rester simple et informatif. Il peut évoluer au cours de la prise en charge, en fonction de la réponse aux traitements ou de l'évolution du cancer.

Le contenu minimum proposé par l'INCa et validé par le Comité des malades et des usagers de l'INCa comprend plusieurs volets (Annexe 5).(28)

En 2014, près de 204 900 PPS ont été remis aux patients, soit deux fois plus qu'en 2011.(3)

Cependant, cet effort doit se poursuivre car le nombre de PPS remis et tracés par les RRC est bien inférieur à l'objectif fixé des 80% dans la mesure 18 du second Plan cancer. Cela représente environ 53% des cancers incidents.

En Aquitaine, 12 354 PPS ont été remis aux patients (un 3C n'a pas remis de chiffre).(43)

4. La fiche de détection des fragilités sociales

La fiche de détection des fragilités sociales est un document élaboré suite à l'action 26.2 du second Plan cancer (28).

Comme son nom l'indique, ce document permet de repérer dès le début de la prise en charge les difficultés sociales que peut présenter un patient, pour l'orienter précocement vers un service social adapté.

Il a été élaboré par un groupe de travail composé de professionnels du travail social, et soumis à la concertation des représentants des malades et de professionnels de la santé.

Il est mis à la disposition des professionnels de santé par l'INCa, notamment des infirmiers de coordination (Annexe 6).

5. Le Programme Personnalisé de l'Après Cancer (PPAC)

Le PPAC a été mis en place suite à l'action 25.3 du deuxième Plan cancer (28).

Conduit avec les MT, il prend le relais du PPS en fin de traitement pour acter l'entrée dans une nouvelle période de prise en charge, celle de l'après cancer (ou de l'après traitement). Il est destiné à être remis au patient à la fin des traitements actifs, pour lui permettre d'intégrer dans sa vie quotidienne son suivi, adapté à ses besoins et révisable au fil du temps.

Il comprend plusieurs volets : une partie de surveillance médicale avec notamment un plan personnalisé de surveillance, une partie qualité de vie et accès aux soins de support, une partie accompagnement social et une partie contacts.

Il précise aussi les modalités de la mise en place de la surveillance médicale conjointe et alternée entre spécialiste hospitalier et MT pour le suivi des patients (52).

6. Le Dossier Communicant en Cancérologie (DCC)

Le partage et l'échange de données médicales entre professionnels de santé, hospitaliers et libéraux, sont des facteurs importants d'amélioration de la qualité des soins et de la continuité de la prise en charge du patient sur le terrain. Dans ce contexte, le DCC a été développé par les RRC.

Le DCC doit permettre aux professionnels de santé d'échanger des données médicales telles que fiches RCP, les comptes-rendus opératoires, les résultats anatomo-pathologiques, les téléconférences, etc ; et de gérer les outils et les services nécessaires à l'activité de la cancérologie : annuaire des RCP, gestion informatisée des RCP, élaboration du PPS, accès aux recommandations de bonne pratique clinique et aux registres des essais cliniques...

Le projet DCC, issu du Plan cancer 2003 – 2007 (20), est lancé en 2004 avec quatre expérimentations régionales (Pays de la Loire, Basse-Normandie, Aquitaine, île de la Réunion). En 2006, à la suite de ces expérimentations, un cahier des charges est rédigé pour la généralisation de ce

dossier. La même année, l'INCa et le GIP DMP recherchent une démarche commune avec mise en cohérence du DCC et du DMP. En 2009, l'INCa et l'ASIP Santé signent un accord de partenariat pour le développement du DCC dans le cadre du DMP (53).

A l'issue du 1er Plan cancer, l'état d'avancement du DCC était très inégal dans les différentes régions et jugé défaillant. Le développement du DCC est lié à celui du DMP qui souffre d'un important retard de mise en place, et ce à l'issue du second Plan cancer (31).

Le Plan cancer 2014 – 2019 (34), réaffirme l'importance du DCC et œuvre à sa généralisation.

L'instruction publiée en 2013 fixait les caractéristiques de la cible DCC que les régions devaient mettre en œuvre avant le 31 décembre 2015 sous le pilotage des ARS. La cible à atteindre présentait des fonctionnalités traduisant les exigences de qualité pour la prise en charge en cancérologie dictées par l'INCa (54).

En pratique, l'objectif était de garantir que 100% des patients atteints de cancer bénéficient d'une présentation de leur dossier en RCP donnant lieu à une fiche RCP et un PPS dématérialisés et structurés comportant les items minimaux définis par l'INCa (Annexes 4 et 5), et conforme au cadre d'interopérabilité spécifié par l'ASIP Santé. Ces documents devaient être versés au DMP si le patient en possédait un et/ou être transmis par messagerie sécurisée au MT et aux autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge.

Le bilan établi au troisième trimestre 2015 au niveau national montrait que 85% des 3C disposent d'une solution informatisée de DCC, que 88,7% des fiches RCP sont dématérialisées mais que seulement 7% sont au niveau de structuration attendu. L'annuaire national des RCP est peuplé à hauteur de 91,7% (55).

En 2016, l'INCa et la DSSIS ont cosigné une instruction d'actualisation du système d'information cible du DCC. Cette instruction est destinée aux ARS chargées de mettre ce système en place en collaboration avec les RRC. L'objectif étant qu'au 31 décembre 2017, chaque patient atteint de cancer bénéficie d'un passage en RCP donnant lieu à une fiche RCP informatisée, d'un PPS informatisé et d'un PPAC informatisé (56).

En Aquitaine, la solution informatique partagée est le Dossier Patient du Réseau de Cancérologie (DPRC), mis à disposition par le RCA. Huit 3C sur les dix 3C aquitains utilisent ce dispositif. Dans le cadre de la région ALPC, le DCC d'Onco-Poitou-Charentes (outil K-Process) a été choisi par l'ARS fin décembre 2015 comme outil commun. Une expression des besoins spécifiques à l'Aquitaine a été réalisée en amont afin de pouvoir remplacer, dans un premier temps, l'actuel DPRC. L'année 2016 sera ainsi consacrée à la rédaction d'une note de cadrage plus précise quant à la méthodologie puis aux développements informatiques nécessaires à la production d'une plateforme web DCC adaptée à l'ensemble de la région ALPC (43).

7. Les messageries sécurisées

La messagerie sécurisée est un outil adapté au secteur santé, permettant d'échanger des mails et fichiers joints en toute sécurité. Toutes les conditions doivent être réunies pour assurer la confidentialité des données transférées et garantir le secret médical. C'est un outil internet qui s'adresse à tous les professionnels de santé disposant d'une carte CPS, ou d'un environnement sécurisé au sein d'un établissement.

Dans le cadre du projet DCC, les messageries sécurisées doivent également se déployer sur l'ensemble du territoire (Actions 2.19 et 2.20 du 3ème Plan Cancer (34)), cela étant précisé dans

l'instruction de 2013 relative à la description du système d'information du DCC (54). Ceci se retrouve dans le projet de relance du DMP, dans l'évaluation actuelle du 3ème Plan Cancer (35) et comme objectif de la Stratégie Nationale de Santé (33).

En effet, l'un des objectifs de la Stratégie Nationale de Santé est d'accélérer le déploiement des systèmes d'information supports de la coordination des soins et du parcours du patient. Le DMP et les messageries sécurisées de santé sont les deux services de référence complémentaires pour la transmission dématérialisée des informations utiles pour servir et faciliter les pratiques des médecins et, plus largement, les professionnels de santé, afin de permettre une meilleure coordination des soins. Les messageries sécurisées permettent l'échange entre professionnels de santé et facilitent ainsi la coordination des soins entre les établissements de santé et le secteur ambulatoire.

Les établissements de santé doivent mettre à la disposition des professionnels de santé exerçant dans le secteur ambulatoire (médical et médico-social), dans des délais utiles et des formats adaptés, les documents de sortie de nature à favoriser une prise en charge à la fois efficiente et de qualité des patients ayant été hospitalisés.

Tous les établissements de santé doivent rendre leur système de messagerie électronique compatible avec le système de messageries sécurisées de santé (MSSanté) en 2015, et se mettre en situation de transmettre rapidement par ce canal les documents de sortie des patients aux professionnels de santé concourant à leur prise en charge.

L'espace de confiance défini par le système de messageries sécurisées MSSanté est le seul système d'échange électronique de données personnelles de santé conforme aux exigences de la loi Informatique et Libertés (Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée le 6 août 2004) et du Code de la santé publique (art. L.1110-4 et art. L.1111-8). Le système de messageries sécurisées MSSanté est développé et géré par l'ASIP Santé sous l'autorité du ministère chargé de la santé. Cet espace de confiance s'appuie sur un annuaire national MSSanté (qui utilise les données du référentiel national RPPS pour les professions concernées). L'annuaire MSSanté, consultable par les professionnels habilités, permet de trouver facilement l'adresse d'un correspondant professionnel de santé (57).

En Aquitaine, jusqu'en octobre 2015, le système disponible était la messagerie TéléSanté Aquitaine (TSA), puis est devenue MSSanté compatible comme l'exige la loi. La messagerie TSA est cependant toujours utilisable.

En 2015, le RCA continue de promouvoir les messageries sécurisées homologuées et a mis en avant au sein du projet DCC et dans le contexte de la grande région ALPC, la nécessité de s'appuyer sur des solutions MSSanté compatibles de l'ASIP Santé pour faciliter au mieux l'envoi et la réception de documents à partir de la future plate-forme (43).

C) Place du médecin généraliste en oncologie

1. Contexte

Très tôt dans l'histoire de la lutte contre le cancer, le médecin généraliste apparaît comme un acteur pivot de la prise en charge. D'après la Commission d'orientation sur le cancer de 2002, les médecins généralistes sont très présents dans cette prise en charge en particulier dans les phases de dépistage, de diagnostic précoce et dans les phases curatives et palliatives. Leur place est essentielle dans la coordination des soins et dans le suivi des patients. « Le médecin traitant reste le point de repère médical du patient en dehors de l'hôpital » (19). L'accent est alors déjà mis sur la nécessité de renforcer cette coordination entre les acteurs libéraux et le secteur hospitalier.

La loi HPST de 2009 (Article 36) corrobore cette fonction de pivot en précisant les missions du médecin généraliste qui sont entre autres de contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le traitement et le suivi des malades ainsi que l'éducation pour la santé ; d'orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ; de s'assurer de la coordination des soins nécessaires à ses patients ; de veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient (32).

Dès le premier Plan cancer (20), l'accent est mis sur l'importance du médecin traitant. Néanmoins, le rapport remis au Président de la République par le HCSP déplore que leur place n'est pas encore trouvée que ce soit dans leur participation aux RCP que dans leur participation active à la prise en charge thérapeutique de leurs patients atteints de cancer ou dans la coordination ville-hôpital (58). Ceci est repris dans la grande enquête lancée par la Ligue contre le cancer en 2010 auprès de 565 MG interrogés. En effet, ils se sentent globalement tous impliqués dans la prévention et le dépistage des cancers, et estiment conserver une relation étroite avec leur patient après le diagnostic posé dans 95% des cas. Cependant, seulement 48% d'entre eux se jugent satisfaits de leur relation avec le milieu hospitalier et estiment à 70% que leur place dans cette prise en charge spécifique n'est pas reconnue à sa juste valeur (8).

Dans le second Plan cancer (28), comme nous avons pu le voir, renforcer l'implication du MT à toutes les phases de la prise en charge du cancer est un thème transversal à toutes les mesures à mettre en œuvre. Cependant, l'effort est à poursuivre, notamment dans la coordination ville-hôpital, car cet aspect est resté très peu productif (29,31).

Cet effort fait donc partie intégrante du troisième Plan cancer (34). On retiendra notamment l'Objectif 2 de ce Plan, « Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge », qui met l'accent sur la nécessité d'améliorer l'articulation entre les différentes étapes du parcours grâce à une coordination et des échanges d'information accrus entre les professionnels impliqués.

Ceci est repris dans de nombreuses actions :

Action 2.1 : Garantir aux patients, avec l'appui du MG ou de l'équipe de premier recours, un premier rendez-vous avec l'équipe de cancérologie la plus adaptée à leur situation et dans un délai rapide, afin de réduire les délais entraînant des pertes de chance.

Un sous objectif entier est dédié à améliorer la coordination ville-hôpital et les échanges d'informations entre professionnels, d'où :

Action 2.19 : Généraliser le DCC et mobiliser les outils de communication numérique au service de la coordination ville-hôpital.

Action 2.20 : Faire évoluer les PPS et les PPAC, intégrés à terme dans le DCC, vers des outils opérationnels de déclinaison de la prise en charge et d'interface ville-hôpital.

Action 2.21 : Développer la télémédecine.

Action 2.22 : Mettre à disposition des professionnels de premier recours des outils de bonnes pratiques pour l'organisation des parcours de soins en ambulatoire.

En parallèle, dans l'Objectif 7 « Assurer des prises en charge globales et personnalisées », le Plan cancer 2014 – 2019 cherche à mettre en place et à assurer les conditions pour passer d'un parcours de soins en cancérologie à un parcours de santé assurant une continuité des prises en charge, sans rupture, en s'appuyant sur une coordination optimale du parcours :

Action 7.1 : Garantir aux malades une orientation adéquate dès le diagnostic de cancer (qui rejoint l'Action 2.1).

Action 7.4 : Garantir au patient l'articulation entre l'hôpital et la ville à l'occasion de la consultation de fin de traitement.

Action 7.5 : Structurer sous la responsabilité des ARS une organisation territoriale mobilisant les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux impliqués pour une prise en charge globale et coordonnée.

Ce dernier est poursuivi dans l'Action 16.5 : Structurer l'organisation territoriale de proximité autour de l'objectif de continuité et de globalité des parcours de prise en charge.

2. Enjeux de l'étude

La prise en charge du cancer est devenue au fil des années un problème majeur de santé publique. La complexité tant sur la pathologie et sa prise en charge que sur le parcours de soins qui en découle, a imposé de mettre en place des cadres afin de pouvoir mieux faire bénéficier aux patients d'une offre de soins de qualité, la plus accessible, performante et adaptée en assurant une coordination optimale entre tous les acteurs de ce parcours.

Dans ce dernier, le médecin généraliste est voué à être un acteur central et pivot dans le parcours de soins d'un patient atteint de cancer. Les efforts de l'État au travers des différents Plans cancer montrent que cet aspect est adopté mais dont les efforts restent à poursuivre notamment dans le domaine de la coordination ville-hôpital, qui reste jusqu'à ce jour insuffisante.

Plusieurs études ont été menées dans différentes régions en France afin de déterminer la place du médecin généraliste dans la prise en charge du cancer. A ce jour, aucune n'a été menée en Aquitaine depuis la naissance du Plan cancer.

Cette étude cherche donc à décrire la perception des médecins généralistes d'Aquitaine dans leur prise en charge de patients atteints de cancer et en particulier dans la coordination des soins.

Par ailleurs, comme en témoigne Les Premiers états généraux des malades atteints de cancer, le centre de la prise en charge du cancer reste le patient. Cette étude cherche donc, en objectif secondaire, à évaluer les attentes des patients concernant l'implication de leur médecin traitant dans la prise en charge du cancer.

MATERIEL ET METHODE

I. Caractéristiques de l'étude

L'étude réalisée est une double étude descriptive transversale par sondage d'opinion concernant d'une part les médecins généralistes d'Aquitaine et d'autre part les patients atteints d'un cancer colo-rectal, s'étendant du 10 mars 2016 au 28 juillet 2016.

II. Populations étudiées

Pour le groupe médecin, la population étudiée a été déterminée avec l'aide du 3C Aquitaine, qui a regroupé toutes les fiches RCP créées et enregistrées du premier janvier 2014 au 31 décembre 2014, qui étaient au nombre de 574, concernant tous les cancers colo-rectaux selon la classification CIM-10 et en particulier les codes diagnostiques de C18 à C20. En effet, il a été décidé de se limiter au cancer colo-rectal qui est le troisième cancer le plus fréquent en France, et en particulier en Aquitaine où il existe une sur-incidence de CCR en particulier en Gironde et dans les Landes (59). Ces 574 fiches RCP correspondaient alors à 415 patients, pour lesquels, à partir des dossiers patients du CHU de Bordeaux, et avec l'accord du chef de pôle de digestif et du chef de service d'oncologie médicale du CHU de Bordeaux, nous avons pu trouver 335 médecins généralistes déclarés traitants correspondants. Aucun critère d'exclusion n'a été retenu.

Pour le groupe patient, la population étudiée était tous les patients atteints d'un cancer colo-rectal en cours de prise en charge spécifique oncologique ou en cours de surveillance, se rendant en hôpital de jour d'hépatogastro-entérologie et d'oncologie médicale du CHU de Bordeaux, d'abord sur le site St André, puis devant le déménagement et le regroupement des services d'hépatogastro-entérologie sur le site Haut-Lévêque le premier avril 2016, cela s'est poursuivi dans l'hôpital de jour du service d'hépatogastro-entérologie de Haut-Lévêque. Aucun critère d'exclusion n'a été retenu.

III. Élaboration et envoi des questionnaires

Pour le groupe médecins, le questionnaire, initialement destiné à être envoyé par courriel, a été élaboré grâce au service Google Drive®, qui permet un envoi unique grâce à un lien ajouté sur le

courriel de présentation, vers les destinataires, permettant un retour de réponses centralisé et anonyme. Un premier envoi par mail à l'aide de ce service a été réalisé le 11 mars 2016 par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Gironde, qui ne regroupait cependant l'adresse mail que de 189 médecins. Devant un taux de réponse insuffisant un mois après l'envoi du mail et devant le refus d'une relance par le Conseil de l'Ordre, il a été décidé de procéder à un envoi du questionnaire par courrier postal aux 335 médecins généralistes cibles, accompagné d'un courrier de présentation (Annexe 7). Cet envoi a été effectué le 28 mai 2016, et nous avons comptabilisé les réponses pendant deux mois et donc exclu les questionnaires reçus au-delà du 28 juillet 2016.

Plusieurs parties ont semblé essentielles à l'élaboration du questionnaire afin d'appréhender au mieux la place du médecin généraliste dans la prise en charge du patient atteint de cancer et spécifiquement dans la coordination ville-hôpital, selon leurs perceptions propres, avec 36 questions avec réponses à choix multiples et 4 questions ouvertes.

En premier lieu, nous avons cherché à connaître les caractéristiques démographiques des répondants (lieu d'exercice, âge, sexe, proportion de patients atteints de cancer dans leur patientèle). Dans une seconde partie, nous nous sommes intéressés à la connaissance et l'utilisation des dispositifs et outils existants qui servent à favoriser la coordination ville-hôpital (DMP/DCC, RCP et fiches RCP, messageries sécurisées, IDEC, RRC, 3C).

Ensuite, nous avons interrogé les MG sur leur implication dans la prise en charge du cancer et leur souhait ou non d'avoir une place plus importante dans cette prise en charge.

Puis, nous nous sommes intéressés plus spécifiquement sur la perception des MG concernant la coordination ville-hôpital spécifiquement au CHU de Bordeaux.

Enfin, nous avons cherché à évaluer l'impact des différents Plans cancer en médecine générale.

Une première version a été soumise au 3C, puis modifiée et validée pour l'envoi prévu le 11 mars 2016 (Annexe 8).

Concernant le groupe patient, nous avons voulu connaître les perceptions et attentes des patients souffrant d'un CCR sur l'implication de leur médecin traitant dans cette prise en charge spécifique, et s'ils en sont satisfaits, notamment sur le motif de recours à leur MT pendant la phase de prise en charge de leur pathologie cancéreuse. Cela a donc été réalisé par un questionnaire anonyme, regroupant 9 questions à réponses à choix multiples (Annexe 9), qui a été adressé au patient directement en Hôpital de jour du service d'Hépatogastro-entérologie ou d'Oncologie médicale du CHU de Bordeaux, du premier mars 2016 au 6 juin 2016.

IV. Recueil et traitement des données

Pour le groupe médecin, les résultats ont été recueillis directement et automatiquement via le service Google Drive®, sous forme de tableau lui-même exporté ensuite sous Open Office Calc®. Les réponses obtenues par courrier postal ont été intégrées manuellement à la suite du même fichier Open Office Calc®.

Pour le groupe patient, tous les résultats ont été directement saisis manuellement sur un fichier Open Office Calc®, avant d'être soumis à analyse statistique.

A partir de ces données, une analyse descriptive univariée a été réalisée.

RESULTATS

I. Enquête auprès des médecins généralistes

A) Taux de participation

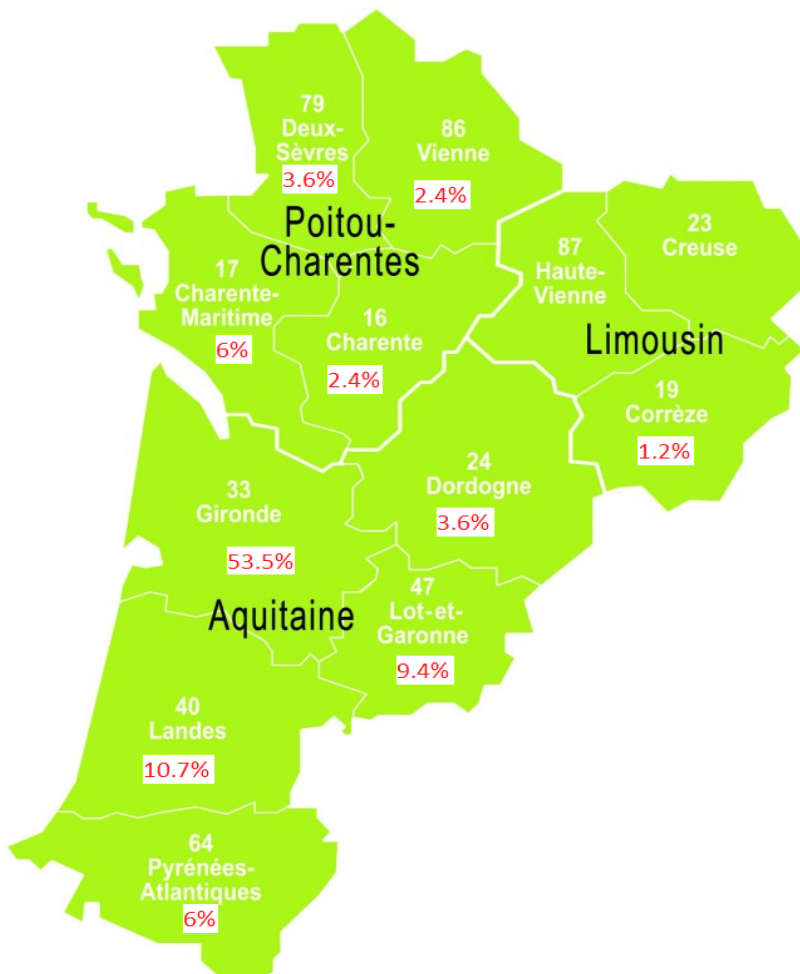
Parmi les 335 MG interrogés, 84 réponses ont été obtenues soit un taux de participation d'environ 25%.

Nous avons reçu 11 réponses par retour du service Google Drive® sur 189 MG interrogés, soit un taux de participation de 5,8% sur les 189, et soit un taux de 3,3% de réponses sur la totalité des 335 MG interrogés. Cela correspond à 13% de la totalité des 84 réponses obtenues.

Nous avons donc ensuite reçu 71 réponses par courrier postal, ce qui correspond à un taux de participation de 21,2% sur les 335 MG interrogés, et à 84,5% de la totalité des réponses reçues.

B) Caractéristiques des répondants

Nous avons analysé la répartition des répondants sur le territoire de la nouvelle grande région du Sud Ouest qui regroupe l'Aquitaine, le Poitou-Charentes et le Limousin (Figure 7).



Comme on peut le voir, la majorité des MG qui ont répondu sont en Aquitaine (83,3%, n=70), avec une majorité en Gironde (53,5%, n=45).

10,7% des répondants (n=9) sont du département des Landes, 3,6% (n=3) de la Dordogne, 9,4% (n=8) du Lot et Garonne et enfin 6% (n=5) des Pyrénées Atlantique.

On retrouve une participation dans le Limousin de 1,2% (n=1) qui correspond au seul département de la Corrèze.

Enfin, les 14,5% (n=12) de répondants sont originaires de Poitou-Charentes, avec une proportion plus importante de répondants en Charente Maritime (6%, n=5), une participation égale dans la Vienne et en Charente (2,4%, n=2), et également des répondants provenant des Deux-Sèvres (3,6%, n=3).

Figure 7 : Répartition des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire sur la région ALPC.

La majorité des répondants sont des hommes âgés entre 51 et 60 ans. La moyenne d'âge des MG qui ont participé est de 53 ans. Les MG interrogés estiment suivre en moyenne 30 patients atteints de cancers (tous types confondus), et moins de 50 patients pour la plupart d'entre eux.

