

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**La télé-expertise : moyen de participer aux RCP d'oncologie pour les
médecins généralistes du Nord**

Présentée et soutenue publiquement le 18 avril 2024 à 14 heures
au Pôle Formation
par **Guillaume COLLOTTE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Nassir MESSAADI

Assesseur :

Monsieur le Docteur François LOEZ

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Pierre-François ANGRAND

Avertissement

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

Table des matières

Liste des abréviations :	5
I. Introduction	6
II. Matériel et méthode	10
III. Résultats	13
a) Cadre de la RCP et place du médecin généraliste	14
b) Organisation de la participation à la RCP	15
c) Mise en pratique de la télé-expertise pour la RCP	18
d) Valorisation financière de la participation	20
e) Intérêts et inconvénients à la réalisation de la télé-expertise	21
IV. Discussion	24
a) Résultat principal	24
b) Comparaison à la littérature	25
c) Forces et limites de l'étude	28
d) Les perspectives	29
V. Conclusion	30
VI. Bibliographie	31
VII. Annexes	34
a) Certificat de la CNIL	34
b) Guide des entretien-semi-dirigés	35
c) Retranscription des <i>focus groups</i>	35
d) Journal de bord	64

Liste des abréviations :

- INCA : Institut National du Cancer
- loi HPST : loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire
- PPS : Plan Personnalisé de Soins
- PPAC : Programme Personnalisé de l'Après-Cancer
- RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
- HAS : Haute Autorité de Santé
- Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- ANAP : Agence Nationale de la Performance sanitaire et médico-sociale
- CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
- eCPS : Carte de Professionnel de Santé électronique
- ALD : Affection de Longue Durée
- ROSP : Rémunération sur Objectif de Santé Publique

I. Introduction

De par sa prévalence, le cancer est une maladie fréquemment rencontrée en médecine générale. Selon l'Institut National du Cancer (INCA), le nombre de personnes de 15 ans et plus, en vie en 2008 et ayant eu un cancer au cours de leur vie est de l'ordre de 3,8 millions. Par ailleurs, l'incidence tout cancer confondu est également importante. L'INCA l'estime à 433 136 personnes en 2023 (1). Ce fait a été constaté par la population des médecins généralistes avec une augmentation du nombre de personne suivie pour un cancer dans leur patientèle. Par conséquent, l'implication du médecin généraliste en matière d'oncologie est grandissante, surtout concernant le suivi ambulatoire de ces patients (2). Pour assurer ce suivi, une collaboration interprofessionnelle de bonne qualité est nécessaire. Ce fait est mentionné dans la loi HPST de 2009 qui rappelle le rôle de pivot du médecin généraliste en matière d'oncologie, notamment dans le lien qu'il établit entre la ville et l'hôpital(3).

Sur ce point, un des objectifs du rapport d'appui sur la recherche conjointe en médecine générale et en oncologie est l'amélioration du suivi ambulatoire du patient atteint de cancer et la collaboration interprofessionnelle, avec notamment la place du médecin généraliste dans l'élaboration et le suivi des programmes personnalisés de soins (PPS) et programmes personnalisés de l'après-cancer (PPAC) (4). Par ailleurs, le 2^e plan cancer de 2009 à 2013, via le volet axe de soins, précise dans ses objectifs la volonté de personnaliser la prise en charge des malades et de renforcer le rôle du médecin traitant (mesure phare) avec une meilleure coordination, ainsi qu'un partage des données médicales à renforcer (5). Le PPS est élaboré à l'issue de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

La RCP est une disposition du 1^{er} plan cancer de 2003 à 2007 qui préconise sa diffusion à tous les patients via la Circulaire N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie (6). Elle est un lieu d'échange interprofessionnel sur le diagnostic, la thérapeutique mais aussi sur la balance bénéfice-risque des traitements et sur la qualité de vie du patient. Du fait de la connaissance globale qu'a le médecin traitant de son patient, il serait tout à fait en mesure d'intégrer la RCP afin d'apporter son aide à la prise de décision. De plus,

