



HAL
open science

La coordination ville-hôpital : parcours de soins d'un patient atteint d'un cancer. Évaluer l'intérêt d'une fiche d'informations à l'attention des patients suivis pour un cancer métastatique

Nathan Aouizerat

► To cite this version:

Nathan Aouizerat. La coordination ville-hôpital : parcours de soins d'un patient atteint d'un cancer. Évaluer l'intérêt d'une fiche d'informations à l'attention des patients suivis pour un cancer métastatique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03193781

HAL Id: dumas-03193781

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03193781>

Submitted on 9 Apr 2021

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**La coordination ville-hôpital: parcours de soins d'un patient atteint d'un cancer .
Evaluer l'intérêt d'une fiche d'informations à l'attention des patients suivis pour un
cancer métastatique.**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES DE MARSEILLE

Le 31 Mars 2021

Par Monsieur Nathan AOUIZERAT né le 6 février 1991

à Pessac (33)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur COSTELLO Régis

Madame le Professeur DUFFAUD Florence

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Monsieur le Docteur SLAMA Borhane

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur (Directeur)



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**La coordination ville-hôpital: parcours de soins d'un patient atteint d'un cancer .
Evaluer l'intérêt d'une fiche d'informations à l'attention des patients suivis pour un
cancer métastatique.**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES DE MARSEILLE

Le 31 Mars 2021

Par Monsieur Nathan AOUIZERAT né le 6 février

1991

à Pessac (33)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur COSTELLO Régis

Président

Madame le Professeur DUFFAUD Florence

Assesseur

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Assesseur

Monsieur le Docteur SLAMA Borhane

Assesseur (Directeur)

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE MEDECINE DENTAIRE

Directeur : **Pr. Bruno FOTI**

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

:

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN
RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUVE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

MM MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

Honoris causa

1967

MM. les Professeurs

DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs

MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs

O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs

P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs

C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président

F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs

A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs

H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur

W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs

S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs

E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

	D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000 MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001 MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002 MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003 M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004 M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005 M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006 M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007 M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikael
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
PANUEL Michel <i>Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
PARRATTE Sébastien <i>Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
RAOULT Didier <i>Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert HARDWIGSEN
Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis JOURDE-
CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard MICHEL
Justin MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIKL'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier

VALERO René

VAROQUAUX Arthur Damien

VELLY Lionel

VEY Norbert

VIDAL Vincent

VIENS Patrice

VILLANI Patrick

VITON Jean-Michel

VITTON Véronique

VIEHWEGER Heide Elke détachement

VIVIER Eric

XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
 CALVET-MONTREDON Céline
 FORTE Jenny
 JANCZEWSKI Aurélie
 NUSSLI Nicolas
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume MATHIEU

Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITA
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH) *Surnombre*

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Teodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

BONELLO Laurent (PU-PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYE Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) *détachement*
DARIEL Anne (MCU-PH)
AURE Alice (MCU-PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)
FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 520

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENERELOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 540

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH) *Surnombre*
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) détachement

MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BRUNET Philippe (PU-PH)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2 MOAL Valérie (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NEUROCHIRURGIE 4902

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) DUFOUR Henry (PU-PH)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au I FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

NUTRITION 4404

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

VALERO René (PU-PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

NEUROLOGIE 4901**ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4801

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

Pour la famille :

Tout d'abord à **ma chère mère Christiane** évidemment. Tu nous as géré seule comme une grande quand on était adolescents et étudiants et nous a poussé à continuer à travailler ! Tu nous a montré que tout n'était pas un du dans la vie mais on a jamais manqué de rien et ça c'est grâce à toi !!

A **mon frère Gabriel**, Que dire de toi ? Tu es un génie, tu es la facilité incarnée et dès que quelque chose t'intéresse tu t'y mets à fond. Je n'ai pas pu assez te féliciter pour ton diplôme d'avocat donc voilà encore des grandes félicitations à toi aussi et sache que tu me fais toujours autant rire !

A **mes grands parents Rose et Jean** qui sont nos premiers supporters et qui gardent une sacré pêche malgré leur âge !

Philippe mon oncle un grand merci à toi aussi ! Beaucoup de rire avec toi

Pour toi Gérard mon oncle on ne lâche rien ! Je n'ai pas d'autres mots à te dire

Le jury de thèse

*Pour commencer, merci au **Docteur Borhane Slama**. Tu es le médecin qui a su me mettre des limites quand je suis arrivé à Avignon pour mon 1^{er} stage d'internat. Tu as su me titiller pour que je me mette sérieusement au travail, me pousser à être toujours curieux et à ne jamais laisser une interrogation même si on pouvait penser que c'était une question bête... C'est pour moi un honneur que tu sois mon directeur de thèse car je connais ta franchise et c'est une qualité que je recherche et apprécie chez mes chefs, qu'ils me disent quand ils sont contents de moi et quand ils ne le sont pas ! C'est grâce à toi que durant les stages suivants j'ai toujours progressé et que je suis le médecin que je voulais être aujourd'hui même si je n'en suis qu'aux balbutiements de mes connaissances.*

*Au **Pr Régis Costello** vous avez accepté sans hésiter de présider ma thèse. Merci beaucoup à vous ! Pour vous je retiens les visites en hématologie du mercredi nous étions tous stressés alors que vous arriviez tout le temps de bonne humeur.*

*Merci au **Professeure Florence Duffaud**, votre réputation vous précède et j'aurais aimé être votre interne le temps d'un stage. Merci encore de faire partie de mon jury de thèse.*

*Merci au **Professeur Gaëtan Gentile** d'avoir eu l'amabilité de bien vouloir juger mon travail et d'être le dernier assesseur*

Mes professeurs, les médecins et personnel soignant avec qui j'ai eu l'honneur de me former

Safia Shebrek, ce côté maternel que tu avais quand j'ai commencé l'internat en me disputant tout en sachant que je réagirais. Je ne sais pas comment tu m'as cerné d'emblée mais tu l'as fait.

Maryline Grignant : merci à toi de m'avoir épaulé dans tout ce travail qui aura duré 1 an et demi tout de même. Merci de tes précieux conseils et on va bien finir par le publier ce travail !

Gilbert Badei, je pense que tu es le médecin le plus attachant que j'ai connu, malgré ton âge tu as toujours su rester un excellent médecin et tu es même devenu un ami !

Michel Mouisset mon philosophe préféré quand je voulais faire la révolution à Martigues. Tu as su me calmer et me canaliser. On ne va pas se mentir ce stage m'aura appris à ne pas tout détruire quand des choses me choquent.

Alban Privat, Youcef Sénouci, Wissem Mrabet, Cyril Corrado vous êtes de sacrées rencontres. Merci de m'avoir fait remplacer dans votre superbe maison médicale. Je me suis aperçu que cela continuait à me donner un sens de réaction à l'urgence et je me suis surtout formé à la pédiatrie grâce à vous. Je sais très bien que cela me sera toujours utile d'avoir toujours l'œil urgent ! Merci à vous les gars encore

Marc Bourlière, tu es d'après tes confrères l'un des plus grands hépatologues français et tu es réputé dans le monde entier... déjà un grand bravo à toi de rester toujours humain avec tes patients, avec nous, de nous faire rire tout le temps même quand la visite dure jusqu'à 16h et que j'ai la dalle à 12h ! Cela me fait ronchonner ! Mais je suis tellement heureux d'avoir pu travailler sous ta direction durant 1 année entière. J'ai tellement progressé ! Que ce soit en hépatologie mais aussi en gastro-entérologie.

Xavier Adhoute, tu es un très grand médecin, j'aimerais pratiquer l'oncologie comme tu le fais. Tu ne lâches jamais tes patients tu t'en veux dès que quelque chose ne se passe pas bien ! J'espère que ma carrière ressemblera à la tienne !

Emmanuel Gizard tu as été aussi un mentor qui m'a énormément appris et puis ta jeunesse et ton calme font que j'ai tellement aimé travailler avec toi.

Paul Castellani un grand merci à toi avec ton air moqueur qui me faisait passer un bon moment lors des visites et quand tu nous rappelais 92 fois qu'il fallait que tu allais à La SNCF.

Antoine Lortholary, tu es une superbe rencontre et un super médecin et je suis sûr que tu répondras aux défis difficiles qui s'annoncent pour toi mon ami

Sylvie Oddoero ma cadre maman qui a passé je crois une année entière à retrouver les différents objets que je semais dans le service dont parfois mon portable carrément ! Toujours derrière moi et même quand je m'énervais tu arrivais à me calmer tout en ne me laissant pas faire ce que je voulais.

Merci au **personnel infirmier et aide soignant de Saint Joseph**, vous m'avez bien fait marrer pendant 1 an ! Je pense à

- Virginie ma poissonnière préférée
- Milinda avec tes bêtises tu m'as fait pleurer de rire
- Nadège toujours à croire les énormes mythos que je te racontais
- Justine tu râlais beaucoup mais qu'est ce que tu es une sacrée infirmière quand tu t'y mets
- Oumria toi c'est : « je vais écrire une lettre !! » j'en souris quand j'y repense ^^
- Saïd qui ne lâche rien quand tu as une certaine idée derrière la tête quitte à faire sortir de leurs gonds tous tes collègues mais tellement attachant !
- Nora tu es une dame tellement adorable avec ton calme et rieuse !!

Au Dr Geoffroy Venton, merci à toi Geoffroy d'avoir été mon chef de clinique pendant 6 mois et de m'avoir appris plein de choses sur l'hématologie.

Au Dr Laure Farnault même si tu n'étais pas contente de nous des fois tu nous as toujours formés dès que tu le pouvais.

Au Dr Marine Gilibert, merci de m'avoir appris beaucoup de choses à l'IPC pendant 6 mois. Je te suis tellement reconnaissant. Ce stage a été très formateur pour moi et tu notais mes progrès au fur et à mesure que ce soit dans le caractère ou dans le travail.

Au Pr Jean Luc Raoul, vous êtes parti à Nantes très tôt lors de mon stage mais j'aurais bien continué à apprendre avec vous l'oncologie digestive.

Au Dr Pauline Ries, une dame adorable et toujours disponible

Les amis

Alexandre : On a fait toutes nos études à Caen ensemble, on a eu notre 1ère année alors que peu de gens nous donnaient gagnants et puis on a continué après, nos soirées qui finissaient à l'Îcône, tes coups de coupes à Diesbecq restent les moments les plus drôles de ta part.

Merci d'exister mon grand il faudrait t'inventer sinon.

Kévin que dire de toi ? Ca a commencé au lycée quand on se faisait virer tout le temps par la folle en allemand qui nous insultait de terroristes et la pauvre prof d'anglais qui n'en pouvait plus de nous. Les conneries ont vraiment commencé à ce moment là...

Mes plus beaux voyages et souvenirs sont avec toi lorsque tu me montrais ta vie magnifique que tu t'étais faite au bout du monde quand on a fait les USA ensemble

alors que j'étais une bite totale en anglais et quand je suis allé au Cambodge te voir... Ces voyages étaient de véritables sketches
Merci encore à toi de m'avoir fait découvrir ces pays et on en refera à souhait !

Emeline : Ma grande copine du collège même je voulais te serrer dès la 4^e on est resté amis tout ce temps et j'espère que ça ne partira jamais !

Camille : Depuis que je suis arrivé à Marseille, tu a été celle qui a su me canaliser soit parce que tu as quasiment le même caractère que moi et que tu savais anticiper les moments où je pouvais dérapier merci à toi pour ton soutien continu (bon je sais il faut que je trouve une meuf maintenant ça va j'ai compris on en finit avec ça et je m'y attelle de manière sérieuse).

Merci à Eva et Quentin également d'exister ce petit groupe qu'on s'est constitué est super à Marseille. Quentin qui me suivait pour capturer les filles avec une poubelle et Eva qui était désespérée.

Merci à tout mon groupe d'amis de Caen Olivier, Antoine, Antonin, Christophe, Baptiste, Valentin Léo, Colin, Jean bite, Corentin, Tep, Pierrot, Louis, Clément de me faire marrer toujours autant et tout le temps

Merci aux filles Daisy (bravo encore pour Léon tu seras une sacrée maman), Amandine, Mathilda et Audrey d'être toujours aussi agréables quand on part en vacances ensemble !

Merci à toi Xavier tu étais à la base le copain de Daisy et je trouve que tu es une magnifique personne, une très belle rencontre !

Merci et Camille et Marie d'exister et de prendre des tannées monumentale en boîtes de nuit

Vous êtes loin souvent mais je suis toujours autant attaché à vous mes amis

Ce Week-End est pour vous aussi les gars et les filles depuis 1 an où on ne peut plus faire quoi ce soit...

Merci aux amis rencontrés à Marseille :

- **Hugo** quand tu arrives plus à parler dès que t'as 1g dans le sang c'est ton talent
- **Valentin** ben cette phrase que tu m'avais sortie « Quand on a faim, On mange ! » pleine de bon sens
- **Micha** un semestre ensemble rien à redire t'as trop de niveau : le « Yes chef ! » Après de Borhane Slama restera ton plus grand fait d'arme.
- **Anne** Tu me trouves pénible mais c'est parce que j'aime bien la contradiction et la querelle etpuis c'est marrant de t'énerver je ne te le cache pas. Enfin je te remercie plus que tout tu as pris le temps de relire ma thèse. Tu m'as montré ce qui pourrait heurter certaines personnes. Quoi qu'il se passe ce 31 mars 2021 merci pour tout ! Tu es une personne adorable et j'espère qu'on restera amis pour longtemps encore ! Merci encore !

- **Anne So et Cindy** vous êtes des belles rencontres toujours partantes pour faire des choses marrantes ! Des véritables crèmes qui tentent de me faire rentrer les choses vraies dans ma tête de piaf !
- **Charlotte** avec tes histoires sorties de l'espace juste parfaite ne change rien
- **Lucie et Jauffrey** merci à vous depuis ces 4 ans où je vous connais bon des fois je voudrais que vous sortiez un peu plus je ne vous le cache pas. Au fait Jauffrey tu tires comme une fille au tennis... Voilà c'est sorti...ça m'a échappé...
- **PC, Pierre, William** les soirées foot ou les soirées festival je suis tellement pressé de reprendre avec vous !
- **Benjamin** je ne t'ai pas mis dans le personnel de saint joseph parce que tu es devenu un véritable ami depuis qu'on s'est rencontré il y'a un an ce sourire toujours partant pour faire une connerie !
- **Mon cher Thibaut** je ne t'ai pas mis dans les chefs à Saint Remy parce qu'on s'est connu avant. Ton envie de rire, ton engagement à ton métier, ta manière d'être toujours le plus efficace possible forcent mon respect je pense que tu feras de la politique dans quelques années cela ne m'étonnerait pas de voir ta tête sur certaines affiches.
- **Anouk** ma jolie tigresse quand tu rigoles lorsqu'on on fait nos bêtises. C'est toujours un très grand plaisir de te croiser 😊
- **Camille** Ma chère aide soignante c'est con tu pars quand je reviens
- **David** un sacré infirmier adorable et profondément gentil qui me fait tout le temps marrer
- **Geoffrey Tiphany ou Tiphaine** je ne sais plus un truc comme ça quoi, merci de me faire squatter chez vous tout les vendredi ou je bosse a st Rémy mais Geoffrey n'oublions pas que « les gros ils vont en réa », une phrase pleine de bon sens après quelques pintes !
- **Perrine Almt** merci à toi ces soirées festivals coups de Pintes à foison
- **Mélaine** ta bouille toute jolie qui rends d'emblée de bonne humeur

J'en oublie probablement certains mais ce n'est pas forcément parce que je ne pense pas à vous

.....Pour toi Papa

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	5
<i>PARTIE I : LES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES, LEGISLATIFS ET PRATIQUES.....</i>	8
I EPIDEMIOLOGIE EN CANCEROLOGIE.....	8
<i>A) Concernant les cancers digestifs</i>	<i>9</i>
1) Le cancer colorectal.....	9
2) Le cancer du Pancréas.....	10
3) Le Cancer de l'estomac.....	10
4) Le cancer de l'oesophage	11
<i>B) Concernant le cancer du poumon.....</i>	<i>11</i>
<i>C) Concernant le cancer de la prostate</i>	<i>12</i>
<i>D) Concernant le cancer du sein</i>	<i>13</i>
II ASPECT LEGISLATIF SUR L'INFORMATION DONNEE AU PATIENT	14
<i>A) La loi Kouchner de 2002 : principe d'information et code de santé publique article 1111-2.....</i>	<i>14</i>
<i>B) Le code de déontologie médicale</i>	<i>18</i>
III LE PLAN CANCER DE 2014 A 2019 SUR LA RELATION VILLE- HOPITAL.....	20
<i>A) L'offre de soins en cancérologie en France.....</i>	<i>23</i>
<i>B) Réseaux de cancérologie :</i>	<i>29</i>

PARTIE 2 ETUDE :	34
I METHODOLOGIE.....	34
II ANALYSE ET RESULTATS	38
<i>A) Résultats bruts</i>	38
1) Population présente au sein de la cohorte	38
2) Compréhension de la maladie	39
3) Ressenti des patients par rapport à la consultation d'annonce et les informations données par le corps médical	40
5) Informations demandées par le patient	41
6) Concernant la fabrication d'une brochure d'information pour le patient.....	42
7) Renseignements attendus sur la fiche d'information	43
8) Sentiment à l'élaboration d'une fiche d'information :	45
<i>B) Recherche de corrélation entre les réponses</i>	46
<i>C) Rôle du médecin traitant dans la pathologie cancéreuse : Point de vue des patients</i>	53
1) Le rôle du médecin traitant dans la pathologie cancéreuse	53
2) Ce que les patients pensaient d'une brochure d'information pour le médecin traitant.....	54
3) Recherche d'une corrélation entre l'avis des patients concernant le MT et la nécessité d'une fiche d'information pour ce dernier	55
III DISCUSSION.....	57
<u>BIBLIOGRAPHIE :</u>	65
<u>ANNEXES</u>	69

RESUME

Introduction : En France, nous déplorons actuellement 382 000 nouveaux cas de cancer par an. Depuis 30 ans, nous avons amélioré les techniques d'information pour les patients sortant de l'hôpital.