Tableau 3 : Répartition par sexe, par tranche d'âge et par nombre de patients atteints de cancer (tous cancers confondus)

		Nombre	Pourcentage
Sexe	Homme	52	62,00%
	Femme	31	36,90%
	Pas de réponse	1	1,00%
Tranche d'âge	<40 ans	8	9,50%
	40-50 ans	21	25,00%
	51-60 ans	36	42,90%
	>60ans	19	22,60%
Nombre de patients atteints de cancer	<20	32	38,00%
	20-49	31	37,00%
	50-79	9	10,70%
	80-99	1	1,20%
	≥100	4	4,80%
	Pas de réponse	7	8,30%

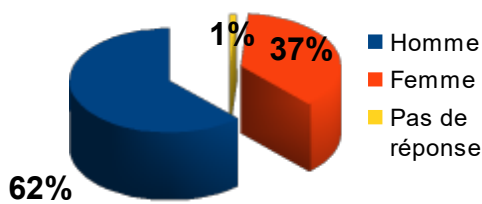


Figure 8 : Répartition par sexe

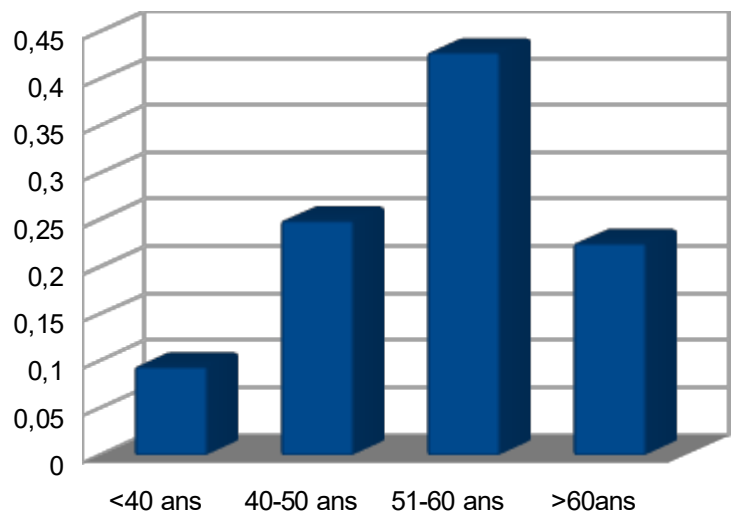


Figure 9 : Répartition par tranche d'âge

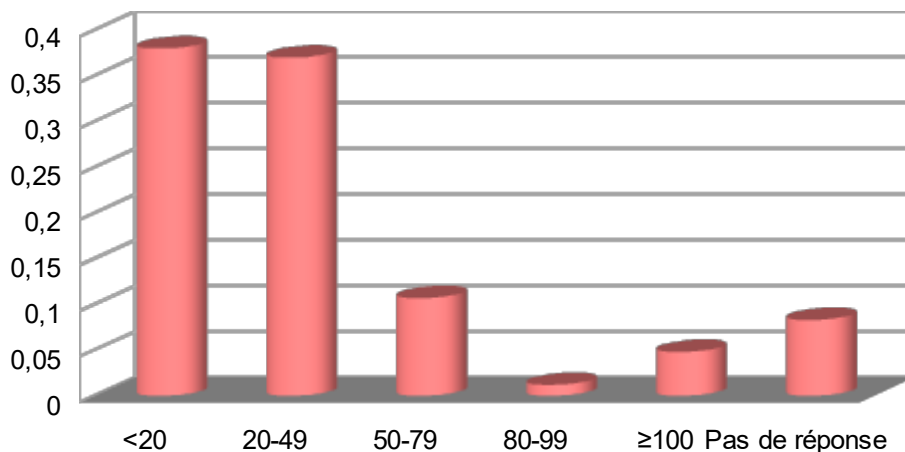


Figure 10 : Estimation du nombre de patients atteints de cancer par médecin généraliste

C) Connaissance des outils et dispositifs de coordination en cancérologie par les médecins généralistes

1. DMP et DCC

Étant donné que le DCC se veut partie intégrante du DMP, il a semblé essentiel d'évaluer la connaissance et l'utilisation de ce dernier par les MG. 75% (n=63) connaissent ce dispositif, mais pourtant 86% (n=72) estiment l'utiliser moins de 15% du temps et seulement 5% l'utilisent plus de 45% du temps.

Fait marquant, 90% (n=76) des MG ne connaissent pas le DCC.

Tableau 4 : Connaissance et utilisation des outils de coordination des soins en cancérologie

		Nombre	Pourcentage
Connaissance du DMP	Oui	63	75%
	Non	19	23%
	Pas de réponse	2	2%
Connaissance du DCC	Oui	6	7%
	Non	76	90%
	NC	2	2%
Fréquence d'utilisation du DMP	Moins de 15%	72	86%
	Entre 15 et 30%	1	1%
	Entre 30 et 45%	0	0%
	Entre 45 et 60%	1	1%
	Entre 60 et 75%	0	0%
	Plus de 75%	3	4%
	Pas de réponse	7	8%

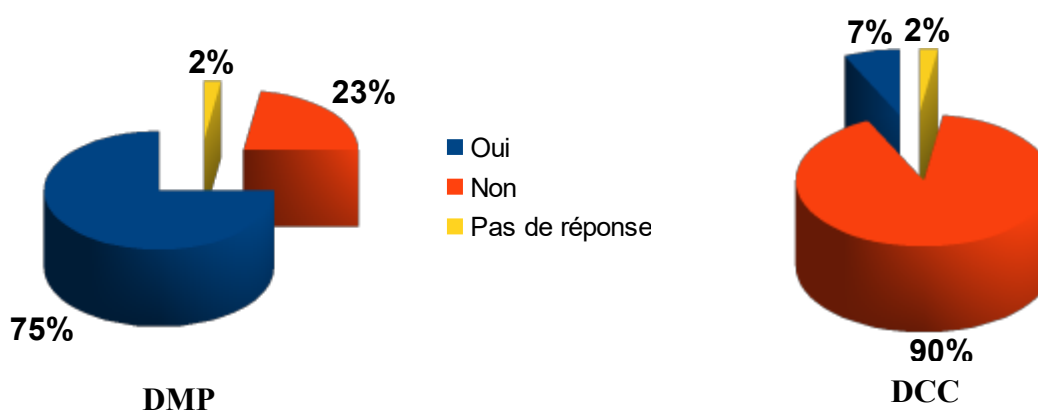


Figure 11 : Connaissance des outils de coordination en cancérologie par les MG

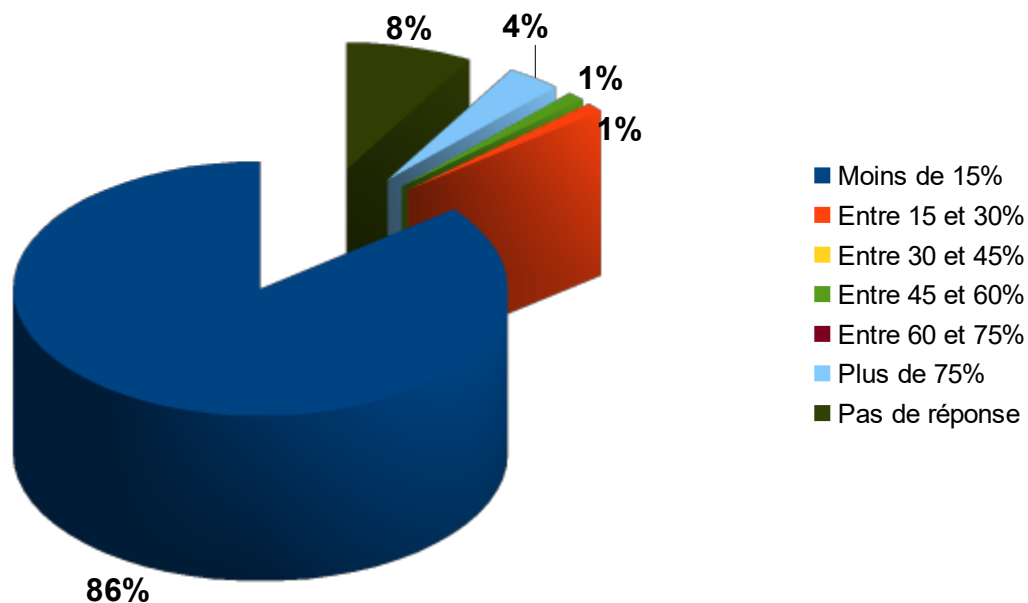


Figure 12 : Fréquence d'utilisation du DMP par les MG

De plus, 85% (n=71) estiment que le DMP n'est ni une aide ni un support dans le suivi des patients atteints de CCR, notamment dans la coordination des soins, puisque 75% (n=63) d'entre eux pensent qu'il n'y a pas de meilleure coordination des soins pour leurs patients ayant un DMP en comparaison avec ceux n'en ayant pas.

Tableau 5 : Apports du DMP dans la pratique des MG

		Nombre	Pourcentage
Aide apportée par le DMP dans le suivi des CCR	Oui	6	7%
	Non	71	85%
	Pas de réponse	7	8%
Meilleure coordination avec le DMP	Oui	11	13%
	Non	63	75%
	Pas de réponse	10	12%

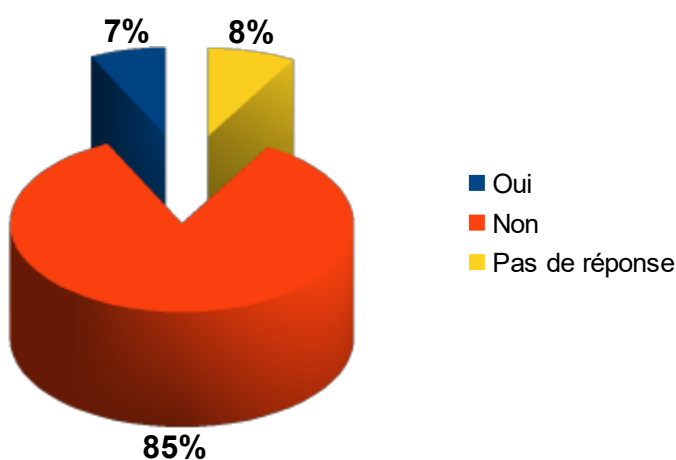


Figure 13 : Aide apportée par le DMP en médecine générale dans le suivi des CCR



Figure 14 : Meilleure coordination des soins avec le DMP

2. RCP

Seulement 24% (n=20) des MG interrogés souhaitent participer aux RCP lorsqu'un dossier de leurs patients est présenté. Pour la plupart, c'est le manque de temps qui les en empêche à 63,1% (n=53). Les autres raisons sont le manque de compétences en cancérologie à 7,1% (n=6), et l'éloignement géographique à 6% (n=5) (réponses obtenues à la sous-section « Autres » de la question 15 du questionnaire (Annexe 8)).

Par ailleurs, la moitié d'entre eux souhaiterait participer aux RCP en visioconférence (52%, n=44) mais l'autre moitié ne le souhaite pas (45%, n=38).

Tableau 6 : Participation des médecins généralistes aux RCP

Participation aux RCP	Nombre		Pourcentage	
	Oui	20	24%	
Non	63	75%		
Pas de réponse	1	1%		
Raisons de non participation	Manque de temps	53	63,10%	
	Manque de compétences en cancérologie	6	7,10%	
	Manque d'information sur la date de la RCP	1	1,20%	
	Autre	5	6,00%	
	Pas de réponse	19	22,60%	
RCP en visioconférence	Oui	44	52%	
	Non	38	45%	
	Pas de réponse	2	2%	

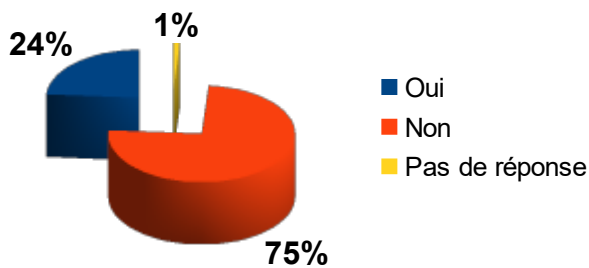


Figure 15 : Participation des MG aux RCP

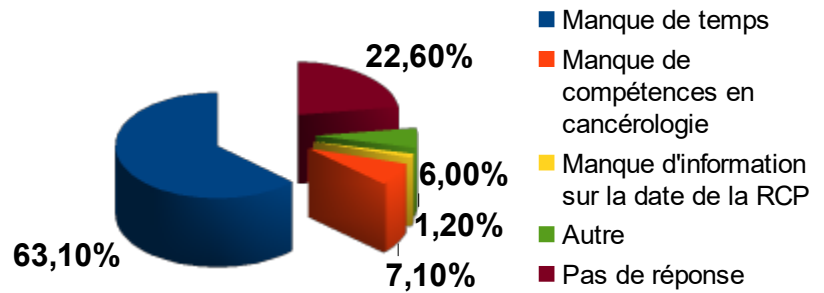


Figure 16 : Raisons de non participation des MG aux RCP

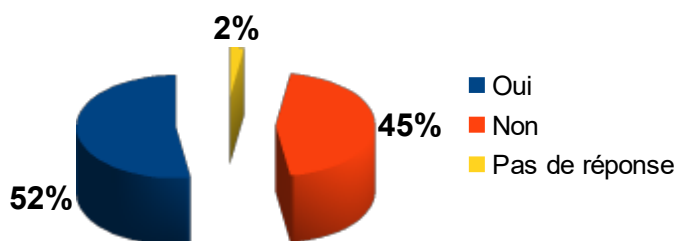


Figure 17 : Participation aux RCP en visioconférence

Par contre, près de 90% (n=75) des MG interrogés reçoivent la fiche RCP de leurs patients.

Tableau 7 : Réception de la fiche RCP par les MG

	Nombre	Pourcentage
MG recevant la fiche RCP	75	89%
MG ne recevant pas la fiche RCP	8	10%
Pas de réponse	1	1%

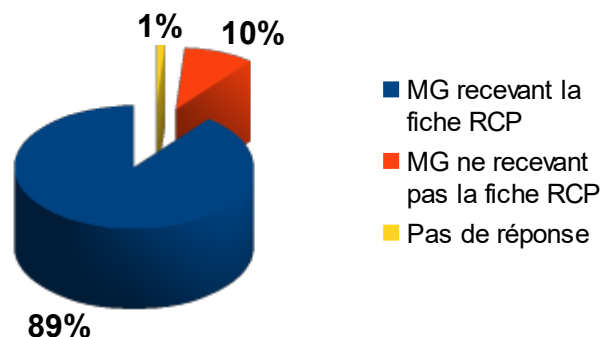


Figure 18 : Réception de la fiche RCP par les MG

3. Messageries sécurisées

Seulement 33% (n=28) des MG reconnaissent connaître la messagerie sécurisée TéléSanté Aquitaine. Cependant, 65% (n=55) pensent que la messagerie sécurisée serait plus utile que d'attendre de recevoir la fiche RCP du patient.

Tableau 8 : Les messageries sécurisées en médecine générale

		Nombre	Pourcentage
Connaissance de TéléSanté Aquitaine	Oui	28	33%
	Non	55	65%
	Pas de réponse	1	1%
Messagerie sécurisée plus utile que la réception de la fiche RCP par courrier postal	Oui	55	65%
	Non	19	23%
	Pas de réponse	10	12%

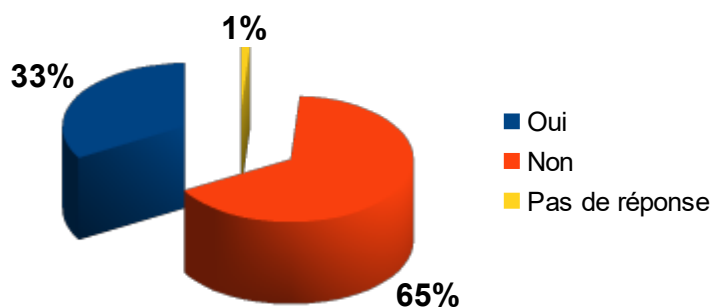


Figure 19 : Connaissance de TéléSanté Aquitaine par les MG

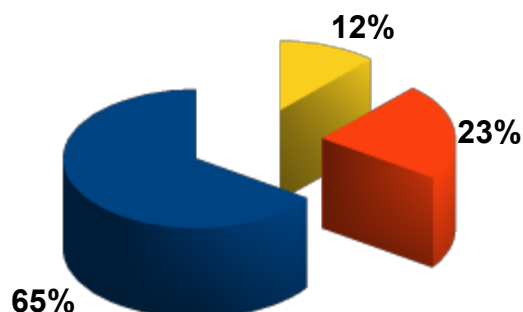


Figure 20 : Messagerie sécurisée plus utile que la réception de la fiche RCP par courrier postal

4. Les RRC

Uniquement 25% (n=21) des MG interrogés connaissent le RRC de leur région.

Ils n'en expriment par moins leurs attentes car 71% (n=56) sur les 79 réponses obtenues à cette question, attendent d'un RRC qu'il facilite la coordination du parcours des patients dans le système de soins, 62% (n=49) d'entre eux attendent qu'il améliore le partage des données médicales par la promotion d'outils de communication communs, et qu'il diffuse des protocoles et des recommandations de bonnes pratiques pour 57% d'entre eux (n=45).

Par ailleurs, 42% (n=33) des MG ayant répondu attendent que le RRC facilite l'accès à l'information des patients et des familles, qu'il organise des formations médicales continues (FMC) pour 30% (n=24) d'entre eux, 35% (n=28) attendent qu'il assure une astreinte téléphonique, et enfin 28%(n=22) en attendent l'organisation de rencontres et d'échanges en professionnels de santé.

Tableau 9 : Connaissance et services attendus d'un RRC pour les médecins généralistes

		Nombre	Pourcentage
Connaissance du RRC	Oui	21	25%
	Non	62	74%
	Pas de réponse	1	1%
Services attendus d'un RRC (sur 79 réponses obtenues)	Faciliter la coordination du parcours des patients dans le système de soins	56	71%
	Améliorer le partage des données médicales, promouvoir des outils de communication communs	49	62%
	Organiser des FMC	24	30%
	Diffuser des protocoles et des recommandations de bonne pratique clinique	45	57%
	Faciliter l'accès à l'information des patients et des familles	33	42%
	Organiser des rencontres et des échanges entre professionnels (groupe de travail)	22	28%
	Assurer une astreinte téléphonique	28	35%
	Autre	0	0%

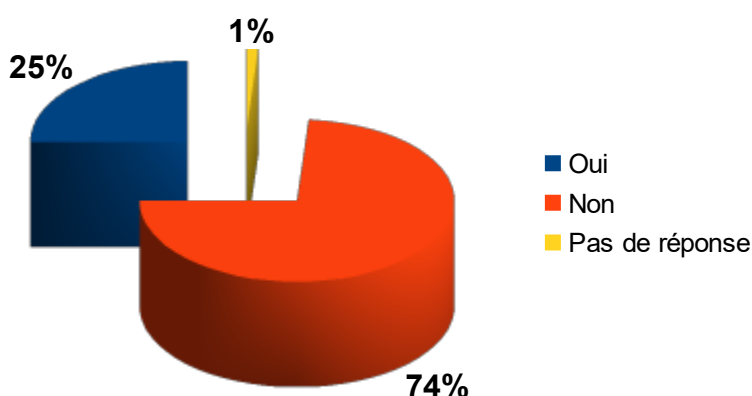
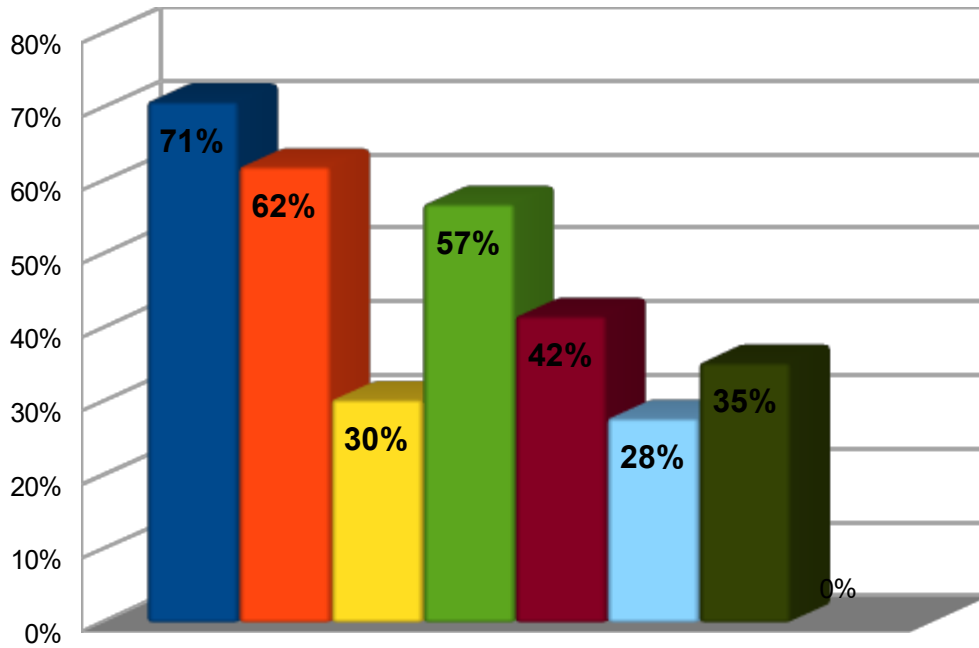


Figure 21 : Connaissance du RRC par les MG



- Faciliter la coordination du parcours des patients dans le système de soins
- Améliorer le partage des données médicales, promouvoir des outils de communication communs
- Organiser des FMC
- Diffuser des protocoles et des recommandations de bonne pratique clinique
- Faciliter l'accès à l'information des patients et des familles

Figure 22 : Attentes d'un RRC pour les médecins généralistes (sur 79 réponses)

5. Les 3C

La majorité des médecins généralistes interrogés ne connaissent pas le 3C, à 85% (n=71). Nous leur avons demandé de donner la signification de cet acronyme, on obtient alors seulement 7 réponses correctes (6 réponses pour Centre de coordination en cancérologie, 1 pour Centre Coordination Cancer qui a été accepté), 2 médecins ont répondu Comité de Coordination en cancérologie, 1 médecin a répondu Coordination commune en cancérologie, 1 MG a répondu Consultation Concertée en cancérologie et enfin 2 ont répondu Centre cancer colo-rectal.

	Nombre	Pourcentage
Oui	12	14%
Non	71	85%
Pas de réponse	1	1%

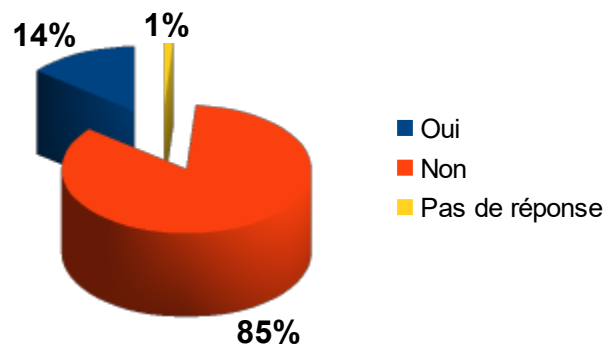


Tableau 10 et Figure 23 : Connaissance du 3C par les médecins généralistes

6. Les IDEC

Seulement 38% (n=32) des médecins interrogés reconnaissent connaître les infirmiers de coordination et 33% (n=28) sont satisfaits de leur rôle dans la prise en charge de leurs patients atteints de cancer. Il est important de notifier que 38% des médecins (n=32) n'ont pas donné leur avis sur la satisfaction qu'ils puisent dans le rôle des IDEC.

Tableau 11 : Les IDEC en médecine générale

		Nombre	Pourcentage
Connaissance des IDEC	Oui	32	38%
	Non	51	61%
	Pas de réponse	1	1%
Satisfaction des MG sur le rôle des IDEC	Oui	28	33%
	Non	24	29%
	Pas de réponse	32	38%

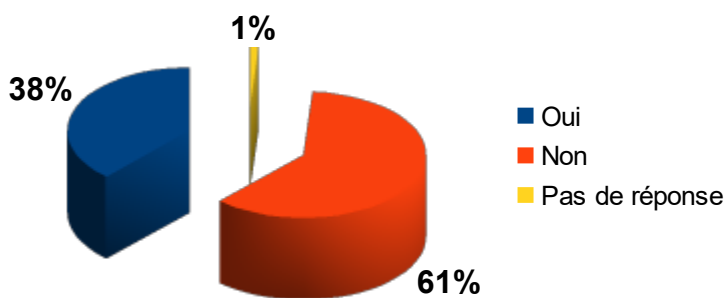


Figure 24 : Connaissance des IDEC par les MG

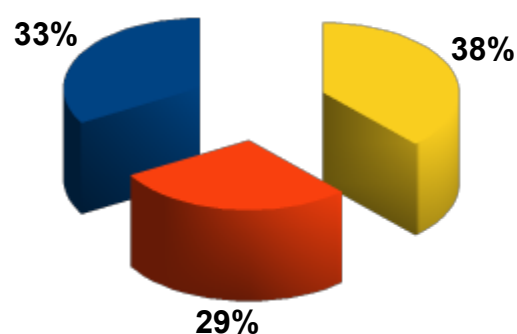


Figure 25 : Satisfaction des MG sur le rôle des IDEC dans la prise en charge des patients atteints de cancer

D) Implication des médecins généralistes dans la prise en charge du CCR

Globalement, la majorité des médecins se sent impliquée dans la prise en charge de l'avant cancer, du dépistage à l'annonce de la maladie.

En effet, presque tous les médecins généralistes interrogés se sentent impliqués dans le dépistage du cancer colo-rectal (99%, n=82, 1 MG n'ayant pas du tout répondu à cette question). 80% (n=66) se sentent impliqués au stade de diagnostic de CCR, et 88% (n=73) orientent vers la filière appropriée. Par ailleurs, 70% (n=58) disent faire l'annonce de la maladie à leur patient, alors que seulement 40% (n=33) réalisent le bilan d'extension initial et seulement 13% (n=11) se sentent impliqués dans les décisions thérapeutiques. Cependant, ils se sentent impliqués à 71% (n=59) dans le suivi du traitement du CCR (tolérance, efficacité, effets secondaires).

Enfin, ils semblent impliqués dans l'après cancer, à 80% (n=66) dans la surveillance après traitement

(dépistage des récurrences, suivi des séquelles) et à 77% (n=64) pour les soins palliatifs. Ils s'estiment impliqués dans la coordination des soins en ambulatoire à 67% (n=56).