cela permettrait de renforcer son rôle dans la prise en charge des patients atteints de cancer. Selon la thèse réalisée par Bachevillier et Guichard, le médecin traitant pourrait apporter lors des RCP sa connaissance psycho-sociale du patient, ainsi que sur ses antécédents médicaux (7). Il pourrait également représenter le patient et exprimer son avis. Enfin, le point de vue du médecin traitant pourrait être appréciable dans le choix du traitement, notamment en matière de tolérance et d'acceptation par le patient. Cet apport du médecin traitant lors de la RCP est également mentionné dans une étude hollandaise (8). Selon la thèse précédemment citée, le médecin traitant trouverait également un avantage à participer aux RCP. Il pourrait ainsi rencontrer ses confrères hospitaliers, accroître ses connaissances sur les traitements anticancéreux et la gestion de leurs effets secondaires. Ce serait aussi un moyen de formation médicale continue. Les informations délivrées lors de la RCP lui permettraient d'aider et d'accompagner le patient et sa famille. Ces différentes pistes ont été relevées dans une étude s'étant intéressée au partage des rôles entre les médecins généralistes et les oncologues (2). Dans cette étude, la volonté d'implication des médecins généralistes se retrouve dans la gestion des effets secondaires des traitements anticancéreux, et la nécessité de mieux les connaître pour les gérer plus efficacement. Une étude qualitative belge rapportait également l'intérêt des médecins généralistes à participer aux RCP (9). Cette participation est vécue comme un moyen de s'impliquer dans la prise en charge globale du patient, en oncologie particulièrement. Cette expérience est également vécue comme une façon d'assurer la continuité des soins via la collaboration interprofessionnelle. De même, les médecins participants notent la création d'une relation interprofessionnelle avec les oncologues rencontrés lors de la RCP.

D'un point de vue purement organisationnel, la HAS stipule que, dans le cadre de l'oncologie, une RCP doit se tenir au moins deux fois par mois et réunir au moins trois médecins de spécialités différentes, intervenants auprès de patients atteints de cancer. Il est précisé que « la présence du médecin traitant du patient est sollicitée, mais n'est pas obligatoire » (10).

Concernant les médecins généralistes, des travaux ont été réalisés sur leur envie de participer

aux RCP de leurs patients. Le travail de thèse de Bachevillier et Guichard retrouve qu'en 2014, 13 % parmi 577 médecins généralistes de l'ensemble du territoire français aimeraient participer. Le travail d'Amsellem retrouve que 24 % des médecins généralistes de Gironde aimeraient être présents (11). Devant ces chiffres peu élevés, les motifs de refus de participation ont été recherchés. La principale raison retrouvée à ces refus est le manque de temps pour pouvoir se rendre physiquement à l'établissement où a lieu la RCP. Ainsi, 63,1 % des généralistes de Gironde évoquent ce problème. De même, le travail de Pont réalisé sur 181 médecins généralistes du Nord Est de Lille retrouve que 67 % d'entre eux ne souhaitent pas participer par manque de temps ou encore dans ce cas, par manque de compétence en oncologie (12). Un article retrouve cette tendance dans la région Champagne-Ardenne avec 46 % des médecins généralistes interrogés voulant participer aux RCP mais ne pouvant le faire par manque de temps (13).

La solution apportée pour pallier à ce manque de temps est l'utilisation de la télémédecine, en particulier de la visioconférence qui, contrairement à l'entretien téléphonique, permet une présence visuelle de l'interlocuteur. Cette solution a été proposée et expérimentée par deux médecins généralistes dans une étude belge précédemment citée (9). l'utilisation de cet outil était l'un des axes d'amélioration promulgué dans le 3^e plan cancer de 2013 à 2019, notamment dans son objectif n°2 pour permettre de « Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge » (14). Cet objectif avait pour but d'améliorer l'enchaînement entre les différentes étapes du parcours de soins grâce à une meilleure coordination et un échange d'informations plus conséquents entre les différents professionnels de santé. Cet objectif était composé d'actions, dont la 2.19, la 2.20 et la 2.21 qui prônaient l'utilisation des outils numériques et notamment de la télémédecine pour une meilleure coordination ville-hôpital. l'outil de visioconférence semble intéresser les médecins généralistes puisque, sur le relevé national d'une thèse utilisée précédemment, 54,6 % seraient favorables à une participation par visioconférence à la RCP (7). La thèse d'Amsellem confirme cette proportion en Gironde avec 52 % des généralistes favorables à cette solution (11). Enfin, une thèse sous forme d'étude qualitative, concernant les

attentes des médecins généralistes du Boulonnais sur la RCP, retrouve cette motivation à participer et l'éventualité qu'offrirait la visioconférence notamment à la difficulté de se rendre physiquement à la réunion (15). Cette thèse évoque également, l'apport qu'offre cette participation sur la prise en charge globale du patient et l'amélioration de la communication entre les praticiens hospitaliers et libéraux. Cette tendance se retrouve également dans une étude de la DREES sur le suivi des patients atteints de cancer (16).

