



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Représentations, attentes et difficultés des médecins généralistes face à la réunion de concertation pluridisciplinaire en Oncologie. Quels moyens pour quelle implication ? Une étude qualitative dans le Boulonnais.

Présentée et soutenue publiquement le 23 Octobre 2014 à 14h

Au Pôle Formation

Par Catheline LE LOUP LEGER

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jacques Bonnetterre

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Raymond Glantenet

Monsieur le Docteur Denis Deleplanque

Monsieur le Docteur Nicolas Penel

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Jean-Pierre Delpierre

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

ALD	Affection longue durée
CCC ou 3C	Centre de coordination en Cancérologie
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
DCC	Dossier communicant en cancérologie
DMP	Dossier médical personnel
FG	Focus group
FMC	Formation médicale continue
HAD	Hospitalisation à domicile
HPST	Hôpital-patient-santé-territoire
InCa	Institut national du cancer
MG	Médecin généraliste
MT	Médecin traitant
OMS	Organisation mondiale de la santé
PPS	Programme personnalisé de soins
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
I. Les différents plans Cancer	2
A. Le plan Cancer 2003-2007	3
B. Le plan Cancer 2009-2013 :	4
C. Le plan Cancer 2014-2017 :	4
II. La réunion de concertation pluridisciplinaire dans le Boulonnais	5
III. Objectifs de la présente étude	6
Matériels et méthodes	7
I. Méthode : La recherche qualitative	7
II. Matériel : Les focus groups	7
Résultats	11
I. A chacun sa compétence, les médecins généralistes sont peu formés à l'oncologie :	12
II. Types de difficultés rencontrées par les MG dans la prise en charge des patients atteints de cancer :	14
III. Conditions d'une annonce diagnostique :	17
IV. Perceptions de la RCP par les MG à l'heure actuelle :	18
V. Modalités du compte rendu de la RCP :	19
VI. Les caractéristiques d'une RCP idéale et de son compte rendu :	20
VII. Frein à la participation des MG aux RCP :	21
VIII. Le rôle du MG est d'être le coordonateur de son patient :	22
IX. Une participation des MG aux RCP est un plus:	23
X. Conditions de participation des MG aux RCP :	24
XI. Différentes formes de participation des MG aux RCP :	25
Discussion	27
I. Discussion et Analyse	27
A. La méconnaissance de la RCP par les médecins généralistes :	27
B. La RCP idéale se prépare en amont avec un référent identifié	27
C. Le compte rendu de la RCP idéale est détaillé	28
D. Des propositions d'amélioration de la participation des généralistes à une RCP :	29
1. Des moyens physiques :	29
2. Des moyens de donner leurs avis	29
3. Une participation sous conditions	30
E. La RCP, un véritable atout dans la prise en charge des patients atteints de cancer	30
F. Dans tous les cas le patient reste au centre	31
II. Discussion des résultats	31
III. Discussion de la méthode	32
A. Limites de la méthode : Le recrutement	32
B. Validité interne et externe	33
Conclusion	34

Références bibliographiques	36
Annexes	38
Annexe 1 : Exemple de compte rendu de RCP reçu par Apycript.....	39
Annexe 2 : Courrier adressé aux MG.....	40
Annexe 3: Formulaire d'autorisation de l'enregistrement audio/vidéo	41
Annexe 4: Guide d'entretien définitif	42
Annexe 5: Extrait de transcription du verbatim du FG N°1	43
Annexe 6: Questionnaire sur les caractéristiques des participants aux FG.....	46
Annexe 7 : Extrait des résultats après triangulation des données par T.Puszkarek.....	47

RESUME

Contexte : Actuellement, la première cause de mortalité en France est le cancer. Depuis 2003, les différents plans Cancer formalisent le processus de soins des patients atteints de cancer. La place attendue du médecin généraliste est d'en être le pivot.

Méthode : Par une méthode qualitative, avec 3 focus groups, nous avons voulu savoir ce que représentait la réunion de concertation pluridisciplinaire pour 18 médecins généralistes de la région de Boulogne sur Mer, quelles étaient leurs difficultés face à leurs patients atteints de cancer et par quels moyens ils envisageaient de s'impliquer davantage dans leur prise en charge.

Résultats : Les médecins généralistes méconnaissent la réunion de concertation pluridisciplinaire. Cependant, ils sont motivés pour être présent soit par vidéoconférence ou par téléphone, mais cela demandera un réel effort, ainsi qu'une forme de reconnaissance. En amont de la décision thérapeutique, ils souhaiteraient recevoir une invitation à laquelle ils pourraient répondre et communiquer des informations utiles. Ils proposent aussi d'instaurer un médecin référent qui pourrait être généraliste, plus compétent en Oncologie, réalisant l'interface entre les intervenants du patient, pour résoudre un manque de communication. Ils souhaiteraient avoir un compte rendu de réunion de concertation, plus détaillé, sur le traitement, dans lequel ils ont confiance, ses effets secondaires, et ses modalités avec une référence bibliographique, tout cela dans un intérêt de formation pour une meilleure information des patients et de leurs familles.

Conclusion : Les médecins généralistes souhaitent s'impliquer auprès de leurs confrères oncologues, partenaires privilégiés des médecins généralistes dans la coordination ville-hôpital en Oncologie.

INTRODUCTION

Les cancers sont actuellement la première cause de mortalité en France (1). Les données de 2012 indiquent qu'il y a eu 355 350 nouveaux cas et 148 200 décès liés au cancer (2). Plus de la moitié de ces décès est considérée comme évitable (3). Le cancer est une priorité de santé publique. Le nombre de cas a doublé ces vingt cinq dernières années (1).

Il est désormais admis que la prise en charge optimale d'un patient atteint de cancer, tant pour son parcours de soins que pour la décision thérapeutique elle-même, doit être pluridisciplinaire. Depuis 2007, chaque dossier de patient atteint d'un cancer passe en Réunion de concertation pluridisciplinaire ou RCP. Un compte rendu est ensuite adressé aux médecins généralistes (MG). Les médecins généralistes reçoivent les comptes rendus de RCP sous deux formes : papier ou par messagerie informatique sécurisée appelée Apicrypt (annexe 1).

Une étude réalisée en 2006, soit avant la mise en application du premier plan Cancer, a évalué ce que pensaient des médecins généralistes de courriers standardisés, comptes rendus de réunion pluridisciplinaire (4). Ils préfiguraient ce que nous appelons aujourd'hui les comptes rendus de RCP. Il a été démontré que les MG trouvaient ces rapports satisfaisants mais qu'ils arrivaient trop tardivement au cabinet du MG, qu'il serait intéressant d'y joindre une fiche indiquant les effets secondaires des traitements administrés, et la conduite à tenir en cas de problème lié au traitement. Nous pouvons noter aussi que 18% des médecins généralistes interrogés (4) souhaitaient participer aux concertations pluridisciplinaires par le biais du téléphone, de courriel ou de visioconférence.

Depuis cette étude et par les différents plans Cancer (3), l'accent a été mis sur la coordination ville-hôpital, et le rôle non négligeable des MG a été reconsidéré.

I. Les différents plans Cancer

Initiés depuis 2003, ils sont au nombre de trois et ont chacun des objectifs propres. Véritables plans de mobilisation nationale, ils sont indépendants mais découlent les uns des autres et consolident les acquis du plan qui les précède.

A. Le plan Cancer 2003-2007

L'objectif premier du plan est de réduire de 20% la mortalité du cancer.

Il comprend au total 70 mesures, s'articulant autour de 8 grands axes. Quatre de ces mesures concernent plus spécifiquement notre sujet. Parallèlement, c'est la création de l'institut national du cancer, InCa.

Les grands axes sont:

Prévention de la mesure 1 à la mesure 20

Dépistage de la mesure 21 à 28

Des soins de meilleure qualité centrés autour du patient: Mesure 29 à 38

Améliorer l'information des patients : Mesure 39 à 41

Développer les outils radios et leur accès à tous : Mesure 44 à 53

Un accompagnement social plus humain et plus solidaire: Mesure 54 à 60

Une formation plus adaptée : Mesure 61 à 65

La recherche : Mesure 66 à 70

Les mesures concernant notre sujet sont :

Mesure 31 : Chaque patient doit pouvoir bénéficier d'une concertation pluridisciplinaire dans un réseau. La concertation doit synthétiser le parcours de soins du patient et figurer dans un programme personnalisé de soins (PPS), remis au patient. Celui-ci doit faciliter la transmission des informations entre spécialistes et MG, il doit identifier le réseau et le médecin référent du patient. C'est la mise en place du « dossier médical communiquant » (DCC) en cancérologie

Mesure 32 : Elle instaure la RCP et le programme de soins personnalisé, avec contact privilégié entre le patient et son médecin de référence. C'est la création de réseaux régionaux de cancérologie (3C, centre de coordination en cancérologie, ou cancéropôles) avec structure identifiée au sein de chaque établissement. Toute prise en charge d'un nouveau patient doit se faire dans le cadre d'un réseau.

Mesure 33 : Son application doit organiser la participation des médecins généralistes, membres d'un réseau de cancérologie, à la concertation pluridisciplinaire. Elle doit promouvoir une meilleure insertion des MG au sein des réseaux de cancérologie.

Mesure 34 : proposition de téléconférence ou de visioconférence pour intégrer les libéraux en général, dans les RCP.

B. Le plan Cancer 2009-2013 :

Il se compose de 30 mesures s'articulant autour de 5 axes principaux. Les mesures sont développées en 118 actions.

Les 5 axes sont: La recherche, l'observation, la prévention et le dépistage, les soins, et vivre pendant et après un cancer. 6 mesures phares sont tirées des axes principaux comme la mesure 18 tirée de l'Axe soin : Faire bénéficier au moins 80% des patients atteints de cancer d'un programme de soins personnalisé en y impliquant systématiquement le médecin traitant (MT).

Le plan s'appuie sur la loi HPST (hôpital patient santé territoire) qui a été adoptée en 2009 (5) pour favoriser la coordination des soins. Le médecin traitant y a un rôle de pivot. Le plan prévoit le développement du dossier communiquant en cancérologie (DCC), par le biais du dossier médical personnalisé (DMP). Ce DCC est considéré comme un outil de meilleure coordination entre ville et hôpital. Dans la mesure 18.3, le partage des données entre les professionnels de santé est évoqué.

C. Le plan Cancer 2014-2017 :

Il se compose de 17 objectifs opérationnels s'articulant autour de 4 grands axes, guérir plus de personnes malades, préserver la continuité et la qualité de vie, investir dans la prévention et la recherche, optimiser le pilotage et les organisations.

Ce plan met en avant la médecine personnalisée. Il prévoit l'amélioration de la coordination ville hôpital par l'informatisation des processus de soins en cancérologie. Le DCC devra être opérationnel en 2015.