Nous avons proposé une étude au CH d'Avignon permettant de savoir le niveau de connaissance d'un patient concernant sa pathologie et ce qu'il attendait en plus comme information.

Méthode : Nous avons enquêté auprès de 62 patients atteints de cancer métastatique dans une étude rétrospective monocentrique.

Résultats : Au total, 85% des patients estiment que l'information donnée par le corps médical est complète et 50% ne demandent pas de leur plein gré des explications complémentaires. Parmi ces patients lorsqu'on leur propose la brochure d'information en plus, ils sont 70,59 % à la trouver utile, 61,54% à la vouloir quand on leur demande et 83,13% à avoir coché une proposition alors qu'ils estimaient en savoir assez.

Discussion : Malgré la satisfaction globale des patients sur l'information, ils chercheraient en majorité à améliorer ce panel.

Conclusion : les médecins gardent toujours une marche de progression dans l'information donnée au patient qui pourra probablement s'améliorer avec les nouvelles technologies.

Enregistrement : Chaque patient a du remplir un consentement écrit pour pouvoir répondre à cette enquête après un avis favorable du CPP.

Mots clés : Information et compréhension des patients, coordination ville-hôpital en cancérologie, brochure information, médecin traitant cancérologie.

ABSTRACT

Introduction: In France, we currently have 382,000 new cases of cancer. Over the past 30 years, we have improved information techniques for patients leaving hospital. We have proposed a study at the Avignon hospital to find out the level of knowledge of a patient concerning his pathology and what he was expecting in addition.

Method: We investigated 62 patients with metastatic cancer in a monocentric prospective study.

Results: In total, 85% of the patients felt that the information given by the medical profession was complete and 50% did not voluntarily ask for additional explanations. Among these patients when offered the information brochure in addition, 70.59% found it useful, 61.54% wanted it when asked, and 83.13% checked off a proposed item when they felt they knew enough.

Discussion: Despite overall patient satisfaction with the information, the majority would seek to improve this panel.

Conclusion: Physicians are still making progress in the information given to patients, which will probably improve with new technologies.

Registration: Each patient had to fill out a written consent form in order to be able to answer this survey after a favourable opinion from the CPP.

Key words: Patient information and understanding, city-hospital coordination in cancerology, information brochure, treating cancer physician.

INTRODUCTION

En 2018 nous déplorions 382 000 nouveaux cas de cancers par an en France. Ce chiffre est en perpétuelle augmentation depuis 10 ans notamment avec l'avancée de la science, des meilleures techniques de diagnostic, une exposition plus importante à des agents dont on a la preuve aujourd'hui qu'ils sont cancérogènes.

De nombreux patients ont un cancer nouvellement diagnostiqué et éprouvent des difficultés à appréhender tous les enjeux qui vont découler de cette maladie. (1)

Avant, cancer était un synonyme de mort. Désormais il est plutôt synonyme de « maladie chronique ».

De ce fait et avec cette nouvelle qualification, le patient deviendrait « l'acteur principale de sa maladie ». Il est impossible de soigner une maladie chronique si le patient n'est pas observant, ne respecte pas les examens à faire et les traitements à prendre. (2)

En oncologie, avec l'innovation perpétuelle des thérapeutiques, il est difficile pour les patients de comprendre l'ensemble de leur pathologie ainsi que les enjeux qui en découlent. C'est surtout le cas lorsqu'ils doivent prendre des traitements oraux à leur domicile, pour le suivi de leur maladie, les rendez-vous éventuels, leur capacité à reconnaître une situation d'urgence. (3)

On pourrait alors se demander pourquoi ces difficultés d'observance ?

- Est-ce un manque de compréhension ?
- Un changement brutal dans sa vie à l'annonce de sa maladie ?
- Un manque d'information de la part du personnel soignant ?
- Un manque d'adaptation au vocabulaire du patient et à son niveau de connaissance médical ?(4)

Certaines thèses d'étudiants, comme celle de Claire Amsellem au CHU de Bordeaux, parlent de la coordination ville-hôpital mais l'enquête était a destination des médecins traitants et non des patients. (5)

A l'institut de Lorraine de Cancérologie à Nancy, un tableau de bord avait été fait pour le suivi des patients détaillant tous leurs actes chirurgicaux, leur radiothérapie ou traitements systémiques dans le but de prévoir si une pathologie donnée avec ces informations était plus à risque de décompenser par rapport aux informations du carnet de bord.(6)

L'hypothèse suivante est proposée : les patients et leurs médecins traitants chercheraient encore des informations complémentaires à celles obtenues dans le courrier d'hospitalisation ou dans le projet personnalisé de soin (PPS).

Cette thèse devait donc répondre au questionnement des patients.

Le mémoire écrit quelques mois plus tôt s'était intéressé au point de vue des médecins généralistes. (7)

Son but était d'évaluer la pertinence d'une fiche d'information ajoutée au courrier d'hospitalisation pour un patient diagnostiqué d'un cancer métastatique.

Le projet serait de permettre une meilleure coordination ville-hôpital dans la prise en charge du patient et de sa pathologie entre les oncologues hospitaliers, les patients lorsqu'ils rentrent chez eux et le suivi généraliste en libéral.

Une étude observationnelle, monocentrique, prospective sous forme d'une enquête a été proposée au CH d'Avignon dans le service d'onco-hématologie.

La finalité était d'obtenir le maximum de réponses de patients atteints de cancer digestifs, du sein, du poumon, de la prostate métastatiques et suivis au CH d'Avignon.

PARTIE I : Les aspects épidémiologiques, législatifs et pratiques

I Epidémiologie en cancérologie

En 2018, on dénombrait au total 382 000 nouveaux cancers en France par an tous organes confondus. On diagnostiquait 204 600 nouveaux cancers chez les hommes et 177 400 chez les femmes.

Les taux d'incidence étaient en baisse de 2010 à 2018 avec une baisse de 0,7 % chez la femme et de 1,4% chez l'homme. On observait un taux d'incidence standardisé de 330 pour 100 000 chez l'homme et de 274 pour 100 000 chez la femme.

Le nombre de décès par cancer était également en baisse de 2010 à 2018 avec une baisse de 0,7% par an chez la femme et de 2% par an chez l'homme ce qui faisait un taux de 150 000 en 2018 dont 84 041 chez les hommes et 66 000 chez la femme.

Le taux de mortalité était donc de 123,8 pour 100 000 chez les hommes et de 72,2 pour 100 000 chez la femme

L'âge médian de décès était de 73 ans chez l'homme et de 77 ans chez la femme.

La prévalence totale cependant était en augmentation avec une prévalence totale de 3,8 millions en 2017 soit 1 844 277 chez l'homme et 1 991 651

chez la femme. Ce taux était dû à l'augmentation de l'espérance de vie des patients et aux progrès technologiques de diagnostic.

Les cancers les plus répandus chez l'homme étaient les cancers de la prostate, du poumon et colorectal.

Chez la femme, les cancers les plus répandus étaient les cancers du sein, colorectal et cancers du poumon. (8)

A) Concernant les cancers digestifs

1) Le cancer colorectal

Le cancer du colon est le plus répandu des cancers digestifs et le 3^e cancer le plus répandu.

Il représentait 11,2% des nouveaux cancers chez les hommes et 11,3% de nouveaux cancers chez la femme.

En 2017, on dénombrait 44 878 nouveaux cas de cancer colorectal en France soit 24 035 chez l'homme et 20 837 chez la femme. L'âge de diagnostic était de 71 ans pour les hommes et de 75 ans pour les femmes. On estimait la survie globale à 5 ans à 63% (Chez l'homme 62% et chez la femme 64 %) tous stades confondus.

Le taux de survie était de 91% pour les stades localisés, 70% pour les stades avec atteinte locorégionale et 11% pour les stades métastatiques.

Le taux de mortalité était en baisse de 2005 à 2012 avec une baisse de 1,5% chez l'homme et 1,1 % chez la femme.

Il restait cependant la 2^e cause de décès par cancer en France avec un taux à 11,2%.(8)

2) Le cancer du Pancréas

Le cancer du pancréas était en augmentation de 1990 à 2018 avec un taux d'incidence de +2,7% chez l'homme et 3,8% chez la femme.

En 2018, on estimait le nombre de nouveaux cas de cancer du pancréas à 7301 chez l'homme et 6883 chez la femme.

Le taux de mortalité avait augmenté de 0,3% chez l'homme et de 1,2% chez la femme.

Le taux de décès était donc de 5790 chez l'homme et 5666 chez la femme

La survie à 5 ans du cancer du pancréas était de 5% tous stades confondus (8) (9).

3) Le Cancer de l'estomac

Chaque année, on observait 6500 nouveaux cas de cancer de l'estomac avec une incidence en baisse depuis les années 80. Elle était alors de 8500 nouveaux cas tous les ans.

Il touchait plus souvent les personnes âgées de plus de 65 ans (61% des cas) et le plus souvent des hommes (65% des cas).

C'est un cancer de pronostic intermédiaire avec une survie à 5 ans de 59% pour les formes localisées, 21% pour les formes avancées et 2% pour les formes métastatiques. Le taux de mortalité en 2010 était de 4420 décès tous stades confondus. Il avait diminué de moitié sur les 30 dernières années.

(10)

4) Le cancer de l'œsophage

A peu près 4250 nouveaux cas de cancers de l'œsophage étaient diagnostiqués chaque année en France en 2018.

La proportion était de 75% d'homme et de 25% de femmes.

Cette incidence avait baissé depuis le début des années 80 (5500 nouveaux cas par an à l'époque).

Il touchait essentiellement les personnes entre 50 et 84 ans avec un âge moyen au diagnostic de 73 ans chez les femmes et de 67 ans chez les hommes.

Il restait un cancer de mauvais pronostic avec une survie relative à 5 ans de 37% pour les formes localisées, 18% pour les formes locorégionales et 3 % pour les formes métastatiques.

La proportion des carcinomes épidermoïdes de l'œsophage était de 65% et tendait à diminuer alors que pour les adénocarcinomes de l'œsophage, elle tendait à augmenter.(11)

B) Concernant le cancer du poumon

En 2017, on dénombrait 49 109 nouveaux cas estimés de cancer du poumon (32260 pour les hommes et 16849 pour les femmes).

L'âge médian au diagnostic était de 66 ans pour les hommes et 65 pour les femmes.

Le taux d'incidence entre 2005 et 2012 a montré une baisse des cancers chez l'homme (-0,3%). En revanche il était en pleine ascension chez la femme avec une incidence en augmentation de 5,4% par an en moyenne.

La mortalité en 2017 retrouvait exactement 30 991 décès avec 20 815 hommes et 10 176 femmes.

L'âge médian du décès était de 68 ans chez les hommes et de 67 ans chez la femme (chiffre de 2015).

Le taux de mortalité baissait donc de 2,2% chez l'homme mais augmentait de 4,6% chez la femme.

L'espérance de vie à 5 ans était donc de 17% en 2015 (16% chez les hommes et 20% chez les femmes tout stade confondus).

L'espérance de vie d'un cancer du poumon était de 5% à 5 ans lorsqu'il était diagnostiqué en phase métastatique.(8)

C) Concernant le cancer de la prostate

Le cancer de la prostate est le premier cancer masculin avec 48 427 nouveaux cas de cancer en 2013 en France métropolitaine. Il y avait donc une baisse d'incidence – 6% par an entre 2005 et 2009.

On notait 8207 décès par cancer de la prostate en 2017 avec un âge médian à 83 ans.

La mortalité avait donc baissé de 4% en 4 ans.

L'espérance de vie à 5 ans était de 93% tous stades confondus.

Le taux de survie d'un cancer de la prostate métastatique à 5 ans était de 60% (8).

D) Concernant le cancer du sein

Le cancer du sein est le cancer féminin le plus fréquent. On recensait 58 968 nouveaux cas de cancers du sein en France métropolitaine en 2017. Il était en baisse avec une incidence qui baisse de 1,5 par an en moyenne entre 2005 et 2012.

On dénombrait 11 883 décès par an. L'âge moyen de décès était de 73 ans. On avait donc une baisse du taux de mortalité de 1,5% par an entre 2005 et 2012.

L'espérance de vie à 5 ans était donc de 87% tous stades confondus et à 10 ans 76%. Cependant, la survie à 5 ans d'un cancer du sein métastatique était de 8,1% (8).

II Aspect législatif sur l'information donnée au patient

A) La loi Kouchner de 2002 : principe d'information et code de santé publique article 1111-2

« Art. L. 1111-2. - *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus.* »(12)(13)

Ce principe est une des bases de notre métier, et de celui de tout professionnel de santé.

Cela s'applique évidemment lors de maladies graves dont les cancers...

Il serait d'ailleurs intéressant de rechercher le niveau de compréhension de patients suivis pour néoplasie, que ce soit pour le diagnostic, le suivi ou les différents traitements proposés. De nombreux pays proposent d'ailleurs une évaluation et la mise en place de guides pour la compréhension du patient.(14)

L'ambition de cette thèse est de tenter d'apporter aux patients l'information dont ils ont besoin.

« Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser »(12)(13)

La maladie cancéreuse est parfois difficile à comprendre, elle l'est même pour les médecins traitants de par leur formation, qui s'est arrêtée pour la à la fin de la 6^e année de médecine.

Il incombe également aux médecins traitant d'informer les patients sur leur pathologie les traitements à suivre, reformuler ce que les patients n'ont pas compris.

Ils sont cependant assez enthousiastes à l'idée de se former et de suivre leurs patients suivis pour cancer.

Nous cherchions donc à savoir s'ils étaient suffisamment bien informés, que ce soit via le courrier d'hospitalisation ou des échanges confraternels entre oncologues hospitaliers et médecin généralistes libéraux.(7)

« Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. »(12)(13)

Habituellement lors de l'annonce diagnostique d'un cancer, le patient est reçu individuellement par l'oncologue hospitalier pour lui annoncer la maladie, le stade, les traitements spécifiques possibles du cancer, mais également les soins de support.

Le problème c'est que l'annonce d'un cancer change la vie du patient mais également de son entourage.

Est-il possible de gérer toute information sur la maladie après l'annonce diagnostique ? Souvent le patient se retrouve prostré à ce moment-là. Peut-il rester attentif au moment d'évoquer le stade, le pronostic, les différents traitements (curatifs, palliatifs et de support) ?(15)

En France la consultation d'annonce se dirige en 4 temps :

- 1) Le temps médical par l'annonce diagnostique et les traitements envisagés par l'oncologue hospitalier
- 2) Le temps paramédical avec un 1^{er} contact avec le personnel soignant. Cela permet au patient de reprendre certains thèmes concernant la maladie qu'il n'aurait pas compris.
- 3) L'accès à une équipe spécialisée dans les soins de support
- 4) Un temps d'articulation avec la médecine de ville (16)

Cependant, nous avons pu observer parfois que le médecin traitant du patient ne savait pas exactement le degré de connaissance du patient concernant sa pathologie... (7)

« La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission. »(12)(13)

Parfois, il se peut que le patient ne souhaite pas avoir toute l'information. Comme toujours, l'information au patient doit être faite avec circonspection. Il faut être sûr de ce que veut savoir le patient.

« Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle. »(12)(13)

Que le patient soit majeur sous tutelle ou mineur, il a autant le droit à l'information qu'un adulte.

« En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen. »(12)(13)

La justice peut donc reprocher au professionnel de santé de ne pas avoir suffisamment bien informé son patient.

Il faut donc une trace écrite de tout ce qui a été dit durant la consultation d'annonce et pourquoi pas une fiche d'information qui permettrait au patient d'avoir par écrit le récapitulatif de la consultation.

« Art. L. 1111-3. - Toute personne a droit, à sa demande, à une information, délivrée par les établissements et services de santé publics et privés, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les

conditions de leur prise en charge. Les professionnels de santé d'exercice libéral doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie.(12)(13)

Le prix des prises en charge annexe fait donc parfois partie des informations à donner au patient.

Tout n'est pas remboursé par le fait d'être en ALD (Affection longue Durée) même si de beaucoup de prise en charge de soins de support sont désormais remboursés.

Le but de cette thèse est donc d'aller chercher ce que les patients attendent d'une telle fiche d'information.

B) Le code de déontologie médicale

Article 35 (article r.4127-35 Du CSP) « ***Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.***

Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite. »(17)

Article 36 (article r.4127-36 Du CSP) « *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.*

Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance, à défaut, la famille ou un de ses proches ait été prévenue et informée, sauf urgence ou impossibilité. (17)

La loi Kouchner de 2002 régit le code de déontologie médicale. Le principe d'information est une des bases de ce code.

Comme dans les autres spécialités, il est impossible en cancérologie d'envisager une chimiothérapie/ radiothérapie ou chirurgie sans un consentement du patient. Il doit être même écrit lorsqu'il y'a un but de recherche.

Pour cela, l'information doit être la plus claire possible donc adaptée au niveau d'étude et d'éducation du patient.

III Le plan cancer de 2014 à 2019 sur la relation ville-hôpital

Depuis plus de 30 ans et après les différents plans cancer, la prise en charge en cancérologie a énormément évolué.

En effet, la coordination ville-hôpital regroupe plusieurs acteurs de santé :

- L'oncologue hospitalier
- les infirmières-coordinatrices du service
- Le médecin traitant, qui est le plus à même de gérer son patient en ville
- Les IDE à domicile
- Les différents psychologues qu'ils soient en ville ou à l'hôpital
- les pharmaciens (18)

Le but est de solliciter de plus en plus les médecins, pharmaciens et IDE en soins primaires notamment pour la délivrance des traitements.

Cela serait possible avec une augmentation des échanges entre oncologues hospitaliers et médecins généralistes.