Tableau 12 : Implication des MG aux différents stades de la prise en charge du CCR (sur 83 répondants)

	Nombre	Pourcentage
Dépistage	82	99%
Diagnostic	66	80%
Orientation vers la filière appropriée	73	88%
Annonce de la maladie	58	70%
Bilan d'extension initial (imagerie / marqueurs tumoraux / etc.)	33	40%
Décisions thérapeutiques (participation aux RCP)	11	13%
Suivi du traitement (tolérance / efficacité / effets secondaires)	59	71%
Surveillance après traitement (dépistage des récurrences / suivi des séquelles)	66	80%
Soins palliatifs	64	77%
Coordination des soins en ambulatoire	56	67%
Autre		0%

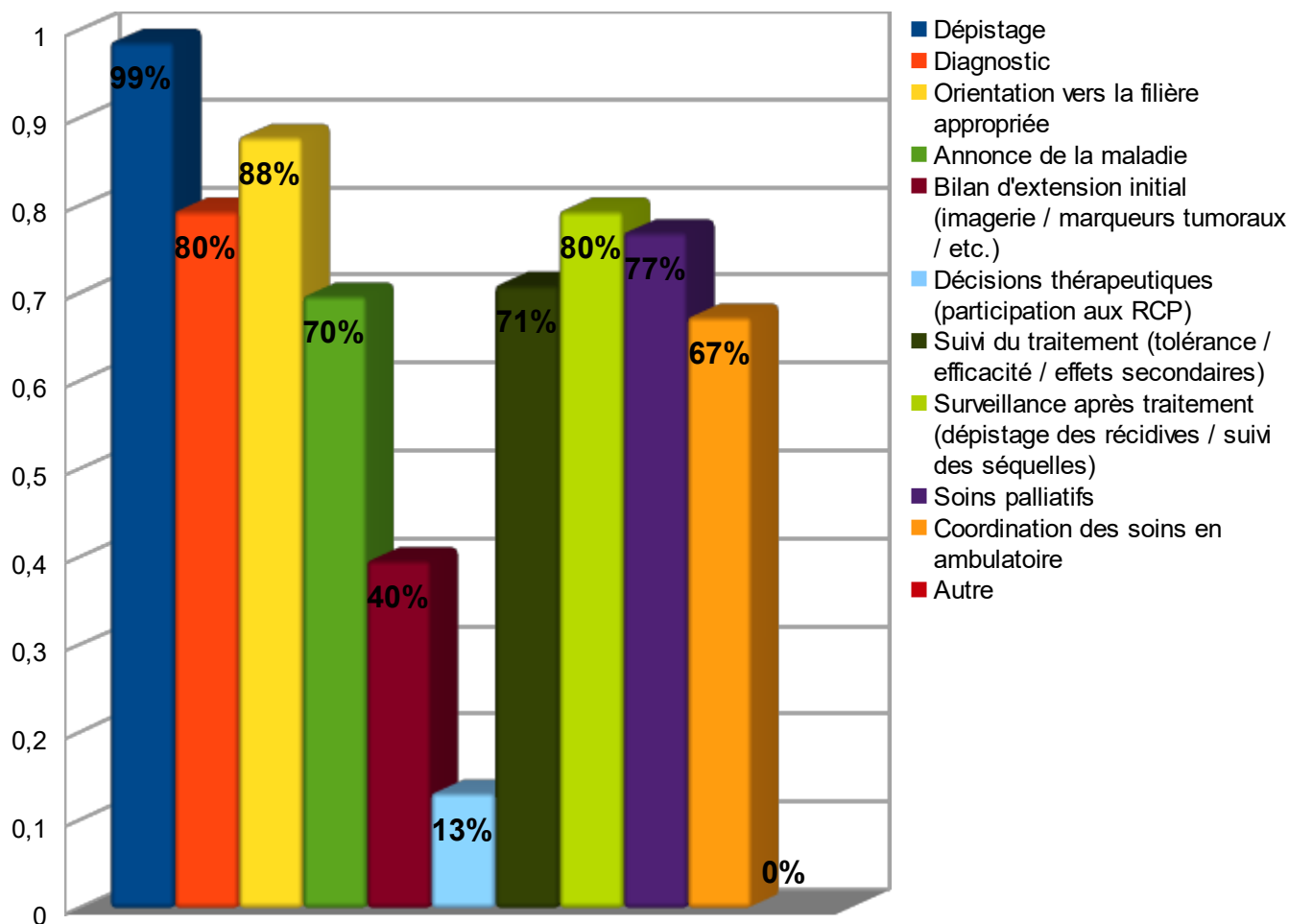


Figure 26 : Implication des MG aux différents stades de la prise en charge du CCR (sur 83 répondants)

Dans la continuité, 62% (n=52) des MG interrogés ne souhaitent pas avoir un rôle plus important qu'il ne l'est déjà, dans la prise en charge de leurs patients atteints de CCR.

Tableau 13 : Souhait d'un rôle plus important dans la prise en charge des CCR par les MG

	Nombre	Pourcentage
Oui	30	36%
Non	52	62%
Pas de réponse	2	2%

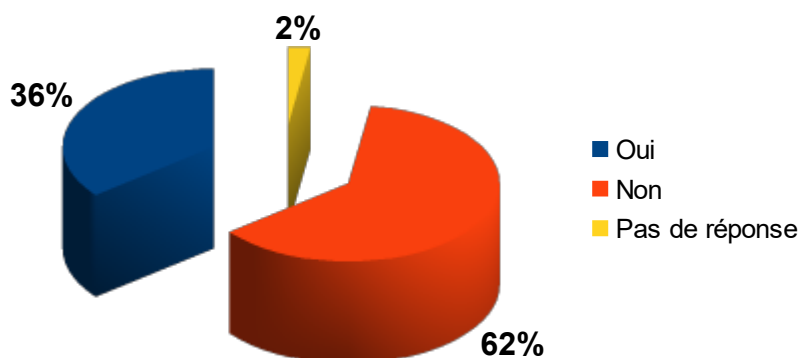


Figure 27 : Proportion des MG souhaitant ou non être plus impliqués dans la prise en charge des patients atteints de CCR

Parallèlement, nous avons cherché à savoir si les MG souhaitent revoir leur patient après la RCP. Il semble que 19% (n=16) d'entre eux ne le souhaitent pas.

	Nombre	Pourcentage
Oui	64	76%
Non	16	19%
Pas de réponse	4	5%

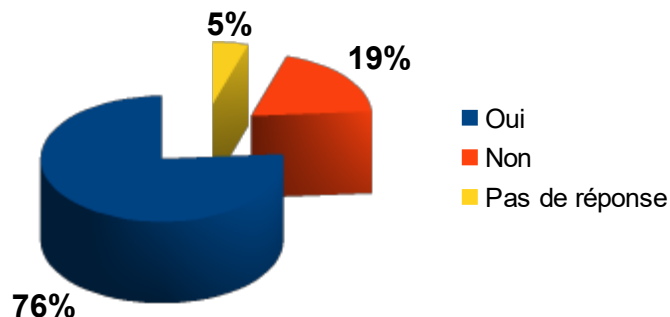


Tableau 14 et Figure 28 : Souhait des MG de revoir le patient après la RCP

Ensuite, nous avons cherché à connaître les perceptions et attitudes des MG en pratique, lorsqu'un patient atteint de CCR se présente en consultation. Lorsqu'une prise en charge en urgence est nécessaire, la moitié des médecins interrogés (50%, n=82) appelle le spécialiste référent pour conduite à tenir. Seulement 18% (n=15) d'entre eux organisent un transfert vers la structure hospitalière référente alors que 45% (n=38) estiment qu'il y a une perte de chances pour le patient lorsqu'il est orienté vers une structure autre que celle où il est habituellement pris en charge.

Tableau 15 : Perceptions et attitudes du MG face à la demande de prise en charge en urgence d'un patient atteint de CCR

		Nombre	Pourcentage
Attitude du MG face à un patient atteint de CCR nécessitant une PEC en urgence	Transfert au CHU de Bordeaux	7	8%
	Transfert dans la structure hospitalière référente	15	18%
	Transfert dans la structure hospitalière la plus proche	14	17%
	Appel du spécialiste référent pour conduite à tenir	42	50%
	Bilan complémentaire en ville avant réorientation en fonction du degré d'urgence	4	5%
	Exclu : plus d'une réponse cochée	2	2%
Perte de chances si orientation vers structure non référente	Oui	38	45%
	Non	45	54%
	Pas de réponse	1	1%

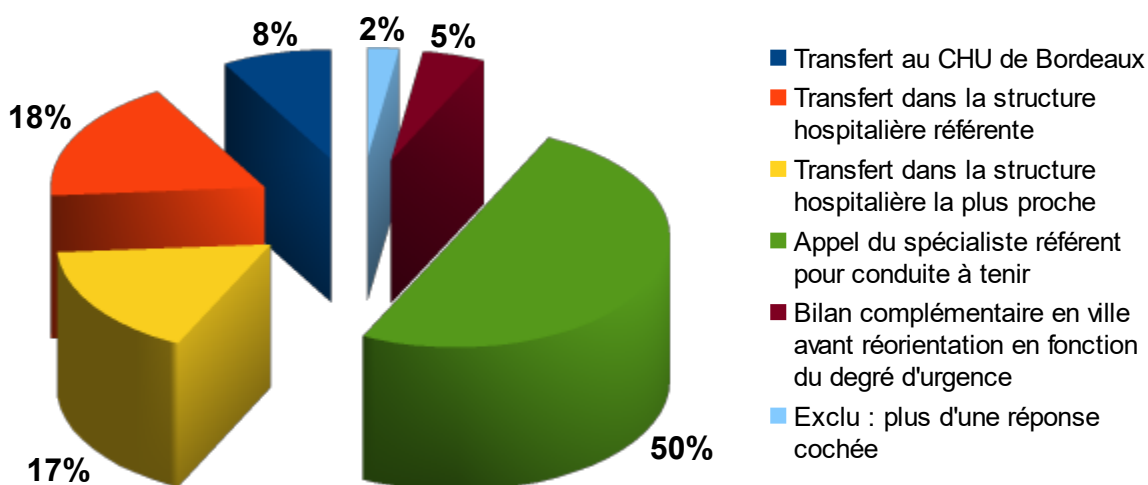


Figure 29 : Attitude des MG face à un patient atteint de CCR se présentant en consultation et nécessitant une prise en charge urgente

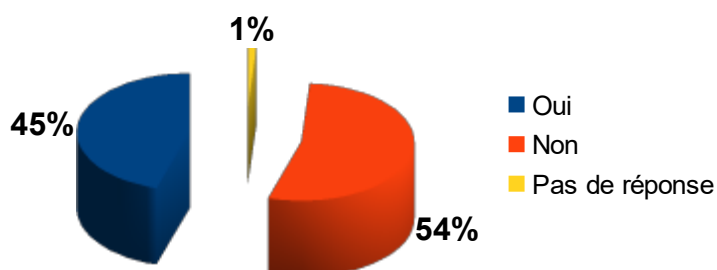


Figure 30 : Estimation sur la perte de chances ou non pour le patient s'il est orienté vers une structure non référente en urgence

En partant du principe qu'il y ait une perte de chances pour le patient atteint de CCR, lorsqu'il est orienté vers une structure hospitalière autre que celle où il est pris en charge habituellement, sur 69 réponses, 48% (n=33) des MG interrogés estiment que cette perte est due à la méconnaissance du dossier du patient par le personnel hospitalier, 38% (n=26) car il existe des difficultés de contact avec le service ou le spécialiste référent, 35% (n=24) estiment que dans ce cas la prise en charge de l'urgence ne tient pas compte du terrain et des comorbidités, et 22% (n=15) pensent qu'il y a perte de chance car le dossier patient en leur possession est incomplet. Enfin, dans cette question 32% (n=22) estiment qu'il n'y a pas de perte de chance.

Tableau 16 : Raisons avancées par les MG devant la perte de chances occasionnée par l'orientation du patient atteint de CCR vers une structure hospitalière non référente (sur 69 réponses)

	Nombre	Pourcentage
Méconnaissance du dossier du patient par le personnel hospitalier	33	48%
Prise en charge de l'urgence sans prise en compte du terrain et des comorbidités	24	35%
Difficultés de contact avec le service/spécialiste référent	26	38%
Dossier du patient en votre possession incomplet	15	22%
Pas de perte de chances	22	32%
Autre	0	0%

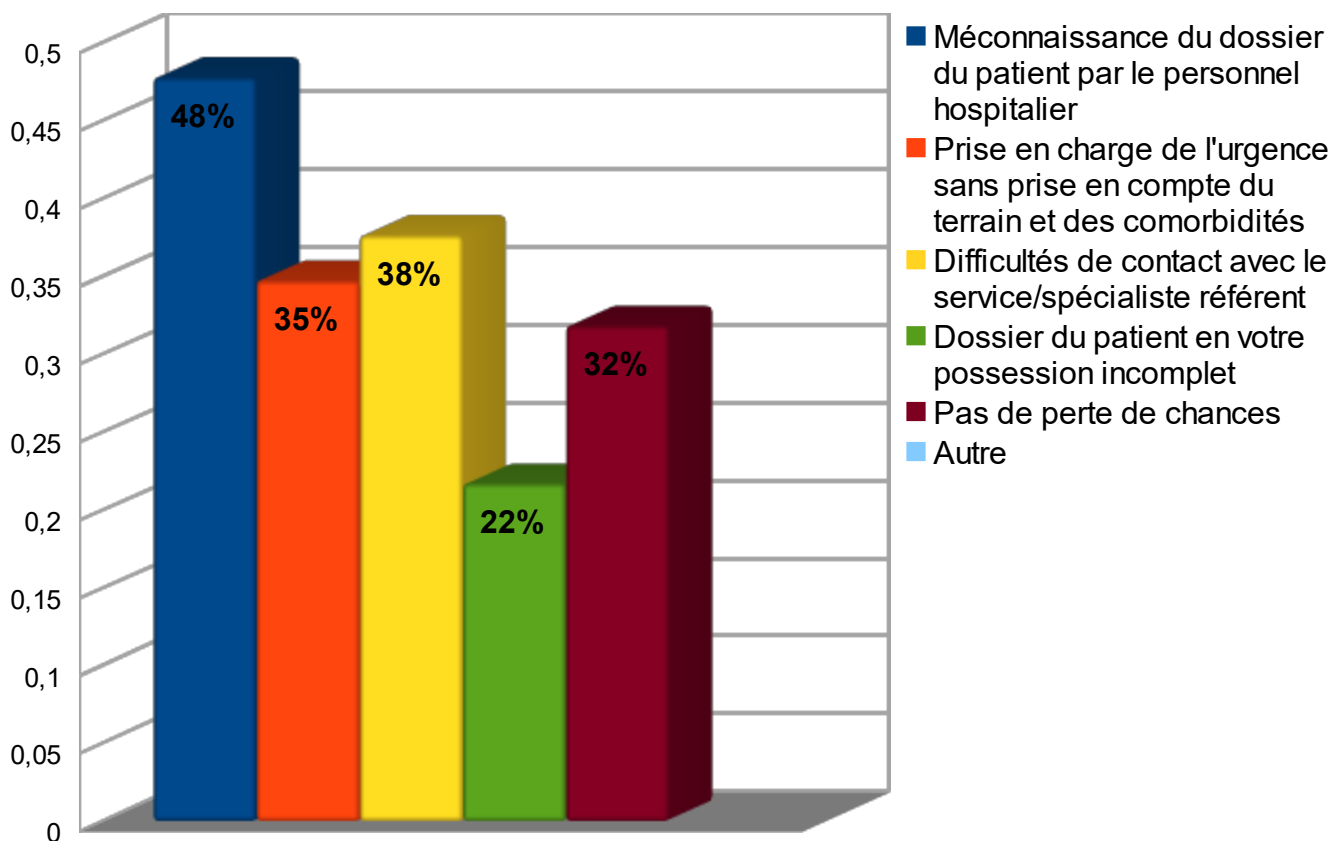


Figure 31 : Proportion de MG estimant qu'il y ait pertes de chances par l'orientation du patient atteint de CCR vers une structure hospitalière non référente (sur 69 réponses)

Par ailleurs, 51% (n=38) des MG interrogés (sur 74 réponses) estiment qu'un meilleur relationnel avec le service ou spécialiste référent permettrait alors d'éviter cette perte de chances et 47% (n=35) par la mise en place d'une coordination établie entre le CHU et les autres établissements de santé publics ou privés. Enfin, seulement 27% (n=20) pensent éviter cette perte de chances grâce au DMP et au DCC.

Tableau 17 : Mesures proposées par les MG pour éviter la perte de chances occasionnée par l'orientation du patient atteint de CCR dans un établissement de santé non référent (sur 74 réponses)

	Nombre	Pourcentage
Rôle du RRC	15	20%
Grâce au DMP et DCC	20	27%
Un meilleur relationnel avec le service/spécialiste référent	38	51%
La mise en place d'une coordination établie entre le CHU et les structures hospitalières privées ou publiques de périphérie	35	47%
L'établissement de courriers plus complets, notamment émanant du médecin traitant	12	16%
Aucune	10	14%
Autre	0	0%

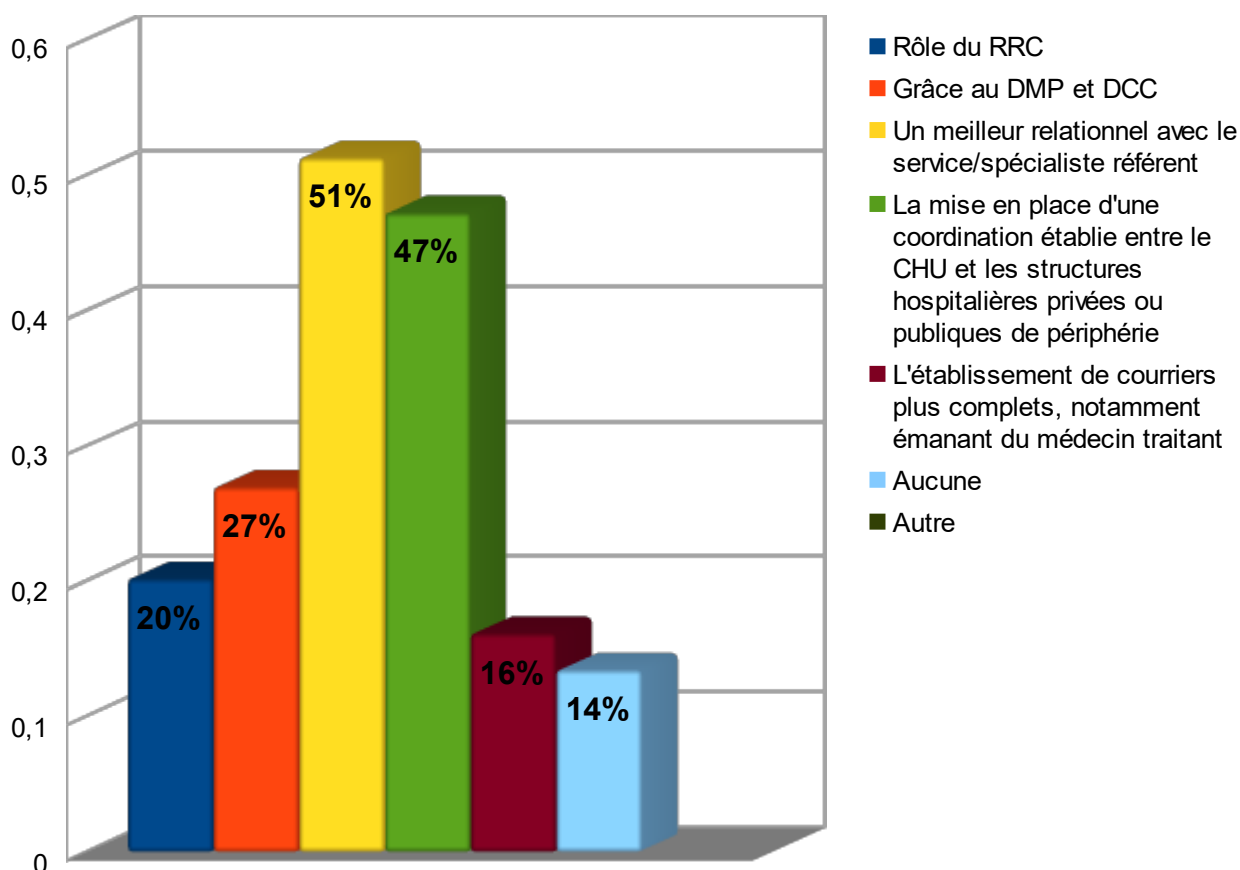


Figure 32 : Proportion de MG par mesure proposée pour éviter la perte de chances occasionnée par l'orientation du patient atteint de CCR dans un établissement de santé non référent (sur 74 réponses)

E) Coordination avec le CHU de Bordeaux

Tout d'abord, nous nous sommes intéressés à rechercher les impressions des MG sur la coordination ville-hôpital spécifiquement avec le CHU de Bordeaux.

La plupart des MG interrogés n'orientent pas leur patient avec suspicion de CCR au CHU de Bordeaux. En effet, 74% (n=62) d'entre eux envoient moins de 25% de leur patient suspect de CCR au CHU de Bordeaux.

Tableau 18 : Proportion de patients avec suspicion de CCR adressés au CHU de Bordeaux par les médecins généralistes

	Nombre	Pourcentage
Moins de 25%	62	74%
Entre 25 et 50%	12	14%
Entre 50 et 75%	6	7%
Plus de 75%	4	5%

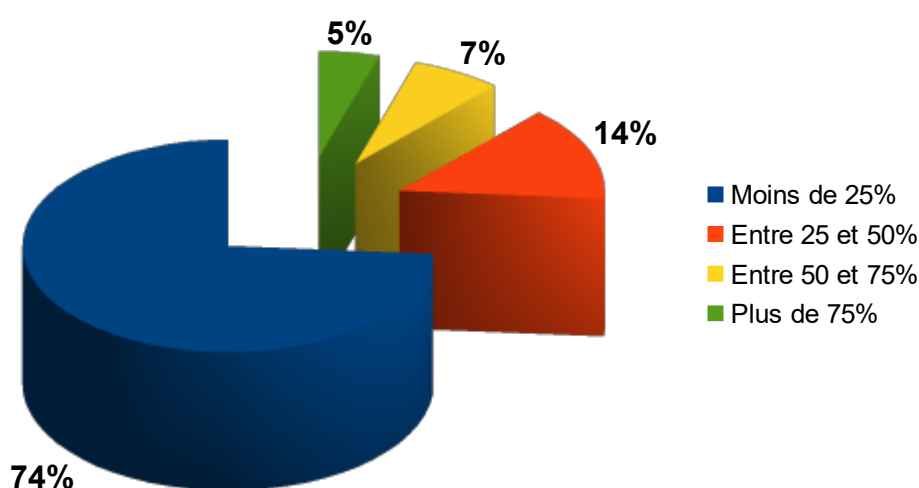


Figure 33 : Proportion de patients avec suspicion de CCR adressés au CHU de Bordeaux par les médecins généralistes

Globalement, les MG interrogés sont satisfaits de la coordination des soins en cancérologie avec le CHU de Bordeaux. En effet, 46% (n=39) d'entre eux l'estiment bonne et 11% (n=9) la trouve excellente. Mais malgré cela, il ne semble pas que ce soit une raison pour laquelle les MG adressent préférentiellement leur patient vers le CHU de Bordeaux à 71% (n=60) puisque 58% (n=49) des MG interrogés estiment qu'il existe une meilleure coordination des soins avec d'autres établissements de santé (publics ou privés) qu'avec le CHU de Bordeaux.

Tableau 19 : Perceptions des médecins généralistes sur la coordination des soins en cancérologie avec le CHU de Bordeaux

		Nombre	Pourcentage
Coordination des soins en cancérologie avec le CHU de Bordeaux	Excellente	9	11%
	Bonne	39	46%
	Moyenne	21	25%
	Médiocre	8	10%
	Absente	7	8%
Patients adressés au CHU de Bordeaux devant bonne coordination des soins	Oui	20	24%
	Non	60	71%
	Pas de réponse	4	5%
Meilleure coordination des soins avec d'autres établissements de santé que le CHU de Bordeaux	Oui	49	58%
	Non	32	38%
	Pas de réponse	3	4%

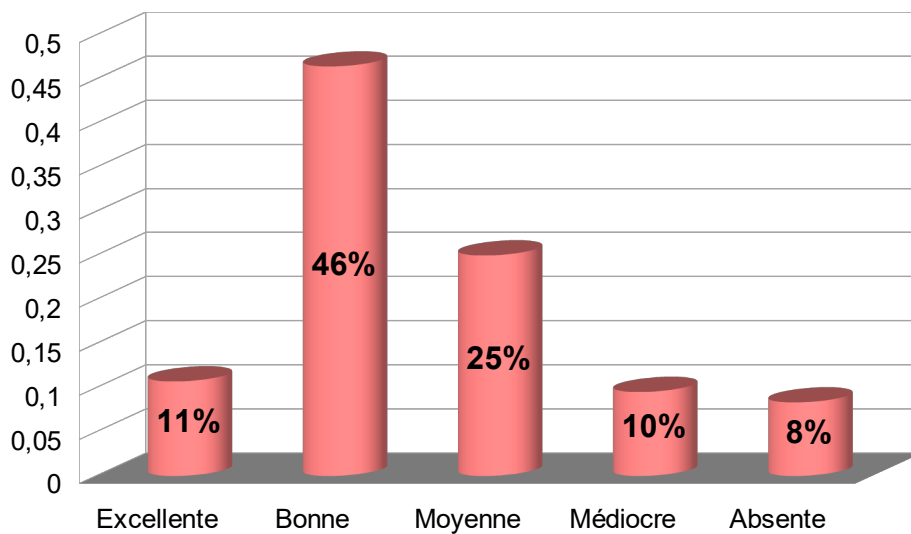


Figure 34 : Estimation de la qualité de la coordination des soins en cancérologie entre le CHU de Bordeaux et les médecins généralistes

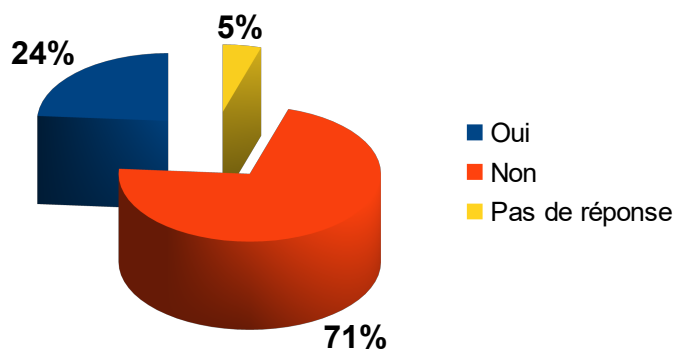


Figure 35 : Proportion de MG adressant leur patient au CHU de Bordeaux devant l'efficacité de la coordination des soins

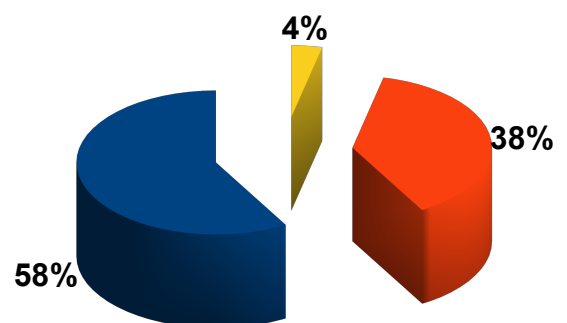


Figure 36 : Proportion de MG estimant qu'il existe une meilleure coordination des soins en cancérologie dans les établissements de santé autres que le CHU de Bordeaux

Par la suite, nous avons voulu entrer dans les détails de cette coordination des soins en cancérologie avec le CHU de Bordeaux.

A ce sujet, la majorité (55% n=46) des MG interrogés reçoit à plus de 90% la fiche RCP de leurs patients atteints d'un CCR et pris en charge au CHU de Bordeaux. Il semble cependant que 15% d'entre eux (n=13) ne reçoivent la fiche RCP moins de 25% du temps.