Concernant notre sujet on notera :

Action 2.19 : Mobiliser les outils numériques pour améliorer la coordination ville hôpital (DCC, DMP, service de messagerie sécurisée, accès des MG ou des pharmaciens libéraux aux données hospitalières comme le dossier médical, les données de la pharmacie de l'hôpital).

Action 2.20 : Donner la possibilité à l'équipe de premier recours de participer à la constitution des documents type DCC.

Action 2.21 : Développement de la télémédecine (surtout en outre mer).

Nous pouvons donc dire que les différents plans Cancer ont formalisé le processus de soins des patients atteints de cancer. Dans ce contexte, la RCP apparaît comme une pièce maîtresse du processus par l'application de la circulaire du 22 Février 2005 qui a rendu obligatoire le passage du dossier de chaque patient atteint de cancer dans cette réunion (6). L'organisation pluridisciplinaire des soins se faisait déjà auparavant, sous l'aspect de comités pluridisciplinaires (7) mis en place par les directeurs des Centres de lutte contre le cancer.

Selon le glossaire du site e-cancer, la RCP est « une réunion entre professionnels de santé où se discutent les traitements proposés à un patient, l'évaluation de la qualité de vie qui va en résulter pour le patient et l'analyse des bénéfices et risques qu'il encourt. Ces réunions comprennent en général un chirurgien, un oncologue, un hématologue, un pathologiste et un radiothérapeute. Lors de ces réunions, une proposition de traitement est élaborée et sera expliquée au patient. »(8)

Après avoir été formalisée sur le plan national, la RCP s'organise localement.

II. La réunion de concertation pluridisciplinaire dans le Boulonnais

Au niveau du littoral du Pas de Calais, c'est le réseau Oncolittoral (9) qui prend en charge les patients atteints de cancer. C'est une association à but non lucratif entre les différents établissements de santé de Saint Omer, Boulogne sur Mer, Calais et Montreuil sur Mer. Oncolittoral associé à Oncologie Dunkerque réalisent ensemble la concertation pluridisciplinaire du bassin littoral. Elles fonctionnent sur la même base de données, en interaction avec les trois centres de coordination en cancérologie (CCC d'Oncologie Dunkerque, des trois Caps, et du Littoral).

Sur le site internet d'Oncolittoral (9), il est possible d'envoyer une fiche, sur le dossier d'un patient pour qu'il soit présenté en RCP. On peut y noter ses antécédents médicaux, familiaux, sa pathologie actuelle, son échelle OMS. Son médecin rapporteur, c'est à dire le médecin présent lors de la RCP doit être précisé. Il est dissocié du médecin référent, considéré comme le médecin qui annonce, qui prend

en charge le cancer et son traitement, même si celui-ci est parfois le même (annexe 2).

Les données présentes sur le site d'Oncolittoral indiquent que les RCP ont démarré en 2003, avec un nombre croissant de dossiers présentés depuis lors. Les RCP sont organisées de manières hebdomadaire, mensuelle ou bimensuelle, et l'ordre du jour est fonction de la spécialité d'organe afin qu'une seule spécialité d'organe soit abordée au cours de la réunion. Elles se tiennent dans chaque établissement de soins certifié en cancérologie dans chaque ville du réseau. Le quorum médical est constitué le plus souvent de trois médecins de spécialités différentes comme recommandé par l'HAS(10). Il est indiqué que la présence du médecin traitant était sollicitée mais pas obligatoire.

Au cours de mon stage d'internat de médecine générale dans le Boulonnais, je n'ai pas eu l'occasion d'assister à une RCP. J'ai parfois eu l'impression que les MG avec qui j'ai eu la chance de travailler, n'avaient pas la main sur la prise en charge de leurs patients atteints de cancer. Bien souvent, je pensais qu'ils suivaient leurs patients par les courriers des spécialistes. Certaines situations cliniques m'ont profondément marqué, notamment celles où le médecin généraliste ne pouvait pas donner son avis. En effet, le MG n'intervenait pas dans la décision du traitement ou de ses modalités.

III. Objectifs de la présente étude

Nous nous sommes donc interrogés sur ce que pensaient les médecins généralistes de la RCP en général et ce qu'ils pensaient de leur implication. L'objectif de notre étude était d'évaluer la participation des médecins traitant (MT) aux RCP. Dans un second temps, nous avons voulu savoir quelles pistes d'amélioration possibles les MT proposaient pour leur permettre de participer davantage aux RCP.

MATERIELS ET METHODES

I. Méthode : La recherche qualitative

La recherche qualitative a d'abord été utilisée par les anthropologues et les sociologues dans les années 1920. Après la seconde guerre mondiale, elle a été développée dans le domaine du marketing, pour connaître les opinions des consommateurs (11). Elle fait son apparition en recherche médicale, dans les années 1990, surtout orientée vers les thèmes en rapport avec les sciences humaines et sociales. Elle est particulièrement adaptée quand il s'agit de décrypter des phénomènes ou des comportements, difficilement quantifiables. La recherche qualitative permet d'explorer le comment et le pourquoi, au contraire de la recherche quantitative qui explore des données statistiques et teste une hypothèse. Ces deux méthodes ne sont pas en opposition mais sont complémentaires, l'une produisant des théories, que peut tester statistiquement la deuxième.

Nous avons retenu cette méthode car elle était adaptée à notre question de recherche : Comment permettre aux MG de s'impliquer dans les RCP ? Cette étude nous a permis d'explorer les attentes et les représentations des médecins généralistes, les difficultés de prise en charge, les différents freins de participation des MG aux RCP. Elle nous a permis aussi de connaître des moyens d'implication possibles pour les MG et proposés par les MG afin qu'ils soient adaptés à leurs attentes.

II. Matériel : Les focus groups

Un « focus group » (FG) est un groupe d'expression qui permet de collecter des informations sur un sujet ciblé. C'est une technique de recherche qualitative dite semi-structurée (12). Le groupe doit se réunir dans un endroit calme, où l'on peut

s'entendre. Il est animé par un modérateur qui pose des questions semi-ouvertes selon un guide d'entretien, construit par l'observateur, qui est aussi l'investigateur de l'étude. L'observateur va se concentrer sur le non verbal du groupe, reconnaître le leader d'opinion et étudier la dynamique du groupe.

Pour constituer nos FG, nous avons cherché à recruter des médecins généralistes travaillant tous en rapport avec la RCP d'Oncolittoral. Ils reçoivent donc tous le même compte rendu de RCP, mais pas sous la même forme. Pour choisir les MG à inviter, nous nous sommes basés sur la liste des villes et villages dépendant de la maison médicale de garde du Centre Hospitalier de Boulogne sur Mer. Nous avons donc pris les Pages Jaunes et fait un listing. Le recrutement aux focus groups s'est fait par voie postale. Un courrier (annexe 2) a été adressé de manière nominative à 199 médecins généralistes, en deux vagues. Chaque vague de courrier proposait deux dates différentes. En réponse à la première vague de courrier, nous avons pu constituer deux FG. La deuxième vague, qui élargissait le périmètre des MG à inviter, mais toujours en rapport avec Oncolittoral, prévoyait aussi deux dates. Mais le nombre de réponses positives n'a permis de réaliser qu'un seul FG de plus.

Au total, trois focus groups ont pu être réalisés, deux dans une salle d'un restaurant à Wimereux, le dernier au cabinet d'un des médecins généralistes participant, à Etaples. Chaque focus group a été enregistré par audio et vidéo. Le consentement écrit de tous les MG présents a été obtenu pour les enregistrements (annexe 3). Le son a été enregistré par un dictaphone et sur ordinateur avec le logiciel Audacity (logiciel libre développé en 2000 aux Etats-Unis, pour la manipulation des données audio numériques, disponible sur audacity.sourceforge.net). L'enregistrement vidéo a été réalisé à l'aide d'un appareil photo. Toutes les données ont été rendues anonymes dans la retranscription.

Chaque focus group a répondu à un nombre similaire de questions, soit six questions, correspondant à un guide d'entretien, élaboré par l'auteur de cette étude qui a également observé les focus groups. Le guide d'entretien a évolué après le premier et le deuxième focus groups (annexe 4), certaines questions devant être reformulées pour une meilleure compréhension du groupe. Le modérateur posait les questions. Lors du premier FG, nous avons choisi un modérateur entraîné à la technique. Ensuite, le directeur de cette thèse a pris le relais pour être modérateur du FG2 et FG3.

Focus group N°1 : réunion du 23 Octobre 2013, à Wimereux, Verbatim en annexe CD (extrait du verbatim en annexe 5). 6 généralistes invités, 5 participants (MG01 à MG05), un désistement de dernière minute, deux observateurs (moi-même et mon directeur de thèse, Dr J.P Delpierre) et un modérateur (Dr D. Deleplanque, maître de conférences associé en médecine générale).

Focus group N°2 : réunion du 06 Novembre 2013, à Wimereux, Verbatim en annexe CD. Sept invités, sept participants (MG06 à MG12), un modérateur (Dr J.P Delpierre, directeur de thèse) et une observatrice (moi-même).

Focus group N° 3 : Réunion du 12 Décembre 2013 à Etaples, Verbatim en annexe CD. Six invités, six participants (MG13 à MG18), un modérateur (mon directeur de thèse) et une observatrice (moi-même).

Tableau 1 : Caractéristiques des différents FG.

FG	Date	Emplacement	Intervieweur	Nombre de participants
FG1	23/10/2013	Restaurant le Centre, Wimereux	Dr Deleplanque	5 personnes
FG2	06/11/2013	Restaurant le Centre, Wimereux	Dr Delpierre	7 personnes
FG3	12/12/2013	Cabinet du Dr Deleplanque, Etaples	Dr Delpierre	6 personnes

Chaque participant au focus group a répondu à un questionnaire (annexe 6) précisant quelques éléments le caractérisant :

Tableau 2 : Caractéristiques des MG participant aux FG.