Il faut donc généraliser l'informatisation du processus de soins et améliorer le partage. Le but étant de généraliser le dossier communicant en cancérologie (DCC) qui devait être opérationnel en 2015 et devait répondre aux besoins des professionnels de santé. (18)

ACTION 1 : Généraliser le dossier communicant en cancérologie et mobiliser les outils de communication numérique en rapport avec la coordination ville-hôpital

L'objectif est de déployer le DCC conformément au cadre donné par l'INCA (institut national du cancer) et par le DNS (délégation au numérique et à la santé).

Il permettra une évaluation plus simple des pratiques professionnelles. En 2015, le DCC doit être généralisée à l'ensemble du territoire national. Il faut également soutenir les expériences d'ouverture sécurisée des systèmes d'information, qui permettra aux médecins traitants d'accéder aux dossiers médicaux hospitaliers. (19)

Le problème actuellement, c'est que le médecin traitant, avec le nombre croissant de demandes et la pénurie de la profession n'aura peut-être pas le temps de suivre tout le dossier d'un patient en cancérologie.

Il ne faut pas oublier que les cancers sont des maladies présentes sur plusieurs années et qui souvent n'ont pas été suivies par le médecin traitant dès le départ. (20)

Action 2 : Faire évoluer le programme personnalisé de soins (PPS) et le programme d'après cancer (PPAC)

Le but est de faire évoluer le PPS ou PPAC pour qu'il prenne mieux en compte les besoins des patients.

Dans l'expérience acquise durant les stages d'internat, l'hypothèse que les patients pouvaient manquer d'explications a émergé lors de la demande d'éclaircissements, pour certains peu de temps après avoir vu l'oncologue ou le médecin traitant.

Cette thèse cherche à proposer un outil d'information sous forme écrite au patient, au médecin traitant pour la prise en charge de sa pathologie en ville.

En France, chaque hôpital traitant la cancérologie doit permettre le développement d'un PPS ou d'un PPAC qui doit faire partie du dossier médical partagé (DMP) mais en accord avec le patient. Cela permettrait son suivi au domicile que ce soit par la HAD, pour les infirmières au domicile (IDE) pour le médecin traitant...

Enfin, il faut que le PPS soit en accord avec les recommandations de la HAS pour permettre des financements sur certaines études qui pourrait améliorer cette coordination ville-hôpital. (19)

Action 3 : Développer la télémédecine dans le cadre de la stratégie nationale de santé

Il faudrait mettre en place une télé-expertise pour les cas complexes et rares, qui permettrait d'apporter des réponses à la médecine de ville.

On permettrait une téléconsultation pour les professionnels oncologues au sein des établissements de santé.

Le problème, c'est qu'il va falloir également recruter des oncologues hospitaliers qui ferait cette téléconsultation.

Les oncologues et les médecins généralistes libéraux peuvent-ils se permettre de prendre une demi-journée pour faire de la téléconsultation ?
(19)

Une étude a d'ailleurs été menée sur 386 patients atteints de cancer à l'hôpital Henri-Mondor ainsi qu'à l'institut mutualiste Mansouris à Paris pour faire le point sur le matériel informatique de ces patients et il a été

noté que plus de 90% des patients utilisaient un smartphone et 76% des patients avaient un ordinateur.

Dans les résultats de cette étude, plus de la moitié consultaient les sites internet sur la santé (21).

Il y aurait donc un réel enjeu, en s'appuyant sur les nouvelles technologies, à créer une plateforme de consultation directement sur Smartphone ou même une plateforme d'information concernant les différents traitements et effets secondaires que peuvent subir ces patients.

Action 4 : Mettre à disposition des professionnels de santé des outils de prise en charge en ambulatoire

Il faut permettre de produire du support d'information pour les praticiens/pharmaciens ou IDE à domicile en permettrait une meilleure coordination ville hôpital.

Les médecins traitants doivent avoir un accès plus facile à ces supports. (19).

A) L'offre de soins en cancérologie en France

En France, l'offre de soins est structurée par le dispositif des autorisations en cancérologie.

Depuis fin 2009, les établissements doivent disposer d'une autorisation spécifique livrée par une agence régionale de santé (ARS) pour traiter les patients atteints de cancer. Cela permet une prise en charge objective sur l'ensemble du territoire.

Nous avons également des dispositifs de prise en charge spécifique notamment pour les personnes atteintes de cancers rares.

Au niveau régional, la prise en charge du cancer s'appuie sur une trame de réseaux en cancérologie. Le but est de développer un maillage entre les différents acteurs de santé.

882 établissements sont autorisés en France à prendre en charge la cancérologie.

Le dispositif d'offre de soins repose sur 3 piliers :

- Des conditions transversales de qualité s'appliquant quel que soit le type de prise en charge et de thérapeutique
 - des critères d'agrément définis par l'INCA pour les principales thérapeutiques du cancer ;
 - des seuils d'activité minimale à atteindre pour certains traitements et types de cancer.
-
- **Les 6 mesures transversales de qualité :**
 - La mise en place d'un dispositif d'annonce
 - La mise en place de la RCP (Réunion de Concertation disciplinaire)
 - La remise au patient d'un PPS (Projet personnalisé de soins)
 - Le suivi des BPC (bonnes pratiques cliniques)
 - L'accès de la personne malade aux soins de support
 - L'accès de la personne malade aux traitements innovants et aux essais cliniques

Les établissements doivent également être membre d'un réseau régional en oncologie appuyé par l'INCA et permettant une coordination des différents soins.

Les décrets en vigueur permettant l'autorisation d'un établissement de santé à pratiquer la oncologie :

- Décret n°2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer
- Décret n° 2007-389 du 21 mars 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de traitement du cancer

Les critères d'agrément par pratique thérapeutique

La définition par l'INCA des critères d'agrément en oncologie est issue d'une analyse approfondie de la littérature internationale et d'un processus de concertation initié par l'INCA avec des experts nationaux, les sociétés savantes, les fédérations hospitalières, les pouvoirs publics et les associations de patients. Associés aux mesures transversales de qualité et aux seuils d'activité minimale, les critères d'agrément constituent une garantie indispensable pour une qualité optimale de la prise en charge des patients en oncologie.

Ces critères concernent, en premier lieu, les trois grandes disciplines thérapeutiques du cancer : la chirurgie des cancers, la radiothérapie externe et la chimiothérapie. En complément, l'Institut national du cancer a défini des critères d'agrément pour la prise en charge des enfants et des adolescents atteints de cancer. (22)

Sur la chimiothérapie :

1 - L'établissement dispose à plein temps d'au moins un des médecins répondant aux qualifications requises par l'article D.6124-134 du CSP (code de santé publique).

2 - Au moins un médecin, ayant les titres ou qualifications mentionnés à l'article D. 6124- 134 du CSP et intervenant dans son domaine de compétence, participe, soit physiquement, soit par visioconférence, à la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) au cours de laquelle le dossier d'un patient susceptible de recevoir une chimiothérapie est présenté.

3 - Le dossier de tout patient devant être traité par chimiothérapie contient notamment le compte rendu de la RCP, qui indique la proposition de traitement et ses modalités d'application, en particulier le niveau d'environnement de sécurité requis.

4 - Le programme personnalisé de soins (PPS) présenté au patient comporte au moins les informations suivantes:

- le calendrier prévisionnel des séances et des examens,
- les lieux de prise en charge,
- les modalités d'application et d'administration,
- les modalités de surveillance,
- les modalités de prise en charge des effets secondaires,
- les coordonnées de l'établissement et de la personne à joindre en cas de besoin.

5 - L'accès, sur place ou par convention, à la mise en place des dispositifs intraveineux de longue durée (DIVLD) est organisé.

6 - Le plan de formation de l'établissement comporte des formations spécifiques à la prise en charge des patients traités par chimiothérapie pour le personnel soignant concerné.

7 - Une démarche qualité, comportant notamment des réunions pluriprofessionnelles régulières de morbi-mortalité sur les événements sentinelles, est mise en place.

8 - Une auto-évaluation des pratiques en chimiothérapie est réalisée annuellement dans l'établissement, au moyen d'indicateurs définis par l'Institut national du cancer, et dans le cadre du suivi de la qualité de la pratique prévu à l'article R. 6123-95 du code de la santé publique. Ces données, anonymisées, sont transmises à l'Institut national du cancer en vue d'une synthèse à l'échelle nationale.

9 - Les dossiers des patients atteints de sarcomes des os et des parties molles sont discutés dans une réunion de concertation pluridisciplinaire régionale ou interrégionale spécifique, à laquelle participe au moins un médecin qualifié spécialiste en oncologie médicale.

10 - La décision de mise en œuvre d'un traitement de chimiothérapie pour une tumeur germinale est prise à l'issue de la RCP par un médecin qualifié spécialiste en oncologie médicale.

11 - Dans l'attente de la mise en place d'une unité centralisée, la préparation des anticancéreux est réalisée sous la responsabilité d'un pharmacien, dans des locaux dédiés, sous isolateur ou sous une hotte à flux d'air laminaire vertical avec évacuation vers l'extérieur.

12 - Une procédure permettant de réaliser une chimiothérapie en urgence est formalisée par écrit.

13 - La pharmacie dispose de la liste des protocoles de chimiothérapie couramment administrés dans l'établissement. La préparation, la dispensation et le transport de la chimiothérapie sont tracés à la pharmacie.

14 - Les modalités d'application et d'administration des médicaments anticancéreux sont formalisées et indiquent notamment : le nom des produits en DCI, les doses, la durée et la chronologie d'administration et les solvants. Les consignes de surveillance, précisées par type de surveillance et par chronologie, et la conduite à tenir en cas de complications sont également formalisées.

15 - La prescription, informatisée ou établie sur une ordonnance pré-imprimée, l'administration et les observations sur la tolérance immédiate de la chimiothérapie sont tracées dans le dossier patient.

(22)

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 des seuils annuels d'activité définis pour la chirurgie des cancers, la radiothérapie et la chimiothérapie.

Concernant la chimiothérapie :

Le seuil d'activité minimale est fixé à au moins 80 patients traités par an, dont au moins 50 en ambulatoire (hospitalisation de jour).

Ce seuil est fixé par l'arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer(23) .

Vers une évolution du dispositif

Le Plan cancer 2014-2019 prévoit de faire évoluer le périmètre du dispositif des autorisations de traitement du cancer, afin de prendre en compte notamment les évolutions dans les techniques de prises en charge et l'accès à l'innovation. Les critères d'agrément seront également révisés, pour s'adapter à l'état de l'art des différentes disciplines et améliorer notamment l'orientation des situations complexes (19).

Cette évolution sera l'occasion de consolider l'encadrement des pratiques en intégrant, lorsque cela le justifie, les modes de prise en charge non encore soumis à autorisation.

B) Réseaux de cancérologie :

Au sein de chaque région française, on dispose d'établissements comportant l'entité 3C (Centre de coordination en cancérologie). Ces centres ayant ces labels sont investis de plusieurs missions :

- La coordination en cancérologie dans l'établissement et au sein de réseau
- la mise en place de RCP
- la mise en place d'un projet personnalisé de soin au patient

- la mise en œuvre d'un suivi personnalisé
- un suivi total du patient au sein du réseau en cancérologie (24)

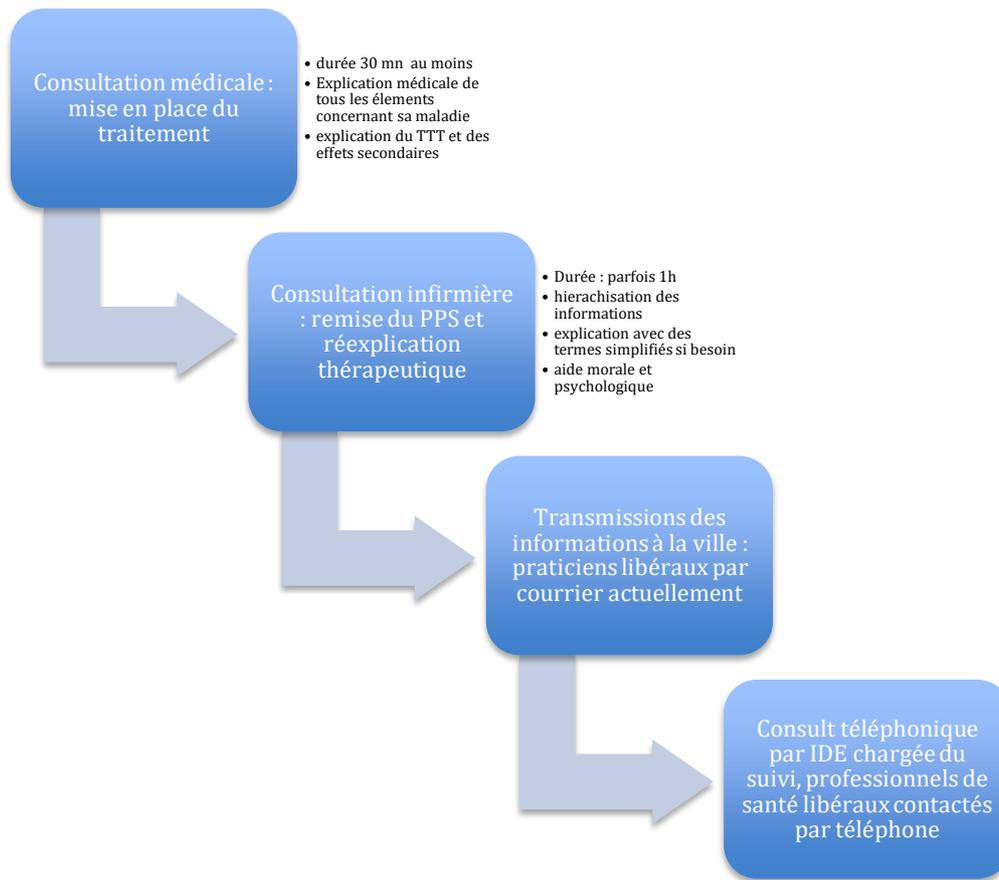
Concrètement, cela implique d'avoir un oncologue référent pour le patient concernant le suivi de sa pathologie, une infirmière coordinatrice et dans le dispositif d'annonce, une prise en charge des lésions physiques et psychologiques du patient (psychologue ou psychiatre qui doit être associé à ce projet de soin).

Ce n'est qu'à partir de 2014 que l'on met réellement le médecin traitant dans le réseau pour la prise en charge au domicile du patient. On n'en parle pas ou très peu sur les plans cancers précédents. (25)

A Avignon, un projet personnalisé de soin est mis en place par le CH et permet d'en faire un établissement des 3C : il permet le suivi des patients par une infirmière coordinatrice qui met en place un suivi téléphonique notamment dans la prise en charge des traitements au domicile.

L'IDE contacte également les professionnels libéraux dans le but de mettre une bonne coordination ville-hôpital et qu'il y ait un suivi du médecin traitant pour son malade

Prenons l'exemple d'un patient sous thérapie à Avignon et le schéma avec lequel il suit son parcours de soins :



Les informations données dans le PPS (26)

Tous les patients en France sans distinction, à l'annonce du diagnostic de néoplasie reçoivent un projet personnalisé de soin qui comprend :

- Ses informations administratives (adresses, téléphones, date de la dernière RCP, le temps d'information médical)
- les différents contacts du patient (médecins référents, médecin traitant, pharmacien de ville, IDE à domicile)

- Le programme thérapeutique établi au cours de la RCP (chirurgie radiothérapie, traitements médicamenteux)
- Le planning des différents traitements
- Les éventuels soins de support (prise en charge des symptômes, appétit, surveillance du poids, moral, activité physique) (27)

Pour les patients :

Les patients doivent être « acteurs de leur maladie ». Il convient de préciser que plus de 40% des malades ne s'estiment pas associés à la décision de leur traitement (données de 2010 concernant l'enquête VICAN2 2012).

L'objectif est de rendre accessible les informations aux malades ainsi qu'à leurs proches :

- En enrichissant les supports d'information de référence, notamment sur la plateforme d'information cancer info qui recense les différents cancers et leur prise en charge. Il faut donc rendre cette plateforme plus attractive pour les professionnels de santé, pour les patients et pour leurs proches.
- Généraliser la remise par l'équipe soignante d'un support d'information sur la prise en charge selon le type de cancer remise au patient lors de son PPS. Le but de notre enquête est donc de savoir ce que les patients attendent exactement comme informations à la sortie de l'hôpital.

- En améliorant la communication soignant-soigné qui pourrait nécessiter dès l'internat une formation en communication pour les médecins. Le but étant d'améliorer l'association thérapeutique entre les soignants et les patients.

- Permettre une meilleure éducation thérapeutique du patient grâce aux éléments précédemment cités. Cela permettra au patient de réagir plus rapidement notamment en cas d'effets secondaires problématiques voir graves.

PARTIE 2 ETUDE :

I Méthodologie

Dans le cadre de cette étude observationnelle prospective, monocentrique sous forme d'une enquête, nous avons interrogé différents patients étant atteint d'un cancer métastatique.

Notre but était d'avoir le maximum de réponse en 6 mois.

C'était une étude monocentrique menée uniquement au CH d'Avignon en service d'onco-hématologie

Sachant que c'était une étude RIPH3 impliquant la personne humaine, nous avons obtenue l'autorisation du CNIL et du CPP pour pouvoir la faire.

(Annexe 3)

Les critères d'inclusion pour participer à cette étude étaient les suivants :

- le patient ou la patiente devait être majeur et autonome (pas de patient sous tutelle et curatelle)
- avoir un cancer métastatique dans la liste suivante :
poumon, digestifs, prostate, seins
- avoir eu le diagnostique ainsi que la consultation d'annonce
- Le patient était sous chimiothérapie (orale ou intraveineuse), thérapie ciblée, radiothérapie ou immunothérapie
- Il devait être entre la 3^e cure et la 4^e cure de traitement, durant la 1ere ligne. Ainsi le patient avait bien eu le temps de comprendre et d'accepter sa maladie.

- Il devait avoir rempli le formulaire de consentement après avoir reçu une information claire loyale et appropriée sur l'objectif de cette étude

Il avait été décidé d'exclure tout patient mineur, sous tutelle/curatelle, qui avait un cancer non métastatique, n'était pas dans la liste plus haut.