Par ailleurs, l'intérêt de l'utilisation de la télémédecine dans l'organisation d'une RCP a été évaluée par l'ANAP dans l'ancienne région Midi-Pyrénées (17). Cette évaluation fait, entre autres, état de la complémentarité des compétences des différents professionnels prenant part à la réunion, ainsi que du développement de l'organisation de l'offre territoriale en cancérologie. Elle mentionne également son importance dans la formation permanente des professionnels de santé, ainsi que la valeur médicale ajoutée des différents retours d'expérience. Une revue de la littérature s'intéressant à l'utilisation de la télé-expertise au cours des RCP, retrouve aussi des avantages en oncologie (18). Il est rapporté le développement des relations entre les intervenants, l'amélioration de l'accès à l'avis spécialisé ainsi que la réduction du retard de mise en place du traitement. Dans la situation des soins palliatifs, il est noté une amélioration de la prise en charge des symptômes.

Concrètement, un article du Cairn évoque des arguments pour privilégier la participation à distance à une réunion, notamment sur les économies effectuées sur les déplacements et sur le temps des participants (19). Cette participation est permise via le blocage dans un agenda partagé d'une plage horaire où tous les participants conviés sont disponibles, et la réservation d'une salle adaptée. Par ailleurs, cet article compare les réunions téléphoniques à la visioconférence. Il fait remarquer que le mode téléphonique est plus adapté pour une réunion rapide et concentrée, efficace pour les points techniques, mais qu'il est possible de faire autre chose à côté, de ne pas être concentré surtout s'il n'y a pas de participation active. Au contraire la visioconférence impose plus de discipline à l'interlocuteur car il est vu. L'écueil principal de cette technique concerne les problèmes techniques avec le risque de commencer en retard ou

de partir avant la fin de la réunion.

Après ces constats, notre l'hypothèse est que les médecins généralistes du département du Nord envisageraient de mettre en place une télé-expertise afin de participer à la RCP d'oncologie de leurs patients. La télé-expertise serait préférable car leur emploi du temps ne leur permettrait pas de s'y rendre physiquement. Il s'agit maintenant d'en préciser les modalités. Ainsi : Comment les médecins généralistes du département du Nord envisagent-ils, en pratique, de mettre en place une télé-expertise pour participer à la la RCP d'oncologie de leur patient ?

II. Matériel et méthode

Il est choisi de réaliser une étude qualitative par *focus groups* avec analyse thématique des résultats. Cette approche a été préférée à celle s'inspirant de la théorisation ancrée ou de la phénoménologie interprétative, de par la volonté de proposer un modèle de mise en pratique par l'émergence de thèmes qui pourraient être utilisés dans une étude ultérieure.

Pour ce faire, un échantillonnage raisonné à variation maximale a été réalisé.

Des médecins généralistes du Nord ont été sollicités par envoi de mail, après demande de diffusion auprès du conseil départemental de l'ordre des médecins du Nord, des médecins généralistes du Nord membre du CNGE, des maîtres de stage universitaires du Nord et aléatoirement de médecins du Nord exerçant près d'un Centre de Lutte Contre le Cancer. Un total de 50 mails a été envoyé avec deux relances à deux semaines d'intervalles en cas de non-réponse. Treize médecins généralistes ont répondu à ces mails, soit un taux de réponse de 26 %.

Le recueil des données a ensuite été fait par entretiens semi-dirigés suite à la constitution des *focus groups*, comprenant 5 médecins généralistes dans le premier et 4 dans les deux suivants.

La réalisation de *focus groups* plutôt que d'entretiens individuels a été choisie pour favoriser la dynamique de groupe dans l'énonciation des idées et la recherche du débat collectif.

Le premier focus group a pu être réalisé en présentiel, ce qui n'a pas été le cas des deux suivants, de par l'impossibilité de réunir tous les participants en même temps, au même endroit. Ils ont été animés par le doctorant (Guillaume Collotte) et son directeur de thèse (Dr Pierre-François Angrand).

Pour ce faire, un guide d'entretiens semi-dirigés a été réalisé au préalable et enrichi après chaque focus group (disponible en annexe). Il a été indiqué aux participants au début de chaque focus group, le contexte dans lequel le débat se situait, sans révéler la question de recherche.

Les entretiens ont ensuite été retranscrits intégralement et anonymisés, à la suite d'enregistrements audio et après accord de tous les participants. Ces enregistrements ont ensuite été détruits. Ils n'ont pas été envoyés aux participants pour relecture. La retranscription et l'analyse du focus group étaient réalisées, puis le guide d'entretien enrichi, avant la convocation d'un nouveau focus group (retranscription complète en annexe).

Ceux-ci ont été arrêtés à partir du moment où aucun nouveau thème n'est apparu lors de l'étape du codage, c'est à dire à suffisance des données. Cependant, de part la nature de l'échantillonnage, la saturation des données ne peut pas être affirmée.