Individu	Ancienneté d'installation	Groupe d'âge	Mode d'exercice	Sexe
MG 01	De 20 à 30 ans	De 50 à 60 ans	Semi rural	homme
MG 02	Plus de 30 ans	Plus de 60 ans	Semi rural	homme
MG 03	De 20 à 30 ans	De 50 à 60 ans	Urbain	homme
MG 04	Plus de 30 ans	Plus de 60 ans	Urbain	homme
MG 05	De 20 à 30 ans	De 50 à 60 ans	Urbain	homme
MG 06	De 20 à 30 ans	De 50 à 60 ans	Urbain	homme
MG 07	De 10 à 20 ans	De 40 à 50 ans	Urbain	femme
MG 08	Moins de 10 ans	De 30 à 40 ans	Semi rural	homme
MG 09	De 20 à 30 ans	De 50 à 60 ans	Urbain	femme
MG 10	De 20 à 30 ans	De 50 à 60 ans	Semi rural	homme
MG 11	De 20 à 30 ans	De 50 à 60 ans	Semi rural	femme
MG 12	De 20 à 30 ans	De 50 à 60 ans	Urbain	homme
MG 13	De 20 à 30 ans	De 50 à 60 ans	Semi rural	homme
MG 14	De 10 à 20 ans	De 40 à 50 ans	Urbain	homme
MG 15	De 10 à 20 ans	De 40 à 50 ans	Rural	homme
MG 16	De 20 à 30 ans	De 50 à 60 ans	Rural	homme
MG 17	De 20 à 30 ans	De 50 à 60 ans	Semi rural	homme
MG 18	Moins de 10 ans	De 30 à 40 ans	Semi rural	femme

Pour la transcription des différents verbatim, nous avons donné un titre (MG 01 à MG 18) en fonction de l'ordre de parole du médecin dans le groupe. Le MG01 est donc le premier médecin à avoir pris la parole dans le FG1, et ainsi de suite.

J'ai effectué la transcription complète de chaque discussion de groupe en verbatim (annexe CD). Celle-ci a été réalisée selon une convention de Mickaël Billig (13), qui permet de retranscrire le non verbal de la réunion, en marquant les temps de pause, les renforcements de voix, les moments où les participants se coupent la parole, etc. Par ailleurs, la transcription se fait mot à mot, et note les hésitations, les bruits de gorge, etc.

Concernant la dynamique des différents groupes :

FG1 : Un participant plus effacé que les autres, pas de leader d'opinion dans le groupe, temps de parole équivalent entre les participants.

FG2 : Une participante plus effacée que les autres, pas de leader dans le groupe, mais le MG 08 a eu un temps de parole plus long que les autres.

FG3 : Un participant plus effacé que les autres, pas de leader dans le groupe, temps de parole équivalent entre les participants.

RESULTATS

Les résultats ont été obtenus par une analyse thématique de contenu. Il s'agit d'analyser le verbatim et de le découper en occurrences, ou codes. Le découpage en codes a été réalisé avec l'aide du logiciel N'Vivo. Les codes rassemblés entre eux permettent de dégager des catégories de codes, afin d'en déduire des thèmes. Comme le précise L. Bardin dans son livre « l'analyse de contenu » (14), (2003, p.137), « faire une analyse thématique consiste à repérer des noyaux de sens qui composent la communication et dont la présence ou la fréquence d'apparition pourront signifier quelque chose pour l'objectif analytique choisi ».

Il y a eu triangulation des données, c'est-à-dire double analyse des données, par l'investigatrice et un interne, n'ayant pas pris part à l'étude (extrait des résultats en annexe 7 et annexe CD). Le but de la triangulation des données est de donner de la validité interne à l'étude. Cette méthode permet de confronter les résultats obtenus par deux démarches distinctes, afin de les comparer, de dire que les observations sont crédibles et que les résultats sont reproductibles(12).

Pour illustrer ces résultats, nous citerons des passages de verbatim, avec comme marqueurs : F1, 2 ou 3 correspondant au FG auquel appartient le médecin (M 1 à M18) qui aura été cité. Nous nous attacherons à citer plusieurs médecins de FG différents, mais sans exhaustivité toutefois. Il faut noter que dans l'analyse thématique, toute idée est intéressante. Il n'y a pas de recherche de fréquence des résultats comme il pourrait y avoir dans une recherche quantitative (11).

I. A chacun sa compétence, les médecins généralistes sont peu formés à l'oncologie :

➤ Le premier résultat est que l'hypothèse de départ a été vérifiée : les médecins généralistes ne participent pas aux RCP d'oncologie. Ils ont déclaré n'avoir jamais participé à une RCP dans le cadre de leur exercice.

F1, tout le monde: « *Non, Non* » F2, tout le monde : « *Non* » F3M18: « *Pendant mes études, pas depuis* »

Un seul a déclaré avoir été invité: F1M1 : « *J'ai été invité deux fois avec insistance mais c'est à 18h30* »

➤ Il y a une réelle méconnaissance du déroulement d'une RCP :

F1M5 : « *C'est ce que j'en ressors, je ne sais pas si c'est la vérité mais j'ai l'impression que ça doit aller très vite* » F2M10 : « *je sais pas quand ça a lieu, je sais pas où ça a lieu* » F1M4 : « *Je sais pas combien de temps ça dure* » F3M16 : « *c'est une bonne question d'ailleurs, j'aimerais bien que tu y répondes parce que je me suis souvent posé la question, mais comment ils font, ils se retrouvent vraiment tous ensemble ?* »

➤ Un seul MG en l'occurrence, connaît le déroulement d'une RCP par le biais des études : F3M18 « *Oui à la fac, quand on était dans des services spécifiques* »

➤ En majorité, les MG ont confiance dans le verdict rendu par la RCP :

F1M1 « *j'ai plutôt tendance à faire confiance... Je me vois mal les remettre en cause* » F2M9 : « *Voilà...On leur fait confiance* »

➤ La compétence du MG est de connaître le domaine psycho-social du patient :

F2M8 : « *le boulot du généraliste s'il, je pense, s'il a sa place c'est justement plutôt dans le contexte psychosocial et de la connaissance de l'histoire du patient et de ses, et de son avis avant sa maladie et pendant sa maladie et son recueil de données* »

F2M12 : « *On aurait éventuellement la compétence connaissant le patient et son environnement pour dire si un traitement de chimiothérapie ou de chirurgie, compte tenu de l'âge et de l'état général du patient peut être envisagé dans de bonnes conditions* ».

F3M16 : « *Enfin honnêtement ce n'est pas de notre compétence non plus, ce n'est pas à nous de décider ce qu'on va faire comme protocole* »

➤ Le MG n'est pas assez compétent ou perd sa compétence pour éclairer le patient sur les choix thérapeutiques :

F2M12 : « *la décision, même si elle a été prise, nous échappe complètement*»

F2M8 : « *C'est quand même une spécialité qui évolue beaucoup où les protocoles changent régulièrement, et c'est vrai que j'ai beau être jeune, je ne me sens pas spécialement à l'aise pour dire bah non, non, là on arrête quoi* »

➤ Le MG est en première ligne sur les effets secondaires des chimiothérapies

F3M14 : « *parce que quand il y a des effets indésirables souvent c'est nous qui allons être appelés en première intention* »

➤ Le MG qui ne connaît pas les modalités des traitements en oncologie peut se retrouver en difficultés face à son patient.

F1M1 : « *Tu vois on ne sait pas, on a l'air de quoi quand on nous demande où est ce que je vais la faire ?*»

➤ Les protocoles de chimiothérapies sont complexes, les effets secondaires en sont, pour la plupart du temps, inconnus : F2M12 : « *C'est vrai que les protocoles sont complexes* »

➤ C'est un travail long de se renseigner sur les chimiothérapies.

F2M12 : « *c'est vrai que c'est un travail long et fastidieux qu'on a pas forcément le temps de faire et que quand on est devant le fait accompli et devant les effets indésirables où là on est bien obligé d'aller voir ce qu'ils ont eu*

dans leur chimio et si c'est tel ou tel produit qui donne un effet, si c'est un effet de l'angoisse, ou si c'est un effet de leur cancer qui évolue »

F2M8 : « *On n'a pas le temps et puis dans notre temps de consultation on est plus dédié dans l'accompagnement psychologique du patient, que d'aller s'amuser à lire la liste des effets indésirables de chaque produit »*

II. Types de difficultés rencontrées par les MG dans la prise en charge des patients atteints de cancer :

- L'absence de référent clair:

F3M18 : « *C'est vrai que ça manque peut être d'interlocuteurs fixes »* F2M6 : « *c'est clair qu'on n'a pas, là on n'a pas de référent »*

F2M8 : « *pour les compte rendus il y a chose qui est ressortie quand même qu'il faut bien qu'on note, c'est d'avoir un référent ».*

- Le fait de ne pas être vu par le même spécialiste en consultation choque certains patients. F3M16 : « *Ça, ça perturbe beaucoup les patients »*

- Le spécialiste présent à la RCP n'est pas forcément le médecin du patient ou celui auquel on a adressé le patient. F2M10 : « *Pas toujours. Tu retrouves un gastro mais pas toujours le gastro à qui tu as envoyé ».*

- C'est pourtant le mode de fonctionnement d'autres services : F2M6 : « *Les anesthésistes par exemple fonctionnent comme ça »*

- On note une amélioration de la prise en charge des patients grâce à l'hospitalisation à domicile (HAD) : F2M6 : « *je trouve que depuis un an ou deux ça, ça a été un réel progrès. »*

➤ Mais il reste quelques difficultés dans la prise en charge des patients en fin de vie : F2M12 : « *on peut pas dire que l'acharnement est toujours du côté des médecins* »

➤ Et des difficultés d'information des patients ou de leurs familles :

- Selon les MG, deux consultations distinctes seraient nécessaires entre annonce diagnostique et choix thérapeutique : F3M18 : « *Donc souvent ils ont déjà prévu la consultation d'annonce thérapeutique après. C'est peut être pas le cas tout le temps* »

- Divergence entre le choix du patient et la thérapeutique recommandée en RCP : F1M1 : « *Depuis la directive anticipée moi j'ai 2 personnes qui avaient fait des directives anticipées en disant de toute façon si j'ai un cancer je ne veux pas de chimio et la RCP a prononcé chimio* »

- Parfois le patient ou sa famille insiste pour un traitement injustifié : F2M12 : « *je pense que un certain nombre de patients et de famille de patients réclame des soins* »

- Parfois l'opposition du patient à une thérapeutique n'est pas fondée : F1M3 : « *on est confrontés par exemple régulièrement à des patients qui ne veulent pas ça ou qui ne veulent pas ça, et ce qu'ils ont, euh, très souvent c'est des oppositions qui ne sont pas fondées* »

➤ Une discussion est nécessaire entre le spécialiste et le MG pour les options thérapeutiques :

- Parfois il y a divergence entre l'avis du MG et celui du spécialiste : le spécialiste peut proposer des thérapeutiques superflues pour des raisons médico-légales : F2M6 : « *pour des questions, des raisons médico-légales, je pense qu'il est amené à proposer des protocoles qui sont superflus* »

- Faire déplacer le patient cancéreux pour des traitements ou un avis sans l'avis du MG : F2M11 : « *ils veulent tout faire sur Lille, même si le patient est usé, fatigué, quitte à le faire déplacer on le fait déplacer jusque Lille : et ça c'est profondément inhumain* ».