Un questionnaire avait été proposé sous forme d'enquête par le biais d'un papier et remis au patient en main propre par les investigateurs de cette thèse et moi même. (Annexe 3)

Nous avons donc pu inclure 62 patients du 15 mars 2020 jusqu'au 1^{er} janvier 2021.

On y retrouvait dans ce questionnaire :

- la tranche d'âge du patient.
- son type de cancer.
- ses connaissances sur sa maladie.
- son ressenti par rapport aux informations données par les médecins.
- sa recherche de connaissances concernant sa pathologie.
- les informations présentes sur une fiche d'information en plus du courrier d'hospitalisation.
- ce qu'ils attendaient comme informations précises.
- le rôle du médecin traitant (restait-il le 1^{er} médecin du patient atteint de cancer ?)

(Annexe 3)

Le support papier était proposé pour les réponses.

Nous avons ensuite utilisé Excel dans le but de recueillir toute ces données.

Nous avons recherché si une tendance se dégagait dans les réponses.

Nous avons fixé le seuil de 30% des patients sondées qui répondraient au questionnaire et rechercheraient des informations complémentaires.

Les réponses suivantes permettraient de voir les détails que les patients demandent en priorité.

Toutes les semaines il y'avait un recrutement régulier de plusieurs patients au CH d'Avignon dans le service d'Onco-hématologie avec les investigateurs les docteurs Borhane Slama, Nicolas Cloarec, Thibaut Brotelle et Olivier Boulat dans le but d'être le plus transparent possible.

Chaque réponse au questionnaire était anonymisées quand elles étaient entrées dans le fichier Excel.

Après avoir récupéré les réponses, nous avons fabriqué des graphiques par l'intermédiaire de Google, Excel et finalement Word.

Le but était de créer après un prototype de cette fiche d'information qui partirait avec le courrier d'hospitalisation remis au patient au moment de sa sortie.

Après avoir recueilli les statistiques de ces patients, nous avons recherché si :

- un rapport existait entre les patients qui étaient satisfaits ou non des informations données par le corps médical et ceux qui se demandaient si une brochure d'information serait

utile ou non. Pour cela il a été proposé un texte exact de Fisher puisqu'un des effectifs était inférieurs à 5.

- si les patients qui pensaient avoir suffisamment d'information ou non et réclament tout de même cette fiche ou non
- Ceux qui n'en voulaient pas et qui ont tout même coché des items quand on les a proposé comparés a ceux qui en voulaient et qui ont coché ces items.
- Pour le reste sur nous avons recherché ce que les patients pensaient de leur médecin traitant sur cette pathologie et est ce que ces derniers doivent avoir une brochure d'information.

Un test du Khi 2 a été fait pour ces 3 dernières recherches

Nous avons donc fait appel à un statisticien professionnel.

II Analyse et résultats

A) Résultats bruts

1) Population présente au sein de la cohorte

Dans notre cohorte nous avons inclus 62 patients pour répondre à ce questionnaire d'enquête

On y retrouve :

- 37 cancers du poumons métastatiques dont plusieurs type histologiques (adénocarcinome, carcinome épidermoïde et cancer du poumon à petite cellules).
- 23 cancers d'origine digestive dont 11 cancers du colon, 5 cancers du pancréas, 1 carcinome épidermoïde de l'oesophage, 1 adénocarcinome du cardia, 1 adénocarcinome de l'estomac, 2 cholangiocarcinomes et 2 adénocarcinomes du rectum.
- 2 cancers du sein métastatiques.

Tableau 1 : Echantillon

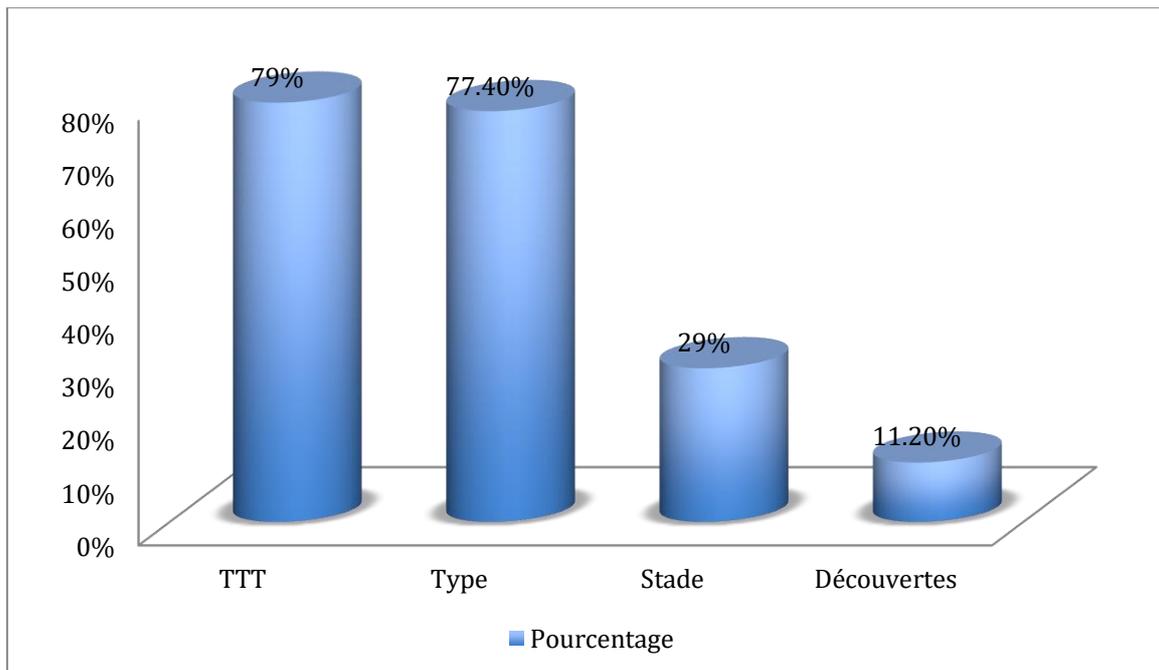
	<u><i>Poumon</i></u>	<u><i>Digestif</i></u>	<u><i>Sein</i></u>
<u><i>Moins 30 ans</i></u>	<u><i>0</i></u>	<u><i>0</i></u>	<u><i>0</i></u>
<u><i>30-50 ans</i></u>	<u><i>4</i></u>	<u><i>0</i></u>	<u><i>0</i></u>
<u><i>50-70 ans</i></u>	<u><i>20</i></u>	<u><i>12</i></u>	<u><i>0</i></u>
<u><i>Plus 70 ans</i></u>	<u><i>13</i></u>	<u><i>11</i></u>	<u><i>1</i></u>

2) Compréhension de la maladie

Concernant la compréhension de sa maladie, on s'était aperçu que 49 (79%) patients maîtrisaient à peu près les traitements qu'ils allaient subir, 48 patients (77,4%) connaissaient leur type de maladie mais 18 patients soit (29%) seulement avaient connaissance du stade.

Ensuite une petite minorité de patients étaient au courant des dernières découvertes (7 patients soit 11,2%).

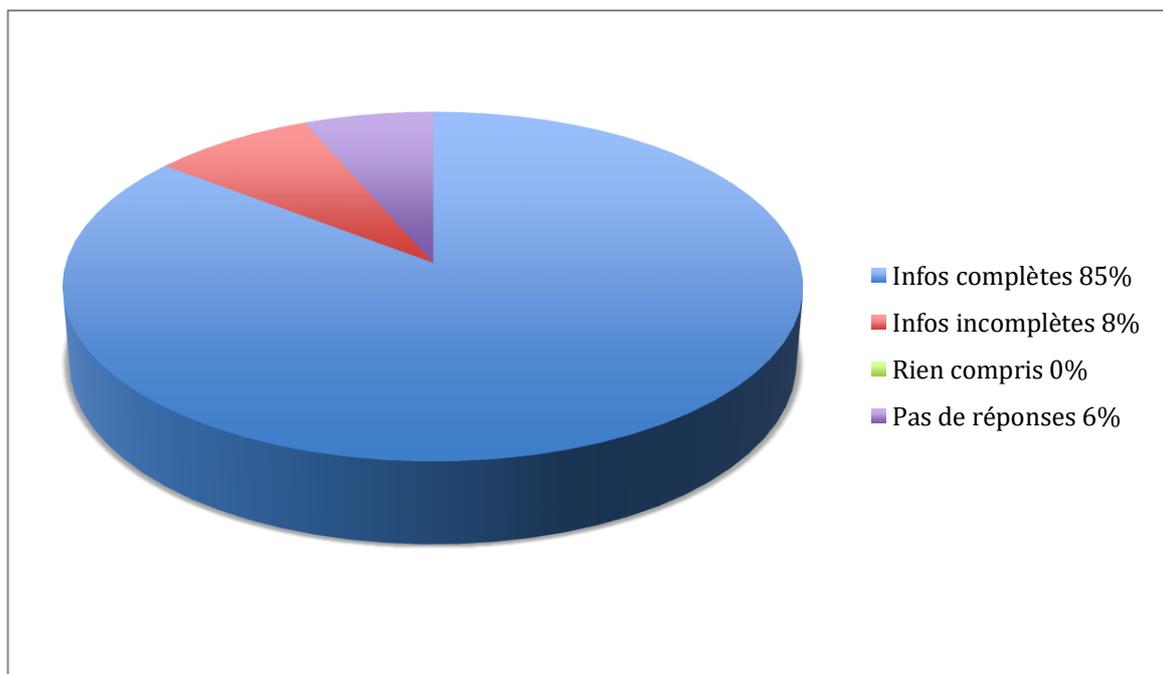
Graphique 1 : Niveau de compréhension de la maladie du patient



3) Ressenti des patients par rapport à la consultation d'annonce et les informations données par le corps médical

Sur leur satisfaction par rapport à la consultation d'annonce, on remarquait que 53 patients soit 85% des patients trouvaient que l'information donnée concernant leur cancer était complète ce qui en faisait une immense majorité. A peine 8% les estimaient incomplètes.

Graphique 2 : Ressenti des patients par rapport aux informations données par le corps médical

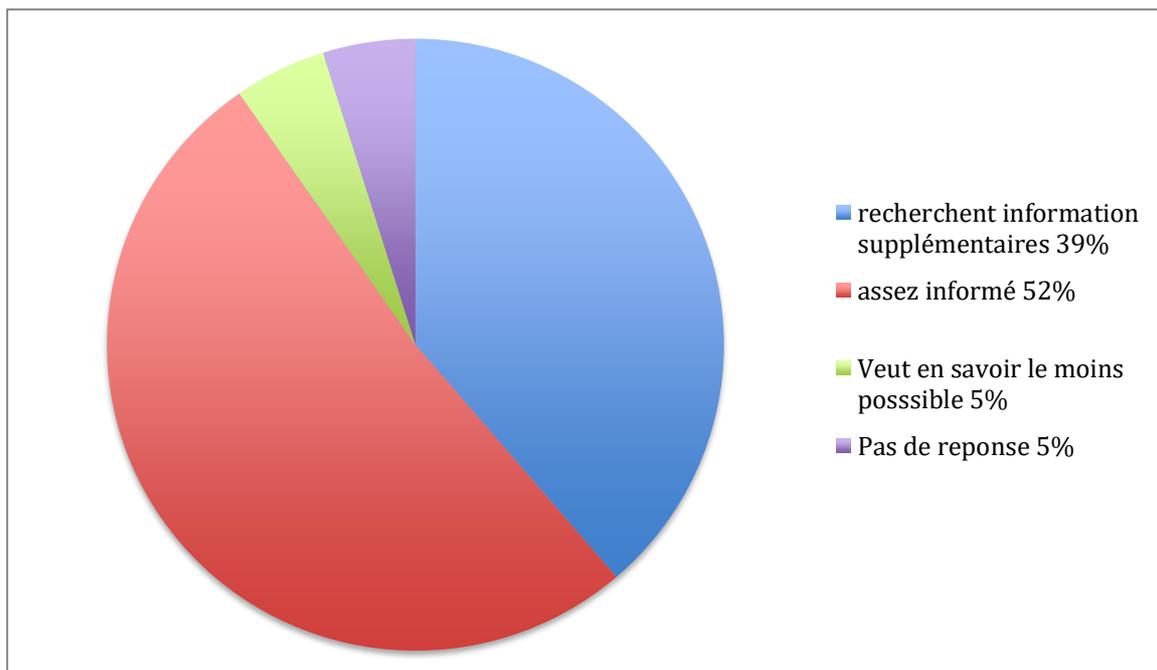


5) Informations demandées par le patient

En ce qui concerne le sentiment d'information des patients :

- 32 patients soit 52% jugeaient les informations données par les praticiens (oncologues et médecins traitants) suffisantes.
- 24 patients soit 39% aspiraient à une amélioration des informations.
- Seulement 3 patients soit 5% choisissaient d'en savoir le moins possible
- Nous gardions toujours 3 patients qui n'avaient pas répondu à cette question

Graphique 3 : Informations recherchés par le patient

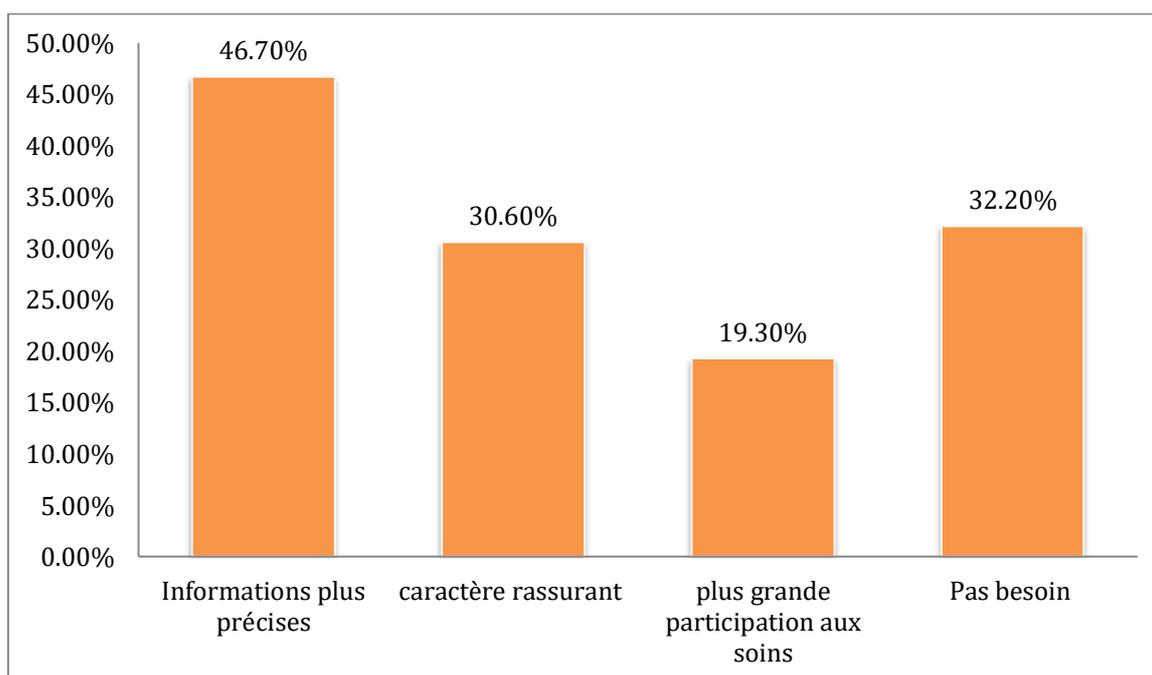


6) Concernant la fabrication d'une brochure d'information pour le patient

Ensuite, nous pouvions observer que :

- 29 patients soit 46,7% pensaient que la fiche allait leur donner des informations plus précises
- 19 patients soit 30,6 % y voyaient un caractère rassurant
- 12 patients soit 19,3% estimaient qu'elle permettrait une plus grande participation aux soins du malade
- Enfin 20 patients soit 32,2% pensaient que ce formulaire ne servirait à rien et que les praticiens ont déjà ce rôle

Graphique 4 : Intérêt de la fiche d'information pour les patients

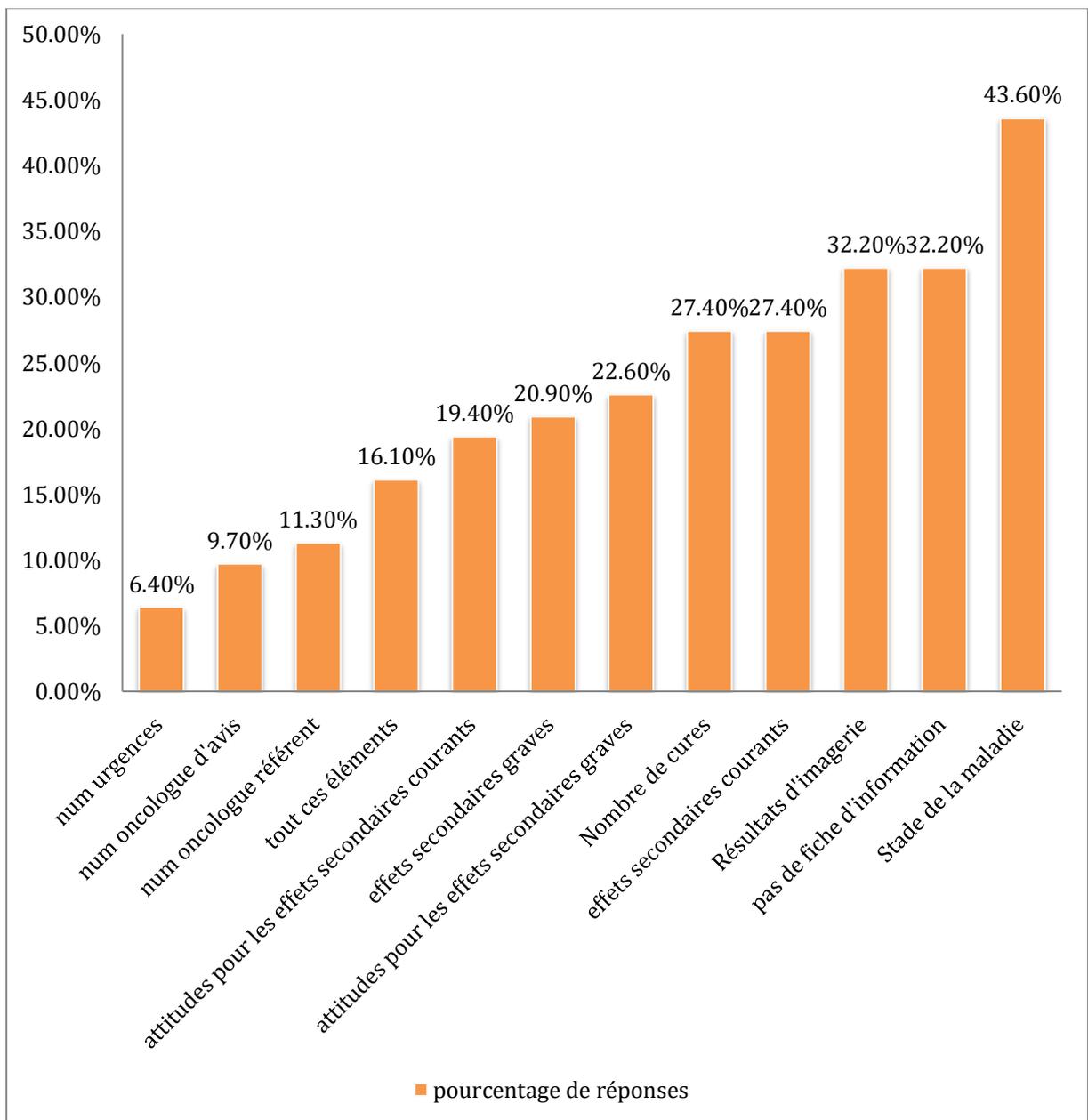


7) Renseignements attendus sur la fiche d'information

Les principaux renseignements demandés par les patients étaient les suivants :