L'analyse des données s'est accompagnée d'une triangulation par la confrontation du travail entre deux chercheurs (Guillaume Collotte et Océane Vanbeneden). Un codage générique des verbatims a été conduit sur le logiciel LibreOffice Classeur version 6.4 avec la mise en place d'un arbre de codage. Des thèmes très génériques avaient été choisis pour l'élaboration du guide d'entretiens semi-dirigés, puis ils ont été complétés de manière inductive par les thèmes générés par le corpus. L'analyse du codage a ensuite été réalisé à l'aide du logiciel Nvivo version 14.

Un journal de bord a aussi été rédigé, regroupant les notes de terrain et l'avancement du travail de thèse (disponible en annexe).

Sur le plan éthique et réglementaire, une déclaration à la CNIL a été réalisée auprès du Délégué à la Protection des Données de l'Université de Lille (disponible en annexe).

La méthodologie, l'échantillonnage et l'analyse ont été menés à l'aide de l'ouvrage « Initiation à la recherche qualitative en santé » (20).

III. Résultats

Les caractéristiques de la population de médecins recrutés pour les *focus groups* sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Médecins	Lieu		Activité	Année		Genre
	Type d'exercice	d'exercice	attachée	MSU	d'installation	
Médecin n°1	MSP	Semi-urbain	Instances	Oui	1988	Homme
Médecin n°2	MSP	Semi-urbain	Aucune	Non	2019	Homme
Médecin n°3	MSP	Semi-urbain	Aucune	Oui	2017	Homme
Médecin n°4	MSP	Semi-urbain	Aucune	Oui	1985	Homme
	Cabinet	de				
Médecin n°5	groupe	Urbain	Enseignement	Oui	2012	Homme
	Cabinet	de				
Médecin n°6	groupe	Urbain	Aucune	Non	2015	Homme
Médecin n°7	MSP	Semi-urbain	Aucune	Oui	2020	Femme
	Cabinet	de				
Médecin n°8	groupe	Urbain	Instances	Non	2011	Homme
Médecin n°9	MSP	Semi-urbain	Aucune	Non	2007	Femme
Médecin						
n°10	MSP	Rural	Aucune	Non	2023	Femme
Médecin	Cabinet	de	Médecine	du		
n°11	groupe	Semi-urbain	sport	Oui	2014	Homme
Médecin	Cabinet	de	Médecine	du		
n°12	groupe	Semi-urbain	sport	Oui	2012	Homme
Médecin						
n°13	MSP	Rural	Aucune	Non	2022	Homme

Tableau 1: Caractéristiques de la population recrutée

Le premier focus group était composé des médecins n°1 à 5 et a duré 1 heure et 10 minutes, le

deuxième focus group des médecins n°6 à 9 et a duré 1 heure, enfin le troisième focus group des médecins n°10 à 13 et a duré 1 heure.

Aucun des médecins interrogés n'a été invité ou participé à une RCP en oncologie pour les patients qu'il suit. Cependant, neuf médecins expliquent avoir déjà eu des échanges avec l'oncologue référent, pour obtenir des avis sur la prise en charge (*Médecin n°4 : « J'ai dû appeler l'oncologue qui s'occupait de ma patiente, pour discuter de la patiente, mais c'était une information pour savoir une conduite à tenir. »*). Ces échanges sont le plus souvent liés à une sollicitation de l'oncologue par le médecin traitant, par un moyen de communication rapide tel que le téléphone ou le mail (*Médecin n°9 : « Et après euh, ça m'est arrivé de discuter par mail sur un dossier patient euh, avec l'oncologue... voilà. »*). Un des médecins remarque que les oncologues sont des spécialistes qu'il arrive à avoir assez rapidement en cas de nécessité (*Médecin n°1 « Ça fait partie des spécialistes qu'on arrive à avoir assez facilement (rire). »*).

a) Cadre de la RCP et place du médecin généraliste

Malgré ce constat, la majeure partie des répondants estime qu'une participation du médecin traitant à la RCP d'oncologie de ses patients serait tout à fait appropriée à bien des égards.

L'expertise propre au médecin généraliste serait apportée, notamment la connaissance bio-psycho-sociale du patient et son suivi longitudinal, pour adapter la prise de décision pluridisciplinaire (*Médecin n°1 : « Est-ce que t'as des trucs particuliers à nous signaler par rapport à lui, par rapport à son entourage, par rapport à ce qu'il est isolé ? »*). La participation renforcerait le lien ville-hôpital (*Médecin n°11 : « On aide à l'adaptation du protocole en médecine de ville par rapport au patient, par rapport à son entourage. »*). En assistant à la RCP, la compréhension de la décision prise permettrait le renforcement de l'alliance thérapeutique du patient (*Médecin n°9 : « Est-ce que ça, ça influence le, le... l'ensemble de l'équipe et leur euh, leur façon de fonctionner euh... parce que bin, euh, l'avis du patient et l'adhésion à son traitement est essentiel. »*). Un point fréquemment évoqué est la représentation du patient, à

travers le médecin généraliste présent à la RCP, de manière à faire entendre sa voix (*Médecin n°5 : « Je pense que t'es un peu le défenseur du patient et que t'es un peu le euh, l'avocat »*).