➤ Le cancer concerne parfois la famille ou les amis du MG : F1M1 : *« l'exemple de quelqu'un qu'on connaît bien »*

➤ Le patient sort avec un classeur de soins et son protocole mais il n'est jamais rempli : F3M14 : *« C'est comme le livret qui est remis, là, 3C. Tu as un vague diagnostic au départ et après. En terme de suivi ça t'échappe complètement, c'est jamais rempli »*

➤ Il y a un véritable manque de communication entre spécialistes et MG, ou entre spécialistes :

- Le délai de réception des informations est long: F2M12 : *« on n'a pas forcément les courriers dans les délais »*

- Des difficultés à faire la synthèse entre les différents intervenants et même dans la coordination entre les intervenants : F2M8 : *« des fois on se retrouve à devoir faire la coordination au sein de l'équipe du CHU parce qu'entre eux ils n'ont pas de... il n'y a pas de contact, il n'y a pas de courrier qui passe ».*

- Le MG a son réseau de spécialistes sauf avec les oncologues : F3M16 : *« Les oncologues on les voit jamais »*

- Le MG doit se perfectionner dans la communication avec les spécialistes : F2M6 : *« mais nous aussi on est certainement perfectibles dans le domaine de la communication »*

- Méconnaissance du calendrier de suivi des patients atteints de cancer : F3M13 : *« notre première difficulté c'est déjà de connaître le calendrier de suivi et de prise en charge de nos patients »*

➤ Il n'y a pas le choix pour le patient atteint de cancer de son réseau de prise en charge : F2M8 : *« on n'a pas le choix puisque de toute façon on rentre dans un système, dans un créneau, dans une sorte de réseau où dès lors qu'on est attend d'une certaine pathologie et bah boum, il n'y a pas le choix »*

- Certains patients sont perdus de vue : F2M8 : « *Là, j'ai pas de nouvelles et au bout d'un mois et demi je reçois qu'elle a été opérée, chimiothérapie et c'est lancé, c'est parti, quoi* »

- Pour les problèmes aigus, les oncologues sont disponibles facilement par téléphone : F2M12 : « *quand j'ai besoin d'un avis sur une fin de vie ou sur une prise en charge de la douleur ou d'un symptôme, j'arrive toujours à obtenir par téléphone un renseignement* ».

- Il existe par ailleurs des problèmes d'annonce diagnostique :
 - Brutalité de l'annonce du diagnostic ou des complications, qui s'explique peut être par une méfiance sur le plan médico-légal : F1M3 : « *souvent l'annonce est très brutale* »
 - Difficultés dans la prise en charge psychologique des patients dans la suite de l'annonce : F2M5 : « *la gestion de la suite surtout au niveau psychologique* »
 - La chance c'est que le MG soit présent pendant l'annonce diagnostique : F3M13 : « *Mais ça c'est coup de bol !* »

III. Conditions d'une annonce diagnostique :

- C'est le spécialiste qui annonce : F2M9 : « *de plus en plus le spé annonce* »

- L'annonce doit se faire au cas par cas : F1M3 : « *c'est une question d'individu* »

- Pour certains, le MG devrait faire l'annonce de cancer : F3M14 : « *le rôle ça serait celui du médecin traitant, que d'annoncer le diagnostic* »

➤ Le patient a besoin de temps et d'informations différentes pour donner son avis éclairé : F2M8 : « *des allers retours et des informations en plusieurs fois c'est quand même le meilleur moyen pour le patient ait le temps de s'approprier l'information* »

➤ Parfois le MG annonce le diagnostique avant la consultation spécialiste : F2M6 : « *c'est nous qui annonçons quand même...avant la consultation d'annonce* »

IV. Perceptions de la RCP par les MG à l'heure actuelle :

➤ Négatives :

- Absence de référent clair (cf. type de difficultés de prise en charge)
- Impersonnel, rapide : F3M13 : « *C'est robotisé* ».
- Mais long : F2M6 : « *ça doit être très chronophage* »
- La RCP n'offre qu'un seul choix thérapeutique : F1M1 : « *une deuxième ligne qui n'était pas en RCP* »
 - L'avis du patient est exclu de la RCP mais peut être il n'y a pas sa place: F1M3 : « *Enfin j'veux dire...Est ce que le c'est le rôle de la RCP de tenir compte de ce que veut le patient ?* »
 - Pour les MG, les oncologues méconnaissent la personnalité du patient : F3M18 : « *c'est vrai que sur un quart d'heure de consultation ils peuvent pas se faire une idée de savoir un peu* »

➤ Positives :

- La RCP est bénéfique, entre autres elle évite le nomadisme : F1M3 : *« je trouve ça plutôt un progrès »*.
- La RCP comme moyen de coordonner les différents intervenants : F2M8: *« elle est censée être là pour coordonner la décision de prise en charge »*
- La RCP comme moyen de formation : F1M1 : *«c'est un moyen d'apprendre »*.
- La RCP est une décision collégiale, elle suit un protocole. La collégialité est rassurante pour le patient comme pour le médecin : F2M10 : *« oui oui, est bien c'est bien que ce soit le collège qui décide par ce que justement c'est un truc déjà assez compliqué »*.
- Parfois et à la surprise des MG, il y a peu de temps entre diagnostic et RCP : F1M5 : *« J'ai été surpris que ça aille aussi vite d'ailleurs »*.
- La RCP est un débat parfois animé entre spécialistes : F1M1 : *« Donc on voit bien que c'est pas des décisions arbitraires, chacun défend un peu son bout de gras »*.
- La RCP est une proposition thérapeutique : F1M5 : *« proposition qu'ils donnent, après ça se discute avec le patient éventuellement »*.
- La RCP c'est nouveau : F1M3 : *« J'ai connu une époque où y avait pas ce genre de réunions »*.
- La RCP, c'est simple pour les spécialistes : F1M4 : *« ça doit être assez simple pour eux »*.

V. Modalités du compte rendu de la RCP :

- Une liste d'adjectifs pour définir la RCP, plutôt négatifs : abscond, lapidaire, insuffisant, brut, incompréhensible, sommaire, succinct, technique : F3M16 : *« un compte rendu aussi succinct soit-il »*.
- Des comptes rendus de RCP formatés au niveau national : F2M6 : *« partout en France on ait des protocoles conformes à la science»*.

- En majorité, il est reçu rapidement : F3M14 : « *Oui* ».
- Mais pas toujours : le délai est parfois long : F2M12 « *les informations n'arrivent pas à temps* ».
- Un compte rendu sous diverses formes : F1M1 : « *par papier* », F1M5 : « *par apicrypt* ».
- Pas de références bibliographiques dans le compte rendu de RCP : F3M17 : « *on ne connaît pas les référentiels sur lesquels ils se basent* ».

VI. Les caractéristiques d'une RCP idéale et de son compte rendu :

- Pour les MG, la RCP idéale comporte un médecin référent avec ces caractéristiques :
 - Il est le référent du patient, du dossier. Pour certains, il doit être présent à la RCP : F2M8 : « *l'idée ça serait que le patient, le médecin qui coordonne la prise en charge du patient soit quand même présent à la RCP et soit le médecin, le médecin entre guillemets, son référent* ».
 - C'est celui que l'on peut interroger sur la prise en charge médicale, celui qui assume la décision de la collégialité, il est le représentant de la RCP : F2M8 : « *qui a pris la décision, enfin, qui assume la décision pour le groupe* »
 - Pour d'autres, il n'est pas forcément présent physiquement à la RCP : F2M6 : « *même s'il a pas été à la réunion multidisciplinaire* ».
- La présence des MG aux RCP serait un point positif dans une RCP idéale : F2M11 : « *ça serait pas mal* ».
- La RCP idéale est préparée en amont, avec plus de communication : F2M6 : « *avec plus de communication* ».

➤ La RCP idéale, où le patient est présent semble difficile : son avis peut biaiser une décision de RCP, mais son avis est important : F1M3 : « *La RCP, je suis pas sûr qu'elle ait besoin forcément de, de l'avis du patient au moment de la réunion* ». F1M5 : « *dans le sens où ça éviterait si on demandait l'avis du patient avant, ça permettrait en réunion de discuter peut être plus efficacement, sachant qu'il veut pas une chimio ; que ça serait plus efficace* ».

➤ Le compte rendu idéal est détaillé. Il s'adjoint de pièces expliquant les effets secondaires des traitements, les modalités d'administration et de surveillance, il permet de connaître le pronostic : F1M1 : « *on met deux, trois pièces jointes, tel produit donne ça, tel produit donne ça, tel produit vous avez une fièvre vous donnez ça, tel produit vous l'envoyez à l'hosto* ». F2M5 : « *Qu'est ce qu'on aussi à espérer après* ».

➤ Rencontrer les correspondants aident à la confiance : F3M15 : « *C'est vrai que quand on connaît des intervenants c'est vrai moi je suis plus rassuré* ».

VII. Frein à la participation des MG aux RCP :

Nous avons déjà vu dans les résultats précédents que les MG n'étaient pas invités aux RCP, et donc qu'ils y étaient absents. Les autres freins sont :

➤ Acte non rémunéré actuellement : F1M3 : « *c'est pas un acte reconnu non plus* »

➤ Les MG ont évoqué un forfait affection longue durée (ALD), pour la prise en charge des patients atteints de cancer, mais en pratique ce forfait n'est pas utilisée par les MG : F3M14 : « *Ça c'est fait, ça existe encore mais en pratique c'est jamais sollicité par le médecin traitant parce que c'est dérisoire* ».

- Impossible d'être physiquement à la RCP à l'heure actuelle : F1M3 : « *c'est pas gérable* » ; F2M8 : « *individuellement c'est impossible à gérer* », F3M16 : « *c'est pas possible* ».

- Impossible d'organiser un ordre de passage : F2M3 : « *une heure de passage précise que tout le monde respecte et ça on sait très bien que c'est pas possible* ».

- Le déplacement, l'éloignement : F3M16 : « *je sais pas où est ce que je trouverai le temps d'aller à Boulogne* ».

- L'heure : F1M1 : « *A 18h30, je suis désolé, la plupart d'entre nous, nous sommes encore en consultation* » ; F1M3 : « *quelque soit l'heure, on peut pas être* ».

- Les modalités de la RCP ne sont pas transmises aux MG : F2M9 : « *Ils nous donnent pas les références, le lieu, l'heure* ».

VIII. Le rôle du MG est d'être le coordonateur de son patient :

F2M8 : « *le médecin traitant peut jouer son rôle de coordonnateur auprès du patient, d'information et de prise de décision* ; F2M9 : « *on est soi disant un pivot* ».

- Le MG fait le suivi de son patient au quotidien et donc le connaît bien : F1M5 : « *Nous on a la chance en général de les suivre depuis déjà pas mal de temps donc on les connait du point de vue humain* ».

- De plus les patients parlent plus facilement aux MG qu'aux spécialistes : F1M1 : « *il nous confierait des choses qui vont pas confier au gastro ou au radiothérapeute* ».