- Le stade de la maladie pour 43,6% d'entre eux.
- Les derniers résultats d'imagerie pour 32,3% d'entre eux.
- Le nombre de cure prévues : 27,4% d'entre eux.
- Les effets secondaires courants des traitements pour 27,4% d'entre eux ainsi que l'attitude à adopter pour 19,3%
- Les effets secondaires graves pour 21% d'entre eux ainsi que l'attitude à adopter pour 22,6%
- 16,1% des patients demandaient tous les renseignements situés plus haut
- le numéro de l'oncologue référent pour 11,3% d'entre eux et à moindre mesure le numéro de l'oncologue d'avis
- Pour terminer le pourcentage de patients se passant d'une fiche d'information supplémentaire était de 32,3%

Graphique 5 : Détails demandés dans la fiche d'information



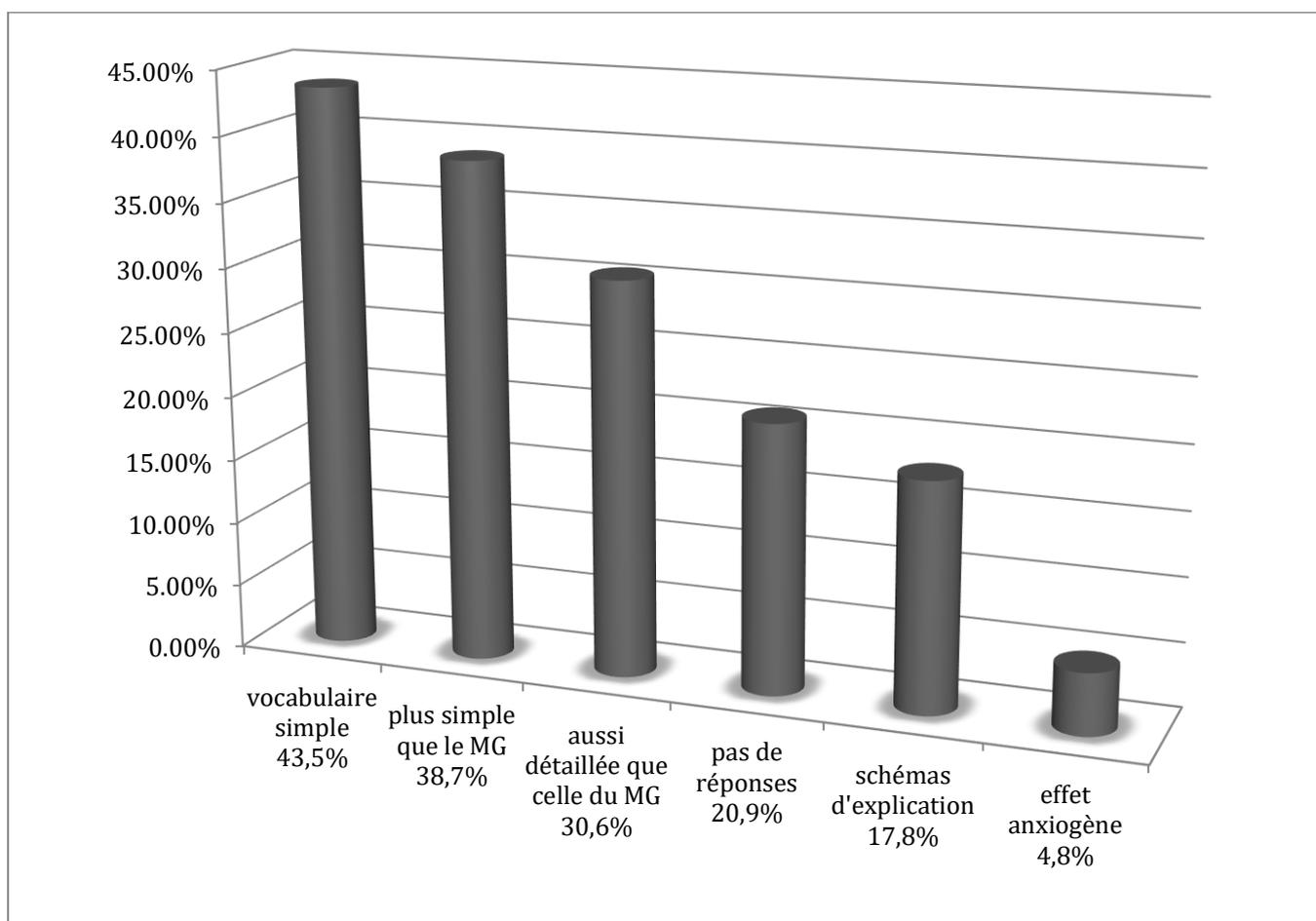
8) Sentiment à l'élaboration d'une fiche d'information :

Aux yeux des patients sondés, les avis étaient assez partagés concernant la forme de cette fiche d'information.

- 43,5% des patients sondés recherchaient un vocabulaire simple non médical
- 38,7% aspiraient à des données plus simples, plus vulgarisées.
- 30,6% des patients recherchaient des informations aussi détaillées que celles données au médecin traitant.

Une minorité des patients demandaient si possible des schémas d'explication ; ils étaient 17,8%.

Graphique 6 : Sentiment des patients à l'élaboration de la fiche



Enfin, très peu de patients pensaient que cette fiche sera anxiogène (4,8%) et 20,9% n'en trouvent aucune nécessité.

B) Recherche de corrélation entre les réponses

Lorsqu'on se demandait si l'on proposait tout de même la fiche d'information aux patients qui étaient satisfaits des explications des médecins. On s'apercevait qu'ils sont 70,59% à demander une fiche d'information.

Evidemment 100% des patients qui trouvaient les explications données par les médecins insuffisantes recherchaient une fiche d'information.

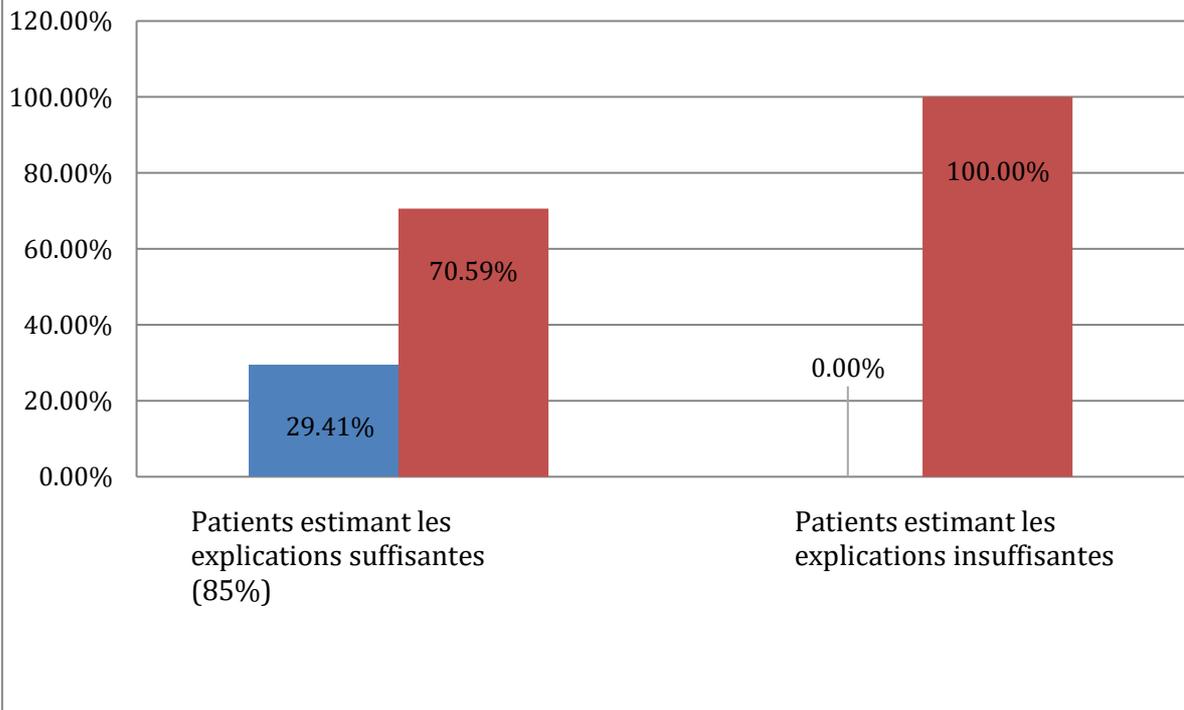
Inversement 100% des patients qui avait coché qu'ils ne voulaient pas de fiches d'informations trouvaient que les explications données par les médecins suffisaient.

Un Khi2 a été calculé avec un test de Fisher associé à 4,70(Khi2 5%=3,84 et khi2 seuil de 1%=6,63) et une PValue de 0,03%.

Il n'était donc pas possible de conclure statistiquement une différence entre ceux qui étaient satisfait des informations données par le corps médical et qui demandaient tout de même une fiche d'information contre ceux qui ne l'étaient pas totalement et qui la réclamaient.

(graphique 7)

Corrélation entre les explication données par l'oncologue ou le médecin traitant et le besoin du patient d'avoir tout de même une fiche d'information



Fiche d'information utile —

Fiche d'information inutile —

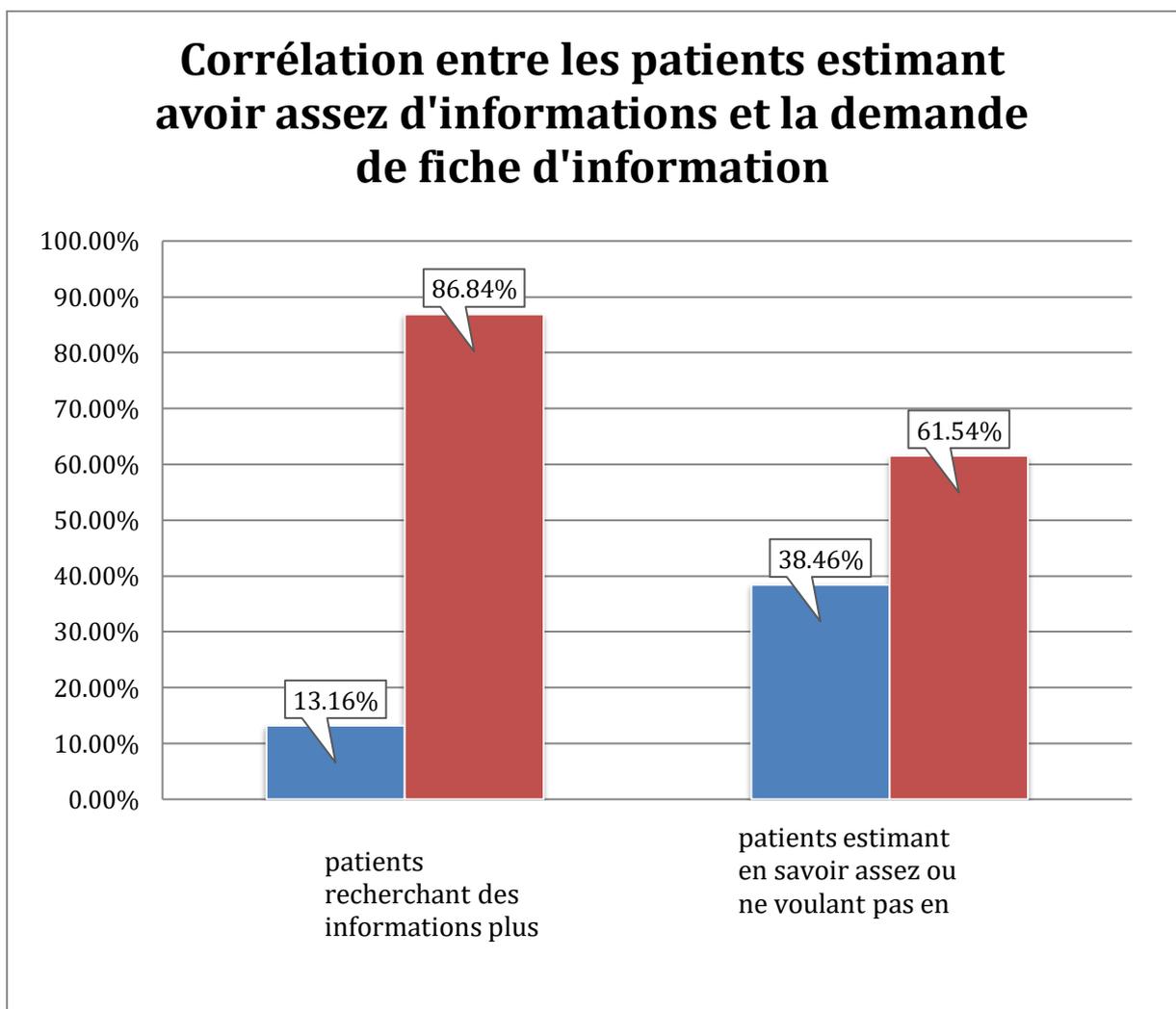
Graphique 7

Ensuite, nous avons regardé les patients qui cherchaient à avoir des informations plus précises sur la pathologie dont ils étaient traités et ils étaient 86,84% à trouver la fiche d'information utile.

En revanche ceux qui pensaient en savoir suffisamment ou voulaient en savoir le moins possible étaient tout de même 61,54% à vouloir malgré tout la brochure d'information.

Réciproquement, ceux qui cherchaient à avoir une meilleure explication sur leur pathologie étaient 13,16% à penser que ce n'est pas avec une fiche d'information qu'ils l'auraient alors que ceux qui évaluaient leur connaissance suffisantes étaient 38,46% à ne pas vouloir de fiche d'information avec un Khi2 à 6,40 (Khi2 5%= 3,84 et Khi2 1%=6,63) une PValue de 0,011.

On ne pouvait donc pas conclure statistiquement quand on comparait les patients qui recherchaient des explications supplémentaires et qui ont demandé la fiche contre ceux qui ne demandait rien et qui ont tout de même demandé la fiche d'information. **(graphique 8)**



Fiche d'information utile —

Fiche d'information inutile —

Graphique 8

Après nos observations que les patients qui n'ont souhaité aucune information sur la fiche étaient 70% à penser qu'ils en savaient suffisamment ou préféraient en savoir le moins possible. En revanche, ceux qui avaient tout de même coché un item proposé de la fiche étaient 51,5% à estimer à la base qu'ils voulaient en savoir le moins possible ou en savaient suffisamment sur leur pathologie.

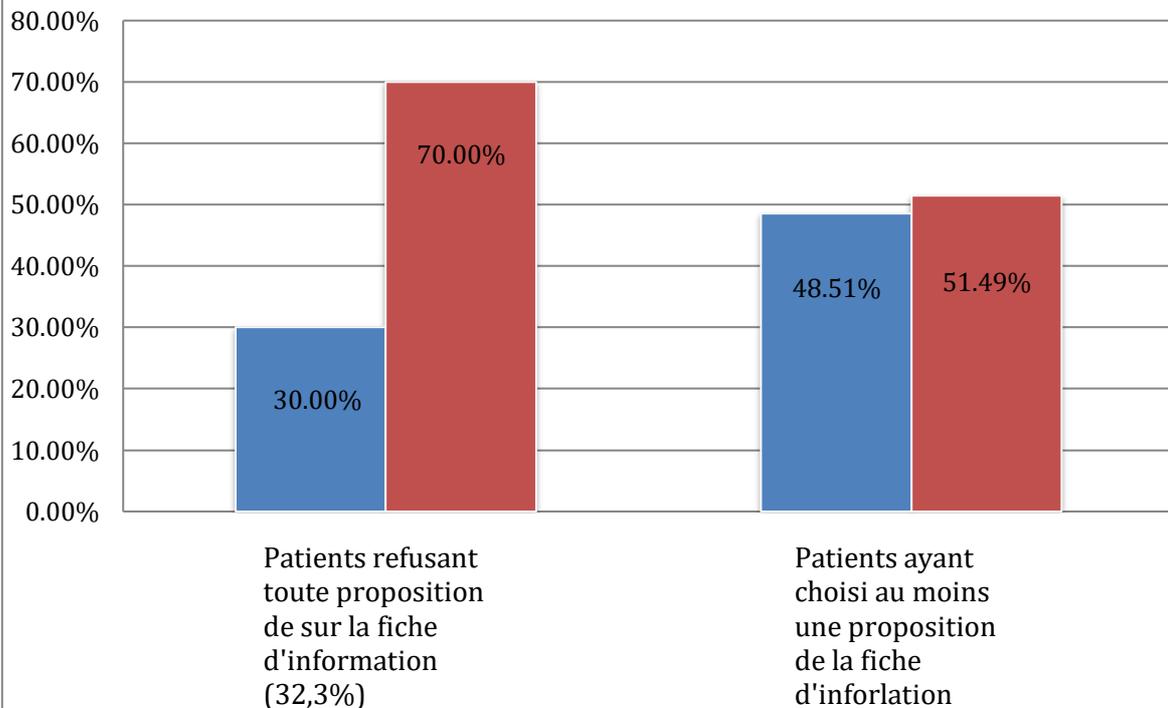
A côté, ceux qui avaient répondu la réponse « aucun item » quand on leur proposait, étaient 30% à chercher des informations supplémentaires et ceux qui avaient coché au moins une proposition de la fiche étaient 48,51% à chercher plus d'informations.