De manière générale, une amélioration de la prise en charge globale du patient ressort comme le principal intérêt de cette participation (*Médecin n°6 : « Et je pense que c'est aussi très valorisant par rapport euh, à notre capacité euh suivi patient. »*). Elle permet aussi la mise en pratique d'une coopération pluri-professionnelle (*Médecin n°9 : « Au moins on a une prise en charge un peu plus adéquate pour ce patient et multi-professionnelle. »*).

Le rôle du médecin généraliste est évoqué par quasiment tous les participants. Il a vocation à avoir un avis consultatif sur certaines situations mais en aucun cas il ne viendrait se substituer aux médecins spécialistes d'oncologie dans la prise de décision finale (*Médecin n°6 : « En oncologie, j'y connais rien, sur le référentiel j'aurais pas, enfin j'aurais probablement pas mon mot à dire. »*). Cependant, un médecin rapporte que l'organisation actuelle ne permet pas de définir la place du médecin généraliste dans la RCP (*Médecin n°8 : « Oui alors moi je... euh, je trouve vraiment que la RCP euh, en l'état euh, comme c'est organisé maintenant, on y a pas notre place et euh, et c'est pas compatible. »*). Le moyen pour pallier à l'organisation actuelle de la RCP serait d'utiliser le rôle de télé-expert du médecin généraliste (*Médecin n°8 : « On pourrait probablement se servir euh, des, des outils de télé-consultation, de télé-expertise et tout ça pour euh, pour pouvoir faire euh, et ba justement faire une télé-expertise avec l'oncologue, et euh pouvoir coter chacun de notre côté euh l'acte. »*).

b) Organisation de la participation à la RCP

Tout d'abord, les médecins interrogés évoquent les modalités par lesquelles ils seraient tenus informés de la tenue d'une RCP pour un de leurs patients. L'information téléphonique par un participant, voire le secrétaire désigné de RCP est évoqué le plus fréquemment (*Médecin n°5 : « Par prise d'informations au préalable, donc quelqu'un qui nous appelle [...] effectivement je confirme sur un créneau programmé... »*). Il est également proposé de pouvoir recevoir une invitation dématérialisée par mail ou sur un logiciel sécurisé, afin de pouvoir répondre

rapidement à celle-ci (*Médecin n°11 : « On aura une invitation à une RCP par mail, on peut dire si oui ou non on est intéressé pour y participer. »*). Les médecins interrogés estiment qu'il faudrait être prévenu dix à quinze jours avant la tenue de la RCP, afin de bénéficier du temps nécessaire à l'organisation de leur agenda (*Médecin n°1 : « ... Il faut qu'on soit prévenu dix, quinze jours avant quoi... »*).

Il ressort que la présence du médecin traitant ne serait pas nécessaire à toutes les RCP, de par sa difficulté à se libérer à chaque fois (*Médecin n°4 : « On sera jamais disponible à 100 % des RCP ! »*). L'intérêt de l'invitation du médecin généraliste se limiterait alors à des patients bien particuliers, notamment les personnes les plus fragiles ou celles dont les dossiers s'avèrent être compliqués sur le plan psycho-social (*Médecin n°8 : « Mais pour des patients complexes euh, polypathologiques, ou âgés ou... ce genre de choses euh, la participation s'avère intéressante. »*). Les autres dossiers où l'expertise du médecin généraliste n'est pas requise n'amènerait pas forcément à une invitation de celui-ci (*Médecin n°11 : « Après si effectivement, tous les voyants sont au vert, si le patient il est cortiqué (sic), qu'il sait tout faire, on a pas forcément besoin de donner notre avis pour valider la RCP. »*). Cependant, un médecin rapporte que la non-convocation systématique pourrait être préjudiciable sur l'intégration du médecin généraliste à la RCP de ses patients (*Médecin n°7 : « Est-ce qu'ils continueront à le faire ou est-ce que du coup, il faut se manifester euh, en disant tel patient, tel patient, je voudrais euh... voilà j'ai quelque chose à apporter à votre connaissance. »*).