- Il doit expliquer après le spécialiste et doit parfois convaincre son patient : F1M2 : « *C'est à peut être à nous, à le convaincre* »
- Pourtant, en Oncologie, le MG a l'impression de perdre la main sur la prise en charge de ses patients : F3M17 : « *On se pose même la question quelle est notre place je veux dire, dans le circuit* ».

IX. Une participation des MG aux RCP est un plus:

- Fierté d'avoir été invité à une RCP pour son patient : F1M1 : « *C'est génial de proposer* ».
- La médecine générale pour bousculer les protocoles d'oncologie : F2M8 : « *d'avoir un pied de la médecine générale dans ça, ça peut poser aussi des questions* ».
- La participation à la RCP comme acte d'empathie : F3M18 : « *affectif* ».
- La participation des MG aux RCP serait un plus dans les compétences du MG : F1M4 : « *Ah oui ça serait bien oui* ».
- La participation des MG aux RCP :
 - permettrait d'expliquer au patient : F1M4 : « *Si ça peut permettre de leur expliquer* ».
 - pourrait se faire à la demande du patient : F1M3 : « *la demande peut venir aussi du malade* »
 - apporterait un côté plus humain : F1M5 : « *Donner un aspect un peu plus humain* » ; F3M13 : « *humanisons les RCP* ».

- comme représentant du patient : F1M5 : « *On serait peut être un peu un représentant du patient* ».
 - leur permettrait de donner leurs avis ainsi que l'avis du patient : F3M16 : « *Notre rôle est juste de donner un avis sur le patient pour que le protocole qui soit choisi soit le plus adapté au patient en question* » ; F3M18 : « *Et notamment pour relayer notre opinion globale, même de la famille* ».
- La RCP comme moyen de formation : F1M4 : « *Former sur le tas* » ; F3M18 : « *et puis je pense aussi qu'après c'est parce qu'on est exclu, si on y était mêlé plus souvent à ces discussions là on s'y connaîtrait un peu plus aussi peut être* ».

X. Conditions de participation des MG aux RCP :

- Les conditions seraient:
- Une question de motivation : F1M5 : « *c'est avant tout une question de motivation* ».
 - La participation pourrait se faire en fonction du cas : F1M5 : « *oui selon les cas* » ; F2M6 : « *donner notre avis à un moment donné quand ça paraît nécessaire* ».
 - Si l'acte est rémunéré ou reconnu : F2M8 : « *si on veut faire un truc pérenne et sérieux il faut qu'il y ait un budget* ».
 - Une participation déclarée à l'Ordre des médecins, en FMC : F1M1 : « *En DPC que ce soit reconnu comme formation médical continue* ».
 - Si c'est rapide : F3M13 : « *Si ça me prend un quart d'heure* ».
 - Demande un investissement de formation : F2M12: « *Des compétences en cancérologie* ».
- Les MG seraient motivés pour participer à la RCP s'il connaît l'heure de passage du dossier de son patient : F1M5 : « *Ouais, moi ça me plairait, d'essayer* » ; F2M8 : « *faut une heure de passage précise* ».

- Le MG serait motivé pour participer aux RCP de ses patients : F1M2 : « *discuter de nos patients* ».
- Mais, pour certains, il n'y a que peu d'intérêt d'être physiquement à la RCP car cela concerne peu de patients : F3M18 : « *nous on est intéressés que par un dossier* ».
- Mais pour cela, il faut que les spécialistes aient envie d'inviter les MG aux RCP : F1M1 : « *Je serai content aussi d'avoir l'avis des spécialistes, est ce qu'ils seraient si heureux que ça de nous avoir dans leurs pattes* ».

XI. Différentes formes de participation des MG aux RCP :

- La participation d'un ou plusieurs MG formés pour représenter les MG : F2M8 : « *pour aller faire acte de médecine générale au sein de la RCP* » ; F3M14 : « *pourquoi pas imaginer un relais généraliste* ».
- L'avenir de la médecine générale est l'organisation en pool de médecins compétents : F2M6 : « *l'avenir est, ça sera probablement le regroupement, les pôles de santé* ».
- Ce Pool de MG formés dans plusieurs domaines permettrait de faire l'interface avec d'autres MG : F3M18 : « *comme relais de l'information* »
- LA RCP au cabinet du médecin généraliste : F3M13 : « *ça serait aussi l'intérêt d'avoir une maison de santé pluridisciplinaire, on pourrait faire les RCP chez nous* ».

➤ Les autres moyens par visioconférence ou téléphone : F1M1 : « Un Skype » ; F3M13 : « ou un petit coup de fil de la part d'un des membres de la RCP, pour qu'on puisse donner l'information qu'on a envie de donner ».

➤ Une pré-invitation ou courrier réponse ou site internet pour donner son avis : F1M3 : « invitation à la RCP et pouvoir mettre une réponse » ; « en technique, encore une fois informatique, en disant, bah là sur ce cas là, en amont, je m'invite, je voudrai participer »

- Pour savoir ce qui a été dit : F3M13 : « parce que j'ai su ce qu'il avait dit précisément ».

- Savoir si l'annonce a été faite : F2M9 : « qu'on soit prévenu s'il y a une annonce détaillée qui a été faite au patient ».

DISCUSSION

Par l'analyse thématique du contenu, expliquée plus haut, voici les thèmes que nous retenons pour notre étude :

I. Discussion et Analyse

A. La méconnaissance de la RCP par les médecins généralistes :

Le premier élément apparaissant dans nos résultats est la méconnaissance de la RCP par les MG : méconnaissance de son déroulement, de ses modalités (notamment le lieu de la réunion, sa durée, la rémunération éventuelle, l'inclusion ou non dans leur temps de travail). De nombreuses questions sont apparues : est-il possible de ne pas aboutir à une décision ? Des membres d'une équipe de soins palliatifs sont-ils présents ? Les MG sont-ils plus impliqués à l'étranger, comme le Canada ou les Pays Bas? Les participants des trois groupes ont soulevé plus d'interrogations que d'affirmations, se tournant vers l'observatrice afin d'obtenir des réponses. Les MG ont en effet rarement participé à une RCP.

B. La RCP idéale se prépare en amont avec un référent identifié

Les MG souhaiteraient être informés de la présentation d'un dossier d'un patient en RCP, être invités à participer à la réunion et pouvoir indiquer leur avis quant à la décision thérapeutique à prendre, en cas de situation litigieuse. Ils aimeraient également pouvoir communiquer une information méconnue par les spécialistes paraissant essentielle pour l'appréciation de la situation globale du patient et permettant donc de déterminer la conduite à tenir. L'invitation à la RCP pourrait être reçue par informatique. La réponse pourrait se faire sur un site internet. L'avis du médecin généraliste du patient paraît dans tous les cas important, et en

particulier dans les cas complexes. Le médecin référent pourrait en informer la RCP en cas d'absence du MG.

Le médecin référent est le référent du MG, avec qui celui-ci peut communiquer notamment en cas d'interrogations sur la prise en charge médicale. C'est aussi le référent de la RCP, « celui qui assume la décision » collégiale, qui en est le représentant, et qui peut donc expliquer au MG le traitement qui va être instauré.

Pour certains, il est inutile qu'il soit à la RCP. Mais pour d'autres, s'il est référent de la collégialité, il doit avoir participé à la prise de décision.

Le rôle du référent est de servir d'interface entre les autres médecins du patient. Pour cela le référent peut être spécialiste ou généraliste : un référent spécialiste avec qui le MG va pouvoir communiquer facilement, ou un généraliste qui pourra relayer l'information à ses collègues spécialistes, et qui serait le porte-parole de ses confrères.

C. Le compte rendu de la RCP idéale est détaillé

Ce serait un compte rendu plus long et donc plus détaillé que celui que nous recevons actuellement. Il devrait comporter plus d'informations sur les modalités des traitements proposés par la RCP (par exemple en cas de radiothérapie, le rythme et le nombre de séances) ainsi que sur leurs effets secondaires. Les MG souhaiteraient également une information écrite indiquant les modalités de surveillance des traitements, la conduite à tenir en cas de problème aigu, ou encore les causes d'un report éventuel d'une chimiothérapie. Certains confrères apprécieraient la présence d'une référence bibliographique annexée au compte rendu de RCP permettant d'obtenir des informations quant au protocole choisi, son bénéfice attendu et ses effets secondaires. La majorité des MG y voient également un intérêt de formation en Oncologie.

D. Des propositions d'amélioration de la participation des généralistes à une RCP :

1. Des moyens physiques :

Certains MG aimeraient participer physiquement à la RCP. Mais cela semble peu réalisable à l'heure actuelle, malgré une réelle motivation des MG, par défaut d'organisation et de compatibilité des emplois du temps ville/hôpital. Afin que le MG participe à la RCP, il devrait connaître l'heure précise de la présentation du dossier du patient. Le MG pourrait alors y participer par visioconférence ou par téléphone au moment de la présentation du dossier, un rendez-vous étant préalablement pris et noté dans l'agenda du MG, permettant une précieuse économie de temps.

La présence d'un représentant de médecine générale, plus compétent en Oncologie et faisant partie d'un pool de MG, permettrait également d'impliquer le MG dans les RCP, réalisant un relais de l'information auprès de ses confrères. Il pourrait, par la même occasion, répondre à des questions de médecine générale au cours des RCP et pourrait jouer un rôle d'interface entre les différents médecins du patient.

Enfin les MG ont imaginé une délocalisation de la RCP au sein même cabinet du MG, dans une maison médicale, ou « centre de soins primaires ». En effet la médecine générale semble à l'avenir s'organiser en maisons médicales dans lesquelles certains MG pourraient avoir des compétences dans certaines spécialités comme l'Oncologie.

2. Des moyens de donner leurs avis

S'impliquer c'est donner son avis, dans son champ de compétence. Les MG interrogés savent que leur compétence est dans le domaine psycho-social du patient et son environnement. Ils savent qu'ils n'ont pas les compétences pour donner leur avis sur la décision thérapeutique, qu'ils ne remettent pas en cause d'ailleurs. Ils ont confiance dans la proposition thérapeutique issue de la RCP. Mais ils pensent que leur présence pourrait y apporter un côté plus humain. Connaissant la personnalité du patient, son environnement, ses volontés, ils peuvent apporter leur

expertise de médecine générale, le patient se confiant plus naturellement aux MG qu'aux spécialistes. Ils comprennent aussi que cette expertise n'est pas toujours nécessaire. L'invitation, précédemment décrite, permettrait donc aux MG de donner leurs avis si nécessaire, leur permettant de participer à la décision prise en RCP.