Le calcul du Khi2 était à 2,39 avec une PValue de 0,12.

Ce qui ne permettait de conclure statistiquement les patients qui ont coché un item à la question 12 et ceux qui n'ont rien coché.

(graphique 9)

Corrélation entre les patients n'ayant voulu aucune proposition de la fiche d'information et ceux qui pensent en savoir suffisamment ou préfère en savoir le moins possible



Patients recherchant des informations plus précises —

Patients n'en cherchant pas —

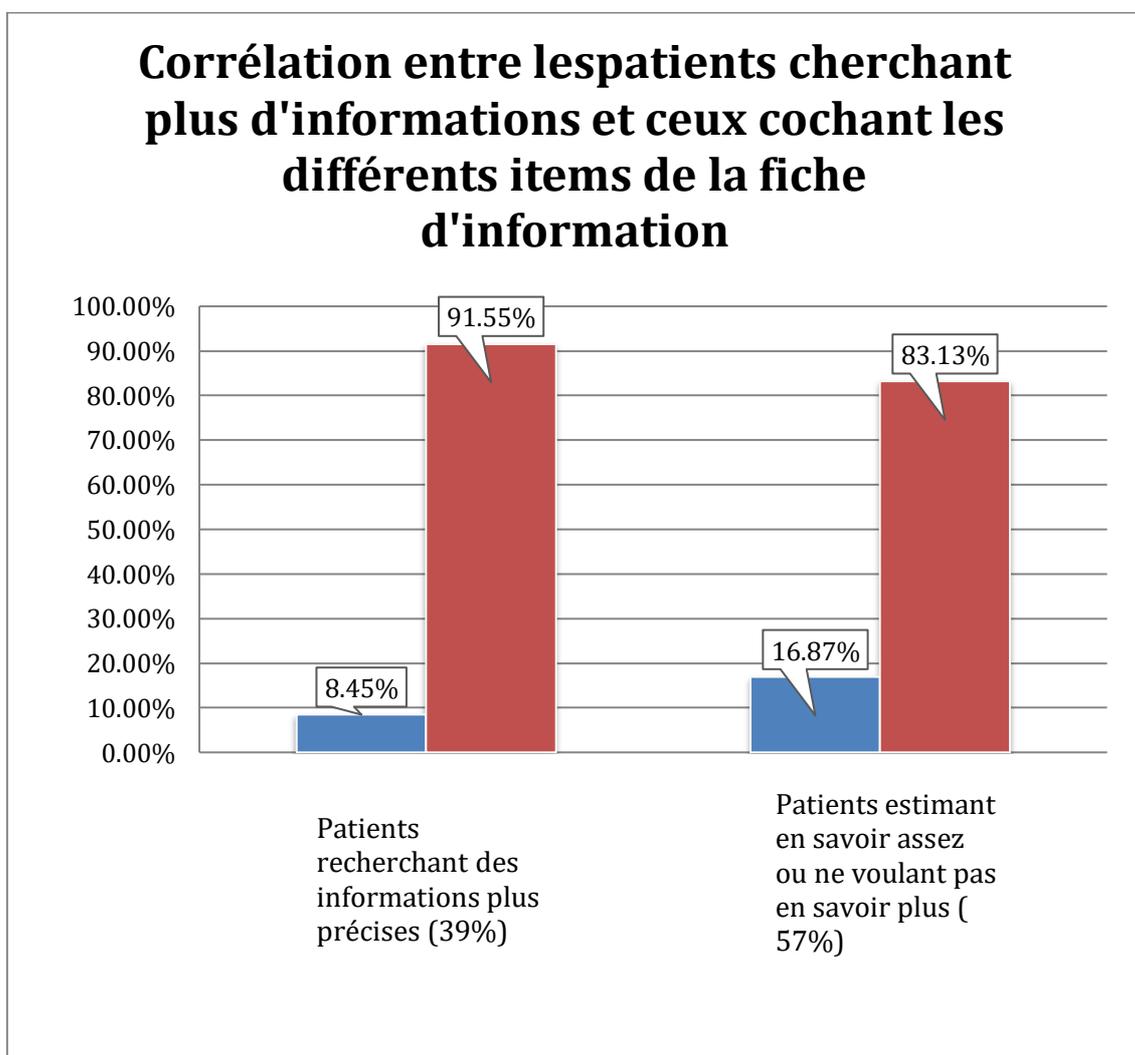
graphique 9

A contrario, ceux qui pensaient en savoir suffisamment ou veulent en savoir le moins possible avaient demandé au moins un item sur les détails de la fiche d'information pour 83,13% d'entre eux.

Ceux qui cherchaient plus d'explication ont également coché au moins un item de la question 12 à 91,55%.

On retrouvait un Khi 2 à 2,39(Khi2 5%=3,84 et Khi2 1%=6,63) et une Pvalue de 0,12... Il n'était donc pas possible de conclure au niveau statistique entre les patients qui recherchaient une information supplémentaire et ceux qui n'en recherchaient par rapport au choix d'un item sur cette fiche d'information.

(graphique 10)



Patients ayant choisi au moins une proposition █

Patients refusant toute proposition sur la fiche █

graphique 10

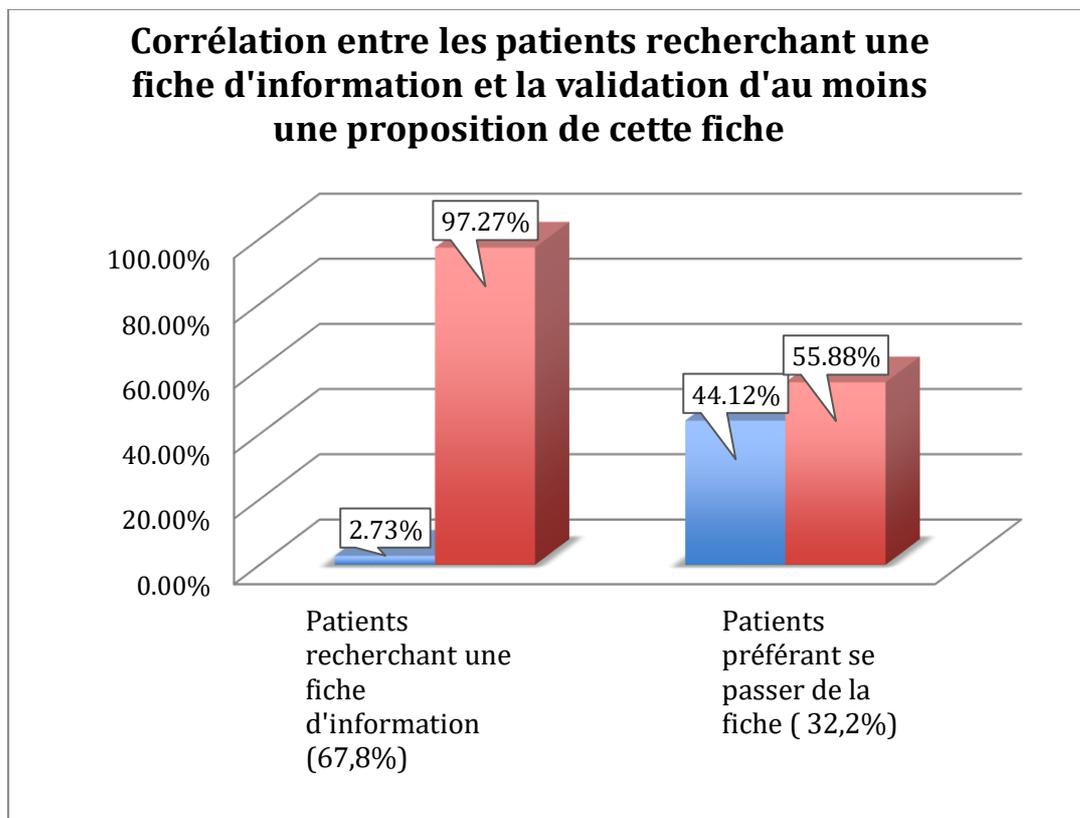
Consécutivement on s'était intéressé aux patients qui estimaient cette brochure d'information utile et l'on s'apercevait qu'ils étaient 97,27% à vouloir au moins un élément dans la fiche d'information.

Parallèlement ils étaient tout de même 55,88% à avoir coché au moins un élément de la fiche d'information alors qu'ils ne la réclamaient pas.

On retrouvait un Khi 2 calculé à 66,52 (Khi2 5%=3,84 et Khi2 1%=6,63) et une Pvalue à 3,46 fois 10⁻¹⁶.

On pouvait donc conclure au niveau statistique sur cette comparaison de proportion et on voyait qu'il y'avait une différence significative entre les patients pensant que la fiche d'information est importante et cochant au moins un item et les patients ne demandant rien mais cochant un item tout de même.

(graphique11)



Patients ayant choisi au moins une proposition



Patients refusant toute proposition sur la fiche



Graphique 10

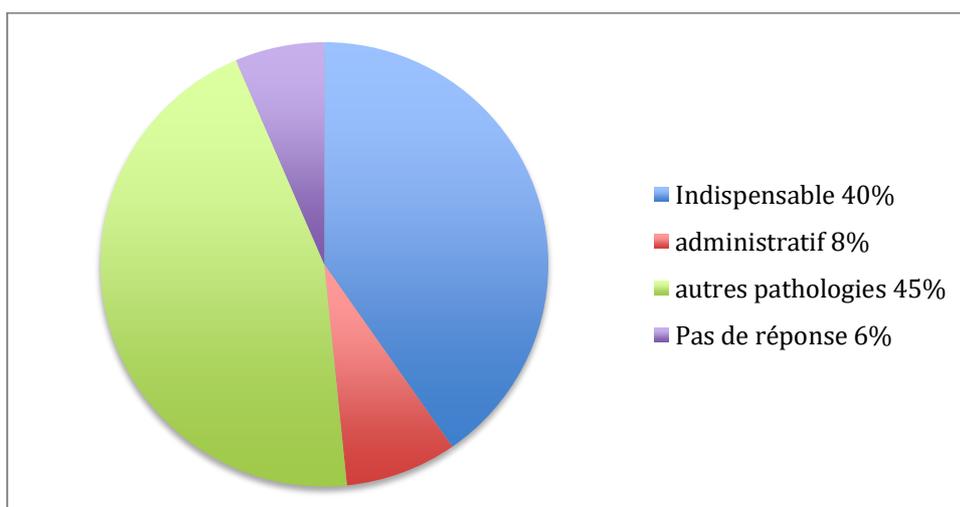
C) Rôle du médecin traitant dans la pathologie cancéreuse : Point de vue des patients

1) Le rôle du médecin traitant dans la pathologie cancéreuse

S'agissant du rôle du médecin traitant, les patients restaient relativement partagés ; en atteste :

- 25 patients – soit 40% de la cohorte - considéraient le médecin traitant indispensable pour réexpliquer leur pathologie
- 28 patients – soit 45%- estimaient que le médecin traitant servait plutôt à suivre les autres pathologies
- 5 – soit 8%- patients voyaient en leur praticien un rôle surtout administratif
- Enfin 4 patients ne s'étaient pas prononcés

Graphique 12 : Rôle du médecin traitant pour le patient

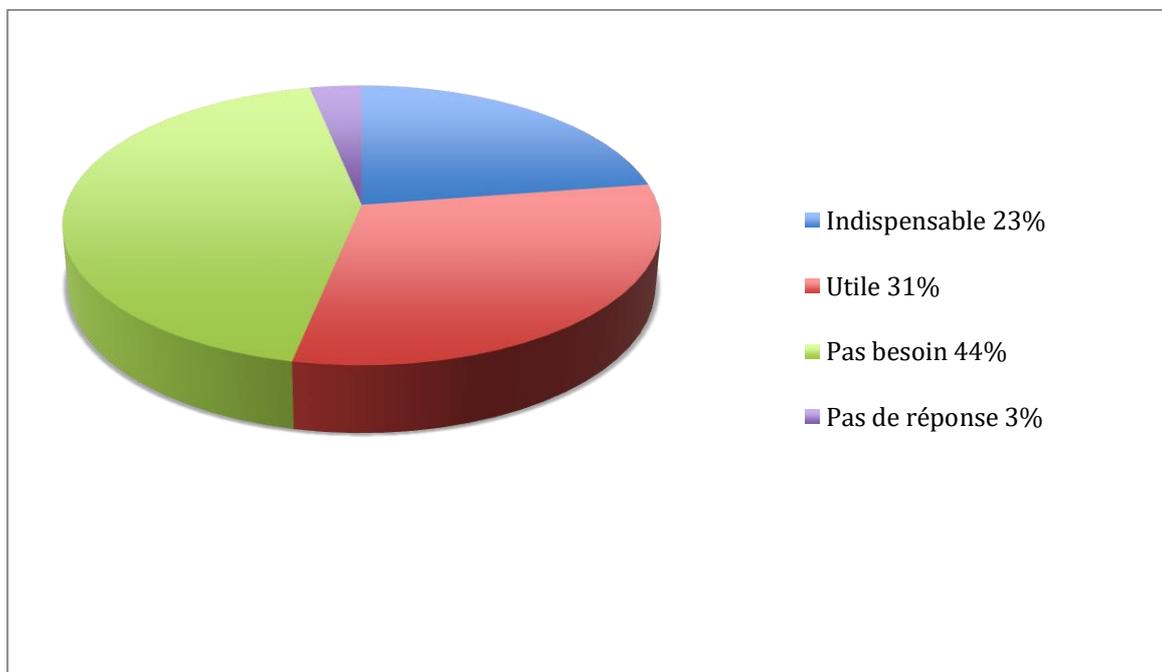


2) Ce que les patients pensaient d'une brochure d'information pour le médecin traitant

Pour ces patients,

- 14 -soit 23%- jugeaient qu'un complément d'information était indispensable au médecin traitant,
- 19 -soit 31%- la présumaient utile
- 27-soit 44%- pensaient que cette brochure d'information était inutile pour le médecin de ville et que c'était le rôle de l'oncologue de s'occuper de bout en bout de cette pathologie

Graphique 13 : Point de vue des patients , intérêt de la fiche d'information pour les médecins traitants



3) Recherche d'une corrélation entre l'avis des patients concernant le MT et la nécessité d'une fiche d'information pour ce dernier

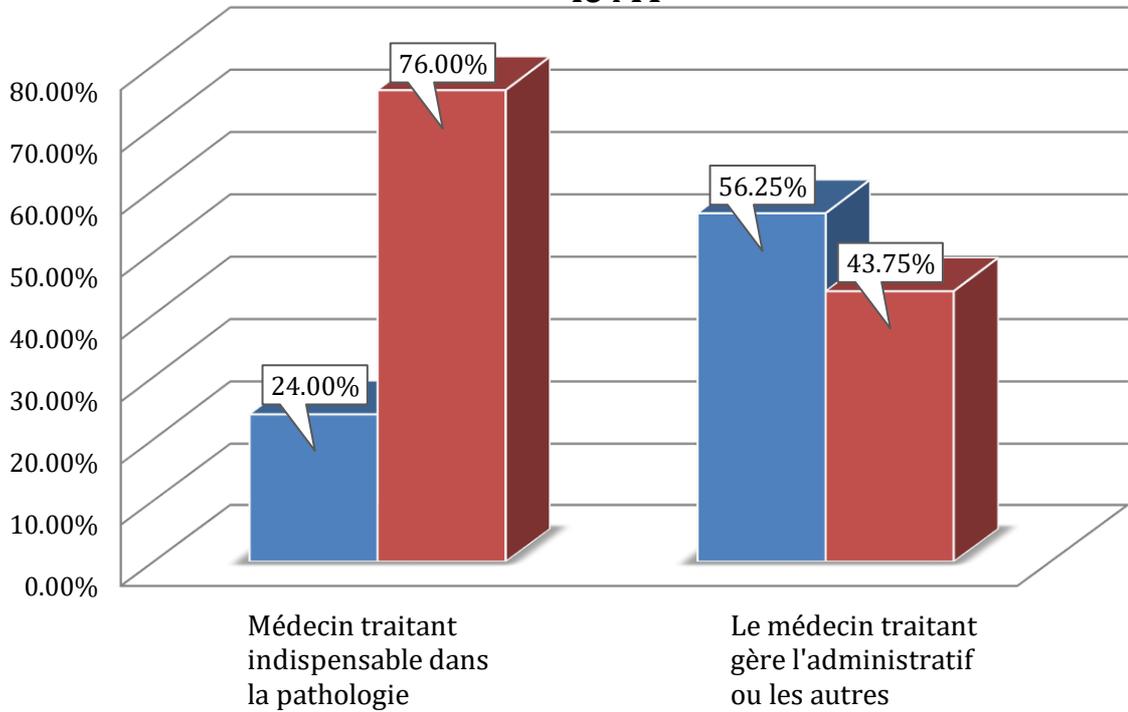
Enfin, on s'était penché aussi sur la proportion de patients qui estimaient que le médecin traitant était important pour reprendre les explications sur leur cancer et l'on s'aperçoit qu'ils sont 76% à estimer qu'une fiche d'information pour lui était au moins utile voir indispensable.