Sept médecins sur treize évoquent également qu'une durée de préparation rapide de la télé-expertise est nécessaire pour rendre son intégration dans l'activité quotidienne possible (*Médecin n°12 : « Donc si ça prend aller... moins de 3 minutes, c'est faisable, mais si faut remplir un dossier euh. »*). Cette période est néanmoins jugée importante dans la pertinence de l'intervention et permettrait de la préparer en amont via le recueil d'informations importantes concernant le patient (*Médecin n°3 : « Je pense qu'aussi, si j'ai un patient où je sais que son dossier va être présenté en RCP, peut-être que je le recevrais avant pour qu'on en parle aussi de cette RCP... »*). Parmi les différentes méthodes évoquées par les participants, la plus

fréquemment citée est celle de l'envoi d'un questionnaire préalable à la RCP, par mail ou messagerie professionnelle sécurisée, afin de pouvoir fournir les éléments jugés importants à la prise de décision (*Médecin n°13 : « Ouais c'est... l'idée du questionnaire euh, avec des oui-non et... ou chaque euh, ou un oui ferait que le médecin traitant a besoin euh, ou l'avis d'un médecin traitant est nécessaire à un moment donné, je pense que ça serait très bien, ouais. »*).

Enfin, la participation du médecin généraliste n'est évoqué qu'à travers son rôle de télé-expert, devant l'impossibilité unanime de pouvoir se rendre physiquement à l'invitation proposée (*Médecin n°10 : « En tant que médecins généralistes, on peut pas euh on peut pas poser entre guillemets une, une après-midi juste pour euh, pour y assister. »*).

En conséquence, l'inclusion du médecin traitant à certaines RCP amènerait à une évolution de ses habitudes de travail. Il y aurait une modification de l'organisation du temps de travail afin de pouvoir intégrer la réalisation de la télé-expertise dans l'activité quotidienne (*Médecin n°10 : « Enfin faut essayer de prévoir tout ça quoi, je pense qu'il faut voir euh, avec l'organisation du cabinet euh... pour pas prendre de retard et cetera. Ça doit pouvoir se faire hein ! (rires) »*).

Cela renvoie justement à l'adaptabilité dont fait preuve le médecin généraliste au quotidien dans son organisation (*Médecin n°5 : « On est tous capable de se libérer une heure, on aura tous quelque chose à faire pendant ct'heure là (sic) »*). Cette organisation pourrait amener à la création d'un temps dédié à la réalisation de la télé-expertise, en coordination avec les confrères hospitaliers, sur une période choisie. Les périodes les plus fréquemment évoquées sont celles de la pause méridienne et le début d'après-midi (*Médecin n°8 : « Pour moi ça serait vraiment euh effectivement sur la pause méridienne (n°9 acquiesce) euh, parce que c'est un moment où les hospitaliers et nous, on peut euh on peut peut-être être dispos. »*). Cependant, cette organisation semble devoir rester ponctuelle pour permettre son intégration de manière durable dans la pratique des médecins généralistes (*Médecin n°1 : « Effectivement avec des fois des semaines où t'en auras trois et puis après t'en auras plus pendant trois mois mais bon euh... »*).

c) Mise en pratique de la télé-expertise pour la RCP

Premièrement, le moment de l'intervention par rapport au déroulement de la RCP semble déterminant pour être pertinent. Le moment avant la RCP est celui de la préparation des informations jugées importantes pour la prise de décision pluri-disciplinaire. L'intervention en post-RCP est proposée le plus fréquemment, afin d'être informé rapidement de la décision prise (*Médecin n°8 : « C'est qu'on ait un contact après... avec le le, l'oncologue référent ou en tout cas la personne qui a présenté la RCP, le spécialiste d'organe qui présente la RCP. »*). Cette intervention en post-RCP permettrait d'intégrer la décision dans le contexte bio-psycho-social du patient avec l'oncologue référent et de l'expliquer au patient. Il est proposé que le secrétaire de RCP puisse contacter le médecin traitant à la suite de la RCP (*Médecin n°12 : « Moi je verrais bien le... qu'il y ait un secrétaire, après le RCP qui appelle le médecin traitant, qui lui donne un petit peu les projets. »*). La participation synchrone à la RCP est aussi évoquée, permettant la compréhension du choix du référentiel et d'apporter l'expertise du médecin traitant dans le même temps. Cependant, le risque rapporté est de ne pas pouvoir intervenir ou de ne pas être entendu (*Médecin n°5 : « Le seul euh... enfin l'une des problématiques que je vois, c'est si tous les spécialistes sont présents, ça peut être difficile d'intervenir euh, en étant le seul en visio quoi ! »*), ou simplement de ne pas pouvoir être intégré au fonctionnement de la RCP (*Médecin n°10 : « Enfin en tout cas intégrer le médecin généraliste le jour de la RCP moi ça me paraît compliqué. »*).