3. Une participation sous conditions

Pour les MG, un acte non reconnu n'est pas valorisant, et ne motive pas. La reconnaissance de l'acte, c'est-à-dire la présence d'un MG à une RCP, pourrait se faire sous forme de rémunération, comme un acte en tant que tel ou par le biais de la FMC. Il semble important aussi que le cas du patient pose question. Le MG apportera alors une information nécessaire et utile à la RCP concernant son propre patient avec lequel il entretient une relation privilégiée. Certains MG émettent en effet des doutes quant à la présence d'un généraliste, ne connaissant pas les patients, à la RCP. Enfin, il serait nécessaire que les spécialistes souhaitent la participation des MG qu'elle soit physique ou non. Dans tous les cas, la participation des MG aux RCP ne peut être que bénéfique pour le patient et le MG.

E. La RCP, un véritable atout dans la prise en charge des patients atteints de cancer

La RCP est récente pour les MG interrogés. Elle est avant tout rassurante pour le médecin, le patient et sa famille. La décision collégiale est gage de validité. Le fait que les protocoles soient nationaux est un argument de plus. La RCP a d'ailleurs été qualifiée de progrès en médecine, de même que prise en charge par l'HAD. Malgré tout, les problèmes de l'annonce diagnostique, de l'information du patient et de sa famille et de la communication ou coordination entre les intervenants

médicaux persistent. Les MG reconnaissent une part de responsabilité dans les problèmes de communication avec les spécialistes.

F. Dans tous les cas le patient reste au centre

Les médecins généralistes souhaiteraient être coordonnateurs, et cela dans l'intérêt de leurs patients. Ils ont l'impression d'être délaissés dans leurs prises en charge en Oncologie. Alors que selon eux, ils devraient « être signataires de toutes les informations qui concernent le patient depuis le biologiste jusqu'au radiologue, jusqu'au spécialiste ». Ils devraient faire la synthèse des différents intervenants. Ils souhaitent jouer leur rôle de pivots et pensent avoir une place dans la prise en charge des patients atteints de cancer, une place qui reste, selon eux, encore à préciser.

II. Discussion des résultats

Les résultats sont l'expression des attentes de MG du Boulonnais face à la RCP. En effet, la méthode des FG permet de collecter des idées sur un sujet précis. Nous avons répondu à notre question de recherche en proposant des moyens d'amélioration de la RCP ainsi que des possibilités d'implication des MG aux RCP. Nous ne nous attendions pas à découvrir que les MG ne connaissent pas le déroulement ainsi que les modalités d'une RCP. Nous sommes par ailleurs satisfaits de voir que le sujet les a intéressés, chaque groupe de discussion ayant duré environ une heure trente. Le sujet leur a permis de s'interroger sur leurs pratiques. Nous avons aussi pu constater qu'ils étaient motivés à s'impliquer davantage.

Nous avons vérifié avant d'entreprendre l'étude, que celle-ci n'avait pas déjà été réalisée. Nous avons effectué notre recherche bibliographique sur le site Pubmed (15), ainsi que le catalogue SUDOC (16) et pépite (17) des thèses. La recherche s'est faite en aval de l'étude, afin de ne rien suggérer au moment des FG. Après revue de la littérature, nous avons pu constater que des études quantitatives mais

aussi qualitatives (18) ont été réalisées autour de la RCP, sous forme d'Evaluation des bonnes pratiques. Une enquête quantitative a été réalisée auprès des MG des Hauts de Seine en 2010 sur « le MG face à la prise en charge des patients atteints de cancer » (19). Cette étude a fait l'objet d'une thèse et on y retrouve les difficultés révélées par notre étude, comme le manque de formation des MG, le manque de communication, le manque de rémunération et de reconnaissance adaptée. L'étude montre tout de même la volonté des MG à s'impliquer davantage (19).

III. Discussion de la méthode

A. Limites de la méthode : Le recrutement

Sur les 199 MG invités, une vingtaine a répondu positivement à l'invitation. Au total, nous avons pu recruter dix huit participants. Le recrutement a été probablement difficile du fait de l'emploi du temps chargé des participants. Les MG, n'ayant pas voulu participer à l'étude, ont expliqué qu'ils n'avaient rien à dire sur la RCP car ils n'y participaient pas.

Nous n'avons donc pu réaliser que trois focus groups, faute de recrutement. Nous voulions que les participants aux FG aient accès aux mêmes comptes rendu de RCP. C'est pourquoi nous avons envoyé une invitation nominative à tous les MG du Boulonnais dépendant de la maison médicale de Boulogne sur Mer, et donc dépendants de la RCP d'Oncolittoral. Nous avons eu ainsi l'impression d'épuiser la source de médecins généralistes disponibles pour les FG. Il aurait peut être été possible d'agrandir la zone de recrutement mais nous souhaitons rester au plus près de la zone qui obtenait la même source d'information des RCP.

Notre étude est limitée par le nombre restreint de participants. Cependant, la recherche qualitative nous a semblé adaptée à notre étude. En effet, celle-ci permet d'analyser le pourquoi, c'est-à-dire les raisons pour lesquelles les MG ne participaient pas aux RCP et le comment, c'est-à-dire les moyens que les MG

proposent pour s'impliquer davantage en RCP. Nous ne voulions pas arrivés avec des idées préconçues, nous souhaitons que les MG évoquent d'eux mêmes des solutions de participation aux RCP étant les mieux placés pour répondre à leurs attentes. De plus, nous avons obtenu une validité interne et externe.

B. Validité interne et externe

La validité interne a été obtenue par le biais de la triangulation des données. Les résultats de l'analyse de contenu de l'interne Thibault Puszkarek sont disponibles sur l'annexe CD. Ses résultats partent du constat que les MG sont absents des RCP. Ils détaillent les causes, les conséquences, et les solutions. Ses résultats sont présentés sous forme différente, mais sont comparables aux nôtres apportant de la validité interne à notre étude.

En ce qui concerne la validité externe, nous avons obtenu la convergence des occurrences. C'est-à-dire qu'au cours du troisième FG, aucune nouvelle idée n'a été exprimée. La saturation des données n'a malgré tout pas été obtenue. En effet la recherche qualitative exige un grand nombre de participants afin de réaliser au moins 4 à 6 FG et ainsi espérer atteindre la saturation. Or, dans notre étude, nous n'avons pu, devant un recrutement difficile, réunir assez de participants permettant de constituer un nombre suffisant de FG.

CONCLUSION

La RCP est un progrès médical. La décision collégiale de proposition thérapeutique pour un patient atteint de cancer est rassurante aussi bien pour le patient, sa famille, que pour son médecin traitant. Le médecin généraliste comprend la volonté des pouvoirs publics d'en faire un pivot de la prise en charge de ses patients, et d'en réaliser ainsi un atout de la coordination ville-hôpital. Mais il peine à trouver sa place dans ce réseau de soins, qui lui échappe en partie. Cependant il est prêt à participer, à s'impliquer, à émettre son opinion vis-à-vis d'un schéma thérapeutique proposé, même si cela lui coûte un effort de formation. Des moyens techniques, tels que la vidéoconférence ou le téléphone lors de la RCP, demandent un réel investissement des deux côtés. A l'horizon d'une organisation de la médecine générale en centre de soins primaires, il pourrait être envisagé une organisation délocalisée de la RCP, au cabinet du MG. Pour le moment, la présence physique des MG aux RCP ne semble pas possible. Malgré cela, certains MG plus formés à l'Oncologie pourraient se déplacer, afin d'apporter leur expertise en médecine générale, et faire ainsi l'interface entre leurs confrères. Avant tout, les médecins généralistes souhaitent une amélioration de la communication avec leurs confrères oncologues. Ils souhaitent aussi avoir plus de détails sur la procédure des soins en Oncologie. Cela leur permettrait de mieux se former pour mieux informer, informer les patients et leurs familles dont ils sont le premier recours.

A l'heure de la médecine personnalisée et personnalisable, les médecins généralistes doivent être partie prenante du parcours de soins de leurs patients atteints de cancer, pour leur bénéfice ainsi que celui de leurs patients.

Cette étude pourrait être une étude préliminaire à une étude quantitative où l'on évaluerait l'intérêt des MG à recevoir une information complémentaire au compte rendu de RCP. Des mesures dans ce sens vont être prochainement appliquées à Lille avec, à disposition des MG, un site internet expliquant les différentes chimiothérapies proposées au patients, leurs principaux effets secondaires et la conduite à tenir en cas de problème lié au traitement. Mais le pendant de cette

étude pourrait être de connaître les attentes et les difficultés des oncologues face à la coordination ville-hôpital.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Cancer: Enjeux médicaux [Internet]. [cité 17 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/thematiques/cancer/enjeux/enjeux-medicaux>
2. Les données - Institut National Du cancer [Internet]. [cité 17 sept 2014]. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-thematiques/21-epidemiologie.html>
3. e-cancer - Plan cancer 2014-2019 - Plan cancer 2014-2019 - Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 13 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/le-plan-cancer>
4. Penel N, Valentin F, Giscard S, Vanseymortier L, Beuscart R. General practitioners assessment of a structured report on medical decision making by a regional multidisciplinary cancer committee. Bull Cancer (Paris). oct 2007;94(10):E23-6.
5. La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - www.sante.gouv.fr [Internet]. [cité 17 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/la-loi-hopital-patients-sante-et-territoires.html>
6. SANT4 - Bulletin Officiel N°2005-3: Annonce N°34 [Internet]. [cité 25 sept 2014]. Disponible sur: <http://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030034.htm>
7. Orgerie M-B. La décision médicale en cancérologie. Rôle de la réunion de concertation pluridisciplinaire [Internet]. Thèse d'université, 2007. <http://www.ethique.inserm.fr>; 2007 [cité 16 nov 2013]. Disponible sur: http://ccsd11.ccsd.cnrs.fr/sites/default/files/these_mb_orgerie.pdf
8. Glossaire [Internet]. [cité 22 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/moyenspouragir/html/page/glossaire.html#r>
9. RESEAU ONCOLITTORAL [Internet]. [cité 16 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.oncolittoral.org/>
10. reunion_de_concertation_pluridisciplinaire_fiche_technique_2013_01_31.pdf [Internet]. [cité 2 oct 2014]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/reunion_de_concertation_pluridisciplinaire_fiche_technique_2013_01_31.pdf
11. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrillart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84(19):142-5.
12. Moreau A, Villars PD, Grenoble CHU. S'approprier la méthode du focus group. [cité 27 juin 2014]; Disponible sur: http://www.dumg-tours.fr/IMG/pdf/2-_S_approprier_la_methode_des_focus_groups.pdf

13. Duchesne S, Haegel F. L'enquête et ses méthodes : l'entretien collectif. Armand Colin; 2008. 129 p.
14. Bardin L. L'analyse de contenu. quadrige/puf. Quadrige/ PUF; 1977. 320 p.
15. Home - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 2 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
16. Catalogue SUDOC [Internet]. [cité 2 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.sudoc.abes.fr/>
17. ORI-OAI: Accueil [Internet]. [cité 2 oct 2014]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/index.html>
18. Nguyen TD, Legrand P, Devie I, Cauchois A, Eymard J-C. Évaluation qualitative de la réunion de concertation pluridisciplinaire de cancérologie mammaire. Bull Cancer (Paris). 2008;95(2):247-51.
19. Couraud-Laouisset. Le médecin généraliste face à la prise en charge des patients atteints de cancer. 2011.