A contrario, ils étaient tout de même 43,75% des patients à estimer que cette fiche était importante pour le médecin malgré son devoir de traiter en priorité les autres pathologies ou les papiers administratifs avec un Khi 2 calculé à 5,98 (Khi2 5%=3,84 et Khi2 1%=6,63) et une PValue de 0,0144.

Nous n'avons donc pas de différence significative entre les patients estimant que les médecins traitants devaient gérer leur cancer et avaient besoin de cette brochure d'information et ceux pensant qu'ils ne le devaient pas mais estimant qu'ils devaient avoir cette fiche d'information.

(Graphique 14)

Corrélation entre le rôle du Médecin traitant dans le cancer pour le patient et l'importance d'une fiche d'information en plus du courrier d'hospitalisation pour le MT



La fiche d'information pour le MT est inutile —

La fiche d'information pour le MT est au moins utile —

Graphique 14

III Discussion

Dans cette enquête prospective malgré la recherche des 4 cancers les plus rencontrés nous n'avions malheureusement aucune tumeur d'origine prostatique et une seule tumeur d'origine mammaire. Le reste des cancers étaient surtout d'origine pulmonaire (37) et d'origine digestive (23).

De plus on s'apercevait que les tranches d'âges les plus jeunes n'étaient pas représentées dans la population d'étude. En effet, la tranche d'âge « moins de 30 ans » n'était pas du tout représentée et la tranche d'âge « 30-50 ans » ne retrouvait que 4 personnes.

Pour remédier à cela il aurait peut être fallu proposer un autre centre de cancérologie au sein des 3C et donc faire une étude multicentrique pour avoir une représentation plus importante de ces cancers et de ces catégories d'âge.

De plus il est important de rappeler que le cancer touche surtout les personnes de plus de 50 ans. Notre échantillon, en tout cas sur l'âge, était donc plutôt représentatif de la population générale française atteinte de néoplasie.

Ensuite, nous avons inclus que 62 patients. La survenue de la pandémie Covid 19 avait en effet retardé de 4 mois le début de l'étude. L'autorisation du CPP avait pu être obtenu le 2 mars mais l'étude n'a pu réellement débuté qu'à partir du 1^{er} juin.

Concernant les résultats, nous avons pu remarqué que plus de 85% des patients interrogés trouvaient les explications données par les oncologues complètes et étaient relativement satisfait. (graphique 2).

Cela est probablement du au fait que désormais la consultation d'annonce en cancérologie doit durer beaucoup plus longtemps qu'une consultation de

routine. Les 3 temps de la consultation d'annonce doivent parfaitement être respectés.

Les patients ont également une information reprise par l'infirmière coordinatrice en cancérologie pour réexpliquer les points compliqués qu'ils n'ont pas compris.

De plus les patients n'avaient été inclus qu'à partir de la 3^e cure de chimiothérapie ou d'immunothérapie. Il était donc possible qu'ils aient réussi à intégrer les informations qu'ils estimaient importantes.

Par ailleurs, les médecins traitants de ces patients étaient prêts à reprendre les points qu'ils n'avaient pas compris. Cela faisait partie du mémoire fait quelques mois plus tôt (57% d'entre eux prenaient plus de 20 mn et 34% d'entre eux prenaient plus de 30 mn). (7)

On peut donc être relativement satisfait du niveau d'information délivré au patient et de son niveau de compréhension.

La formation du personnel médical ainsi que le plan cancer 2014 -2019 est donc tout de même une réussite à ce niveau là.

Premièrement l'avis des patients sur les médecins traitants :

On remarquait que les demandes des patients étaient différentes concernant le rôle du médecin traitant.

En effet pour 53% des patients le médecin généraliste servait à gérer les autres pathologies et/ou les papiers administratifs.

Enfin, on pouvait observer que 56,35% de ces patients ne voulaient pas de fiches d'information concernant la cancérologie pour le médecin traitant.

Ils estimaient donc que le médecin de famille n'était plus le 1^{er} médecin en ce qui concerne leur néoplasie.

Du côté des médecins de ville, ils recherchaient plus d'informations auprès de l'oncologue hospitalier. En effet ils demandaient à plus de 75% sur les 82

médecins libéraux interrogés une fiche d'information accompagnant le courrier d'hospitalisation. De plus ils estimaient les échanges avec les oncologues hospitaliers inexistantes pour 50% d'entre eux et difficile pour 33%. La communication entre soignants reste donc compliquée.(7)

En conclusion de cette partie , on remarque donc une vraie différence de desseins entre les patients et les médecins généralistes.

Deuxièmement sur l'information délivrée au patient par le corps médical :

Nous rappelons que 85% des patients interrogés étaient satisfaits des informations véhiculées par le corps médical. Malgré cela quand on leur proposait la fiche d'information, ils étaient 70,59% à la demander.

De plus, on observait malgré le sentiment d'information complète donnée au patient par l'oncologue, 39% recherchaient quelque chose de complémentaire contre 52% qui estimaient avoir assez d'explications.

Chez ces derniers, on avait pu observer que 61,54% d'entre eux demandaient tout de même une fiche d'information ou la trouvait utile.

Enfin, quand on comparait nous n'avions pas de significativité statistique entre ceux qui pensaient avoir assez d'information et ceux qui n'en avaient pas lorsqu'on leur proposait la fiche d'information.

On peut donc dire que même quand les patients sont satisfaits et ont le sentiments d'en savoir assez, ils n'hésiteraient pas si possible à avoir d'autres informations notamment écrites.

Pour les patients intéressés par une fiche d'information on notait que les éléments qui en ressortaient étaient principalement le stade de la maladie pour 44% d'entre eux ainsi que les derniers résultats d'imagerie pour 32% d'entre eux.

De plus ils étaient 27% d'entre eux à vouloir savoir le nombre de cure prévues ainsi qu'à avoir l'énumération des effets secondaires courant ainsi que le prise en charge de ceux ci qui importaient le patient.

Peu de patients demandaient toute les informations proposées (16%).

L'autre statistique importante est que les patients étaient assez partagés sur le niveau de la fiche d'information. En effet, ils étaient 38,7% à demander une fiche d'information plus simple que celle adressée au MT et 30% à en vouloir une aussi détaillée. Ils étaient également 43,6% à rechercher un vocabulaire simple non médical. (graphique 6)

D'ailleurs au niveau du graphique 4 on observait que 32% des patients ne demandaient pas de fiches d'information supplémentaire. Par contre, on avait pu voir que presque 56% de ces patients avaient coché un item de la brochure d'information.

Cependant on avait un biais d'évaluation car le fait de répondre de manière multiple allait gonfler les chiffres et augmente donc la significativité.

Egalement, parmi ces patients qui avaient coché au moins un item, on avait pu voir qu'ils étaient assez partagés car ils étaient 48,51% à penser que les explication étaient déjà suffisantes concernant leur pathologie ou qu'ils préféraient en savoir le moins possible alors qu'ils étaient 51,49% à chercher des informations complémentaires.

Enfin ceux qui n'avaient coché aucun item dans les détails de cette fiche étaient 70% à ne pas rechercher d'explication complémentaire. Les 30% restants voulaient des information complémentaires mais pas avec cette fiche. Cela aurait pu être intéressant de les interroger et de savoir quel support attendaient-ils ?

Nous n'avions pas pu dégager de tendance particulière entre les populations. Il se peut que le manque de puissance de l'échantillon soit en cause.

Malgré cela on observait tout même une proportion importante de patients qui expliquaient ne pas avoir besoin d'information supplémentaire mais qui étaient partants quand on leur proposait des éléments précis sur la carte d'information.

La corrélation de ces patients était de 83,13% par rapport à ceux qui recherchaient des explications supplémentaires (91%).

On pouvait donc formuler l'hypothèse annexe suivante : les patients considérant avoir assez d'informations étaient tout aussi demandeurs d'une fiche d'information que ceux qui ne le présument pas.

En définitive on peut en effet proposer une fiche d'information aux patients car nous dépassions largement les 30% de patients demandeurs.

Cette fiche sera plus simple tout de même que celle adressée aux médecin généralistes avec le courrier d'hospitalisation et plus synthétique au vues des demandes précises des patients.

Ces résultats évocateurs nous poussent cependant à relier les informations faites au patient et technologies car nous sommes désormais en 2021.

On pourrait faire un parallèle de notre étude à celle proposée par « **Lebret et al** » sur la corrélation entre les information données par les urologues dans le cancer de la prostate lorsqu'ils utilisaient un traitement adjuvant et les capacités des patients à comprendre. Les auteurs s'étaient d'ailleurs aperçus que les patients qui avaient un cancer métastatique surestimaient la sévérité de leur maladie avec ses conséquences plus que les médecins ou

les patients ayant une maladie prise en charge avec un traitement adjuvant.
(28)

Cela nous pousse à nous interroger encore et toujours sur la qualité de l'information transmise au patient car notre but est que le patient devienne au fur et à mesure un « acteur principal » de sa maladie et qu'il puisse se prendre en charge à domicile.

Pour cela, Il faut savoir qu'avec les évolutions technologiques, l'apparition des différentes interfaces numérique, le patient pourrait être suivi pour de nombreuses prises en charge au domicile.

Bertucci et al S'y sont intéressés en énumérant les avantages et inconvénients à pratiquer une médecine hors des murs de l'hôpital notamment en utilisant l'intelligence artificielle et les Big Data avec les études « *Consore* » et « Health Data Hub » et l'on pouvait remarquer qu'en utilisant les Big Data et l'intelligence artificielle pouvait permettre de gagner du temps médical et paramédical en plus de créer des nouveaux emplois tel que infirmiers coordinateurs. (29)

L'intelligence artificielle pourrait également permettre de faire des modélisations des états de santé des patients au fur et à mesure de leur parcours de soins.

Effectivement, des chercheurs en Poitou Charentes avaient essayé de prévoir un algorithme du parcours de soins pour 150 patientes atteintes de cancer du sein non métastatique et ils avaient remarqué que cet algorithme permettait de prévoir chez 92% de ces patientes ce qu'il allait se passer à 3 jours près. (30)

Dans un avenir proche, avec les technologies en constante évolution il serait même envisageable de créer une application qui permettrait au patient d'avoir les données de sa maladie et les attitudes qu'il doit avoir lorsqu'il

est touché par certains symptômes. Elle lui expliquerait les éléments à surveiller à son domicile, quand appeler le médecin traitant, avoir une consultation en direct et quand se rendre à l'hôpital.

En conclusion de cette thèse, nous pouvons conclure que dans une majorité de notre échantillon, les patients sont tout de même très satisfaits de l'information donnée par le corps médical (en ville et à l'hôpital). Il reste cependant un développement important à faire sur la clarté de certaines explications.

Sur notre échantillon de 62 patients atteint de néoplasie métastatique, on a largement plus de 30% des patients qui recherchent une brochure d'information supplémentaire ou la pensent utile.

Le cancer est une maladie compliquée et les perspectives de découvertes sont immenses.

Plus nous allons avancer dans le temps, plus les propositions thérapeutiques concernant ces maladies vont s'élargir.

Pour cela nous commençons à avoir des développements technologiques qui remplaceront dans les 20 prochaines années la simple fiche d'information papier proposée que ce soit pour les médecins traitants ou pour les patients. (31)

Il se pourrait peut être d'ailleurs que le patient apprenne à gérer seul certains effets secondaires et pourquoi ne pas développer une automédication encadrée. Cela ne se fera que par une éducation thérapeutique plus importante, plus poussée. (32)

En définitive, le patient pourrait apprendre grâce à l'entrée en jeu des nouvelles technologies à être encore plus « acteur de sa maladie ». Il serait éventuellement possible pour nous médecins de les guider vers une

autonomie plus importante. Cela passe cependant par une amélioration continue de notre délivrance d'information médicale et notre capacité à l'adapter à chaque patient.

C'est là que la technologie, l'intelligence artificielle ainsi que l'utilisation de plus en plus importante des Bigs Data pourront permettre au corps médical d'aider plus ces patients.

Nathan Aouizerat

Interne de médecine générale.

DESC de cancérologie 1ere année

Bibliographie :

1. Pignot G, Touzani R, Bouhnik A, Marino P, Walz J, Gravis G, et al. Annonce du cancer au moment du diagnostic de tumeur de vessie non infiltrant le muscle (TVNIM) : données de la cohorte prospective française VICAN. *Prog En Urol*. nov 2018;28(13):717.
2. Vallée A. L'éducation thérapeutique du patient en cancérologie. *Presse Médicale*. déc 2019;48(12):1574-6.
3. Bourg MA, Ninotta A, Feld D, Guarato-Rousset V, Pérol D, Chauvin F. Intérêt de l'éducation thérapeutique en cancérologie. 2010;7.
4. Bouleuc C, Bredart A, Dolbeault S, Ganem G, Copel L. Comment améliorer la satisfaction des patients sur l'information médicale en cancérologie ? *Bull Cancer (Paris)*. oct 2010;97(10):1173-81.
5. Amsellem C. Coordination ville-hôpital en cancérologie: enquête d'opinion auprès des médecins généralistes prenant en charge des patients atteints de cancer colo-rectal suivis au CHU de Bordeaux. 2017;128.
6. Chasset P-O, Mayeux D, Desandes E. Suivi des patients dans leur parcours de soin du cancer du sein à l'Institut de cancérologie de Lorraine de Nancy. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. mars 2015;63:S24.
7. Mémoire de DES de médecine générale.docx.
8. cancers_france-essentiel_faits_hiffres-2018_inca.pdf [Internet]. [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: http://www.oncopaca.org/sites/default/files/cancers_france-essentiel_faits_hiffres-2018_inca.pdf
9. ald_30_gm_k_pancreas_web.pdf [Internet]. [cité 12 juin 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/ald_30_gm_k_pancreas_web.pdf

10. ald_30_gm_k_estomac_web.pdf [Internet]. [cité 12 juin 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/ald_30_gm_k_estomac_web.pdf
11. ald_30_gm_k_oesophage_web.pdf [Internet]. [cité 12 juin 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/ald_30_gm_k_oesophage_web.pdf
12. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
13. Code de la santé publique - Article L1111-2. Code de la santé publique.
14. Tran BNN, Ruan QZ, Epstein S, Ricci JA, Rudd RE, Lee BT. Literacy analysis of National Comprehensive Cancer Network patient guidelines for the most common malignancies in the United States. *Cancer*. 2018;124(4):769-74.
15. Pujol J-L, Mérel J-P, Arnaud E, Launay M, Boulze I. Le cancer comme intrusion : réflexions psychopathologiques sur certaines modalités de réaction dans l'après-coup de l'annonce. *Psycho-Oncol*. sept 2013;7(3):189-98.
16. dispositif-annonce-2009-10_0.pdf [Internet]. [cité 20 févr 2021]. Disponible sur: https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/dispositif-annonce-2009-10_0.pdf
17. codedeont.pdf [Internet]. [cité 19 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
18. Plan cancer 2014-2019, de quoi s'agit-il ? - Plan cancer 2014-2019 : priorités et objectifs [Internet]. [cité 18 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs/Plan-cancer-2014-2019-de-quoi-s-agit-il>

19. Plan cancer 2014-2019 : priorités et objectifs - Plan cancer [Internet]. [cité 18 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>
20. Tardieu É, Thiry-Bour C, Devaux C, Ciocan D, de Carvalho V, Grand M, et al. The place of general practitioners in cancer care in Champagne-Ardenne. Bull Cancer (Paris). mai 2012;99(5):557-62.
21. Kempf E, Prévost A, Rousseau B, Macquin-Mavier I, Louvet C, Tournigand C. Les patients ambulatoires atteints de cancer sont-ils prêts pour la télémédecine ? Bull Cancer (Paris). oct 2016;103(10):841-8.
22. publication par l'inca des critères d'agrément en cancérologie - Fédération Hospitalière de France (FHF) [Internet]. [cité 18 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/Offre-de-soins-Qualite/FHF-Cancer/publication-par-l-inca-des-criteres-d-agrement-en-cancerologie>
23. Les autorisations de traitement du cancer - Traitements du cancer : les établissements autorisés [Internet]. [cité 18 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Traitements-du-cancer-les-etablissements-autorises/Les-autorisations-de-traitement-du-cancer>
24. Les réseaux régionaux de cancérologie - L'organisation de l'offre de soins [Internet]. [cité 18 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Les-reseaux-regionaux-de-cancerologie>
25. Gérard J-P. Les réseaux de cancérologie, bilan et perspective. Oncologie. sept 2009;11(9-10):429-429.
26. modele_regional_pps_2020_oncopacacorse.pdf [Internet]. [cité 1 févr 2021]. Disponible sur: https://www.oncopaca.org/sites/default/files/modele_regional_pps_2020_oncopacacorse.pdf

27. Le nouveau Programme Personnalisé de Soins – Principes généraux d'utilisation et éléments fondamentaux – ONCORIF [Internet]. [cité 21 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.oncorif.fr/le-nouveau-programme-personnalise-de-soins-principes-generaux-dutilisation-et-elements-fondamentaux/>
28. Lebret T, Duclos-Morlaes B, Comet D, Droupy S. Corrélation entre les informations données par les urologues et les messages compris par les patients lors de l'initiation d'un traitement par agoniste de la LHRH pour un cancer avancé de la prostate. *Prog En Urol.* nov 2013;23(13):1075.
29. Bertucci F, Le Corroller-Soriano A-G, Monneur A, Fluzin S, Viens P, Maraninchi D, et al. Santé numérique et « cancer hors les murs », Big Data et intelligence artificielle. *Bull Cancer (Paris).* janv 2020;107(1):102-12.
30. Rollet A, Defossez G, Dameron O, CoRIM Poitou-Charentes, CRISAP Poitou-Charentes, Ingrand P. Développement et évaluation d'un algorithme de représentation des parcours de soins de patientes atteintes de cancer du sein à partir des données d'un système d'information régional. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique.* 1 mars 2013;61:S17.
31. Lapointe J, Minvielle É, Sicotte C. Usages des technologies de l'information et de communication pour la coordination des soins en cancérologie : État des connaissances. Quelles recommandations pour une implantation efficace ? *J Gest Econ Medicales.* 2013;Vol. 31(5):273-302.
32. Komatsu H, Yagasaki K, Yamaguchi T, Mori A, Kawano H, Minamoto N, et al. Effects of a nurse-led medication self-management programme in women with oral treatments for metastatic breast cancer: A mixed-method randomised controlled trial. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 1 août 2020 [cité 20 févr 2021];47. Disponible sur: [https://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889\(20\)30060-0/abstract](https://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(20)30060-0/abstract)

ANNEXES

ANNEXE 1 : abréviations

ALD : Affection longue durée

IDE : infirmière diplômée d'état

DCC : Dossier Communicant en Cancérologie

INCA : Institut National du Cancer

DNS : Délégation Numérique et Santé

PPS : Projet Personnalisé de Soins

PPAC : programme Après cancer

DMP : Dossier Médical Partagé

CSP : Code de Santé Publique

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : haute Autorité de Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

BPC : Bonnes Pratiques Cliniques

DIVLD : Dispositif Intra Veineux de Longue Durée

DCI : Dénomination Commune Internationale

3C : Centre de Coordination en Cancérologie

CNIL : Commission Nationale de L'informatique et Des Libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

RIPH : Recherche Impliquant la Personne Humaine

ANNEXE 2 : CPP

COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES

ILE DE FRANCE V

Hôpital Saint-Antoine - 184 rue du Faubourg Saint-Antoine - 75012 PARIS

Email : cpp.iledefrance5@sat.aphp.fr

☎ 01 49 28 20 25

Présidente :
A. KURTZ

Vice-Président :
J.J. BOFFA

Paris, le 4 février 2020

Le Comité a été saisi par courriel, **du 9 janvier 2019**, d'une demande d'avis portant sur le projet de recherche mentionné ci-dessous:

20.01.09.63105 CAT3

Titre : Coordination ville-hôpital : parcours de soins d'un patient atteint de cancer. Evaluer l'intérêt d'une fiche d'informations à l'attention des patients suivis pour un cancer métastatique.