Ensuite, la nature de l'échange entre le médecin généraliste et l'oncologue constitue une part importante de sa faisabilité et de sa qualité. L'utilisation de la visioconférence est proposée, pouvant être utilisée pendant ou après la RCP, pour un échange direct (*Médecin n°3 : « Donc je pense que la seule solution, euh possible pour euh, qu'on puisse y participer, c'est qu'on ait un lien en visio, euh un peu comme une espèce de téléconsultation, une télé-expertise »*). Les deux moyens les plus souvent rapportés sont l'utilisation du mail et surtout le téléphone (*Médecin n° 6 : « Des échanges par téléphones, je vois tout à fait euh, c'est sûrement les plus productifs d'ailleurs euh, dans la coordination ville-hôpital. »*). L'avantage de ces techniques est

lié à une utilisation facile et une durée rapide d'intervention. Certains médecins évoquent aussi le fait que le courrier d'adressage puisse rester suffisant (*Médecin n°9 : « Je pense que le mail, le courrier et le téléphone sont des modes d'expressions qu'on utilise encore beaucoup... »*).

Différentes pistes concernant la mise en place d'un outil développé pour la télé-expertise en RCP d'oncologie sont évoquées. Il serait possible d'utiliser un outil de visioconférence déjà existant comme Zoom ou Prédice (*Médecin n° 2: « J'imagine qu'il y a certains logiciels de télé-expertise qui peuvent... Prédice et ainsi de suite qui pourraient très bien faire office de... de salle d'attente... »*). La possibilité d'adapter un logiciel de télé-expertise comme Omnidoc à l'envoi d'informations par l'oncologue et le médecin généraliste est aussi proposée (*Médecin n°11 : « Oui et puis par euh... en fait Omnidoc, comme ça existe déjà, on est déjà référencé ou on... ou alors il faut se référencer dessus. »*). Une troisième voie serait de mettre en place un outil spécifiquement conçu pour la réalisation de télé-expertise en RCP d'oncologie. Il s'agirait d'un logiciel sous forme d'application, qui pourrait être disponible sur ordinateur et téléphone, pour pouvoir y accéder quel que soit le moment (*Médecin n°11 : « Pour moi, faut que ça soit accessible, tout partout, quel que soit ton lieu de travail. »*). Il devrait être simple d'utilisation et permettre une connexion sécurisée en utilisant la carte eCPS (*Médecin n°3 : « Quelque chose de sécurisé, une connexion facile... Ça pourrait très bien être une connexion avec une carte CPS par exemple, je pense que c'est... c'est quelque chose de faisable ! »*). Ce logiciel aurait de multiples fonctions. Il permettrait, en amont de la RCP, de rentrer les informations nécessaires à la discussion pluri-disciplinaire (*Médecin n°2 : « Oui c'est ça, comme les commentaires qu'on met pour demande d'ALD, on met le détail ! On pourrait laisser le détail pour une RCP à venir ou... ou qui vient de se produire ! »*). Ensuite, il permettrait de réaliser une visioconférence, soit pendant, soit après la RCP, pour la finalisation de la décision (*Médecin n°3 : « ... Oui par exemple, avec un moyen d'identification simple, [...] après du coup ça créer un lien visio simple avec une salle d'attente... »*). Le plus important est que ce logiciel soit sécurisé, étant donné la nature des informations qui y seraient traitées (*Médecin n°5 : « Il y a pas un truc sécurisé euh, une solution unique qui fonctionne, qui soit pas en bêta test. »*). Le

mode de fonctionnement est aussi évoqué par plusieurs participants, faisant référence à un logiciel médical jugé simple et efficace (*Médecin n°3 : « On va sur un espace comme sur Améli, quand on a nos ALD en cours, machin... On a notre liste de patients qui est présenté en RCP, on reçoit une notif d'une manière ou d'une autre... »*). Pour garantir son bon fonctionnement, une standardisation de l'outil utilisé est nécessaire (*Médecin n°1 : « Il faudrait qu'il y ait un moyen unique... au moins sur une région quoi. »*). Il est proposé par un participant la création d'un outil permettant d'inviter des médecins utilisant un logiciel différent, via leur adresse mail, à pouvoir rejoindre la télé-expertise (*Médecin n°8 : « On peut inviter dans ces... dans ce cadre-là des gens euh par leur adresse mail... donc on est pas obligé d'avoir le même outil... »*). Un autre participant note aussi l'importance d'obtenir l'avis des oncologues sur l'outil qui pourrait être choisi (*Médecin n°12 : « La question ça serait aussi, c'est qu'est-ce que les spé seraient prêts à faire ? »*).