ANNEXES

- Annexe 1: Exemple de compte rendu reçu par Apycript**
- Annexe 2: Courrier adressé aux MG**
- Annexe 3: Formulaire d'autorisation de l'enregistrement audio et vidéo**
- Annexe 4: Guide d'entretien définitif**
- Annexe 5: Extrait de transcription du verbatim du FG N°1**
- Annexe 6: Questionnaire sur les caractéristiques des participants aux FG**
- Annexe 7: Extrait des résultats après triangulation des données par T.Puszkarek**

ANNEXE 1 : EXEMPLE DE COMPTE RENDU DE RCP REÇU PAR APICRYPT

Réseau ONCOLITTORAL

Association à but non lucratif enregistrée à Calais n°0626003006
Siret 479 165 441 00011 - A.P.E. 913E
Siège social : Centre Hospitalier de Calais 1601 bd des justes 62100 Calais

Secrétariat : Pôle Santé, 3 rue des Mariniers, 59140 Dunkerque
Tél. 03.28.21.99.77 Fax 03.62 02 79 57
Email contact@oncolittoral.org Site Web http://www.oncolittoral.org

COMPTE-RENDU DE REUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE EN ONCOLOGIE

Dossier n° 2013295826

épouse né(e) le

Médecin rapporteur : Dr Stephane DEWANDELEER
Médecin référent : Dr Stephane DEWANDELEER
Etablissement : CL COTE D OPALE
Médecin traitant : Dr Jean pierre DELPIERRE
Médecins correspondants : Dr Gerard COULBOEUF Dr Pascale ANDRIS Dr Laurent GASNAULT

DIAGNOSTIC INITIAL : SEIN DROIT CARCINOME CANALAIRE INFILTRANT G.H.P. I - Code cim10 C50.9
M8500/3 - Récepteurs oestrogéniques : positifs - Récepteurs progestatifs : positifs -
Antigène KI 67 10 %

ANTECEDENTS FAMILIAUX : néant.

ANTECEDENTS PERSONNELS : 2009: PROLAPSUS HYSTERECTOMIE VOIE BASSE //

HISTOIRE DE LA MALADIE :

** octobre 2013 : SEIN DT / OPALINE 2013: NODULE POLYCYCLIQUE CENTROMAMMAIRE DT 15MM
LEGEREMENT SUS AREOLAIRE DT ACR5
CCI SBR I, MITOSE FAIBLE, RO 100% ET RP 100% / HER 2 SCORE 1+ /
Avis RCP BLGSM SENGYN 22/10/2013 : ECHO AXILLAIRE DROITE A CONTROLER CHIR MASTECTOMIE
PARTIELLE HARPON GS OU CURAGE /
** novembre 2013 : SEIN DT / MP: CCI DE 15X10, BERGES SAINES SBR I / < 3 MITOSES POUR 10
CHAMPS / RO 100% ET RP 100% / HER 2 SCORE 1+ / KI 67 10% / 3 GS NEGATIFS /

AVIS DE LA REUNION DE CONCERTATION SÉNOLOGIQUE ET GYNÉCOLOGIQUE de BOULOGNE SUR MER du
19/11/2013 (Cet avis est émis en fonction des données communiquées et n'a pas valeur de
prescription médicale) :

Composition du comité : Dr Jean pierre MICHAUX (chirurgie viscerale), Dr Philippe TIRY
(chirurgie viscerale), Dr Daniel CLEANDRE (gynecologie obstetrique), Dr Laurent GASNAULT
(oncologie medicale), Dr Marie CHALTIN (radiotherapie), Dr Anne catherine COURTECUISSÉ
(radiotherapie), Dr Jean marie LOEZ (chirurgie viscerale), Dr Stephane DEWANDELEER
(gynecologie obstetrique), Dr Fabienne SAUTAI (gynecologie medicale), Dr Abeer NAJEM (), Dr
Dominique DEGROOTE (chirurgie viscerale), Dr Paul TAPIE (geriatrie), Dr Pascale ANDRIS
(radiodiagnostic),

PROTOCOLE : RÉSEAU REGIONAL DE CANCEROLOGIE

- RADIOTHERAPIE
- HORMONOTHERAPIE

L'avis émis ci-dessus est uniquement consultatif, dépendant des données communiquées, et n'a pas valeur de prescription. La gestion de la prise en charge et des rendez-vous doit être conduite par le médecin référent. Ce compte-rendu de concertation a été adressé, au Dr Stephane DEWANDELEER, au Dr Jean pierre DELPIERRE, au Dr Gerard COULBOEUF, au Dr Pascale ANDRIS, au Dr Laurent GASNAULT.

ANNEXE 2 : COURRIER ADRESSE AUX MG

LE LOUP LEGER CATHELINÉ

11 rue du 28 février 1943
44600 Saint Saint-Nazaire
06.77.83.78.42
cathlineleloup@hotmail.fr

Le 28/10/2013,

Chères Consœurs, chers Confrères, bonjour,

Je suis Catheline Le Loup Léger, interne de la faculté de Lille, actuellement remplaçante en médecine générale en Loire Atlantique.

Je viens par le biais de cette lettre vous solliciter pour participer à ma thèse de doctorat en médecine. Mon directeur de thèse est le Docteur Jean-Pierre Delpierre, médecin généraliste à Wimereux.

Cela ne prendra **au maximum qu'une heure et demie** de votre temps.

Je souhaiterais organiser une discussion ouverte entre collègues (« focus group ») sur le thème de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire en oncologie.

L'objectif de l'étude est d'analyser vos attentes autour de la RCP, recueillir vos expériences, et connaître votre sentiment sur l'implication des médecins généralistes à ces RCP, par quelque moyen que ce soit.

Vous avez le choix entre 2 dates, pour une seule participation :

le mercredi 6 OU le jeudi 7 novembre 2013
à l'Hôtel du Centre, 78 rue Carnot, à Wimereux, à partir de 20 heures.

Vous serez réunis autour d'un modérateur, animateur du groupe, le Dr Delpierre. Je me placerai en tant qu'observatrice de la réunion.

Votre participation sera anonyme. L'entretien de groupe sera enregistré après votre accord.

L'invitation est cordiale, votre présence est bien sûr indispensable pour mon travail de thèse. Je sais que nos emplois du temps sont chargés. Je vous demanderai de me répondre par mail ou téléphone ou par écrit, dans les plus brefs délais, que votre réponse soit oui ou non, afin que je puisse réserver le dîner léger qui suivra la réunion.

Merci d'avoir pris le temps de lire ma lettre. Je sais que cela ne vous semble pas indispensable mais votre présence et vos réflexions m'aideront à faire avancer la recherche en soins primaires, et assurément mon parcours en tant que médecin.

ANNEXE 3: FORMULAIRE D'AUTORISATION DE L'ENREGISTREMENT AUDIO/VIDEO

Autorisation pour l'enregistrement audio/vidéo et l'exploitation des données enregistrées

Présentation

Ce focus group est réalisé dans le cadre d'une thèse de médecine générale.
La séance sera enregistrée par le biais de l'audio ainsi que de la vidéo.
Le support vidéo ne sera pas diffusé et servira de support à la retranscription écrite de la séance.

L'enquête porte sur : les médecins généralistes et les réunions de concertation pluridisciplinaire en oncologie.

Cette recherche est menée par : Catheline Le Loup Léger

Encadrée par le Docteur Jean-Pierre Delpierre

Animée par le Docteur Denis Deleplanque

Cette thèse n'est néanmoins possible que grâce au consentement des personnes qui acceptent d'être enregistrées, à qui nous demandons par conséquent une autorisation écrite.

Autorisation

Je soussigné(e) _____

- autorise par la présente à enregistrer en audio/vidéo le _____ le
23/10/2013 à partir de 20 heures.

- autorise l'utilisation de ces données, sous leur forme enregistrée aussi bien que sous leur forme transcrite et anonymisée à des fins de recherche scientifique (thèse ou article scientifique)

- prends acte que pour toutes ces utilisations scientifiques les données ainsi enregistrées seront *anonymisées* : ceci signifie que les transcriptions de ces données utiliseront des pseudonymes et remplaceront toute information pouvant porter à l'identification des participants ;

Lieu et date: _____

Signature

ANNEXE 4: GUIDE D'ENTRETIEN DEFINITIF

Bonjour, je suis Catheline,

Je vous ai entretenu par téléphone et par courrier de mon sujet de thèse

1°) Quelles difficultés avez vous déjà éprouvés dans la prise en charge thérapeutique de vos patients atteints de cancer suite à l'annonce diagnostique? (question d'introduction)

2°) Quel est votre ressenti de cette RCP

- Que pensez-vous de la façon dont vous la recevez ?
- Que pensez-vous de la manière dont elle est formulée ?
- Les informations communiquées vous semblent-elles pertinentes ?

3°) Qu'est-ce qui vous empêche de participer aux RCP ?

- Le temps vous paraît-il être une difficulté ?
- le manque de motivation vous paraît-il être un obstacle ?
- L'organisation même des RCP ?

4°) D'après vous, les médecins généralistes souhaitent-ils s'impliquer davantage dans les RCP en oncologie ?

- Est-ce une compétence de plus à demander aux médecins généralistes ?
- Est-ce nécessaire dans la prise en charge de vos patients atteints de cancer ?

4°) Seriez-vous prêts à vous impliquer davantage ? Relance

- Comment permettre aux médecins généralistes de s'impliquer davantage dans les RCP ?
- Quels sont les moyens nécessaires ?
- Comment voyez-vous l'organisation ?

5°) Pour vous, quelle serait la RCP idéale ?

- Une RCP qui inclut le médecin traitant du patient ?
- Une RCP avec plusieurs MG ?

ANNEXE 5: EXTRAIT DE TRANSCRIPTION DU VERBATIM DU FG N°1

Transcription du verbatim du Focus Group N°01

Le 02 Octobre 2013, à Wimereux

Conventions de Michaël Billig pour la transcription du verbatim :

= Est indiqué à la fin de la prise de parole d'un des participants, et au début de celle d'un autre, pour indiquer que le second reprend la parole voire l'interrompt et que le premier lui laisse la place

... Signale une omission ou quelque chose d'in audible

(.) Indique une pause courte

[] Est utilisé pour montrer que deux personnes du groupe parlent en même temps

{ } Pour toutes formes de précisions, souvent relatives au ton ou à des gestes

On souligne les mots exprimés avec insistance et on met en Majuscule les moments où les voix sont particulièrement fortes.