Promoteur : Centre Hospitalier Henri Duffaut

Investigateur : Dr Borhane SLAMA

N° National : 201-A03298-49

Référence interne : T-19-02

Le Comité a examiné les informations relatives à ce projet lors de la séance **du mardi 4 février 2020** et a adopté la décision suivante : **avis favorable.**

C.P.P. Ile de France V

Hôpital Saint-Antoine
184, Rue du Fbg Saint Antoine
75571 PARIS CEDEX 12

La Présidente
Annie KURTZ



COMITE DE PROTECTION DES PERSONNES

ILE DE FRANCE V

Hôpital Saint-Antoine - 184 rue du Faubourg Saint-Antoine - 75012 PARIS

Email : cpp.iledefrance5@sat.aphp.fr

☎ 01 49 28 20 25

Présidente :
A. KURTZ

Vice-Président :
J.J. BOFFA

Annexe :

Liste des documents soumis:

Formulaire

- COU - 09/01/20 - lettre demande avis initial pdf
- DEM - 09/01/20 - formulaire demande avis initial pdf

Documents liés à la recherche

- INF - 09/01/20 - notice information consentement version
- DON - 09/01/20 - déclaration de conformité mr003 pdf
- PRO - 09/01/20 - protocole version1 11 12 2019 pdf
- RES - 09/01/20 - resume version1 13 12 2019 pdf

Annexes

- CVI - 09/01/20 - cv investigateurs pdf
- CVI - 09/01/20 - cv investigateur principal pdf
- QUE - 09/01/20 - questionnaire version1 13 12 2019 pdf
- LIS - 09/01/20 - liste des investigateurs pdf

Ont participé à la délibération :

Premier Collège :

Recherche biomédicale : Dr Mathieu GAUTHE (T), Pr Victor Georges LEVY (T), Mme Anne DAGUENEL (S), Dr Jacques BOUILLIE (S), Dr Delphine FELDMAN, Mme Berengère COUTURIER BARABAY (S)
Médecin généraliste : Dr Olivier TAULERA (T), Dr Simone RADENNE (S)
Infirmier : Mr Gérard BOURQUARD (T)
Pharmaciens : Mme Françoise BERGIER DESCOMBES (T), Mme Soumiya EL OUZZANI (S)

Deuxième Collège :

Psychologue : Mme Annie KURTZ (T), Mme Françoise LEFEVRE GIRARD (S)
Associations agréées : M. François WELLHOFF (T)
Juristes : Mme Ghislaine ISSENHUTH (T), Mr Maël BERTO (T)
Compétence éthique : Mme Jeanne ZILBERBERG (T)
Travailleur Social : Mme Camille COMPTE

ANNEXE 3

NOTICE D'INFORMATION et NON-OPPOSITION

**Titre de l'étude : La coordination ville-hôpital : parcours de soins d'un patient cancéreux ,
Evaluer l'intérêt d'une fiche d'information en plus du compte rendu d'hospitalisation à la
sortie d'un patient suivi pour un cancer métastatique**

Promoteur : Centre Hospitalier d'Avignon
305 rue Raoul Follereau
84000 AVIGNON

Investigateur Principal :
Dr Borhane Slama
CH d'Avignon
Hématologie
305 Rue Raoul Follereau
84000 AVIGNON
CEDEX 9
Tel: 04 32 75 93 30
Fax: 04 32 75 93 02

Madame, Monsieur,

Vous avez un cancer nouvellement diagnostiqué, votre médecin vous propose donc de participer à une étude intitulée « La coordination ville-hôpital : parcours de soins du patient atteint d'un cancer , Evaluer l'intérêt d'une fiche d'information en plus du compte rendu d'hospitalisation à la sortie d'un patient suivi pour un cancer métastatique »

Pourquoi cette étude et quels sont ses objectifs ?

Durant mon internat j'ai pu remarqué que de nombreux patients atteints de cancer n'avaient pas toute leurs informations concernant leur maladie nouvellement diagnostiqué... Le but de ma thèse est de savoir ce qu'ils attendent d'une fiche d'information en plus du compte-rendu d'hospitalisation.

Je fais également un parallèle avec les médecins traitants qui auront également une étude similaire dans le but d'une meilleure information pour eux également. Cela permettra aux patients d'être pris en charge en libéral notamment pour les intervalles entres les chimiothérapies .

L'objectif principal de cette étude est donc d'évaluer la pertinence de la fabrication d'une fiche d'information en plus du compte rendu d'hospitalisation pour le patient.

Comment va se dérouler cette étude observationnelle ?

Cette étude ne modifie en rien votre suivi par l'équipe soignante au sein de votre service, elle s'inscrit dans le cadre du suivi habituel de votre maladie et ne modifie en rien les soins qui vous seront prodigué.

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive qui se déroule en une phase

- *Pourquoi observationnelle ?*

Parce qu'aucun examen supplémentaire ne sera pratiqué par rapport à la prise en charge habituelle des personnes présentant les mêmes pathologies que vous.

- *Pourquoi prospective ?*

Parce que d'autres personnes, comme vous, à partir de la date de démarrage de l'étude, feront partie de cette étude.

Des données médicales seront récupérées dans votre dossier médical.

Elles seront les suivantes :

- type cancer
- stade
- Age
- Sexe
- Traitement entrepris

Il n'y aura aucune recherche que celle qui sera demandée dans le questionnaire qui vous sera transmis

Cette étude sera présentée dans un centre :

- Dans le service d'hématologie et d'oncologie médicale du Centre Hospitalier d'Avignon

Qui peut participer à cette étude ?

Les participants à cette étude sont des patients majeures (homme ou femme) ayant un diagnostic de cancer métastatique qui nécessitera une prise en charge par chimiothérapie, immunothérapie ou thérapie ciblée

Quels sont les aspects règlementaires et législatifs ?

Cette étude a obtenu les avis et autorisation nécessaires pour sa mise en œuvre :

- Avis favorable du Comité d'Expertise pour les Recherches, les Etudes et les Evaluations dans le domaine de la Santé (CEREES), le XXXX
- Autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), le XXXXX pour la phase rétrospective
- Information et consentement du patient pour la phase prospective

Quels sont vos droits dans le cadre de cette étude ?

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche, ou de retirer votre consentement à tout moment sans encourir aucune responsabilité, ni atteinte à la qualité des soins qui vous sont apportés par l'équipe médicale.

Le Centre Hospitalier d'Avignon – 305 rue Raoul Follereau – 84000 AVIGNON – est le promoteur et le responsable du traitement des données inhérentes à l'étude coordination ville-hôpital : parcours de soins d'un patient cancéreux

Dans le cadre de cette étude, un traitement de vos données personnelles (âge, sexe, pathologie, traitement) sera mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de l'étude au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté. A cette fin, les données médicales vous concernant ou tout autre type de données existantes seront transmises au Promoteur de la recherche, c'est-à-dire au Centre Hospitalier d'Avignon. Ces données seront anonymisées (sans mention de votre nom et prénom) et identifiées par un numéro de code. Elles seront conservées jusqu'à publication des résultats et seront archivées au sein du Centre Hospitalier d'Avignon. Elles pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises. Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au règlement européen sur la protection des données personnelles (2016/679), vous disposez des droits suivants :

Droit à l'information

Vous disposez d'un droit d'information sur les données personnelles vous concernant collectées, traitées ou, le cas échéant, transmises à des tiers (article 15 du RGPD).

Droit à la rectification

Vous avez le droit de demander la correction des données personnelles incorrectes vous concernant (articles 16 et 19 du RGPD).

Droit de supprimer

Vous avez le droit de demander la suppression des données personnelles vous concernant. Par exemple, si ces données ne sont plus nécessaires aux fins pour lesquelles elles ont été collectées (articles 17 et 19 du RGPD).

Droit à la limitation du traitement

Sous certaines conditions, vous avez le droit de demander une limitation du traitement. Dans ce cas, les données pourront uniquement être stockées mais pas utilisées dans le cadre du traitement, sauf avec votre consentement exprès (articles 18 et 19 du RGPD).

Droit à la portabilité des données

Vous avez le droit de recevoir les données personnelles que vous avez fournies à la personne responsable de l'essai clinique. Vous pouvez ensuite demander que ces données vous soient transmises ou, si cela est techniquement possible, qu'elles soient transmises à un autre organisme de votre choix (Article 20 du RGPD).

Vous avez le droit de vous opposer à tout moment au traitement de ses données personnelles (article 21 du RGPD). Le traitement est alors arrêté par le promoteur, sauf motifs légitimes et impérieux, ou pour la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.

Consentement au traitement des données personnelles et droit de révoquer ce consentement

Le traitement de vos données personnelles n'est autorisé qu'avec votre consentement (article 6 RGPD) pour la finalité décrite ci-dessus.

Vous avez le droit de révoquer votre consentement au traitement des données personnelles à tout moment (article 7, paragraphe 3 RGPD).

Si vous souhaitez exercer l'un de ces droits, vous pouvez contacter le médecin investigateur de l'étude ou le Délégué de la protection des données du promoteur (DPO). Vous avez également le droit de déposer une plainte auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) si vous estimez que le traitement de vos données personnelles est réalisé en violation de vos droits.

Contact DPO

Délégué à la Protection des Données
Centre Hospitalier Henri Duffaut
305 rue Raoul Follereau
84000 AVIGNON
Mail :

Contact CNIL

Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
Adresse postale
3 Place de Fontenoy
TSA 80715
75334 PARIS CEDEX 07
www.cnil.fr

Nous vous remercions par avance de votre collaboration à ce travail épidémiologique et restons à votre disposition pour toute information complémentaire.

Je, soussigné(e), M/Mme (Nom et Prénom)

..... - **accepte que mes données**

médicales soient utilisées dans le cadre de cette étude « La coordination ville-hôpital : parcours de soins d'un patient atteint d'un cancer , Evaluer l'intérêt d'une fiche d'information en plus du compte rendu d'hospitalisation à la sortie d'un patient suivi pour un cancer métastatique »

- reconnais avoir eu une information libre et éclairée

- autorise l'utilisation des données anonymisées dans le cadre de la finalité décrite

- reconnais avoir pris connaissance de mes droits.

Date :Signature :

ANNEXE 4:

Questionnaire

Bonjour, vous avez accepté de participer à l'étude :
« *Coordination Ville-Hôpital : Parcours de soins d'un patient atteint de cancer. Evaluer l'intérêt d'une fiche d'informations à l'attention des patients suivis pour un cancer métastatique.* »

Ce travail est réalisé dans le cadre d'une thèse de médecine.
Vos réponses seront totalement anonymes.

Nom du patient :

Prénom du patient :

Date :

Votre profil :

1) Dans quelle tranche d'âge vous situez vous ? (une réponse)

- Moins de 30 ans
- 30-50 ans
- 50-70 ans
- Plus de 70 ans

2) Pour quel type de cancer êtes-vous suivis au Centre Hospitalier d'Avignon ? (une réponse)

- Cancer de l'oesophage
- Cancer de L'estomac
- Cancer du Colon
- Cancer du Rectum

- Cancer du Pancréas
- Cancer du foie
- Cancer du poumon
- Cancer de la prostate
- Cancer du sein

3) *Connaissez-vous bien votre maladie ? (une ou plusieurs réponses)*

- Le type de Cancer
- Le stade
- Les traitements prévus
- Les nouvelles découvertes

Concernant les informations que l'on vous donne par rapport à votre maladie que ce soit votre oncologue ou le médecin traitant :

4) *Quel est votre ressenti par rapport aux informations que vous transmette votre oncologue et/ou votre médecin traitant lors de la consultation d'annonce ? (une réponse)*

- Elles sont complètes, j'ai très bien compris ma maladie et les traitements que je vais subir
- Elles sont incomplètes
- Il n'y en a pas, je ne sais rien de ma maladie....

5) *Selon vous le rôle du médecin traitant dans la prise en charge d'un cancer (une réponse)*

- Il est indispensable, notamment pour réexpliquer certains points que je n'ai pas compris à l'hôpital
- J'estime qu'il sert surtout à gérer les papiers administratifs concernant ma maladie

- Il sert surtout à gérer mes autres pathologies, concernant le Cancer je préfère directement m'adresser à mon oncologue référent

6) Concernant votre pathologie : (une réponse)

- Vous cherchez à avoir des informations plus précises concernant la maladie pour laquelle vous êtes traités
- Vous avez assez d'informations entre ce que vous a dit médecin traitant et l'oncologue
- Vous préférez en savoir le moins possible

Concernant la fabrication d'une brochure d'information pour vous et pour le médecin traitant

7) Concernant l'élaboration d'une brochure d'information pour le médecin traitant (une réponse)

- S'il n'est pas suffisamment informé il est indispensable qu'il ait une brochure d'information supplémentaire en plus du compte rendu d'hospitalisation
- Cela serait utile pour lui et pour nous car il est du domaine médical et comprendrait beaucoup plus facilement les enjeux de la maladie et les points sur lesquels il faut s'attarder
- Pas besoin, l'oncologue peut déjà tout nous expliquer, je préfère que mon médecin traitant se concentre sur les autres problèmes de santé que j'ai

8) Concernant l'élaboration d'une brochure d'information pour vous (une ou plusieurs réponses)

- Permettra d'avoir des informations plus précises

- Aura un caractère rassurant
- Permettra une plus grande participation à vos soins
- Pas besoin, le médecin sert à cela

9) *Qu'attendez-vous d'une fiche de renseignement en plus du compte rendu hospitalier ? (une ou plusieurs réponses)*

- Le stade de la maladie
- Le nombre de cure de chimiothérapies prévues
- Les derniers résultats d'imagerie
- Les effets secondaires les plus courants sur les traitements
- Les effets secondaires les plus graves
- L'attitude à adopter en cas d'effets secondaire graves
- L'attitude à adopter en cas d'effets secondaires courants
- Le numéro des urgences
- Le numéro d'un oncologue d'avis dans le service
- Le numéro de l'oncologue référent
- Tous ces éléments réunis
- Si vous n'en avez pas besoin de la fiche de renseignement, cochez ici

10) *Selon vous si on vous prépare cette brochure d'information : (une ou plusieurs réponses)*

- Elle doit être aussi détaillée que celle envoyé au médecin traitant
- Elle doit être plus simple car on ne comprendra pas tout ce qu'il y'a dedans
- Elle doit utiliser un vocabulaire simple non médical
- Elle doit utiliser des schémas d'explication
- Une brochure trop détaillée aura un effet anxiogène

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.

Résumé :

Introduction : En France, nous déplorons actuellement 382 000 nouveaux cas de cancer par an. Depuis 30 ans, nous avons amélioré les techniques d'information pour les patients sortant de l'hôpital.

Nous avons proposé une étude au CH d'Avignon permettant de savoir le niveau de connaissance d'un patient concernant sa pathologie et ce qu'il attendait en plus comme information.

Méthode : Nous avons enquêté auprès de 62 patients atteints de cancer métastatique dans une étude rétrospective monocentrique.

Résultats : Au total, 85% des patients estiment que l'information donnée par le corps médical est complète et 50% ne demandent pas de leur plein gré des explications complémentaires. Parmi ces patients lorsqu'on leur propose la brochure d'information en plus, ils sont 70,59 % à la trouver utile, 61,54% à la vouloir quand on leur demande et 83,13% à avoir coché une proposition alors qu'ils estimaient en savoir assez.

Discussion : Malgré la satisfaction globale des patients sur l'information, ils chercheraient en majorité à améliorer ce panel.

Conclusion : les médecins gardent toujours une marche de progression dans l'information donnée au patient qui pourra probablement s'améliorer avec les nouvelles technologies.

Enregistrement : Chaque patient a du remplir un consentement écrit pour pouvoir répondre à cette enquête après un avis favorable du CPP.

Mots clés : Information et compréhension des patients, coordination ville-hôpital en cancérologie, brochure information, médecin traitant cancérologie.