Tableau 20 : Estimation par les MG de la proportion de réception des fiches RCP des patients atteints d'un CCR et suivis au CHU de Bordeaux

	Nombre	Pourcentage
Moins de 25%	13	15%
Entre 25 et 50%	3	4%
Entre 50 et 75%	8	10%
Entre 75 et 90%	12	14%
Plus de 90%	46	55%
Pas de réponse	2	2%

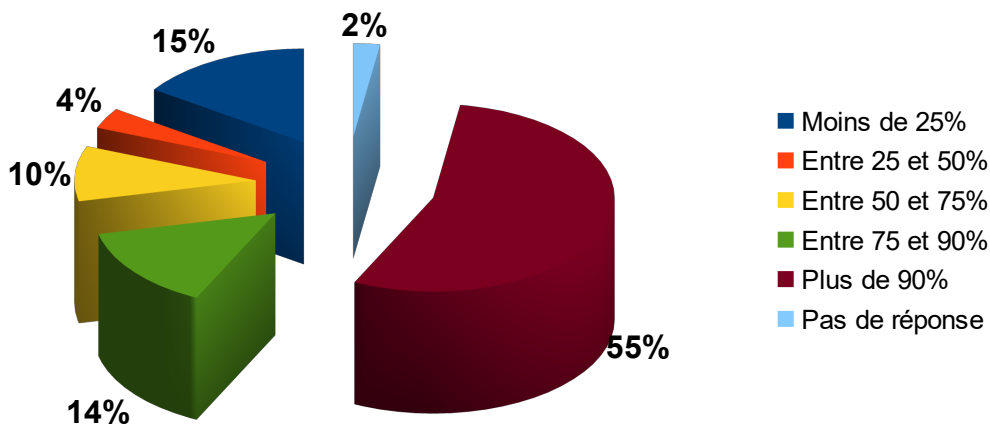


Figure 37 : Estimation par les MG de la proportion de réception des fiches RCP des patients atteints d'un CCR et suivis au CHU de Bordeaux

Par ailleurs, 39% (n=33) des MG interrogés estiment obtenir facilement un avis concernant un de leurs patients suivi au CHU de Bordeaux pour un CCR contre 57% (n=48). Néanmoins, seulement 35% (n=29) des MG pensent qu'il est facile d'organiser une hospitalisation au sein du service référent du CHU pour ce même patient, et 67% (n=56) estiment même qu'il est compliqué d'organiser cette même hospitalisation dans l'urgence.

Tableau 21 : Estimation des MG sur la facilité à obtenir un avis ou à organiser une hospitalisation au sein du CHU de Bordeaux pour un patient atteint de CCR

		Nombre	Pourcentage
Facilité à obtenir un avis pour un patient atteint de CCR suivi au CHU de Bordeaux	Oui	33	39%
	Non	48	57%
	Pas de réponse	3	4%
Facilité à organiser une hospitalisation dans le service référent du CHU d'un patient atteint de CCR	Oui	29	35%
	Non	49	58%
	Pas de réponse	6	7%
Et ce, dans l'urgence	Oui	21	25%
	Non	56	67%
	Pas de réponse	7	8%

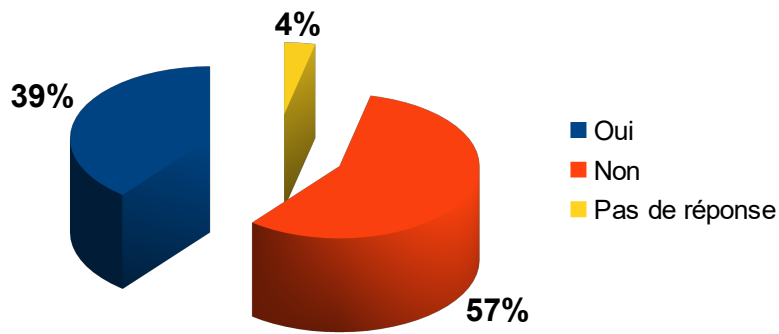


Figure 38 : Estimation de la proportion des MG sur la facilité à obtenir un avis concernant un patient atteint d'un CCR et suivi au CHU de Bordeaux

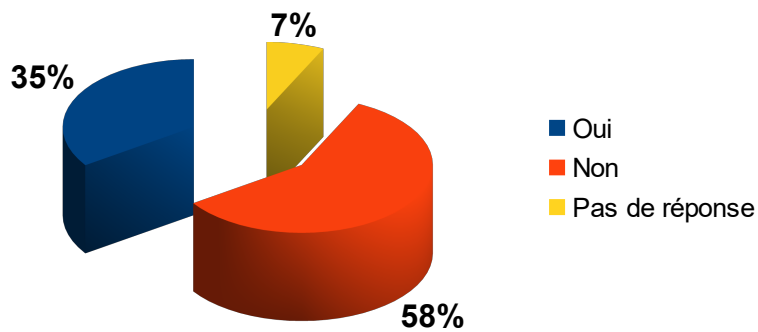


Figure 39 : Estimation de la proportion des MG sur la facilité à organiser une hospitalisation dans le service compétent du CHU de Bordeaux pour un patient atteint de CCR

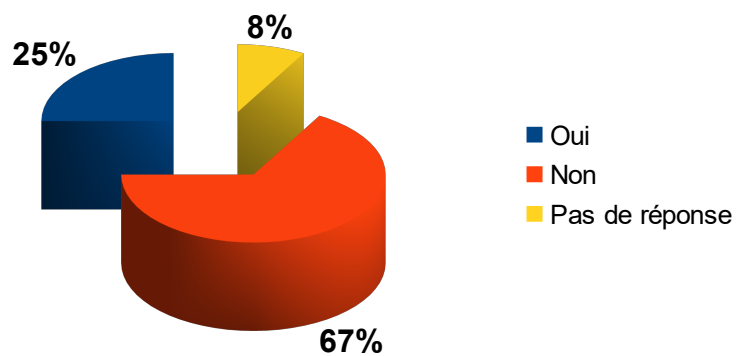


Figure 40 : Estimation de la proportion des MG sur la facilité à organiser une hospitalisation dans l'urgence dans le service compétent du CHU de Bordeaux pour un patient atteint de CCR

Enfin, nous avons cherché à savoir si les MG sont contactés par le service lorsqu'un de leurs patients atteint d'un CCR est hospitalisé au CHU de Bordeaux. 33% d'entre eux (n=28) ne sont jamais contactés et seulement 2% (n=2) disent être toujours contactés.

Tableau 22 : Proportion des médecins généralistes contactés par le service du CHU de Bordeaux où est hospitalisé un de leurs patients atteint de CCR

	Nombre	Pourcentage
Toujours	2	2%
Souvent	8	10%
Parfois	19	23%
Rarement	23	27%
Jamais	28	33%
Pas de réponse	4	5%

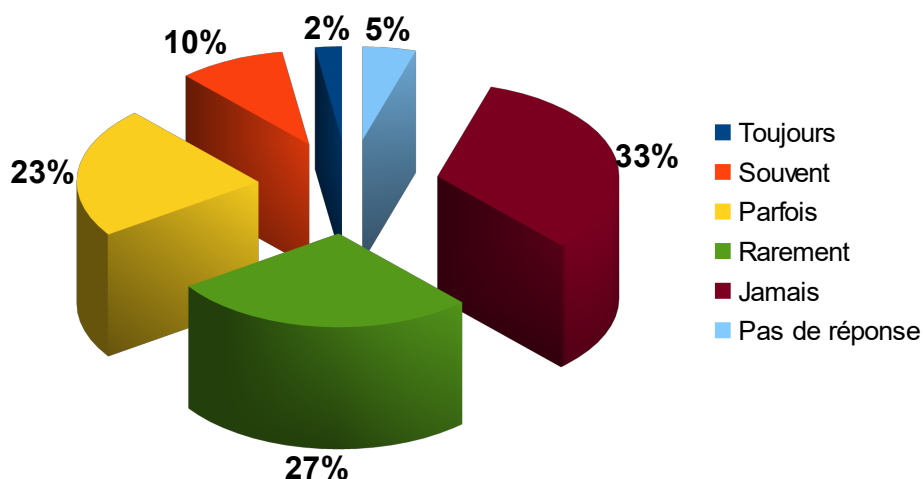


Figure 41 : Proportion des médecins généralistes contactés par le service du CHU de Bordeaux où est hospitalisé un de leurs patients atteint de CCR

F) Impacts des Plans cancer

Dans cette partie, nous avons cherché à apprécier les impacts des différents Plans cancer en médecine générale, question qui semble essentielle devant le souhait politique de faire du MG l'acteur pivot de la prise en charge en cancérologie.

Concernant le niveau d'information sur les objectifs du Plan cancer, 62% (n=52) des MG interrogés ne se sentent pas suffisamment informés, cependant 58% (n=39) d'entre eux estiment que leur pratique médicale est adaptée à ces mesures, et bien que 65% (n=55) des MG n'ont pas remarqué l'impact du Plan cancer depuis sa création en 2003 sur la coordination des soins de leurs patients atteints de CCR.

Tableau 23 : Impact des Plans cancer en médecine générale

		Nombre	Pourcentage
MG suffisamment informés par les Plans cancer	Oui	31	37%
	Non	52	62%
	Pas de réponse	1	1%
Pratique médicale des MG adaptée aux mesures des Plans cancer	Oui	49	58%
	Non	26	31%
	Pas de réponse	9	11%
Impact des Plans cancer en médecine générale sur la coordination des soins des patients atteints de CCR	Oui	24	29%
	Non	55	65%
	Autre	3	4%
	Pas de réponse	2	2%

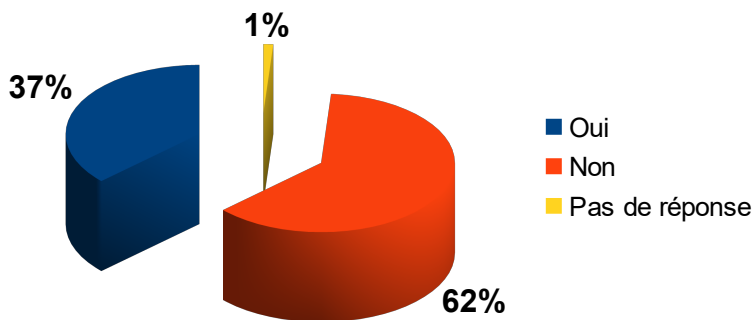


Figure 42 : Proportion des MG suffisamment informés ou non par les Plans cancer

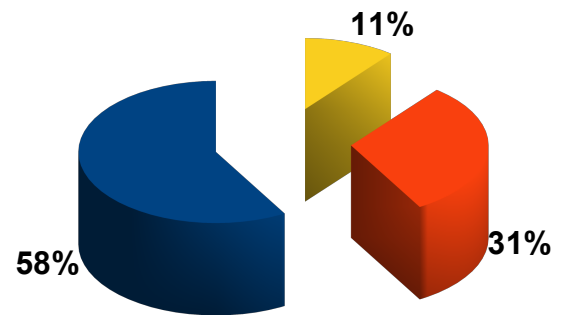


Figure 43 : Proportion des MG estimant que leur pratique médicale est adaptée ou non aux mesures des Plans cancer

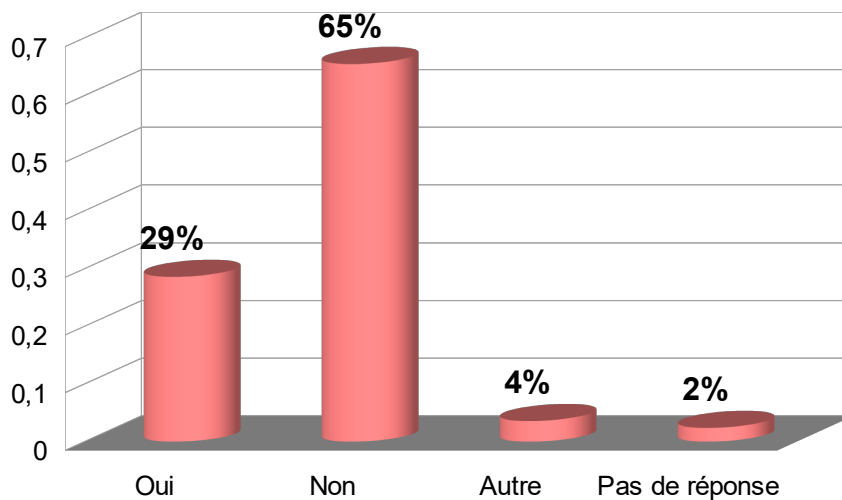


Figure 44 : Estimation de l'impact des Plans cancer en médecine générale dans la coordination des soins des patients atteints de CCR

A la réponse « Autre », les 3 MG qui ont répondu ont justifié ne pas pouvoir évaluer cet impact dans la coordination des soins car ce sont de jeunes installés qui n'ont donc pas suffisamment de recul.

II. Enquête auprès des patients atteints de cancer colo-rectal

A) Généralités

Au terme des trois mois pendant lesquels les patients pouvaient répondre au questionnaire, soit le 6 juin 2016, nous avons comptabilisés 55 questionnaires remplis par les patients atteints de CCR lors de leur passage en Hôpital de jour des services d'Hépatogastro-entérologie et d'Oncologie médicale du CHU de Bordeaux.

1. Relation du patient atteint de CCR avec le CHU de Bordeaux

Dans un premier temps, nous avons évalué le niveau de satisfaction des patients sur leur prise en charge au sein du CHU de Bordeaux. La plupart des patients semble tout à fait satisfaite à 81,8% (n=45), et la plupart du temps à 16,4% (n=9).

Tableau 24 : Proportion de la satisfaction des patients atteints de CCR sur leur prise en charge au CHU de Bordeaux

	Nombre	Pourcentage
Oui, tout à fait	45	81,80%
La plupart du temps	9	16,40%
Parfois	1	1,80%
Non, pas du tout	0	0,00%

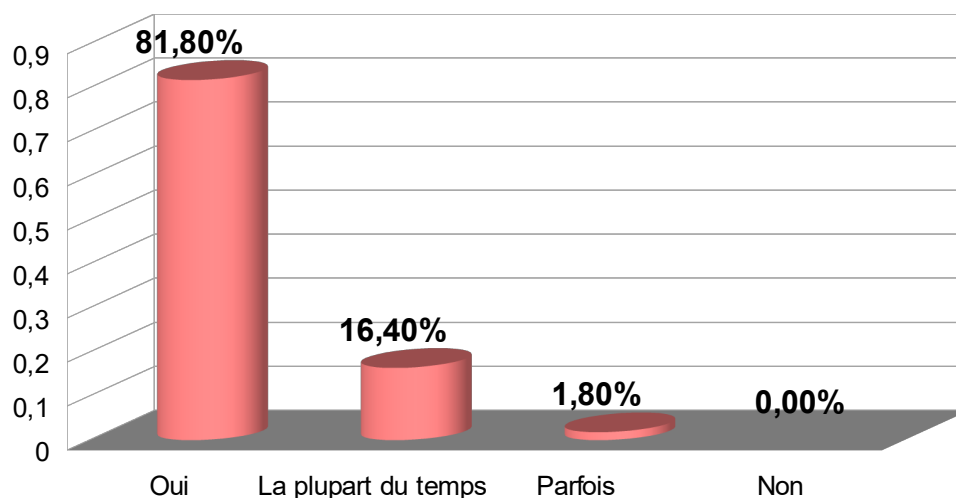


Figure 45 : Proportion de la satisfaction des patients atteints de CCR sur leur prise en charge au CHU de Bordeaux

2. Relation du patient atteint de CCR avec son médecin traitant

D'abord, nous avons voulu savoir si les patients avaient changé de MT depuis qu'ils sont pris en charge au CHU de Bordeaux pour leur CCR, cela est le cas pour 14,5% (n=8) d'entre eux. Par ailleurs, la majorité des patients interrogés (70,9%, n=39) consulte régulièrement leur médecin traitant.

Tableau 25 : Généralités sur les relations du patient atteint de CCR avec son MT

		Nombre	Pourcentage
Changement de MT depuis la prise en charge du CCR au CHU de Bordeaux	Oui	8	14,50%
	Non	47	85,50%
Recours régulier au MT	Oui	39	70,90%
	Non	16	29,10%

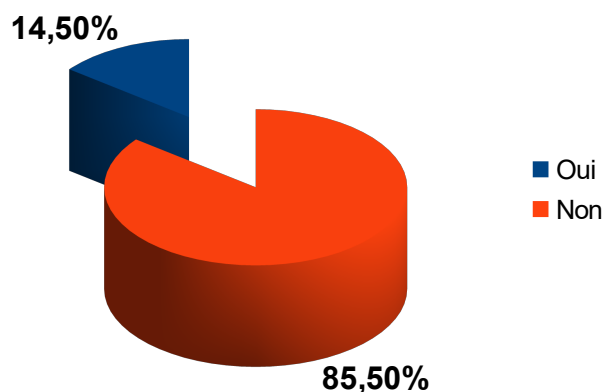


Figure 46 : Proportion de patients atteints de CCR ayant changé de médecin traitant ou non

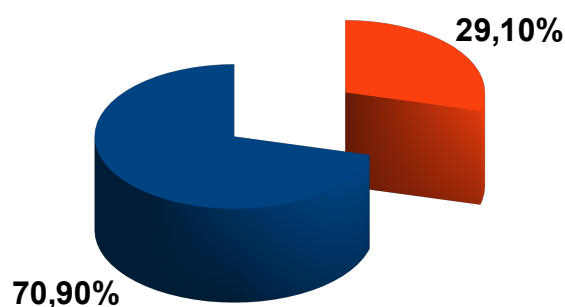


Figure 47 : Proportion de patients atteints de CCR consultant régulièrement leur MT ou non

B) Le médecin généraliste dans la prise en charge du CCR d'après les patients

Un peu plus de 38% (n=21) des patients atteints de CCR suivis au CHU de Bordeaux qui ont été interrogés, estiment que leur MT n'a pas de rôle dans la prise en charge spécifique de leur CCR, contre 58,2% (n=32), et presque la moitié (47,3%, n=26) ne consultent pas leur MT pour un problème ou une question relative à leur cancer.

De plus, la majorité des patients interrogés (56,4%, n=31) ne souhaite pas que leur MT soit plus impliqué dans la prise en charge spécifique de leur CCR.

Tableau 26 : Perceptions des patients sur le rôle du MT et son implication dans la prise en charge de leur CCR

		Nombre	Pourcentage
Rôle du MT dans la prise en charge du CCR	Oui	32	58,20%
	Non	21	38,20%
	Pas de réponse	2	3,60%
Recours au MT en rapport avec le CCR	Oui	29	52,70%
	Non	26	47,30%
Souhait d'une implication plus importante du MT dans la prise en charge du CCR	Oui	24	43,60%
	Non	31	56,40%

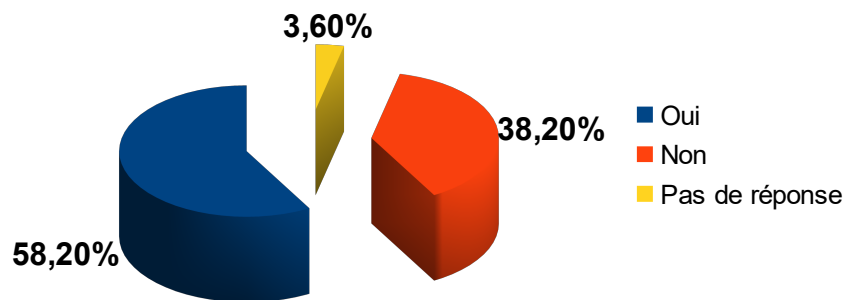


Figure 48 : Estimation par les patients d'un rôle ou non de leur MT dans la prise en charge de leur cancer colo-rectal

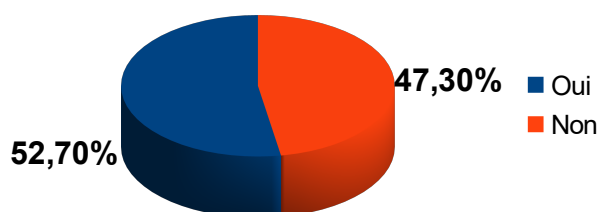


Figure 49 : Proportion de patients qui consultent leur MT pour un problème relatif à leur CCR

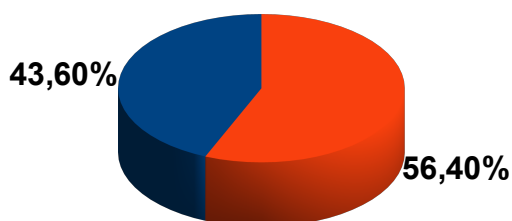


Figure 50 : Proportion de patients qui souhaitent ou non une implication plus importante de leur MT dans la prise en charge de leur CCR

Par ailleurs, la majorité des patients atteints de CCR soit 65,5% (n=36) consulte leur MT pour d'autres motifs que leur CCR, néanmoins 56,4% (n=31) des patients interrogés préfèrent recevoir l'avis de leur oncologue même si c'est pour un problème autre que le cancer.

Tableau 27 : Point de vue des patients sur le recours à leur MT pour un motif autre que le CCR

		Nombre	Pourcentage
Recours au MT pour autre motif que le cancer	Oui	36	65,50%
	Non	19	34,50%
Souhait d'un avis du oncologue pour problème autre que le cancer	Oui	31	56,40%
	Non	24	43,60%

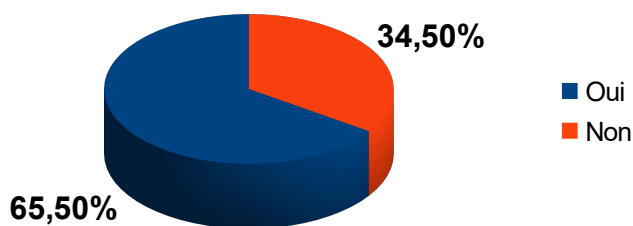


Figure 51 : Proportion de patients consultant ou non leur MT pour un motif autre que le CCR

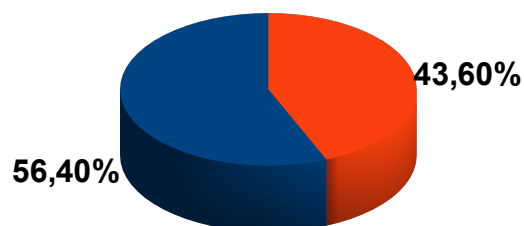


Figure 52 : Proportion de patients préférant recevoir l'avis ou non de leur oncologue pour d'autre problème que le CCR

Enfin, nous avons cherché à savoir si les patients estiment que les informations relatives à la prise en charge de leur CCR au CHU de Bordeaux leur semblaient correctement transmises à leur médecin traitant. La grande majorité estime que c'est le cas à plus de 90% (n=50).

Tableau 28 : Estimation par les patients de la bonne transmission des informations relatives à leur CCR par le CHU de Bordeaux vers leur MT

	Nombre	Pourcentage
Oui	50	90,90%
Non	4	7,30%
Pas de réponse	1	1,80%

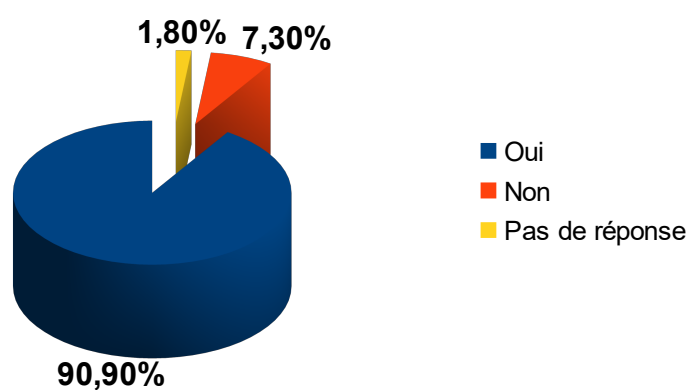


Figure 53 : Proportion de patients qui estiment une transmission correcte des informations relatives à leur CCR par le CHU de Bordeaux vers leur MT

DISCUSSION

I. Limites de la méthode

A) Biais

Dans ce type d'enquête épidémiologique par enquête d'opinion, on retrouve plusieurs biais. Tout d'abord, il peut exister un biais de sélection puisque l'étude est limitée à la région ALPC qui utilise un système de communication ville-hôpital qui peut être différent de ceux utilisés ailleurs sur le territoire français, et ce d'autant plus que cette nouvelle grande région est entrain de mettre en place des outils communs de coordination en cancérologie entre les trois anciennes régions (Aquitaine, Limousin, Poitou-Charentes) (43), donc encore en évolution, ce qui peut altérer les résultats.

De même, le mode de diffusion du questionnaire peut entraîner un biais de sélection notamment lorsqu'il est envoyé par courrier électronique. En effet, cela risque de sélectionner uniquement les médecins qui possèdent une adresse mail, et surtout uniquement les médecins qui avaient communiqué leur adresse au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Gironde.

De plus, on peut supposer que les médecins qui ont accepté de répondre au questionnaire portent un intérêt peut être plus important au domaine de la cancérologie et de la coordination ville-hôpital en particulier, en comparaison avec ceux qui n'ont pas répondu, cela peut alors entraîner un biais de volontariat. On peut retrouver également un biais de recrutement, car notre étude se limite d'une part pour les MG, aux MG prenant en charge des patients atteints de CCR et suivis au CHU de Bordeaux, donc elle se limite à cette population (limitée en terme de type de cancer et de secteur géographique) ; et d'autre part pour les patients, aux patients atteints de CCR.

Par ailleurs, on ne peut éviter le biais d'une enquête déclarative. Les questions posées invitent à des réponses déclaratives, qui entraînent donc une part de subjectivité.

Le fait que le mode de réponse soit quasi-exclusivement sous forme de QCM entraîne un choix de réponse restreint. Il est possible qu'aucune des réponses proposées ne correspondent à la réponse du médecin interrogé et le fait de ne pas avoir intégré de commentaire ouvert peut entraîner un biais d'information.

Enfin, on peut s'interroger également sur la possibilité d'une redondance de réponse de la part des médecins ayant répondu par la volonté de conserver l'anonymat des répondants que ce soit lors de l'envoi par courriel ou lors de l'envoi postal, ce qui peut engendrer un second biais d'information.

Concernant le groupe patients, on retrouve les mêmes biais, que ce soit le biais de volontariat ou d'une enquête déclarative. Par ailleurs, les patients interrogés sont des patients atteints d'un CCR et suivis au CHU de Bordeaux, le fait de les avoir sélectionné au sein du CHU de Bordeaux peut entraîner un biais de recrutement.

B) Niveau de preuve

Selon les recommandations de la HAS, cette étude qui est une étude épidémiologique descriptive transversale, correspond à un niveau 4 selon le niveau de preuve scientifique fourni par la littérature, soit un grade C, qui correspond à un faible niveau de preuve scientifique (60).

II. Discussion autour de l'enquête auprès des médecins généralistes

A) Taux de participation

Sur les 335 médecins généralistes interrogés nous avons obtenu 84 réponses soit un taux de participation de 25,1%, ce qui nous a semblé suffisant.

En comparaison avec les études similaires réalisées dans d'autres régions (10,11,13), où le taux de participation avoisinait les 15%, cela nous a conforté dans nos résultats.

B) Population étudiée

Concernant les données socio-démographiques de notre population d'étude, on compte 62% d'hommes et 37% de femmes avec une moyenne d'âge de 53 ans. Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins, au 1er janvier 2016, dans la région ALPC, on dénombrait 55,8% d'hommes et 44,2% de femmes, avec un moyenne d'âge de 51,7 ans (61). La population étudiée semble donc similaire en terme d'âge, cependant on remarque un discret écart en terme de sexe.