05 participants, 01 désistement de dernière minute

Le **Modérateur** est un professeur de médecine générale.

Observateurs : moi-même, et le Docteur Delpierre.

• **Mod** : On y va. Donc, euh, on va parler de la RCP. Tout le monde sait ce que sait, c'est pas la peine que je, que je rappelle ça. {Acquiescement général}. Est ce qu'y en a certains d'entre vous qui ont déjà participé à une RCP ?

• (Tout le monde) : Non, Non, Non, Non.

• **Mod** : Personne. Donc question réglée. Euh, Avez vous déjà rencontré des difficultés dans la prise en charge de vos patients qui sont atteints de cancer bien sûr, suite à l'annonce diagnostique. C'est à dire que c'est après. Y a une annonce diagnostique, le patient a son cancer, et ensuite y a une prise en charge, euh, que vous faites, que, que vous ne faites pas. Alors, est ce que ça vous a déjà posé des problèmes ?

- **Blanc, {Modérateur regardant tous les intervenants}**
- MG 01 : Moi, Moi je veux bien attaquer {raclement de gorge}. Moi j'ai régulièrement été surpris par la brutalité du diagnostic(.
- **Blanc**
- **Mod : Alors, brutalité du diagnostic**
- MG 05 : De l'annonce ?
- **Mod : De l'annonce ?**
- MG 01 : De l'annonce.
- **Mod : D'accord.**
- MG 01 : De l'annonce faite du diagnostic au patient, le patient même (.) revenant nous voir, écoutez voilà, il m'a dit voilà, c'est un cancer, c'est tout, y a pas trente six manières de le dire.
- **Mod : Hum hum**
- MG 01 : Donc je pense que je suis pas le seul mais
- =MG 02 : Non t'es pas le seul=
- MG 01 : J'ai compté (.) l'année dernière ça fait, c'est arrivé cinq à six fois (.) Moi j'ai trouvé que c'était beaucoup parce qu'après y faut rattraper, expliquer un peu aux gens que, que c'était, bon, peut être pas la meilleure manière de dire les choses et que, que voilà, essayer de temporiser.
- **Mod : Hum.**
- MG 01 : Voilà, c'était ma plus grosse (.) ma première réflexion.
- **Mod: D'accord, euh...Et toi tu avais eu, (.) eu, {regardant MG 02}**
- MG 02 : Moi, j'suis un peu d'accord aussi, hein, euh, mais ça dépend de qui, hein, euh, souvent c'est le spécialiste, hein, euh, d'accord, hein, euh(.) qui euh, après une radio, après ceci cela, c'est, c'est un cancer, et pfft, je te donne les radios et tout, hein, euh (.) et c'est vrai que c'est la personne qui vient nous voir nous médecins généralistes, et, c'est à nous à (.) oui, à être, hein.
- **Mod : Hum.**
- MG 02 : Avec diplomatie, à (.) à gérer, hein, disons, hein, voilà, hein. C'est vrai que le spécialiste, bon, parce que je crois pour la radio, on va le voir hein, une fois ou deux, hein.
- **Mod : ouais.**
- MG 02 : c'est tout, hein, euh, le cancer c'est euh (.) c'est nous qui l'assumons après, hein, d'accord.
- **Mod: D'accord.**

- MG 02: hein, hein.
- MG 01 : Tout à fait.
- MG 02 : Mais bon moi je (.) personnellement quand j'annonce, faut y prendre les formes, faut prendre le temps, j'ai eu la même chose cette semaine, euh (.) une heure, d'accord, hein, euh, bon la dame l'a mal pris, bon, euh, il a fallu, euh, ça m'a duré, euh (.) pratiquement une heure, d'accord, hein, pour gérer, hein, une façon de le dire, de, hein, d'expliquer.
- **Mod : C'était pour ?**
- MG 02 : L'annonce diagnostique.
- **Mod : L'annonce diagnostique.**
- MG 02 :L'annonce diagnostique voilà, hein, euh.
- {Blanc}
- **Mod : Ok.**
- MG 03 : Ouais, moi, même problème, je pense que (.) je pense que je retrouve les mêmes problèmes, tout à fait à l'opposé de ce qui se passait d'ailleurs y a une dizaine d'années parce que on a quand même quelques années de, euh.
- **=Mod : De bouteille=**
- {MG 01 acquiesce}
- MG 03 : De bouteille. Donc il était une époque où c'était plutôt l'inverse d'ailleurs, on disait pas au patient ce qu'il avait, le flou était (.) maintenant, on a l'impression que sur le plan médico-légal
- =MG 02 : Oh = {exprimant le dégoût}
- MG 03 : les spécialistes disent immédiatement les choses d'une façon très crue, et pour être sûrs et certains d'ailleurs, que ça a été bien enregistré, souvent l'annonce est très brutale.
- {MG 01 et MG 05 acquiescent}
- MG 03: Bon, je pense que ça se justifie sûrement par le, le système médico-légal que les gens soient bien informés de ce qu'ils ont eu, de ce qu'ils ont, peut être sans y mettre en effet les formes.
- =MG 02: Ouais, y a pas les formes, hein, les formes=

ANNEXE 6: QUESTIONNAIRE SUR LES CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS AUX FG

Thèse de médecine générale pour l'obtention du
titre de docteur en médecine générale
par Catheline Le Loup Léger

FOCUS GROUP du 23 Octobre 2013

Merci de bien vouloir répondre à ces quelques questions en entourant la réponse
qui vous convient.

Votre sexe :

- masculin
- féminin

Votre âge :

- de 30 ans à 40 ans
- de 40 ans à 50 ans
- de 50 ans à 60 ans
- plus de 60 ans.

Votre mode d'exercice :

- Urbain
- Semi rural
- Rural

Votre ancienneté d'installation :

- moins de 10 ans
- de 10 ans à 20 ans
- de 20 ans à 30 ans
- plus de 30 ans.

ANNEXE 7 : EXTRAIT DES RESULTATS APRES TRIANGULATION DES DONNEES PAR T.PUSZKAREK

Triangulation Focus Group n°1	
Raison : ce qui explique l'absence de participation des MG aux RCP	
Moteur : ce qui motiverait les MG à participer aux RCP	
Explication : ce qui légitimerait la présence des MG aux RCP	
Solution : ce qui permettrait aux MG de participer aux RCP	
Conséquence : ce qui découle de l'absence de participation des MG aux RCP	
Crainte : ce dont craignent les MG en participant aux RCP	
Lignes	Codes
18	Aucun participant n'a participé à une RCP
28	Explication par mauvaise qualité de l'annonce faite au patient par les spécialistes
49	Conséquence par le médecin généraliste a des difficultés à défendre ses confrères
61	Explication par après la RCP les patients vont consulter leur médecin généraliste pour en discuter
66	Explication par ce sont les médecins généralistes qui suivent "au quotidien" le cancer de leur patient
70	Explication par meilleure qualité d'annonce par les MG
80 + 106	Annonce sans ambiguïté car risque médico-légal
100	Le contenu de l'annonce dépend de l'espérance de vie du patient
111	Le contenu de l'annonce dépend de ce que l'on pense le patient capable d'entendre
111	Explication par meilleure connaissance du patient par le MG donc annonce personnalisée
115	Raison par a priori parfois trompeurs sur les réactions qu'auront les patients
130	Explication par nécessité de refaire l'annonce diagnostique après le spécialiste
148	Les MG accordent beaucoup d'importance à la qualité de l'annonce diagnostique
152	Moteur par impression de ne faire que suivre les décisions des RCP
160	Conséquence par information du MG par compte-rendu de RCP brutale, froide et technique
169	Les MG savent le diagnostic avant de recevoir le compte-rendu de RCP
173 + 404	Raison par les MG ne sont pas invités aux RCP
177	Conséquence par information du MG par compte-rendu de RCP trop tardive, après début du ttt
182	Moteur par volonté de discuter des différentes alternatives thérapeutiques
193	Les RCP ne donnent pas lieu à un débat
204	Les décisions de RCP sont déshumanisées, standardisées
210	Crédibilité des décisions de RCP par leur technicité
215	Crédibilité des décisions de RCP par présence de plusieurs spécialistes
234	La pluridisciplinarité des décisions prévient le nomadisme médical
244	La pluridisciplinarité des décisions rassure le patient
273	Pas de remise en doute de la décision de la RCP par les MG
280+842	Raison par méconnaissance du fonctionnement des RCP par les MG, idées reçues

AUTEUR : Nom : LE LOUP LEGER

Prénom : CATHELINÉ

Date de Soutenance : 23 Octobre 2014

Titre de la Thèse : Représentations, attentes et difficultés des médecins généralistes face à la réunion de concertation pluridisciplinaire en Oncologie. Quels moyens pour quelle implication ? Une étude qualitative dans le Boulonnais

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : thèse de Médecine générale

DES + spécialité : médecine générale

Mots-clés : réunion de concertation pluridisciplinaire, médecin généraliste, référent

Résumé : Contexte : Actuellement, la première cause de mortalité en France est le cancer. Depuis 2003, les différents plans Cancer formalisent le processus de soins des patients atteints de cancer. La place attendue du médecin généraliste est d'en être le pivot.

Méthode : Par une méthode qualitative, avec 3 focus groups, nous avons voulu savoir ce que représentait la réunion de concertation pluridisciplinaire pour 18 médecins généralistes de la région de Boulogne sur Mer, quelles étaient leurs difficultés face à leurs patients atteints de cancer et par quels moyens ils envisageaient de s'impliquer davantage dans leur prise en charge. **Résultats :** Les médecins généralistes méconnaissent la réunion de concertation pluridisciplinaire. Cependant, ils sont motivés pour être présent soit par vidéoconférence ou par téléphone, mais cela demandera un réel effort, ainsi qu'une forme de reconnaissance. En amont de la décision thérapeutique, ils souhaiteraient recevoir une invitation à laquelle ils pourraient répondre et communiquer des informations utiles. Ils proposent aussi d'instaurer un médecin référent qui pourrait être généraliste, plus compétent en Oncologie, réalisant l'interface entre les intervenants du patient, pour résoudre un manque de communication. Ils souhaiteraient avoir un compte rendu de réunion de concertation, plus détaillé, sur le traitement, dans lequel ils ont confiance, ses effets secondaires, et ses modalités avec une référence bibliographique, tout cela dans un intérêt de formation pour une meilleure information des patients et de leurs familles.

Conclusion : Les médecins généralistes souhaitent s'impliquer auprès de leurs confrères oncologues, partenaires privilégiés des médecins généralistes dans la coordination ville-hôpital en Oncologie.

Composition du Jury :

Président : Pr J.Bonneterre

Assesseurs : Pr R. Glantenet ; Dr D. Deleplanque ; Dr N. Penel ; Dr JP. Delpierre (DT)