Les MG de notre étude estiment suivre en moyenne 30 patients atteints de cancer (tous types confondus). Selon l'Observatoire de Médecine Générale, en 2009, les statistiques montraient une moyenne de 20,4 patients atteints de cancer par an (7). On constate donc que dans notre étude, ce taux est supérieur. Cela peut éventuellement s'expliquer en partie par l'augmentation de l'incidence des cancers, en sachant que les dernières données disponibles en terme de prévalence et d'incidence en médecine générale datent de 2009, soit plus de 6 ans avant la réalisation de notre étude.

De plus, il aurait été intéressant de distinguer s'il existe une différence significative dans la proportion de patients atteints de cancer suivis en médecine générale, en fonction du type d'exercice, à savoir en exercice seul, en cabinet de groupe ou dans une structure pluridisciplinaire, dans le but de définir des critères plus précis pour savoir si notre échantillon est représentatif de la population.

C) Connaissance des outils et dispositifs de coordination des soins en oncologie

1. Les outils de communication

a) DMP/DCC

Notre étude montre une connaissance et une utilisation limitées des systèmes informatisés de dossier patient. Ces derniers se veulent des outils de partage de données médicales au sujet des patients, entre professionnels de santé, tout en garantissant la sécurité de ces données.

Dans notre étude, 75% des médecins interrogés connaissent le DMP mais la grande majorité d'entre

eux l'utilise moins de 15% du temps. 85% considèrent même que le DMP n'a ni une aide ni un support dans le suivi de leurs patients atteints de cancer, et 75% estiment que cela n'apporte pas une meilleure coordination des soins.

Cela semble finalement assez logique, car comme nous avons pu le voir précédemment, le DMP a du mal à se déployer sur le territoire français. Ce dernier a été créé par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, dans l'objectif d'améliorer la coordination, la qualité et la continuité des soins. Son lancement est marqué par un échec en 2008 mis en avant par la Cour des Comptes en février 2009 (62). Il a été relancé en avril 2009, relance confiée à l'ASIP Santé (63). Cependant, en 2012, la Cour des Comptes déplore à nouveau un manque stratégique de pilotage alors que la gouvernance politique souhaite une montée en charge du DMP sur tout le territoire français (30).

En avril 2015, les députés ont voté l'article 25 du projet de loi de santé, qui refond le DMP, ne s'appelant plus « Dossier médical personnel » mais désormais « Dossier médical partagé », et dont le pilotage est confié à la CNAMTS, selon l'article 96 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Le 5 juillet 2016, le décret n°2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé est publié, qui fait donc désormais partie prenante de la partie réglementaire du Code de la Santé Publique.

Le directeur général de la CNAMTS, Nicolas Revel, a annoncé le déploiement du DMP nouvelle génération dans neuf départements pilotes à partir de décembre 2016, lors d'une audition par la commission des affaires sociales du Sénat le 5 octobre 2016.

En juin 2016, on compte 583 997 DMP créés en France et 78 497 en Aquitaine, ce qui reste très faible devant la population française grandissante.

En comparant avec d'autres études, on retrouve cette même tendance.

En effet, dans l'étude de Febwin et *al.* en 2012, réalisée en Picardie sur 124 MG interrogés, 83% d'entre eux sont insatisfaits du DMP, et seulement 27,4% avaient déjà utilisé le DMP. Les principaux freins à l'utilisation du DMP révélés dans cette étude sont : le caractère chronophage pour 97,1% des MG interrogés, les difficultés techniques à l'utilisation du dispositif pour 67,4%, le manque d'implication des autres professionnels de santé pour 70% d'entre eux, la nécessité d'avoir un logiciel DMP-compatible pour 52,5%, le possible masquage des informations par le patient pour 60,8% des sondés, et l'impossibilité de créer un DMP sans carte vitale pour 65,9%.

En outre, le DMP ne permet pas un gain de temps pour 79,6% des MG interrogés, et ne permet pas non plus d'augmenter l'implication du patient dans sa prise en charge ni de réduire les dépenses en santé pour 61,7% d'entre eux.

Par contre, ils reconnaissent certains atouts au DMP pour l'avenir, et estiment qu'il permettra d'améliorer la coordination ville-hôpital pour 57% d'entre eux, d'éviter la redondance d'exams complémentaires pour 70,8%, de limiter la iatrogénie pour 67,3% et permettra une meilleure prise en charge globale du patient pour 65,1% des sondés.

Enfin, 78% des MG interrogés étaient globalement insatisfaits de l'information reçue au sujet du DMP (64). On retrouve d'ailleurs cette tendance avec l'enquête de l'ASIP Santé en 2011 où 79% des sondés (médecins libéraux, toutes spécialités confondues) se sentaient mal informés au sujet du DMP (65).

En 2014, l'étude de Oumakhlouf et *al.* reste dans la même dynamique et montre que sur 185 MG interrogés adhérents à la SFTG (Société de Formation Thérapeutique du Généraliste), 82% ne connaissent pas les principes du DMP et 83% ne connaissent pas les aspects opérationnels du DMP. Elle constate aussi que 88,6% des sondés n'ont jamais créé de DMP. On retrouve néanmoins les aspects positifs attendus avec 59,4% des MG qui estiment que le DMP est un dispositif intéressant

dans la coordination ville-hôpital. Le manque d'information reste de mise puisque 84,3% d'entre eux souhaitent accroître leurs connaissances et leurs compétences, dans un désir de formation, au sujet du DMP (66).

Enfin, en 2015, dans la région Rhône-Alpes, les chiffres sont quelque peu différents. Le système informatique équivalent au DMP est le DPPR (Dossier Patient Partagé et Réparti) qui comprend plusieurs branches dont le DCC et ZEPRA (Zéro Papier en Rhône-Alpes) qui est un système d'échanges dématérialisé entre professionnels de santé.

Dans cette étude, où 457 MG ont accepté de répondre, 42,9% d'entre eux utilisent fréquemment ces dispositifs (13).

Au sujet du DCC, dans notre étude, on a vu que 90% des MG interrogés ne connaissent pas le DCC. Malgré de nombreuses recherches bibliographiques, nous n'avons pas trouvé de donnée comparative en médecine générale.

Il semble en effet difficile d'évaluer, à ce jour, sans enquête précise, la connaissance des médecins généralistes au sujet du DCC. Comme nous avons pu le voir, le DCC reste toujours, au même titre que le DMP, en phase d'expérimentation dans 7 régions pilotes (Alsace, Aquitaine, Lorraine, Pays de la Loire, Picardie, Rhône-Alpes, Midi-Pyrénées).

Cependant, beaucoup d'études montrent une opinion optimiste des médecins généralistes quant à l'avenir de ce DCC, notamment dans la coordination ville-hôpital (10,11,12,67,68).

A ce propos, 86% des médecins généralistes interrogés en 2011 en Champagne-Ardenne (sur 405 réponses) citent le DCC comme moyen d'améliorer la communication ville-hôpital (68).

Les avis et opinions des médecins généralistes sur les dispositifs informatisés dématérialisés de dossier patient sont à ce jour plutôt négatives. Mais ils ne manquent pas de souligner l'intérêt et les avantages de ces dispositifs, toujours en phase expérimentale, lorsqu'ils seront cadrés, définis, et généralisés à l'ensemble des médecins du territoire français. Cela coïncide avec les objectifs politiques de l'Objectif 2 du Plan cancer 2014-2019 (34).

b) RCP

Nous avons pu voir dans notre étude que 24% des médecins interrogés souhaiteraient participer aux RCP. Les principaux freins à cette participation sont le manque de temps à 63,1%, le manque de compétences à 7,1%, le manque d'information sur la date de la RCP à 7,1% et l'éloignement géographique pour 6% d'entre eux. Par contre, on observe une volonté nette d'être impliqué dans les RCP, avec un souhait à 52% de participer aux RCP en visioconférence. En outre, 89% des sondés déclarent recevoir la fiche RCP de leurs patients.

La littérature est riche sur le sujet, la question de la place du médecin généraliste dans la RCP étant difficile à déterminer. On retrouve d'ailleurs de nombreux travaux de thèse.

Dans l'étude de Pont et *al.*, réalisée dans la zone Nord Est de Lille, sur 181 MG interrogés, 67% ne souhaitent pas participer aux RCP par manque de temps également et manque de compétences en cancérologie, mais un autre argument est annoncé est l'âge/fin de carrière du médecin. Par contre, 98% des MG souhaitent recevoir la fiche RCP de leurs patients (12).

En Charente Maritime, le travail de thèse de Denardou et *al.*, montre que 95% des 64 MG interrogés

avouent ne jamais participer aux RCP. Néanmoins, la plupart reçoivent la fiche RCP (44% « toujours », 40% « le plus souvent », 13% « parfois ») et montrent l'intérêt de cette dernière, qui est jugée comme primordiale pour 64%, comme pertinente pour 22% et comme intéressante pour 11% d'entre eux (11).

Dans la grande enquête menée en 2011 en Champagne-Ardenne, 46% des médecins généralistes interrogés (sur 405) souhaiteraient participer aux RCP mais là encore, le manque de temps est avancé par la majorité d'entre eux comme frein principal (68).

En Poitou-Charentes, l'étude de Pinganaud *et al.* menée en 2012, sur 232 MG interrogés, 71,24% souhaitent recevoir la fiche RCP, 23,45% d'entre eux souhaiteraient être invités aux RCP et même 5,31% souhaiteraient présenter le dossier de leur patient en RCP (69).

Enfin, une importante enquête réalisée en 2014 dans le cadre d'un travail de thèse a été menée sur tout le territoire français. Les médecins généralistes et les spécialistes étaient interrogés qu'ils soient en secteur libéral ou en établissement de santé. Les médecins interrogés ont été sélectionnés avec l'aide de l'URPS de toutes les régions de France métropolitaine et des DOM-TOM. Huit URPS ont accepté de participer (Alsace, Aquitaine, Basse et Haute-Normandie, Bretagne, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes). Cette étude a mis en évidence sur les 861 réponses récoltées, que 13,3% des médecins généralistes déclarent avoir déjà participé à une RCP, 56,4% des MG sont favorables à la RCP en visioconférence. Enfin, 76% des répondants (toutes spécialités confondues) estiment que le médecin généraliste a sa place au sein de la RCP (70).

En Aquitaine, à ce jour, et malgré de nombreuses recherches, nous n'avons pas trouvé d'autres données statistiques comparables à ce sujet. Mais il est important de souligner que les 3C aquitains s'assurent que la fiche RCP est systématiquement adressée au médecin traitant (43).

Dans cette partie, on voit s'esquisser l'avenir de la télémédecine. Projet fort des instances politiques (71) et même du Plan cancer 2014 – 2019 (34) dans l'Action 2.21, la télémédecine est définie comme « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication » (32). Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Pour faciliter le déploiement de la télémédecine, Marisol Touraine, Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, lance en 2016 le projet ETAPES dans neuf territoires pilotes (Alsace, Basse et Haute-Normandie, Bourgogne, Centre, Languedoc-Roussillon, Martinique, Pays de la Loire et Picardie). L'élargissement du recours à la télémédecine est l'un des objectifs prioritaires de la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé. Elle annoncera les contours d'une stratégie pour la e-santé à l'horizon 2020 pour accompagner la modernisation de notre système de santé.

Cependant, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) objective une certaine méfiance vis à vis de la télémédecine, mais surtout de sa mise en application, sans remettre en cause la nécessité d'intégrer le numérique dans l'organisation des soins sur les territoires. En effet, la loi en vigueur impose des conditions juridiques strictes pour la mise en œuvre des pratiques de la télémédecine et que les conditions de rémunération des praticiens qui y contribuent fait toujours défaut à la CCAM, alors que des offres parallèles de prestations médicales téléphoniques ou informatiques s'affranchissent de ces contraintes, ouvrant vers des situations « d'ubérisation de la médecine ». Le CNOM constate en outre que d'autres offres de prestations médicales électroniques moyennant rétribution fleurissent sur internet, alors même que le Code de la Santé Publique indique que la médecine ne peut pas être pratiquée comme un commerce et que toute forme de publicité

directe ou indirecte pour un médecin est interdite (72).

c) Les messageries sécurisées

Les résultats de notre enquête sont plutôt en faveur d'une connaissance limitée des messageries sécurisées. En effet, seulement 33% des médecins interrogés reconnaissent connaître la messagerie TéléSanté Aquitaine, qui était le dispositif employé en Aquitaine jusqu'en 2015 et qui reste d'ailleurs fonctionnelle. Néanmoins, 65% des sondés reconnaissent l'utilité de cette messagerie sécurisée, notamment afin d'éviter le délai de réception de la fiche RCP, souvent considéré comme trop long par les médecins généralistes.

Dans l'enquête menée en Champagne-Ardenne, 71% des MG interrogés utilisent une messagerie sécurisée (68). Dans une autre étude faisant une revue de la littérature, on retrouve ce chiffre de 71% des MG utilisant MSSanté en 2008 (73).

Au même titre que la télémédecine, et comme nous avons pu le voir dans la précédente partie, les messageries sécurisées MSSanté sont encore en phase expérimentale et se déploient progressivement sur le territoire français.

L'ASIP Santé a lancé en 2015 un plan d'accompagnement des établissements de santé pour la mise en place d'une messagerie sécurisée. Un an après, l'assurance maladie se joint à l'ASIP Santé pour lancer MSSanté auprès des professionnels de santé libéraux. Les laboratoires d'analyses médicales devraient quant à eux entrer dans cette démarche à la fin de l'année 2016. Dans son dossier de presse de mai 2016, 2400 établissements de santé sont inscrits dans la démarche d'accompagnement ou sont en phase de le devenir. 27 des 32 CHU ainsi que 460 des 600 plus grands établissements de santé sont désormais compatibles avec l'espace MSSanté ou en passe de le devenir (figure 54)(74).

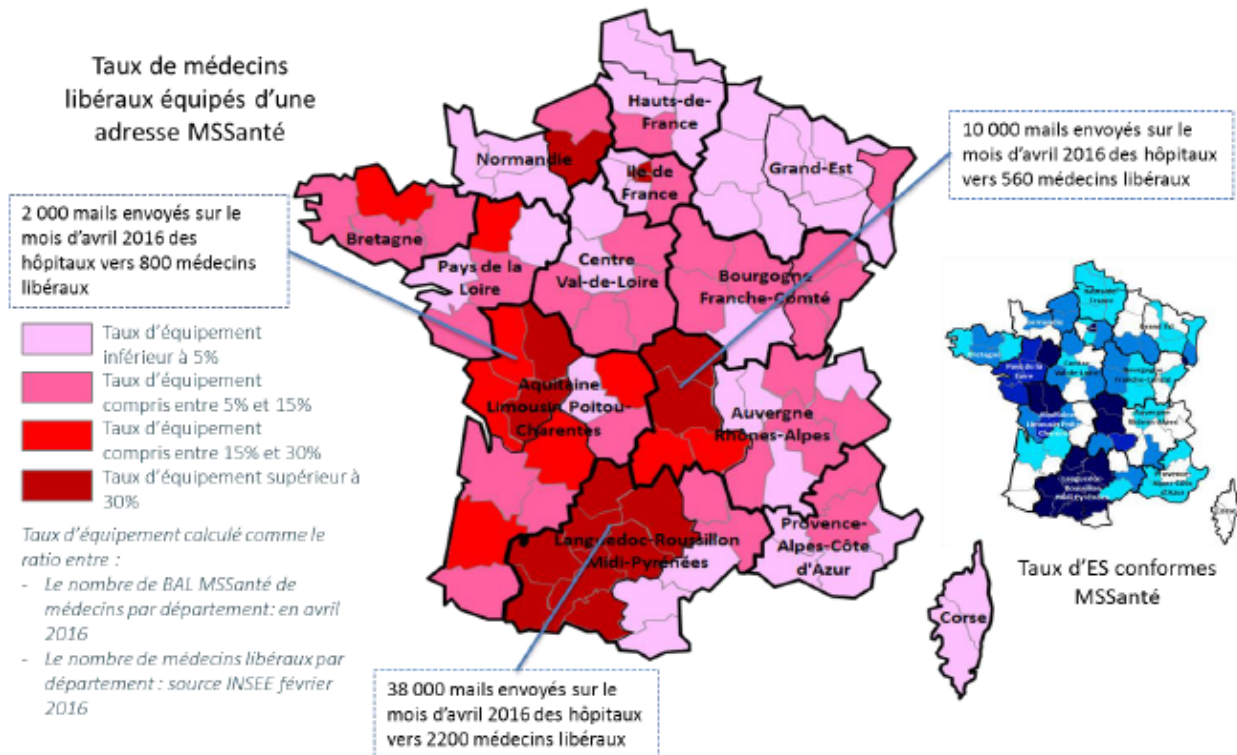


Figure 54 : Répartition du dispositif MSSanté sur le territoire français

L'apport et l'importance des messageries sécurisées sont soulignées également par le CNOM. En effet, dès 2011, dans le but d'améliorer le dispositif d'annonce des diagnostics graves, le déploiement d'une messagerie professionnelle sécurisée prend tout son sens (75).

En Aquitaine, comme nous avons pu le voir, le RCA continue de promouvoir les messageries sécurisées homologuées et au sein du projet DCC, il a mis en avant la nécessité de s'appuyer sur des solutions MSSanté-compatibles pour faciliter au mieux les échanges de documents. Par ailleurs, le RCA a insisté sur l'adaptabilité et la souplesse qu'offre la messagerie sécurisée pour la transmission des informations médicales par rapport au DMP.

Enfin, le RCA veut mettre en œuvre un flux d'envoi des comptes rendus de biologie moléculaires des cancers aux prescripteurs par messagerie sécurisée. En septembre 2015, le CHU de Bordeaux a en outre, débuté son projet d'intégration à l'espace de confiance MSSanté, et a priorisé l'envoi des comptes rendus anatomo-pathologiques, comme objectif de ce chantier (43).

d) Les autres outils de communication

Dans notre étude, nous avons choisi de ne pas interroger les médecins généralistes sur le dispositif d'annonce, le PPS, le PPAC et sur la fiche de détection des fragilités sociales, devant un questionnaire qui comportait déjà beaucoup de questions. On supposait en effet que cela risquait de diminuer le nombre de répondants. Cependant, développer ces questions aurait été indéniablement un travail intéressant. Nous ne reviendrons pas sur les définitions de ces outils qui ont été détaillées en introduction.

On rappellera néanmoins que comme la fiche RCP, le DCC et les messageries sécurisées, tous ces outils sont entrain de se déployer sur le territoire.

Il apparaît cependant intéressant de citer les données chiffrées disponibles relatives à ces outils.

D'abord, dans la grande de la Ligue contre le cancer menée en 2010, on constate que sur 565 MG interrogés, seuls 16,5% d'entre eux reçoivent le PPS (8).

Dans le travail de thèse de Jacquemot *et al.* soutenu en 2015, sur 457 MG interrogés dans la région Rhône-Alpes, seulement 32,4% des MG connaissent le PPS. Parmi ces médecins qui connaissent le PPS, la majorité (87,8%) le trouve clair, lisible et compréhensible. Seulement 20,3% des MG interrogés déclarent recevoir le PPS « de façon optimale » pour le traitement initial, 31,1% déclarent le recevoir mais trop tard, 35,8% ne le reçoivent pas du tout et enfin 13,5% d'entre eux le reçoivent par l'intermédiaire du patient. De plus, la majorité des MG interrogés (soit 61,5%) déclarent ne pas recevoir le PPS après modification thérapeutique, mais il n'est pas précisé dans l'étude si cette modification résulte d'une RCP ou non.

En outre, sur la proportion de MG ayant déjà reçu un PPS, 35,2% estiment qu'il y a un impact bénéfique du PPS et 46,3% un impact modéré. Par contre, sur la proportion de MG n'ayant jamais reçu de PPS, 76,4% des sondés pensent que le PPS aurait un impact bénéfique dans leur prise en charge de patients atteints de cancer (13).

Dans l'étude de Denardou *et al.*, sur 64 MG interrogés en Charente-Maritime, 60% des sondés déclarent n'avoir jamais reçu le compte rendu de la consultation d'annonce, seuls 8% avouent le recevoir systématiquement, mais 34% trouvent ce dernier intéressant. Par ailleurs, 13% des MG

reçoivent systématiquement le PPS, 33% le reçoivent « le plus souvent », 24% « parfois » et enfin 30% déclarent ne jamais le recevoir. Néanmoins, 30% d'entre eux pensent que le PPS est intéressant (11).

Concernant le PPAC, dans l'enquête menée par l'INCa sur le parcours personnalisé du patient pendant et après le cancer, sur 54 MT interrogés, 57% d'entre eux ne connaissent pas cet outil. 20% déclarent simplement avoir connaissance de son existence et seulement 17% d'entre eux en reçoivent une copie systématiquement (76).

2. Les dispositifs de coordination des soins en cancérologie

a) Les RRC et les 3C

Nous avons défini en première partie de ce travail, les objectifs et missions allouées aux RRC. Il nous a donc semblé intéressant d'interroger les MG sur la connaissance d'abord de l'existence des RRC et ensuite, d'essayer d'appréhender ce qu'ils en attendent afin de déterminer si leurs attentes s'éloignent ou non des missions confiées aux RRC.

Dans notre étude, seulement 25% déclarent connaître le RRC de leur région. Par contre, malgré ce taux faible, les réponses des MG sur les attentes sont surprenantes puisque sont en adéquation avec les missions des RRC. En effet, 71% des répondants attendent d'un RRC qu'il facilite la coordination du parcours du patient dans le système de soins, 62% qu'il améliore le partage des données médicales et qu'il promeuve des outils de communication communs, 30% qu'il organise des FMC, 57% qu'il diffuse des protocoles et des recommandations de bonne pratique clinique, 42% qu'il facilite l'accès à l'information des patients et des familles, 28% qu'il organise des rencontres et des échanges entre professionnels, et 35% qu'il assure une astreinte téléphonique.

A la question « Autre », aucun des médecins interrogés n'a formulé d'attente particulière.

Nous avons comparé les résultats de notre étude avec ceux obtenus dans les travaux de Pont et *al.* (12), et ceux de Couraud et *al.* (10).

Dans notre étude, donc en Aquitaine et même dans la région ALPC, on obtient un taux de 74% des sondés qui ne connaissent pas le RRC de leur région. Dans la zone Nord-Est de Lille, sur 181 MG interrogés, 64% déclarent ne pas connaître non plus le RRC (12), et 54,8% ont la même réponse dans la zone Nord des Hauts de Seine sur 69 MG interrogés (10).

Les résultats sur les attentes des médecins généralistes d'un RRC sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 29 : Attentes d'un RRC d'après les MG d'Aquitaine, de la zone Nord Est de Lille et de la zone Nord des Hauts de Seine

	étude en cours	étude Pont et al.	étude Couraud et al.
Faciliter la coordination du parcours des patients dans le système de soins	71%	80,7%	82,6%
Améliorer le partage des données médicales et promouvoir des outils de communication communs	62%	56,4%	78,5%
Organiser des FMC	30%	39,2%	59,4%
Diffuser des protocoles et des recommandations de bonne pratique clinique	57%	53,6%	66,7%
Faciliter l'accès à l'information des patients et des familles	42%	58,6%	62,3%
Organiser des rencontres et des échanges entre professionnels	28%	30,9%	59,4%
Assurer une astreinte téléphonique	35%	27,1%	56,9%
Autre	0%	4,4%	10,1%

Globalement, on constate que les médecins généralistes, en majorité, attendent d'un RRC l'amélioration de la coordination du parcours des patients dans le système de soins.

Nous nous sommes par ailleurs intéressés à ce qu'ont pu répondre les MG à la section « Autre » dans ces deux études.

Dans l'étude de Pont et *al.*, les MG attendent aussi d'un RRC qu'il « facilite la prise en charge des complications aiguës des traitements », qu'il permette la « prise en charge rapide des patients », qu'il aide à « pouvoir adresser le patient en dehors des consultations programmées par le protocole », qu'il participe à la « recherche sur les causes de cancer. Pourquoi y a-t-il de plus en plus de cancer ? ». Et enfin, un MG de cette étude se pose la question de l'intérêt de la multiplication des réseaux (12).

Dans l'étude de Couraud et *al.*, les réponses spontanées des MG sont différentes. Ils attendent d'un RRC qu'il « aide à assumer et assurer la fin de vie », qu'il « évalue des procédures de recherche clinique », qu'il aide à la « mise en place de l'hospitalisation à domicile », qu'il élabore des « protocoles de soins de support en palliatif », et qu'il « reconnaisse le rôle du médecin généraliste ». Deux remarques sont apportées dans cette partie : « l'architecture en réseau va à l'encontre de la prise en charge globale du patient » et paradoxalement « le patient est mieux pris en charge depuis le réseau ».

Dans cette même étude, ils relèvent les réticences des MG face à l'organisation des soins en réseau. Il se sont intéressés aux raisons évoquées de non adhésion au RRC de leur région : le manque d'intérêt, le manque de temps, une organisation qui ne convient pas (« en ville, le patient et son médecin sont abandonnés à leur propre décision de gestion de l'urgence par des structures de domicile (HAD et autres qui ne font pas face à leurs obligations en phase terminale). Il est nécessaire d'avoir autre chose qu'un répondeur en dehors des heures ouvrables sur les lignes des réseaux [...] »), la peur de perdre son patient (« l'hôpital reste happeur de patient, une fois qu'on fait entrer un patient dans le réseau, on le perd souvent. C'est un vrai problème : le MT est peu ou pas associé aux décisions, réunions à des heures difficiles voire impossibles, aucune délégation de suivi alors qu'il est possible en médecine de ville, difficulté à utiliser ses propres correspondants spécialistes traduisant un manque de souplesse du réseau »). Enfin, certains médecins regrettent de ne pas être plus informés de l'existence des réseaux (10).

Une publication de 2008 du CERMES (Centre de recherche médicale et sanitaire) rapporte une division en trois tiers, de l'intérêt des MG dans un réseau :

- « Les animateurs et les engagés » : ce sont les plus engagés dans une démarche en réseau et dans d'autres activités. Ils développent une hyperactivité professionnelle.
- « Les picoreurs ou utilitaristes » : ce sont des utilisateurs habituels, plus ou moins réguliers, du réseau. Leur participation est plus ou moins dépendante de leurs besoins ou de celui des patients mais sont aussi attirés par les formations, l'environnement professionnel et l'écoute confraternelle.
- « Les distants et les critiques » : ce sont les généralistes dont le réseau ne change rien à la prise en charge de leurs patients. La critique porte aussi sur les modes d'organisation et d'échange au sein des réseaux (77).

Enfin, concernant la connaissance des 3C, on ne peut que déplorer une méconnaissance globale des MG puisque seulement 14% le connaissent dans notre étude. Dans l'étude de Pont et *al.*, ce taux est encore plus faible à hauteur de 7% sur les 181 MG interrogés. Malheureusement, dans la littérature, et à ma connaissance, il n'existe par d'autre donnée comparative à l'heure actuelle.

b) Les IDEC

Dans notre étude, on révèle que 61% des MG interrogés ne connaissent pas les IDEC. Malgré tout, 33% sont satisfaits de leur rôle dans la prise en charge de leurs patients atteints de cancer contre 29%, mais fait important, 38% des sondés n'ont pas souhaité donner leur opinion sur leur éventuelle satisfaction du rôle des IDEC.

Dans l'enquête réalisée par l'INCa sur le parcours personnalisé, pendant le déroulement du second Plan cancer (28), près de 80% des 54 médecins généralistes interrogés ne sont pas en mesure d'identifier l'IDEC. Parmi les MT qui identifient l'IDEC, entre 25 et 30% des MG ne sont pas en mesure de se prononcer sur son apport. Pour les autres, le principal apport concerne l'amélioration de la coordination ville-hôpital.

Dans cette même enquête, les IDEC interrogés estiment que leur rôle a été bien perçu par les professionnels avec qui ils ont été amenés à travailler (médecins, équipe hospitalière, professionnels libéraux...). Cependant, le positionnement des IDEC s'est avéré d'emblée plus explicite pour les médecins hospitaliers (80%) que pour les médecins traitants (62%). On observe par ailleurs que ces écarts se maintiennent malgré la mise en œuvre de l'expérimentation. En effet, respectivement 11 et 13 IDEC sur 35 considèrent qu'à l'issue de l'expérimentation, leur rôle n'est pas bien connu ni compris par les professionnels libéraux et les MT.

L'apport de l'intervention des IDEC pour les professionnels hospitaliers concerne d'abord la prise en charge plus globale et notamment la prise en compte des problématiques sociales dans les pratiques des équipes. L'IDEC a également permis d'améliorer la coordination entre les équipes en renforçant le travail en interdisciplinarité, en améliorant la circulation de l'information et, dans une moindre mesure, en impulsant une dynamique d'équipe.

L'intervention de l'IDEC quant à sa capacité à faciliter les relations avec le médecin traitant et à faire gagner du temps médical ressort moins nettement de l'enquête.

Par ailleurs, le rôle de l'IDEC est bien perçu par les patients car parmi les 77% de patients interrogés qui ont rencontrés l'IDEC, 93% estiment que leur premier entretien a été utile. Les patients déclarent d'ailleurs eux-mêmes à une très large majorité que l'IDEC s'est montré utile pour leur apporter écoute, soutien et information. Ce sentiment est partagé par les professionnels de santé, à l'exception des médecins traitants, et par les assistants sociaux (76).

Cette enquête a permis d'identifier la nécessité de redéfinir le rôle des IDEC, notamment dans la coordination ville-hôpital, et pour les médecins traitants, nécessité qui figure parmi les objectifs du Plan cancer 2014 – 2019 (34).

D) Implication du médecin généraliste dans la prise en charge du cancer

Comme nous avons pu le voir, le médecin généraliste est voué à être l'acteur central de la prise en charge du patient atteint de cancer. Il se sent globalement impliqué à tous les stades de la prise en charge du patient, particulièrement dans le dépistage pour la quasi totalité des répondants (99%). C'est surtout dans les décisions thérapeutiques que le médecin généraliste ne trouve pas sa place (seuls 13% des MG interrogés se sentent impliqués à ce stade). On remarque par ailleurs une volonté forte de formation de la part des MG, notamment dans le suivi des traitements des patients atteints de cancer (tolérance, efficacité et effets secondaires) et dans la surveillance après traitement,

que ce soit pour le dépistage des récidives ou le suivi des séquelles.

Une part importante des MG interrogés dans ces études objectivent également un désir de formation dans le dépistage et le diagnostic, mais aussi dans les soins palliatifs (10,12).

Nous avons comparé les résultats de cette question de notre étude avec les études de Pont *et al.*(12) et de Couraud *et al.*(10), et résumé sous forme de tableau présenté ci-après.

Tableau 30 : Implications et désirs de formation des MG dans les différents stades de prise en charge du patient atteint de cancer

	étude en cours	étude Pont et al.		étude Couraud et al.	
		implication	formation	implication	formation
Dépistage	99%	92%	46%		58%
Diagnostic	80%	80%		99%	
Orientation vers la filière appropriée	88%	77%			
Annonce de la maladie	70%	83%	21%	80%	23%
Bilan d'extension initial	40%				
Décisions thérapeutiques	13%	4%	34%	12%	41%
Suivi du traitement	71%	74%	56%	84%	78%
Surveillance après traitement	80%	81%	49%	87%	81%
Soins palliatifs	77%	82%	39%	78%	56%
Coordination des soins en ambulatoire	67%	60%			

Ce désir de formation est probablement lié en partie au fait que les MG estiment ne pas recevoir d'informations suffisantes sur les traitements anti-cancéreux, sur la prise en charge des effets secondaires des traitements, et sur les consignes de suivi et de surveillance (13).

En outre, devant cette forte implication déjà présente, seuls 36% des MG interrogés souhaiteraient occuper un rôle plus important dans la prise en charge de leurs patients atteints de cancer, ce qui est retrouvé dans l'étude de Dufour *et al.* (78).

Par ailleurs, les médecins généralistes revendiquent plusieurs contraintes liées à la prise en charge du patient atteint de cancer. La raison principalement évoquée est le manque de temps à consacrer. En effet, la disponibilité inhérente à cette prise en charge est un facteur compliqué dans la pratique quotidienne du médecin généraliste. Comme d'autres pathologies chroniques, la situation complexe du cancer exige beaucoup d'investissement, de temps et d'énergie de la part du MT (69,78)

A travers cette notion de manque de temps, on remarque depuis déjà le premier Plan cancer, que la méthode de rémunération à l'acte semble être un frein à l'investissement des MG (27,31). Une rémunération au forfait pourrait alors peut être pallier à cette problématique.

Le manque de formation ou de compétences en oncologie est un second frein identifié dans notre étude et dans d'autres (69), et est à l'origine selon McWhinney *et al.*, du manque de confiance progressif du médecin généraliste vis à vis de sa capacité à prendre en charge des patients atteints de cancer (79).

La troisième raison retrouvée dans la littérature est la lourdeur de la charge morale. En effet, la prise en charge du cancer est un investissement moral et psychologique que tous les médecins ne sont pas toujours prêts à assumer (80). La grande enquête de la Ligue en 2010 montre d'ailleurs que 72,8% des MG interrogés ressentent souvent ou occasionnellement le besoin d'un soutien psychologique (8).

Enfin, le manque de considération par les autres spécialités est également notifiée par les médecins généralistes (8,78).

Lorsqu'un patient atteint de cancer nécessite une prise en charge en urgence, en prenant en compte que la rapidité et l'efficacité de la décision diminuent la morbi-mortalité, cela occasionne une source de stress importante pour le généraliste.

Que ce soit dans notre étude ou dans celle de Dufour et *al.* ou de Pinganaud et *al.*, la plupart des MG interrogés préfèrent contacter l'oncologue ou le spécialiste d'organe référent pour obtenir un avis ou une conduite à tenir. Une grande partie des MG interrogés expriment par contre leur difficulté quant à la possibilité de contacter le spécialiste ou le service référent, et ce dans bon nombre d'études, les obligeant, manque de réponse, à orienter le patient vers un service plus général comme un service d'urgences.

Les médecins expriment leurs craintes, cependant, que cela puisse occasionner une perte de chances pour le patient dans l'optique d'une prise en charge optimale, qui prend notamment en compte le terrain et les comorbidités du patient atteint de cancer (78,79).

Nous remarquons par contre une discordance dans notre étude et celle de Pinganaud et *al.*, sur la proportion de MG qui gèrent les situations d'urgence des patients atteints de cancer. En effet, dans notre étude, une très faible proportion (5%) de MG réalisent un bilan en ambulatoire avant de décider d'orienter ou non les patients vers le milieu hospitalier, alors que dans l'étude de Pinganaud et *al.*, près de la moitié des MG interrogés (44,69%) gèrent cette problématique en ambulatoire. Cela peut s'expliquer par le fait que dans la gestion en « ambulatoire », l'enquête de Pinganaud et *al.* intègre la possibilité d'avoir recours au réseau.

E) La coordination ville-hôpital

Dans notre étude, et bien qu'il existe un biais de sélection indéniable, les résultats sur la coordination ville-hôpital sont en concordance avec les études retrouvées dans la littérature.

En effet, la majorité des MG interrogés dans notre étude sont satisfaits de la coordination des soins qu'il existe entre le CHU de Bordeaux et la médecine de ville (46% la trouvent « bonne » et 11% la trouvent « excellente »). On remarque cependant, qu'ils estiment qu'il existe une encore meilleure coordination avec d'autres établissements de santé publics ou privés pour 58% des sondés. On peut donc suggérer que sur l'ensemble des établissements de santé d'Aquitaine, les MG sont donc globalement satisfaits de la coordination des soins pour leurs patients atteints de cancer.

Dans l'étude de Couraud et *al.*(10) et de Jacquemot et *al.*(13), les résultats sont concordants avec une majorité de MG satisfaits de la relation ville-hôpital. Ils ne l'étaient pourtant pas en 2010, puisque la grande enquête de la Ligue contre le cancer montrait que seuls 48% des médecins interrogés étaient satisfaits de l'information délivrée par leurs confrères prenant en charge leurs patients atteints de cancer (8).

Par ailleurs, dans ces dernières et dans notre enquête, les médecins généralistes expriment leurs difficultés à contacter le service ou le spécialiste référent afin d'obtenir un avis, à organiser une hospitalisation, et ce d'autant plus lorsque c'est en urgence (10,12,81).

En outre, les médecins généralistes expriment leur souhait d'être impliqués dans certaines décisions qui entrent en compte dans cette coordination des soins pour une meilleure efficacité de la prise en charge en ambulatoire. En effet, une majorité de médecins souhaiterait être consultée lors de la prise de décision par les spécialistes d'arrêter les traitements curatifs et surtout lors de la décision du retour

à domicile (10).

Tous ces éléments montrent la volonté d'implication des médecins généralistes mais certains ont plutôt le sentiment de « subir » la prise en charge des patients atteints de cancer que d'en être un acteur actif, en ayant qu'un rôle parfois consultatif, alors que bien qu'il a été démontré qu'ils n'ont pas foncièrement la volonté de s'impliquer davantage dans les décisions thérapeutiques, leur implication dans les rôles décisionnels des autres stades de prise en charge du patient atteint de cancer sont indiscutables.

Ils ont parfois le sentiment d'être tenus à l'écart pendant la phase curative du patient.

L'étude de Wood (82) est riche en enseignement à ce sujet. L'information véhiculée est sensée être réciproque, les médecins traitants au même titre que les oncologues, doivent prendre leurs responsabilités pour améliorer cette coordination ville-hôpital.

Ce qui est intéressant dans cette étude, c'est qu'ils distinguent des barrières identifiables et surmontables à cette coordination ville-hôpital :

- les barrières extrinsèques :
 - les difficultés de contact avec les oncologues
 - la multiplicité des acteurs dans la prise en charge du patient atteint de cancer
 - le format papier exclusif comme vecteur de communication
 - le suivi excessif et inadapté des patients atteints de cancer
 - les délais de réponse ou de réception des courriers trop longs
 - le manque d'information sur les protocoles de soins
 - le manque de référentiels de bonne pratique clinique en cancérologie
- les barrières intrinsèques :
 - l'approche passive du médecin généraliste qui subit la prise en charge
 - le manque d'estime de soi devant l'intimidation des spécialistes
 - la peur de perdre l'aide apportée par le spécialiste devant une suggestion ou une critique provenant du médecin généraliste
 - le manque de connaissances et de compétences en cancérologie
 - la peur de recontacter le spécialiste devant l'apparition de symptômes aspécifiques chez un patient jugé en rémission, sans certitude d'une récurrence du cancer, au risque de créer une anxiété inutile chez le patient
 - la peur des reproches et du sentiment de culpabilité
 - les besoins individuels et personnels (82)

De plus, les médecins généralistes expriment également leur volonté d'être contacté lorsqu'un de leur patient atteint de cancer est hospitalisé, ce qui est rarement réalisé en pratique (83).

Bon gré mal gré, il semble donc que la coordination des soins en cancérologie, et en particulier la relation ville-hôpital, s'améliore avec le temps, mais reste une problématique à développer, objectif fort du 3ème Plan cancer (34) et de la loi de modernisation de notre système de santé (71).

F) Impact des Plans cancer en médecine générale

D'une manière globale, les médecins généralistes ne sentent pas suffisamment informés sur

les Plans cancer. Ces données semblent peu évoluer avec le temps car l'enquête de la Ligue en 2010 mettait en évidence que 67,6% des MG interrogés se disaient mal informés (8). Dans notre étude, on retrouve un chiffre similaire à hauteur de 62%.

Malgré ce manque d'information, 58% des sondés dans notre étude estiment avoir une pratique qui est adaptée aux mesures des Plans cancer et dans l'étude de Dufour et *al.*, 59% pensent que les Plans cancer ont un apport positif.

Néanmoins, 65% des MG de notre étude déclarent ne pas trouver d'impact des Plans cancer sur la coordination des soins. Mais cette notion est à nuancer car une majorité de médecins confie ne pas s'être intéressée aux Plans cancer, et la même proportion avoue n'avoir jamais lu de Plan cancer même partiellement (78).

Dans cette dernière étude, ils se sont intéressés à recueillir les points de vue des médecins généralistes pour savoir s'ils pensent être en mesure d'être ou de devenir l'acteur pivot de la prise en charge. 48% estiment que c'est possible contre 36%. Les commentaires ajoutés par les MG reflètent leurs opinions : 4 MG interrogés pensent que la théorie est fondamentalement différente de la pratique, 3 MG pensent que cela n'est pas possible devant un médecin généraliste souvent court-circuité, 2 MG affirment que cela est obligatoire, 2 MG prétendent que ce n'est pas possible par manque de temps, 2 MG pensent que cela est possible si la place du MG est redéfinie et enfin un MG estime que cela est possible si les médecins généralistes sont mieux informés (78).

III. Discussion autour de l'enquête auprès des patients atteints de CCR

Dans les esprits et dans les politiques, la place du médecin généraliste dans la phase curative du cancer semble indiscutable. Il est le professionnel de santé le plus à même de prendre en charge le patient atteint de cancer dans sa globalité. Or, comme nous venons de le voir, c'est pourtant dans cette phase précise que les MG se sentent mis à l'écart et pour renforcer ce constat, ce rôle d'acteur central n'est pas une évidence pour tous les patients non plus.

Notre étude révèle que 38,2% des patients interrogés estiment que leur médecin traitant n'a aucun rôle dans la prise en charge spécifique de leur cancer et que 56,4% des patients ne souhaitent pas un rôle plus important de leur MT dans cette prise en charge. Néanmoins, 52,7% d'entre eux consultent malgré tout leur MT pour des motifs en rapport avec leur pathologie cancéreuse, mais une proportion plus importante de patients consulte leur MT pour d'autres motifs que le cancer (65,5%). Cependant, il apparaît que la majorité des patients préfèrent recueillir le point de vue de l'oncologue même si cela n'a pas de rapport avec le cancer.

L'étude « Regards croisés 2009 », menée auprès de 300 patients atteints d'un cancer traité par chimiothérapie, montrait que 50% d'entre eux déclarent ne pas être suivis pour leur cancer par le médecin généraliste (84).

Dans l'enquête de Gérard et *al.*, où 145 patients atteints de cancer en cours de chimiothérapie à l'hôpital de jour d'oncologie du CHR d'Annecy ont répondu, 44% d'entre eux ne bénéficient pas d'un suivi carcinologique de la part de leur médecin généraliste. Près d'un tiers des patients de cette étude n'ont recours à leur MT que de manière « exceptionnelle » (au mieux une fois tous les six mois voire jamais). On s'interroge alors : comment le médecin généraliste peut-il s'impliquer dans le suivi de ses patients atteints de cancer si le patient ne vient le voir qu'une fois par semestre tout au plus ?

On retrouve par ailleurs le caractère chronophage de cette prise en charge exprimé par les MG, puisque pour plus de la moitié de ces patients, la fréquence des consultations avec le MG n'a pas augmenté depuis la mise en place des thérapeutiques spécifiques. En conséquence, le MG sur son temps de consultation habituel, doit pouvoir intégrer tous les éléments relatifs à la prise en charge du cancer en plus des comorbidités déjà connues, ce qui semble très difficile en pratique. En outre, 33% des patients interrogés ne souhaitent pas intégrer leur MT dans leur suivi médical relatif au cancer. En effet, presque deux tiers des patients interrogés jugent inutile de consulter le MG pendant la phase curative du cancer, d'autres estiment que le cancer est une pathologie trop grave que le MG n'est pas capable de gérer. Ils soulignent également que le MG manque de disponibilité concernant les problèmes relatifs au cancer (85).

Paradoxalement, les travaux de Jones montrent que la fréquence des consultations chez le MG est corrélée à une augmentation significative de la survie chez les patients atteints de cancer depuis moins de 6 mois (86).

IV. Perspectives d'amélioration de la coordination des soins en cancérologie

Devant l'augmentation des chimiothérapies orales à domicile (87), devant l'augmentation de l'incidence des cancers (3), devant plus de 80% de temps passé à domicile pour le patient (88), devant le souhait des instances politiques (34), et devant de multiples autres raisons, il apparaît indispensable de pouvoir améliorer la coordination des soins et en particulier la relation ville-hôpital, qui reste le point faible du parcours de soins objectivé par bon nombre d'études. Nous allons donc ici proposer des voies d'amélioration envisageables pour ouvrir d'éventuelles nouvelles portes de réflexion, ou renforcer celles qui sont entrain de se mettre en place sur le territoire.

A) Intégrer le médecin généraliste au protocole de soins

Globalement, les MG se sentent impliqués et investis dans les différentes phases de prise en charge du cancer. Ils revendiquent cependant une certaine mise à l'écart, que ce soit par les patients ou par les spécialistes, dans la phase thérapeutique du cancer. En effet, il apparaît intéressant d'intégrer dans le PPS et dans le PPAC des consultations dédiées chez les médecins généralistes, à une fréquence déterminée en amont, en accord évidemment avec le MT. Ce dernier, qui sans conteste devra être consulté avant de pouvoir insérer ces consultations programmées, pourra alors ressentir une volonté supplémentaire de renforcer voire d'améliorer la collaboration entre la ville et l'hôpital. Dans cette même dynamique, au même titre que le PPS et le PPAC, le MT pourrait établir un compte rendu de ces consultations programmées au spécialiste, ce qui renforcerait d'avantage la réciprocité des échanges entre professionnels de santé. Afin que cela puisse être réalisable, il conviendrait par ailleurs de réfléchir à la méthode de rémunération à l'acte qui semble être un frein à l'investissement du MG dans la prise en charge du patient atteint de cancer. Une rémunération au forfait, par exemple, calculée en fonction du nombre de consultations programmées chez le MT inscrites dans le PPS et qui ont été réellement honorées,

pourrait être une piste éventuelle.

En outre, l'Action 7.4 du Plan cancer 2014 – 2019 (34) « Garantir au patient l'articulation entre l'hôpital et la ville à l'occasion de la consultation de fin de traitement », cherche à renforcer la coordination des soins entre les professionnels de santé. La consultation de fin de traitement, qui doit aboutir à la remise du PPAC au patient par le spécialiste, ce dernier devant être inclus à terme dans le DCC au même titre que la fiche RCP ou le PPS, pourrait intégrer une surveillance alternée entre les MT et les oncologues. Cela permettrait pour les patients d'assurer une prise en charge de proximité et de garantir une meilleure coordination et continuité des soins ; pour les médecins généralistes de les replacer au centre du dispositif de soins et de satisfaire leur souhait d'être plus impliqués dans la prise en charge de leurs patients ; et pour les oncologues de récupérer du temps de consultation pour les nouveaux patients contribuant ainsi à une réduction des délais de prise en charge.

Dans ce modèle, une expérimentation du dispositif de surveillance alternée des patientes atteintes de cancer du sein a été réalisée en Aquitaine. A la fin du traitement initial, lors de la consultation de fin de traitement, l'oncologue propose à la patiente d'être suivie en alternance avec son médecin de ville (MG ou gynécologue) et l'incite à aller le voir pour une visite de « reprise de contact ». La première consultation de surveillance après la fin du traitement est assurée par l'oncologue. La patiente va voir son médecin de ville pour la deuxième visite de suivi. Le médecin de ville réalise ensuite une consultation par an en alternance avec les oncologues, puis à partir de 5 ans il assure une consultation annuelle. A savoir, ce rythme théorique d'une visite en alternance tous les 6 mois pendant 5 ans, basé sur les recommandations les plus récentes, est personnalisé et adapté à chaque patiente selon sa situation clinique.

Dans le rapport remis par le RCA à l'ARS en 2015, cette surveillance alternée est bien perçue par les patientes et les médecins généralistes ont semblé très motivés (89).

La généralisation de ce dispositif pour tous les patients atteints de cancer semble donc une piste pertinente.

B) Améliorer les informations délivrées aux médecins généralistes

Dans notre étude et dans d'autres, comme nous avons pu le démontrer, les médecins généralistes déplorent le degré d'information qu'ils détiennent sur les outils et les dispositifs existants favorisant la coordination des soins.

Certains outils sont malgré tout correctement identifiés par les MG comme le dispositif d'annonce ou la fiche RCP. Concernant les autres outils, comme le PPS ou le PPAC et encore plus pour le DCC, leur connaissance limitée par les MG témoigne d'un important défaut d'information.

A titre d'exemple, après analyse de la littérature, les MG souhaiteraient recevoir en même temps que la fiche RCP, une fiche de recommandations de bonne pratique identifiant les effets secondaires attendus des traitements. Ce qui est paradoxal, puisqu'il existe des référentiels pour chaque cancer disponibles en libre accès sur le site de l'INCa. Mais il semble à l'heure actuelle, que les MG ne connaissent pas l'existence de ces documents, témoin à nouveau d'un manque d'information. Dans cette optique, on pourrait envisager qu'un courrier postal ou un courrier électronique, envoyé annuellement ou semestriellement aux MG, informant ces derniers de l'existence de ces outils pourrait améliorer leur degré d'information.

De plus, nous avons pu le voir, beaucoup de dispositifs sont encore en phase expérimentale. Le

déploiement et la généralisation du DCC, de la télémédecine et des messageries sécurisées MSSanté devraient également permettre une meilleure information des MG.

Pourquoi pas intégrer dans le DCC du patient le référentiel de recommandations de bonne pratique du cancer de ce patient ? Il serait alors immédiatement consultable par le médecin généraliste.

En outre, certains auteurs des études déjà citées, proposent une astreinte téléphonique en dehors des heures ouvrables, en lieu et place d'un répondeur, qui serait assurée soit par les oncologues (mais cela semble difficilement réalisable en pratique), par des infirmiers ou par les réseaux.

Par ailleurs, élément clé, ce sont les réseaux territoriaux qui doivent permettre la bonne articulation entre la ville et l'hôpital, permettant ainsi une prise en charge de proximité, tout en garantissent la continuité optimale des soins. Il n'y en a pas à l'heure actuelle en Aquitaine et devant la fusion en grande région ALPC, cela risque de prendre du temps à se mettre place. Cela sera-t-il un frein à la coordination des soins en Aquitaine ?

Enfin, dernière piste de réflexion afin d'améliorer la coordination ville-hôpital, notamment devant la difficulté exprimée par les MG à hospitaliser un patient, regrettant alors souvent un passage obligatoire par les services d'urgences, la mise en place de lits de régulation ville-hôpital pourrait être envisageable. Sa réalisation peut être complexe, une définition de cadre et une phase expérimentale semblent indispensables.

C) Évolution des métiers en cancérologie

Devant la complexité du parcours de soins d'un patient atteint de cancer, les métiers de la cancérologie évoluent. Cela fait partie de l'Objectif 4 du Plan cancer 2014 – 2019 (34) « Faire évoluer les formations et les métiers de la cancérologie ».

En plus des IDEC, le Plan cancer III prévoit la création du métier d'infirmier clinicien, inscrit initialement dans la Stratégie nationale de santé (33), qui sera un nouveau profil professionnel coopérant avec le MT, l'équipe référente et les autres professionnels de santé, hospitaliers et de proximité. Il prévoit également d'améliorer la formation des médecins cancérologues, notamment par un référentiel national de formation spécialisée en cancérologie, qui sera défini conjointement par les oncologues et les spécialistes d'organe.

A ce jour, les spécialistes d'organe pour pouvoir exercer la cancérologie doivent valider le DESC de cancérologie (Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaire). Ce dernier a été ouvert aux internes de médecine générale devant une démographie insuffisante en oncologues, principalement dans les zones sous-dotées en médecin.

En sus de ces éléments, plusieurs diplômes universitaires existent en France sur la coordination des soins en cancérologie, sur les soins oncologiques de support...

D) Les patients

Comme nous avons pu le voir, les patients ont aussi leur part de responsabilité sur les freins de la coordination ville-hôpital. Une information éclairée, délivrée par exemple par l'oncologue ou par les IDEC, expliquant aux patients que le médecin généraliste se veut et se doit d'être l'acteur

principal et pivot de la prise en charge du cancer, cela permettant de modifier les perceptions des patients sur le rôle du MG dans la prise en charge des cancers, pourrait être également une piste intéressante.

E) Les soins de support

Les soins oncologiques de support (SOS) comprennent dans une acception large le traitement de la douleur, des problèmes diététiques, le soutien psychologique, le suivi social et les soins palliatifs. Dans l'Objectif 7 du Plan cancer III (34), est mise en avant la nécessité de l'accès aux SOS pour chaque patient, et la nécessaire articulation avec la médecine de ville.

Ne serait-ce pas un nouvel élément qui permettrait de remettre le MG au centre de la prise en charge du patient atteint de cancer ? (88)

CONCLUSION

« Le médecin généraliste, un chef d'orchestre sans partition face au cancer... »(13)

Depuis longtemps, avant la création des Plans cancer, le rôle d'acteur pivot du médecin généraliste est une notion présente dans le domaine de la médecine en général.

L'augmentation et la complexité de prise en charge que représente le cancer, imposent une organisation des soins claire, lisible, pertinente, et surtout efficace afin que chaque patient puisse bénéficier, de manière égale sur tout le territoire, d'une prise en charge rapide, efficace et adaptée à sa situation.

Pour que cela puisse se réaliser, la coordination des soins entre tous les acteurs de cette prise en charge se doit d'être optimale.

Dans cette optique, les Plans cancer se succèdent depuis 2003, permettant une organisation en réseaux de santé, créant des outils et des dispositifs de communication entre tous les professionnels de santé, médicaux, paramédicaux, sociaux, etc.

Les médecins généralistes de la région ALPC sont globalement satisfaits de la coordination des soins existante avec le CHU de Bordeaux, pour leurs patients atteints de cancer colo-rectal. Ils sont impliqués dans la prise en charge de leurs patients atteints de CCR et sont amenés à le devenir davantage selon la volonté des instances gouvernementales.

Le manque de temps, la lourdeur des prises en charge, la méconnaissance des outils et des dispositifs (notamment les réseaux et en particulier les RRC), la charge morale, la mise à l'écart ressentie par les médecins généralistes, lors de la phase curative du patient, renforcée par la volonté limitée des patients à aller le consulter, sont autant de facteurs limitant la coordination des soins en ambulatoire. Mais les médecins généralistes ne manquent pas de souligner l'importance et les apports dans l'avenir que pourront avoir ces dispositifs, qui sont encore à l'heure actuelle en plein déploiement.

Il semble donc difficile à ce jour, de pouvoir correctement évaluer les impacts, qu'ils soient bénéfiques ou négatifs, des différents Plans cancer en médecine générale, en particulier dans la coordination des soins.

Néanmoins, le développement des innovations technologiques, la modernisation des systèmes d'information devraient pouvoir permettre de remédier, au moins en partie, cette problématique, comme le déploiement du DCC, la télémédecine et les messageries sécurisées.

Enfin, on ne peut que constater, devant l'augmentation de la population française, devant l'augmentation de l'incidence des cancers, devant le vieillissement de la population, devant une augmentation de la désertification médicale des territoires français, que cette problématique, au cœur des débats des Français, se situe sur un chemin complexe, semé d'embûches, mais empli de l'espoir de pouvoir faire bénéficier à tous de la meilleure qualité de soins possible.

BIBLIOGRAPHIE

1. Launoy G. Epidémiologie des cancers en France. Rev Prat. février 2010;60:178-82.
2. Binder-Foucard F, Rasamimanana Cerf N, Belot A, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Etude à partir des registres des cancers du réseau FRANCIM. Partie 1 - Tumeurs solides. Synthèse. [Internet]. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire; 2013 Juillet [cité 20 nov 2016] p. 6. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr>
3. Les cancers en France en 2015 - L'essentiel des faits et chiffres [Internet]. Institut National du Cancer; 2016 [cité 24 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr>
4. Coureau G, Amadeo B. Evolution de l'incidence des cancers en Gironde - Données 2008-2012 [Internet]. Bordeaux: Registre Général des Cancers de la Gironde; 2015 décembre [cité 24 nov 2016] p. 142. Report No.: 1. Disponible sur: <http://etudes.isped.u-bordeaux2.fr/>
5. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. Globocan 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2013 [cité 27 nov 2016]. Report No.: 11. Disponible sur: <http://gco.iarc.fr/>
6. Bouvier AM, Launoy G. Epidémiologie du cancer colo-rectal. Rev Prat. Juin 2015;65:767-79.
7. Prévalence des cancers en médecine générale en France [Internet]. Observatoire de Médecine Générale; 2009 [cité 27 nov 2016]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/>
8. Les médecins généralistes face au cancer - Une enquête inédite de la Ligue nationale contre le cancer [Internet]. Ligue Nationale contre le cancer; 2010 oct [cité 27 nov 2016] p. 3. Disponible sur: <http://www.ligue-cancer.net>
9. Nguyen T, Vincent P, Lamberth F, Robles V, Curé H. Perspectives en cancérologie pour les médecins généralistes : enquête interrégionale 2010. Bull Cancer. oct 2011;98(10):1143-52.
10. Couraud Laouisset C. Le médecin généraliste face à la prise en charge des patients atteints de cancer. [Paris]: Paris 7 - Diderot; 2011.
11. Denardou L. Réseau Régional de Cancérologie: Perceptions, opinions et attentes des Médecins généralistes de Charente Maritime. [Poitiers]: de Poitiers; 2013.
12. Pont A. Point de vue des médecins généralistes sur les relations ville-hôpital dans la prise en charge des cancers au sein de l'hôpital Victor Provo de Roubaix et de l'hôpital Dron de Tourcoing : enquête d'observation. [Lille]: Faculté de médecine Henri Warembourg; 2014.
13. Jacquemot A. Coordination ville - hôpital en cancérologie: étude quantitative auprès de médecins généralistes de Rhône-Alpes concernant le Programme Personnalisé de Soins. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2015.
14. Guin E. La Conférence nationale de santé 1997 - Bilans et propositions. Haut Com Santé Publique. sept 1997;(20):2-6.

15. Circulaire DGS/DH/AFS n° 98-213 du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en oncologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés.
16. La Ligue contre le cancer en quelques dates clés [Internet]. [cité 29 nov 2016]. Disponible sur: <https://www.ligue-cancer.net>
17. Reiffers J. Les Centres de lutte contre le cancer dans le paysage de la oncologie française. Bull Cancer. juin 2013;100(6):611-7.
18. La Charte de Paris contre le cancer [Internet]. 2000 [cité 12 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.fondation-avec.org/la-charte-de-paris-contre-le-cancer/>
19. Abenhaim L, Louvard D, Khayat D, Pujol H, Lenoir G, Sommelet D, et al. Commission d'orientation sur le cancer - Rapport. 2003 janv p. 336.
20. Plan Cancer 2003 - 2007: Mission Interministérielle pour la Lutte contre le Cancer [Internet]. [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/>
21. INCa - Missions et domaines d'intervention [Internet]. 2016 [cité 12 mai 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/>
22. Circulaire N°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.
23. Circulaire DHOS/SDO n°2005-101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en oncologie.
24. Circulaire DHOS/CNAMTS/INCA n°2007-357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de oncologie.
25. Synthèse du rapport public thématique de la Cour des comptes - La mise en oeuvre du plan cancer. La Cour des comptes; 2008 Juin p. 16.
26. Evaluation du plan cancer - Synthèse des résultats et des recommandations. Haut Conseil de la Santé Publique; 2009 Février p. 23.
27. Grunfeld J. Rapport au Président de la République - Recommandations pour le plan cancer 2009-2013 - Pour un nouvel élan. 2009 février p. 104.
28. Plan Cancer 2009 - 2013 [Internet]. [cité 12 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/>
29. Plan Cancer 2009 - 2013. Rapport final au Président de la République [Internet]. 2013 juin [cité 12 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/>
30. Le coût du dossier médical personnel depuis sa mise en place. Cour des comptes; 2012 juillet.
31. Vernant J. Recommandations pour le troisième Plan Cancer [Internet]. 2013 juillet [cité 12 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/>
32. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. p. 12184.
33. Feuille de route de la Stratégie nationale de santé. sept 23, 2013.

34. Plan Cancer 2014 - 2019 : Guérir et prévenir les cancers: donnons les mêmes chances à tous, partout en France [Internet]. 2014 [cité 12 août 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/>
35. Plan Cancer 2014 - 2019 : 2ème rapport au Président de la République [Internet]. 2016 février [cité 12 août 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/>
36. Décret n°2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.
37. Arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.
38. Circulaire DHOS/O/INCa n°2008-101 du 26 mars 2008 relative à la méthodologie de mesure des seuils de certaines activités de soins de traitement du cancer.
39. Etablissements et structures autorisées pour l'activité de traitement du cancer en Aquitaine [Internet]. 2015 [cité 18 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.canceraquitaine.org>
40. Le réseau régional de cancérologie (RRC) en synthèse dans l'organisation des soins définie en 2005 [Internet]. 2011 [cité 17 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr>
41. Réseau de Cancérologie d'Aquitaine - Rapport d'activité 2015 - Synthèse [Internet]. 2016 mars [cité 18 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.canceraquitaine.org/>
42. Guide des spécificités de la cancérologie en réseau territorial. ACORESCA; 2015 juin.
43. Réseau de Cancérologie d'Aquitaine - Rapport d'activité 2015 [Internet]. 2016 mars [cité 18 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.canceraquitaine.org/>
44. La coordination de la recherche [Internet]. Institut National du Cancer; 2015 [cité 18 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr>
45. Instruction DGOS/R3 n° 2014-235 du 24 juillet 2014 relative à l'engagement d'une seconde phase d'expérimentation du dispositif des infirmiers de coordination en cancérologie. 2014.
46. Le dispositif d'annonce (Mesure 40 du Plan cancer) [Internet]. Institut National du Cancer; 2006 [cité 20 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr>
47. Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé - Mesure 40 du Plan cancer [Internet]. Institut National du Cancer; 2005 [cité 20 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr>
48. Les cancers en France en 2014 [Internet]. Institut National du Cancer; 2015 [cité 20 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr>
49. Etude sur l'annonce du diagnostic de cancer et le ressenti des malades en 2011. Institut National du Cancer; 2012.
50. Rongère-Casteigt J, Pinon E, Domecq S, Hoppe S, Bousser V, Vimard E, et al. Evaluation du dispositif d'annonce au sein de 29 établissements de santé d'Aquitaine autorisés en cancérologie : le projet EVADA. Santé Publique. décembre 2015;27(6):841-50.

51. Amélioration des pratiques autour du dispositif d'annonce en cancérologie - EVADA 2 - Synthèse du Jeudi 28 mai 2015 [Internet]. CCECQA; 2015 [cité 20 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.ccecqa.asso.fr>
52. Propositions pour la mise en place d'un programme personnalisé de l'après cancer [Internet]. Institut National du Cancer; 2012 [cité 21 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr>
53. Cadre national Dossier communicant de cancérologie (DCC) et Dossier médical personnel (DMP). Institut National du Cancer; 2010.
54. Instruction SG/DSSIS/INCa n°2013-378 du 13 novembre 2013 relative à la description du système d'information cible du dossier communicant de cancérologie (DCC). 2013.
55. Rapport d'activité 2015 - Agir ensemble pour faire reculer les cancers. Institut National du Cancer; 2015.
56. Instruction N° SG/DSSIS/INCa/2016/109 du 5 avril 2016 relative à l'actualisation pour 2014 de la cible du système d'information du dossier communicant en cancérologie (DCC). 2016.
57. Instruction DGOS/PF5 n°2014-361 du 23 décembre 2014 relative à l'usage de la messagerie sécurisée MSSanté dans les établissements de santé. 2014.
58. Evaluation du plan cancer - RAPPORT FINAL. Haut Conseil de la Santé Publique; 2009 janv p. 495.
59. Les cancers en Aquitaine. Observatoire Régional de la Santé Aquitaine; 2015 sept.
60. Etat des lieux - Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. Haute Autorité de Santé; 2013 p. 6-8.
61. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er Janvier 2016. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2016 p. 326.
62. La gestion du GIP - "Dossier médical personnel. La Cour des comptes; 2009 février.
63. Programme de relance du DMP et des systèmes d'information partagés de santé - Orientations stratégiques et principes de mise en oeuvre [Internet]. ASIP Santé; 2009 [cité 2 avr 2017]. Disponible sur: www.esante.gouv.fr
64. Febwin B, Leblois S. Le dossier médical personnel : état des lieux un an après le lancement officiel. Enquête auprès des médecins généralistes picards. 2012;10.
65. Enquête de l'ASIP Santé : Dossier médical personnel - Baromètre de notoriété et d'image [Internet]. IPSOS; 2012 mars [cité 2 mai 2017] p. 12. Disponible sur: www.esante.gouv.fr
66. Oumakhlouf L. Le dossier médical personnel (DMP), enquête auprès de médecins généralistes sur leurs connaissances et leurs besoins de formation. [Paris 6]: Université Pierre et Marie Curie; 2016.
67. Rougé Bugat M-E. Place du médecin généraliste dans la nouvelle organisation des soins en cancérologie [Thèse de médecine générale]. [Toulouse]: Université de Toulouse III Paul Sabatier; 2014.

68. Tardieu E, Thiry-Bour C, Devaux C, Ciocan D, De Carvalho V, Grand M, et al. Place du médecin généraliste dans le traitement du cancer en Champagne-Ardenne. *Bull Cancer*. mai 2012;99(5):557-62.
69. Pinganaud G. Difficultés du médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints de cancer (rôles, besoins et perspectives) [Thèse de médecine générale]. [Poitiers]: Université de Poitiers; 2013.
70. Guichard A, Bachevillier Chancerel C. La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en oncologie : place du médecin généraliste [Thèse de médecine générale]. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2014.
71. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. *JO* n°22; 2016.
72. Télémédecine et autres prestations médicales électroniques. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2016 févr p. 15.
73. Dufrenne J. Dématérialisation des échanges d'informations entre médecins : la Messagerie Sécurisée de Santé utilisée par les médecins généralistes [Thèse de médecine générale]. [Pointe_à-Pitre]: Université des Antilles et de la Guyane; 2011.
74. Messageries sécurisées de santé - Dossier de Presse. Paris Healthcare Week: ASIP Santé; 2016 mai.
75. Maraninchi D, Hervé C, Brun N. Améliorer le dispositif d'annonce des diagnostics graves aux malades et à leur entourage [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2011 [cité 2 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr>
76. Résultats des expérimentations du parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer - Rapport d'évaluation [Internet]. INca; 2012 sept [cité 2 mai 2017] p. 316. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr>
77. Bungener M, Demagny L. Prendre en charge le cancer en médecine générale : Médecine générale, Médecine spécialisées entre hiérarchie, concurrence et complémentarité - Rapport de recherche. CERMES; 2008 oct p. 204.
78. Dufour R. Le ressenti de la prise en charge globale des patients atteints de cancer par les médecins généralistes ruraux : l'exemple du département de la Meuse à l'époque des Plans Cancer [Thèse de médecine générale]. [Nancy]: Université de Lorraine; 2012.
79. McWhinney I, Hoddinott S, Bass M, Gay K, Shearer R. Role of the family physician in the care of cancer patients. *Can Fam Physician*. déc 1990;36:2183-6.
80. Dagada C, Mathoulin-Pélissier S, Monnereau A, Hoerni B. Prise en charge des patients cancéreux par les médecins généralistes - Résultats d'une enquête auprès de 422 médecins en Aquitaine. *Presse Med*. 2003;32:1060-5.
81. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. *Que perçoit le médecin traitant?* 2009;38:1404-9.
82. Wood M. Communication between cancer specialists and family doctors. *Can Fam Physician*. janv 1993;39:49-57.

83. Galand-Desmé S, Millat-Guittard L, Letrilliart L, Berthoux N, Charlois A-L, Romestaing P, et al. Prise en charge des femmes souffrant d'un cancer du sein - Pratiques et attentes des médecins généralistes dans les échanges d'informations avec les médecins hospitaliers. *Rev Prat.* 30 janv 2006;20(718/719):114-8.
84. Chouaïd C, Colin P, Maloïsel F, Mitry E, Zelek L, Le Calvé P. "Regards croisés 2009 : enquête menée auprès des patients atteints de cancer et de professionnels de santé sur la perception de la fatigue et de l'anémie chimio-induite. *Oncologie.* 2010;12:239-44.
85. Gérard P. Place du médecin généraliste dans le suivi des patients en cours de chimiothérapie. Enquête auprès des patients de l'hôpital de jour d'oncologie du CHR d'Annecy [Thèse de médecine générale]. [Grenoble]: Université Joseph Fourier; 2012.
86. Jones L, Doebbeling C. Beyond the traditional prognostic indicators : the impact of primary care utilization on cancer survival. *J Clin Oncol.* déc 2007;25(36):5793-9.
87. Dorey E. Thérapeutiques orales : le nécessaire dialogue ville-hôpital. *Le Concours Médical.* déc 2015;137(10):770.
88. Magnet M, Colombat P, Bauchetet C. Propositions concernant l'amélioration de l'organisation des soins en oncologie. *Oncologie.* 2014;(16):3-16.
89. Dispositif de surveillance alternée des patientes atteintes de cancer du sein en Aquitaine [Internet]. Réseau de Cancérologie d'Aquitaine; 2015 aout [cité 6 févr 2017] p. 25. Disponible sur: <http://www.canceraquitaine.org>

ANNEXE 1

SOURCE ARS MARS 2015 MAJ novembre 2015

	CHIRURGIE DES CANCERS							Autres Chirurgies, non soumis à seuil	Chimiothérapie	Radiothérapie	Curiethérapie	Utilisation de sources non scellées
	Sein	Digestive	Uro	Gynéco	ORL et maxillofacial	Thorax						
DORDOGNE (24)												
CENTRE HOSPITALIER SAMUEL POZZI	Bergerac		x						Etablissement associé avec CH PERIGUEUX			
CLINIQUE PASTEUR	Bergerac	x	x	x	x							
CENTRE HOSPITALIER DE PERIGUEUX	Périgueux		x			x			x			
POLYCLINIQUE FRANCHEVILLE	Périgueux	x	x	x	x	x		x	x			
SELARL IMAGERIE MEDICALE DE RADIOTHERAPIE & ONCOLOGIE DE DORDOGNE	Périgueux									x		
SARL IMAGERIE NUCLEAIRE FRANCHEVILLE Site d'implantation : Polyclinique FRANCHEVILLE	Périgueux											x
GIRONDE (33)												
CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL WALLERSTEIN	Arès	x	x		x			x				
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE												
HOPITAL SAINT-ANDRE	Bordeaux		x					x	x			
GROUPE HOSPITALIER PELLEGRIN	Bordeaux	x		x	x	x		x	x			x
HOPITAL HAUT-LEVEQUE	Bordeaux		x				x	x	x	x	x	x
CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER INSTITUT BERGONIE	Bordeaux	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x
NOUVELLE CLINIQUE BEL AIR	Bordeaux			x				x				
POLYCLINIQUE BORDEAUX-NORD AQUITAINE	Bordeaux	x	x	x	x	x	x		x			x
CLINIQUE SAINT-AUGUSTIN	Bordeaux			x		x						
CLINIQUE TIVOLI-DUCOS	Bordeaux	x	x	x	x	x		x	x			
POLYCLINIQUE DE BORDEAUX-TONDU	Bordeaux								Etablissement associé avec CLINIQUE TIVOLI-DUCOS			
ASSOCIATION PROFESSIONNELLE TIVOLI-ONCOLOGIE Site d'implantation : Clinique Tivoli-Ducos	Bordeaux									x	x	
SARL DE RADIOTHERAPIE DE BORDEAUX-NORD Site d'implantation Polyclinique Bordeaux-Nord Aquitaine	Bordeaux									x	x	
HOPITAL SUBURBAIN DU BOUSCAT	Le Bouscat								Etablissement associé avec CLINIQUE TIVOLI-DUCOS			
POLYCLINIQUE JEAN VILLAR	Bruges	x	x	x	x				Etablissement associé avec CLINIQUE TIVOLI-DUCOS			
CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL (CHIC) SUD GIRONDE												
CENTRE HOSPITALIER PASTEUR	Langon				x				Etablissement associé avec CHU BDX			
CENTRE HOSPITALIER DE LA REOLE	La Réole								Etablissement associé avec CHU BDX			
CLINIQUE SAINTE-ANNE	Langon	x	x						x			
CLINIQUE MUTUALISTE DU MEDOC	Lesparre	x	x						Etablissement associé avec CLINIQUE TIVOLI-DUCOS			
CENTRE HOSPITALIER ROBERT BOULIN	Libourne	x	x	x	x	x			x	x		
POLYCLINIQUE BORDEAUX-RIVE DROITE	Lormont	x	x	x	x	x			x			

		CHIRURGIE DES CANCERS										
		Sein	Digestive	Uro	Gynéco	ORL et maxillofacial	Thorax	Autres Chirurgies, non soumis à seuil	Chimiothérapie	Radiothérapie	Curiethérapie	Utilisation de sources non scellées
CLINIQUE MUTUALISTE ARNAUD DUBEN	Pessac		X					X	Etablissement associé avec CLINIQUE TIVOLI-DUCOS			
HOPITAL PRIVE SAINT-MARTIN	Pessac	X			X							
MAISON DE SANTE BORDEAUX-BAGATELLE	Talence	X	X		X			A*	X			
POLE DE SANTE D'ARCACHON												
CENTRE HOSPITALIER d'ARCACHON	La Teste		X		X				Etablissement associé avec CHU BDX			
CLINIQUE d'ARCACHON	La Teste	X		X		X		X	Etablissement associé avec POLYCLINIQUE BDX RIVE DROITE			
HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES ROBERT PICQUE	Villeneuve d'Ormon		X	X		X			X			
LANDES (40)												
POLYCLINIQUE LES CHENES	Aire sur Adour		X					X				
HAD DU MARSAN ET DE L'ADOUR	Bretagne de Marsan								Etablissement associé avec CH MONT DE MARSAN			
CENTRE HOSPITALIER DE DAX - COTE D'ARGENT	Dax	X	X		X				X	X		
CLINIQUE SAINT-VINCENT	Dax				X			A*				
CENTRE HOSPITALIER DE MONT-DE-MARSAN	Mont de Marsan	X	X	X	X	X			X			
CLINIQUE DES LANDES	Saint Pierre du Mont	X	X	X	X			X				
LOT-ET-GARONNE (47)												
CENTRE HOSPITALIER d'AGEN	Agen		X					X	X			A*
Site: HOPITAL SAINT-ESPRIT												
CLINIQUE ESQUIROL-SAINT-HILAIRE	Agen	X	X	X	X	X	X	X				
CLINIQUE CALABET	Agen								X			
CENTRE DE RADIOTHERAPIE ET D'ONCOLOGIE	Agen									X		
Site d'implantation: Clinique CALABET												
CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL MARMANDE-TONNEINS	Marmande	X	X						Etablissement associé avec CLINIQUE CALABET			
Site de Marmande - CENTRE HOSPITALIER Yves GRASBOT												
POLE DE SANTE DU VILLENEUVOIS												
CENTRE HOSPITALIER VILLENEUVE SUR LOT	Villeneuve sur Lot								X			
GCS POLE DE SANTE DU VILLENEUVOIS	Villeneuve sur Lot	X	X		X			X				

		CHIRURGIE DES CANCERS										
		Sein	Digestive	Uro	Gynéco	ORL et maxillofacial	Thorax	Autres Chirurgies, non soumis à seuil	Chimiothérapie	Radiothérapie	Curiethérapie	Utilisation de sources non scellées
PYRENEES-ATLANTIQUES (64)												
<i>Territoire de Navarre-Côte Basque</i>												
CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE LA COTE BASQUE	Bayonne	X	X	X	X		X		X			
CAPIO CLINIQUE LAFOURCADE*	Bayonne	X	X		X	X						
CAPIO CLINIQUE PAULMY *	Bayonne								X			
CAPIO CLINIQUE SAINT-ETIENNE & DU PAYS BASQUE *	Bayonne		X	X		X	X		Etablissement associé avec CLINIQUE PAULMY			
* Autorisation de regroupement des 3 établissements sur un nouveau site à Bayonne, et transfert des activités de soins détenues dans un nouvel établissement dénommé Clinique Belharru. En attente de mise en œuvre.												
CENTRE D'ONCOLOGIE ET DE RADIOTHERAPIE	Bayonne									X		
CAPIO CLINIQUE AGUILERA	Biarritz	X	X						X			
POLYCLINIQUE COTE BASQUE SUD	Saint Jean de Luz		X		X				X			
CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-PALAIS	Saint Palais								Etablissement associé avec CH COTE BASQUE BAYONNE			
<i>Territoire de Béarn et Soule</i>												
CENTRE HOSPITALIER D'OLORON-SAINTE-MARIE	Oloron Sainte Marie		X						Etablissement associé avec CH PAU			
CENTRE HOSPITALIER D'ORTHEZ	Orthez								Etablissement associé avec CH PAU			
CLINIQUE D'ORTHEZ	Orthez		X									
CENTRE HOSPITALIER DE PAU	Pau	X	X		X	X	X		X			X
POLYCLINIQUE DE NAVARRE	Pau	X	X	X	X	X		X				
CLINIQUE MARZET	Pau	X	X	X		X	X		X			
GROUPE DE RADIOTHERAPIE ET D'ONCOLOGIE DES PYRENEES	Pau									X		

ANNEXE 2

Liste indicative des marqueurs des ressources de recours en cancérologie (décembre 2004)

- plateaux techniques lourds
- TEPscan
- radiothérapie conformationnelle en 3D
- radiothérapie par modulation d'intensité
- radiothérapie stéréotaxique
- radiothérapie avec irradiation métabolique
- curiethérapie prostatique, curiethérapies à haut débit de dose, curiethérapies interstitielles complexes
- bio pathologie
- protéomique – génomique – tumorotheque
- oncogénétique : laboratoires et consultations
- traitements
- thérapie cellulaire
- chirurgie spécialisée des cancers : interventions lourdes et complexes, interventions en multi-équipes
- chimiothérapie intrapéritonéale
- embolisation artérielle
- radiofréquence
- prise en charge des cancers rares
- plate-forme de recherche clinique et d'évaluation des innovations technologiques

ANNEXE 3

Cartographie des sept cancérôpôles en France métropolitaine



ANNEXE 4

Etiquette patient

REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE Compte rendu standardisé

Information générale sur le patient

NOM PRENOM

Date de naissance |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Homme Femme

Code postal et ville de résidence |_|_|_|_|

Médecin traitant :

RCP

RCP du |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Dossier discuté en RCP

Intitulé/type de RCP

Thorax

Sein

Digestif

Hématologie/Lymphômes

Gynécologie

Urologie

Tête et cou

Sarcomes/Tumeurs rares

Tumeurs neurologiques

Pédiatrie

Endocrinologie

Dermatologie

Soins de support

Médecin ayant présenté le dossier :

Motif de la RCP

Avis diagnostic

Décision de traitement

Autre

Suivi de traitement (ajustement thérapeutique)

Surveillance (après traitement)

Clinique générale / Description de la maladie

Capacité de vie OMS

Activité extérieure normale sans restriction (0)

Réduction des efforts physiques intenses (1)

Doit parfois s'aliter, - de 50% de la journée (2)

Doit être alité + de 50% de la journée (3)

Incapacité totale, alitement fréquent ou constant (4)

Comorbidités :

Circonstances de la découverte

Dépistage organisé

Dépistage individuel

Manifestation clinique

Statut thérapeutique de la maladie

Non traitée antérieurement

En cours de traitement initial

Déjà traitée

Traitements déjà réalisés

Chirurgie

Chimiothérapie

Radiothérapie

Autre

Rechute

oui

non

Progression

Siège de la tumeur primitive

Code CIM 10 : |_|_|_|_|_|

Latéralité

Droit

Bilatéral

Gauche

Non applicable

Médian

Classification pré-thérapeutique : cT|_| N |_| M |_|

Localisation des métastases (si cM1) :

Autre système de classification :

Histologie de la tumeur

Date du prélèvement |__|_|_|/|__|_|_|/|__|_|_|_|_|

Prélèvement adressé à une tumorothèque

Type histologique

Code CIM-O : Code ADICAP :

Grade histologique :

Classification pathologique : pT|_|_| N |_|_| M |_|_|

Localisation des métastases (si pM1) :

Résidu tumoral après chirurgie : R0 R1 R2 R3

Proposition de prise en charge

Type de proposition

- Mise en traitement Décision reportée
 Surveillance Abstention thérapeutique
 Nécessité d'exams complémentaires à visée diagnostique ou pour préciser l'extension
 Recours à une RCP régionale

Remplir les éléments suivants si un traitement est proposé

- Application du référentiel Etude randomisée
 Traitement hors référentiel Etude non randomisée

Plan de traitement

- | | Date (ou délai) |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie | |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie | |
| <input type="checkbox"/> Radio-chimiothérapie simultanée | |
| <input type="checkbox"/> Hormonothérapie | |
| <input type="checkbox"/> Curiethérapie | |
| <input type="checkbox"/> Radiologie interventionnelle | |
| <input type="checkbox"/> Endoscopie interventionnelle | |
| <input type="checkbox"/> Autre traitement médical spécifique (immunothérapie, ...) | |
| <input type="checkbox"/> Soins palliatif ou de support | |
| <input type="checkbox"/> Autre traitement : | |

Description de la proposition / Commentaires

Médecins présents à la RCP :

Etablissement:

Nom :

Finess :

Adresse :

 :

Nom du 3C de rattachement :

PROGRAMME PERSONNALISE DE SOINS

Proposition de contenu minimum indispensable

Version de février 2011

Proposition de contenu minimum indispensable

Version de février 2011

Nom du (de la) patient(e):.....
Prénom:.....
Nom de jeune fille:.....
Date de naissance:.....
Lieu de naissance:.....
Sexe:.....
N°d'identification:.....
Code postal de résidence:.....

Coordonnées de la personne de confiance:
.....

Présente lors de la remise du programme de soins:.....

Oui Non

Date de la consultation d'annonce:.....

Programme de soins remis par le Docteur:.....

Le:.....

***Avec votre accord, ce programme de soins sera transmis à votre médecin
traitant, ainsi que votre compte-rendu d'anatomopathologie***

Calendrier prévisionnel des soins

Mr/Mme :

Année :

		Mois 1				Mois 2				Mois 3				Mois 4				Mois 5				Mois 6				Mois 7				Mois 8				Mois 9							
		Semaines				Semaines				Semaines				Semaines				Semaines				Semaines				Semaines				Semaines				Semaines							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
CHIRURGIE	Hospitalisation																																								
Nom du chirurgien :																																									
Lieu :																																									
Type de chirurgie :																																									
Date de la chirurgie :																																									
RADIOTHERAPIE	Traitement																																								
Nom du médecin spécialiste :																																									
Lieu :																																									
Durée de la radiothérapie :																																									
Nombre de séances prévues :																																									
CHIMIOThERAPIE	Traitement																																								
Nom du médecin spécialiste :																																									
Lieu :																																									
Nom du protocole :																																									
Nombre de cures prévues :																																									
Intervalle entre les cures :																																									
HORMONOTHERAPIE	Traitement																																								
Nom du médecin spécialiste :																																									
Lieu :																																									
Nom du traitement :																																									
Forme : <input type="checkbox"/> Orale <input type="checkbox"/> Intra Musculaire																																									
SOINS DE SUPPORT (Préciser le nom du responsable)	Traitement																																								
Prise en charge de la douleur																																									
Kinésithérapie																																									
Nutrition																																									
Soutien psychologique																																									
Autres																																									
SURVEILLANCE																																									
Examens :																																									
Fréquence :																																									

Légende : Traitement effectué en hospitalisation de jour
 Traitement effectué en HAD

ATTENTION

Ceci est un plan général, non définitif, destiné à illustrer votre traitement : il pourra être modifié, interrompu, adapté en fonction de votre tolérance et de vos besoins. Nous vous suggérons d'emmener ce plan à chaque consultation et de le présenter au médecin.

Transmission des informations au médecin traitant

Type de documents	Date de transmission
Proposition de la RCP	
Programme Personnalisé de Soins	
Compte-rendu opératoire	
Compte-rendu d'anatomopathologie	
Compte-rendu d'examens complémentaires (biologie, scanner, IRM...)	
Lettre de sortie d'hospitalisation	
Autres, préciser:	

Coordonnées de la personne ayant réalisé le bilan social:

.....



Coordonnées de l'assistante sociale:

.....



Bilan social du dispositif d'annonce

Date :

Transmission à l'assistante sociale, et si oui préciser la date :

Actions envisagées (dans le domaine familial, professionnel, financier, habitat, aide à domicile,...) :
.....
.....

Consultation sociale de mi-parcours

Date :

Transmission à l'assistante sociale, et si oui préciser la date :

Actions envisagées (dans le domaine familial, professionnel, financier, habitat, aide à domicile,...) :
.....
.....

Autres consultations sociales

Date :

Transmission à l'assistante sociale, et si oui préciser la date :

Actions envisagées (dans le domaine familial, professionnel, financier, habitat, aide à domicile,...) :
.....

Médecins spécialistes référents:

- ☎
- ☎
- ☎

Infirmière d'information et de coordination:

- ☎

Médecin traitant:

- ☎

Pharmacien de ville:

- ☎

Contacts associatifs:

- ☎
- ☎

Réseau de santé:

- ☎

Autres intervenants de ville

Infirmière:

- ☎

Masseur-kinésithérapeute:

- ☎

Autres:

- ☎

Hôpital de proximité:

- ☎

HAD:

- ☎

Contacts sociaux

CAF:

- ☎

CPAM:

- ☎

Assistante sociale de secteur:

- ☎

CCAS:

- ☎

Maison départementale du handicap:

- ☎

Numéro Santé Info Droit:

- ☎

ANNEXE 6



Action 26.2 du Plan cancer 2009-2013

FICHE DE DETECTION DE LA FRAGILITE SOCIALE PROPOSITION D'UN CONTENU MINIMUM INDISPENSABLE

Version de mai 2011

Présentation de la fiche de détection de la fragilité sociale

La fiche de détection de la fragilité sociale est un outil de sensibilisation sur les problématiques sociales. Elle est un support permettant de faciliter la décision d'orientation vers le service social en faisant un point global de la situation du patient.

Elle est composée de 12 items qui permettent à une infirmière coordinatrice d'interroger le patient dès le début de sa prise en charge mais également au cours de celle-ci pour détecter l'apparition éventuelle d'une nouvelle fragilité sociale.

1. L'âge du patient est égal ou supérieur à 75 ans
2. Le patient vit seul
3. Le patient a des personnes à charge (personnes âgées, handicapées)
4. Le patient ne vit pas chez lui¹
5. Le patient ne bénéficie pas de l'aide de son entourage en cas de besoin
6. Le patient n'a pas eu des contacts amicaux et/ou des activités de loisirs, sportives, culturelles ou associatives au cours des 12 derniers mois
7. Le patient n'a pas eu des contacts familiaux au cours des 6 derniers mois
8. Le patient rencontre des difficultés dans ses gestes de la vie quotidienne, y compris au travail
9. Le patient ne bénéficie pas d'une couverture maladie complémentaire ou d'une couverture prévoyance
10. Le patient n'exerce pas d'activité professionnelle
(si le patient est retraité, passer directement à la question 12)
11. Son emploi n'est pas stable² (ne pas répondre en cas d'inactivité)
12. La situation financière de son foyer risque d'être déstabilisée par la maladie

Synthèse

- Le patient présente un risque de fragilité sociale oui non
- Le patient souhaite rencontrer une assistante sociale oui non

Si la réponse à ces 2 items est oui : **Signalement au service social**

Commentaires :

.....

.....

.....

¹ La notion de vivre chez soi s'oppose à celle de vivre chez un parent, un enfant une tierce personne ou dans une institution.

² Contrat à Durée Déterminée, temps partiel, intérim, ...

ANNEXE 7



POLE APPAREIL DIGESTIF ENDOCRINOLOGIE NUTRITION
**SERVICE D'HEPATO-GASTROENTEROLOGIE
ET D'ONCOLOGIE DIGESTIVE**

Pr. Jean-Frédéric BLANC
Chef de service

Bordeaux, le 06/05/2016

Unité d'ONCOLOGIE DIGESTIVE

Pr. Jean-Frédéric BLANC
Responsable
Dr. Eric TERREBONNE
Dr. Denis SMITH
Dr. Pierre GROUSSEAU
Dr. Clémence FRON

Mme Brigitte ARTUS
Cadre infirmier
Tél. 05 56 79 57 13 Fax. 05 56 79 58 78

Unité de GASTROENTEROLOGIE

Pr. David LAHARIE
Responsable
Pr. Frank ZERBIB
Dr. Hervé LAMOULIATTE
Dr. Florian PoulleNOT
Dr. Yaesh BADAT
Dr. Julie RICARD

Mme Marie-Carine PRAT-BARREAU
Cadre infirmier
Tél. 05 57 65 64 40 Fax. 05 57 65 60 95

Unité d'HEPATOLOGIE et TRANSPLANT.

Pr. Victor DE LEDINGHEN
Responsable
Dr. Pierre-Henri BERNARD
Dr. Faiza CHERMAK
Dr. Juliette FOUCHER
Dr. Martine NEAU-CRANSAC
Dr. Julien VERGNIOU
Dr. Jean-Baptiste HIRIART

M. Loïc EOCHE
Cadre infirmier
Tél. 05 57 65 65 33 Fax. 05 57 65 63 80

HOPITAL DE JOUR et AMBULATOIRE

Pr. Frank ZERBIB
Responsable

Mme Tiphaine RAGUENEL
Cadre infirmier
HDJ : Tél. 05 57 65 65 17 Fax. 05 57 65 63
Ambulatoire : Tél. 05 57 62 32 40 Fax 05 5
83

ENDOSCOPIES DIGESTIVES

Dr. Edouard CHABRUN
Coordonnateur
Dr. Clément SUBTIL

Mme Nathalie DUBOS
Cadre infirmier
Tél. 05 57 65 64 09 Fax. 05 57 65 67 71

RECHERCHE CLINIQUE

Mme Caroline BOUYSSOU-CELLIER
M. Wassil MERROUCHE
Coordonnateurs

Protocologie :
Tél. 05 57 82 15 55
Explorations fonctionnelles :
Tél. 05 57 82 06 76
Centre d'Investigation de la Fibrose Hépatique
Tél. 05 57 65 66 48 Fax. 05 57 65 60 57

Secrétariat - Tél. 05 57 65 64 39

Madame, Monsieur, chère Consœur, cher Confrère,

Un (ou plusieurs) de vos patients est pris en charge pour un cancer colo-rectal au CHU de Bordeaux et a bénéficié d'une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire en 2014.

Votre avis nous intéresse.

Dans ce contexte, dans le cadre d'une amélioration de la coordination des soins fixée dans les objectifs du Plan Cancer 2014-2019, devant l'unification des services d'Hépatogastro-entérologie sur le secteur Haut-Lévêque, nous sollicitons votre attention et quelques minutes de votre temps précieux, afin de recueillir votre impression sur la coordination des soins entre le CHU et vous-même.

En effet, dans le cadre de la thèse de Madame Célia AMSELLEM, sous la direction du Pr Jean-Frédéric BLANC (chef de service d'Hépatogastro-entérologie), une étude est donc en cours sur le thème :

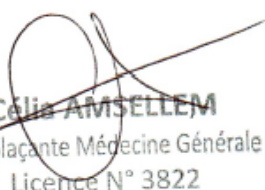
« Relation ville / hôpital : avis des médecins généralistes sur la prise en charge des cancers colo-rectaux au CHU de Bordeaux ».

Votre point de vue est primordial pour l'avancée de cette étude, merci d'avance de prendre quelques minutes (10 minutes maximum) afin de répondre à ce questionnaire totalement anonyme, et de le renvoyer sous pli avec l'enveloppe pré-timbree fournie.

Veuillez recevoir chère Consœur, cher Confrère, l'assurance de nos remerciements les plus sincères.

Confraternellement,

Célia AMSELLEM


Célia AMSELLEM
Remplaçante Médecine Générale
Licence N° 3822

Pr Jean-Frédéric BLANC


Professeur J.F BLANC
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Hépatogastro-entérologie
CHU BORDEAUX - Ht LEVEQUE

Pour les médecins : en cas de nécessité de prise en charge d'un patient en urgence, un médecin est joignable de 9h à 19h du lundi au vendredi au 05 57 82 06 75. En dehors de ces horaires contacter une unité d'hospitalisation

GRUPE HOSPITALIER SUD - Hôpital du HAUT LEVEQUE
Bâtiment Maquellan Avenue Maquellan 33604 PESSAC cedex

ANNEXE 8

Relation ville/hôpital : avis des médecins généralistes dans la prise en charge des cancers colo-rectaux au CHU de Bordeaux

*Obligatoire

1. CP de la ville d'exercice *

2. Sexe *

Une seule réponse possible.

Homme

Femme

3. Age *

4. Combien de patients atteints de cancer (tous cancers confondus) suivez-vous environ ? *

5. Parmi vos patients avec une suspicion diagnostique de cancer colo-rectal, quelle proportion de ceux-ci envoyez-vous au CHU de Bordeaux ? *

Une seule réponse possible.

moins de 25%

entre 25 et 50%

entre 50 et 75%

plus de 75%

6. Comment estimez-vous la coordination des soins spécifiquement en cancérologie entre le CHU et vous-même ? *

Une seule réponse possible.

Excellente

Bonne

Moyenne

Médiocre

Absente

7. **Est-ce une raison pour laquelle vous préférez envoyer vos patients au CHU de Bordeaux ? ***

Une seule réponse possible.

Oui

Non

8. **Pensez-vous qu'il y ait une meilleure coordination des soins avec d'autres structures hospitalières publiques ou privées que le CHU ? ***

Une seule réponse possible.

Oui

Non

9. **Connaissez-vous le Dossier Médical Personnel (DMP) ? ***

Une seule réponse possible.

Oui

Non

10. **A quelle fréquence estimez-vous utiliser ce dispositif parmi vos patients ? ***

Une seule réponse possible.

moins de 15%

entre 15 et 30%

entre 30 et 45%

entre 45 et 60%

entre 60 et 75%

plus de 75%

11. **Connaissez-vous le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) ? ***

Une seule réponse possible.

Oui

Non

12. **Le DMP vous est-il une aide ou un support dans le suivi de vos patients atteints d'un cancer colo-rectal ? ***

Une seule réponse possible.

Oui

Non

13. **Pensez-vous qu'il y ait une meilleure coordination des soins parmi vos patients ayant un DMP en comparaison avec ceux n'en ayant pas ? ***

Une seule réponse possible.

Oui

Non

14. **Souhaitez-vous participer aux RCP lorsqu'un dossier de vos patients est présenté ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

15. **Si non, pour quelle(s) raisons ?**

Une seule réponse possible.

- Manque de temps
 Manque d'informations sur la date de la RCP
 Manque de compétences en cancérologie
 Autre : _____

16. **Si cela était possible, participeriez-vous aux RCP en visioconférence (télémédecine) ?**

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

17. **Recevez-vous la fiche RCP de vos patients ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

18. **En pratique, à quelle proportion de vos patients atteints d'un cancer colo-rectal suivis au CHU de Bordeaux, estimez-vous recevoir la fiche RCP ? ***

Une seule réponse possible.

- moins de 25%
 entre 25 et 50%
 entre 50 et 75%
 entre 75 et 90%
 plus de 90%

19. **Connaissez-vous la messagerie sécurisée Télésanté Aquitaine ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

20. **Pensez-vous que ce dispositif serait utile plutôt qu'attendre de recevoir la fiche RCP ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

21. **Souhaitez-vous revoir le patient après la RCP ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

22. **A quel(s) stade(s) de la prise en charge du cancer colo-rectal vous sentez-vous impliqués ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Dépistage
 Diagnostic
 Orientation vers la filière appropriée
 Annonce de la maladie
 Bilan d'extension initial (imagerie, marqueurs tumoraux, etc.)
 Décisions thérapeutiques (participation aux RCP)
 Suivi du traitement (tolérance, efficacité, effets secondaires)
 Surveillance après traitement (dépistage des récurrences, suivi des séquelles)
 Soins palliatifs
 Coordination des soins en ambulatoire
 Autre : _____

23. **Souhaiteriez-vous avoir un rôle plus important dans la prise en charge de vos patients atteints d'un cancer colo-rectal ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

24. **Vous sentez-vous suffisamment informés par les objectifs du Plan Cancer ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

25. **Votre pratique médicale vous semble-t-elle être adaptée à ces mesures ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

26. **Connaissez-vous le Réseau Régional de Cancérologie (RRC) de votre région ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

27. Quel(s) service(s) attendez-vous d'un RRC ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Faciliter la coordination du parcours des patients dans le système de soins
- Améliorer le partage des données médicales, promouvoir des outils de communication communs
- Organiser des FMC
- Diffuser des protocoles et des recommandations de bonne pratique clinique
- Faciliter l'accès à l'information des patients et des familles
- Organiser des rencontres et des échanges entre professionnels (groupe de travail)
- Assurer une astreinte téléphonique
- Autre : _____

28. Connaissez-vous le 3C ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

29. Que signifie ce sigle?

30. Lorsqu'un de vos patients atteint d'un cancer colo-rectal se présente en consultation et nécessite une prise en charge urgente, que faites-vous ? *

Une seule réponse possible.

- Transfert au CHU de Bordeaux
- Transfert dans la structure hospitalière référente
- Transfert dans la structure hospitalière la plus proche
- Appel du spécialiste référent pour conduite à tenir
- Bilan complémentaire en ville avant réorientation en fonction du degré d'urgence
- Autre : _____

31. Estimez-vous qu'il y ait une perte de chances pour le patient lorsqu'il est orienté dans une structure autre que celle où il est pris en charge habituellement ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

32. **Pour quelle(s) raison(s)? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Méconnaissance du dossier du patient par le personnel hospitalier
- Prise en charge de l'urgence sans prise en compte du terrain et des comorbidités
- Difficultés de contact avec le service/spécialiste référent
- Dossier du patient en votre possession incomplet
- Pas de perte de chances
- Autre : _____

33. **Selon vous, quelle(s) mesure(s) pourrai(en)t alors éviter cette perte de chances ? ***

Plusieurs réponses possibles.

- Rôle du RRC
- Grâce au DMP et DCC
- Un meilleur relationnel avec le service/spécialiste référent
- La mise en place d'une coordination établie entre le CHU et les structures hospitalières privées ou publiques de périphérie
- L'établissement de courriers plus complets, notamment émanant du médecin traitant
- Aucune
- Autre : _____

34. **Avez-vous remarqué l'impact du Plan Cancer depuis sa création en 2003 dans la coordination des soins de vos patients atteints d'un cancer colo-rectal ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Autre : _____

35. **Connaissez-vous les IDE de coordination ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

36. **Êtes-vous satisfait de leur rôle dans la prise en charge de vos patients atteints de cancer ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

37. **Lorsque vous souhaitez obtenir un avis ou poser une question concernant un de vos patients suivi au CHU de Bordeaux pour un cancer colo-rectal, l'obtenez-vous facilement ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

38. **Estimez-vous qu'il est facile d'organiser une hospitalisation dans le service compétent au sein du CHU de Bordeaux pour vos patients atteints de cancer colo-rectal ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

39. **Et ce, dans l'urgence? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

40. **Etes-vous contactés par le service lorsqu'un de vos patients atteint d'un cancer colo-rectal est hospitalisé au CHU de Bordeaux ? ***

Une seule réponse possible.

- Toujours
 Souvent
 Parfois
 Rarement
 Jamais

ANNEXE 9

Questionnaire : « Relation ville/hôpital : avis des médecins généralistes dans la prise en charge des cancers colo-rectaux au CHU de Bordeaux ».

Vous êtes patient au sein du CHU de Bordeaux et vous êtes suivi et pris en charge pour un cancer colo-rectal, votre avis nous intéresse.

En effet, dans l'optique d'une amélioration dans la coordination des soins, objectif fixé dans le Plan Cancer 2014-2019 du Ministère de la Santé, cette étude sera menée grâce à vous, et ce en tout anonymat.

Merci de prendre quelques minutes pour compléter ce formulaire.

1. Êtes-vous satisfait de votre prise en charge au sein du CHU de Bordeaux ?
 Oui, tout à fait La plupart du temps Parfois Non, pas du tout

2. Estimez-vous que votre médecin traitant a un rôle dans cette prise en charge spécifique ?
 Oui non

3. Consultez-vous régulièrement votre médecin traitant dans l'année ?
 Oui Non

4. Vous arrive-t-il de le consulter pour des questions ou problèmes relatifs à votre cancer ?
 Oui Non

5. Estimez-vous que les informations relatives à votre maladie au sein du CHU de Bordeaux sont correctement transmises à votre médecin traitant ?
 Oui Non

6. Avez-vous changé de médecin traitant depuis que vous êtes suivis au CHU de Bordeaux pour le cancer colo-rectal ?
 Oui Non

7. Souhaiteriez-vous que votre médecin traitant soit plus impliqué dans cette prise en charge spécifique ?
 Oui Non

8. Depuis que vous êtes pris en charge au CHU de Bordeaux, consultez-vous votre médecin traitant pour tout autre problème que le cancer ?
 Oui Non

9. Où préférez-vous recevoir l'avis de votre oncologue même si c'est pour un problème autre que le cancer ?
 Oui Non

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.

RESUME

Introduction : Le cancer est la première cause de décès en France et est une maladie qui devient chronique. Dans l'optique d'un parcours de soins coordonné, la loi HPST et les Plans cancer placent le médecin généraliste comme acteur pivot. Cette étude évalue la perception des médecins généralistes et des patients sur la coordination des soins des patients atteints de cancer.

Méthode : Une double étude descriptive transversale a été réalisée du 10 mars au 28 juillet 2016 auprès des 335 médecins généralistes figurant sur la fiche RCP des patients atteints de cancer colo-rectal du CHU de Bordeaux sur l'année 2014 et auprès des patients atteints de cancer colo-rectal, à l'aide d'un questionnaire envoyé par mail puis par courrier aux médecins et distribué aux patients en hôpital de jour.

Résultats : 25% des médecins ont répondu, majoritairement des hommes âgés de 53 ans, suivant environ 30 patients atteints de cancer. Ils sont impliqués dans la prise en charge du cancer, surtout dans le dépistage (99%) et à l'exception des décisions thérapeutiques (13%). 62% ne souhaitent pas un rôle plus important. Ils sont satisfaits de la coordination des soins avec les établissements de santé bien que 90% ne connaissent pas le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) qui appartient au Dossier Médical Partagé, qui d'après eux n'améliore pas la coordination des soins. 25% connaissent le Réseau Régional de Cancérologie, dont ils attendent une meilleure coordination des soins, contre seulement 14% le 3C. Ils estiment ne pas être assez informés par les Plans cancer (62%).

55 patients ont répondu, dont 58% pensent que le médecin traitant a un rôle dans le suivi du cancer mais la moitié ne souhaite pas qu'il soit plus impliqué et ne le consulte pas pour des motifs relatifs au cancer.

Conclusion : Les médecins généralistes et les patients sont globalement satisfaits de la coordination des soins du cancer colo-rectal, cette dernière restant cependant à développer.

Mots -clés : Plan cancer – médecin généraliste – coordination des soins – relation ville-hôpital – cancer colo-rectal

ABSTRACT

Introduction: Cancer is the leading cause of death in France. The general practitioner (GP) is a key player in coordinated care pathways, the “Hospital, patients, healthcare and territories” (HPST) act, and cancer Plans. This study evaluates the perception of the Gps and the patients about care coordination of patients with cancer.

Method: A descriptive, cross-sectional study was performed between 10 March and 28 July 2016 with the 335 GPs named on the CPR forms of patients with colorectal cancer at Bordeaux University Hospital in 2014, and with the patients themselves. A questionnaire was distributed to the GPs by email and by post, and given to the patients at the day centre.

Results: 25% of GPs responded. Most were male with a mean age of 53 years, and were following approximately 30 patients with cancer. The GPs were involved in the care of the patients, especially in screening (99%) and with the exception of therapeutic decisions (13%). 62% did not wish to take on a more substantial role. They were satisfied with the coordination among the healthcare establishments, although 90% were not familiar with the Oncology Communication Dossier (DCC), part of the Shared Medical Dossier, which according to the GPs does not improve care coordination. 25% knew the Regional Oncology Network, which they expected to provide better care coordination, compared with only 14% who knew the Oncology Coordination Centre (3C). They did not feel sufficiently informed by the Cancer Plans scheme (62%). Fifty-five patients responded, of which 58% thought their GP had a role in cancer care, but half did not wish GPs to be more involved and did not consult them regarding the issues of cancer.

Conclusion: Gps and patients are generally satisfied with the colorectal cancer care coordination, this latter still to be developed.

Keywords: Cancer plan – general practitioner – care coordination – colorectal cancer – city-hospital communication

RESUME

Introduction : Le cancer est la première cause de décès en France et est une maladie qui devient chronique. Dans l'optique d'un parcours de soins coordonné, la loi HPST et les Plans cancer placent le médecin généraliste comme acteur pivot. Cette étude évalue la perception des médecins généralistes et des patients sur la coordination des soins des patients atteints de cancer.

Méthode : Une double étude descriptive transversale a été réalisée du 10 mars au 28 juillet 2016 auprès des 335 médecins généralistes figurant sur la fiche RCP des patients atteints de cancer colo-rectal du CHU de Bordeaux sur l'année 2014 et auprès des patients atteints de cancer colo-rectal, à l'aide d'un questionnaire envoyé par mail puis par courrier aux médecins et distribué aux patients en hôpital de jour.

Résultats : 25% des médecins ont répondu, majoritairement des hommes âgés de 53 ans, suivant environ 30 patients atteints de cancer. Ils sont impliqués dans la prise en charge du cancer, surtout dans le dépistage (99%) et à l'exception des décisions thérapeutiques (13%). 62% ne souhaitent pas un rôle plus important. Ils sont satisfaits de la coordination des soins avec les établissements de santé bien que 90% ne connaissent pas le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) qui appartient au Dossier Médical Partagé, qui d'après eux n'améliore pas la coordination des soins. 25% connaissent le Réseau Régional de Cancérologie, dont ils attendent une meilleure coordination des soins, contre seulement 14% le 3C. Ils estiment ne pas être assez informés par les Plans cancer (62%).

55 patients ont répondu, dont 58% pensent que le médecin traitant a un rôle dans le suivi du cancer mais la moitié ne souhaite pas qu'il soit plus impliqué et ne le consulte pas pour des motifs relatifs au cancer.

Conclusion : Les médecins généralistes et les patients sont globalement satisfaits de la coordination des soins du cancer colo-rectal, cette dernière restant cependant à développer.

Discipline : Médecine générale

Mots -clés : Plan cancer – médecin généraliste – coordination des soins – relation ville-hôpital – cancer colo-rectal

Université de Bordeaux

146 rue Léo Saignat – 33000 BORDEAUX