d) Valorisation financière de la participation

L'implication du médecin traitant dans la préparation de la RCP et la réalisation de la télé-expertise semblent amener à une valorisation financière. Celle-ci se justifie par le temps mobilisé pour la réalisation de la télé-expertise et l'amélioration de la qualité des soins qui en découle (*Médecin n°7 : « Ça serait normal qu'on trouve un... oui c'est ça un moyen de valoriser financièrement la façon dont on s'implique et dont on améliore les soins ! »*). Elle devrait s'inscrire dans un cadre légal, discuté au préalable avec les instances et amenant à une rémunération différente de la consultation classique (*Médecin n°1 : « Après il y a des nouvelles conventions qui vont se faire si jamais ça se met en route, on pourrait dire qu'il y a une télé-expertise niveau 2, de participation à une RCP »*). Actuellement, il existe des modalités de cotation qui peuvent être reprises dans le cadre de la télé-expertise en RCP comme l'utilisation de la lettre clé « TLE », ou encore les lettres « MIS » et « MSH » (*Médecin n°1 : « C'est, c'est l'équivalent d'une consultation euh, d'une télé-expertise, c'est une lettre clé télé-expertise euh, donc euh... C'est TLE ! »*). Il existe aussi des modèles de rémunération qui peuvent être

utilisés, voire adaptés à la télé-expertise en RCP, par exemple avec Omnidoc (*Médecin n°11 : « Une demande de télé-expertise sur Omnidoc c'est je crois, nous on est payé 10 euros, le médecin sollicité il est payé 20 euros euh, et en fait ça existe déjà les, les cotations... »*). Il est aussi proposé d'utiliser le système de ROSP, en y intégrant la réalisation de la télé-expertise comme amélioration de la prise en charge du patient (*Médecin n°1 : « On peut laisser la télé à 20 euros si on met une partie qui serait payée dans une ROSP par un forfait hein ! Pour avoir participé à X RCP dans l'année, t'aurais une partie qui serait forfaitisée. »*). Les médecins interrogés souhaitent se comparer aux modèles existants pour créer le leur (*Médecin n°3 : « Je pense qu'il faut aussi se comparer à ce que font les autres ! »*). Enfin, une autre solution serait la création d'une cotation spécifique à la télé-expertise en RCP d'oncologie, avec une lettre-clé spécifique, et entraînant une rémunération spécifique également (*Médecin n°11 : « J'ai l'impression que le fait de coter une consultation complexe et générale en prenant en compte finalement le, le, la post-RCP, ça prend pas en compte le temps passé euh, passé pendant cette RCP. » et Médecin n°1 : « ... Oui mais alors faut pas que ce soit la TLE actuelle ! Faut que ce soit la TLE RCP ! »*). La standardisation du mode de déclaration et de rémunération de la télé-expertise est importante, afin qu'elle soit juste et permette d'éviter les fraudes de déclaration (*Médecin n°5 : « La problématique de la rémunération elle restera entre le paiement à l'acte et le, le... le paiement au forfait, ça restera problématique quoi ! »*).

e) Intérêts et inconvénients à la réalisation de la télé-expertise

Certains intérêts à réaliser la télé-expertise sont mentionnés par les médecins interrogés. Tout d'abord, cette participation est un marqueur de professionnalisme du médecin généraliste, c'est-à-dire une preuve de son implication et de la qualité de la prise en charge de ses patients (*Médecin n°3 : « C'est en plein dans le critère de prise en charge coordonnée aussi ! »*). La participation valorise la relation médecin-patient, lors de la préparation de la RCP et après la RCP, dans le renforcement de l'alliance thérapeutique (*Médecin n°9 : « Je ne sais pas, voila ! Vous allez voir des professionnels qui vont euh, qui vont vous proposer des choix*

thérapeutiques et pis vous adhérez ou vous adhérez pas et on peut discuter ensuite. »). Enfin, la mise en place de cette télé-expertise est perçue comme une valorisation du travail du médecin généraliste (*Médecin n°1 : « Je pense que c'est, c'est incitatif à se dire : tiens, c'est un médecin qui s'implique dans le suivi de ses patients quand même ! »*).

Par ailleurs, des freins et inconvénients sont également soulevés au cours des *focus groups*. Il est rapporté que certains médecins généralistes ne voient pas l'intérêt d'une implication dans la télé-expertise (*Médecin n°8 : « Il y a quand même une grande partie des médecins qui seront beaucoup moins intéressés euh, même pour des patients particuliers, pour avoir euh un contact avec l'hôpital de, de quelque façon que ce soit. »*). De même, la place du médecin généraliste dans la RCP, et donc sa légitimité dans la prise de décision, semble modérer l'implication (*Médecin n°12 : « Il faudrait qu'il y ait des... enfin qu'il y ait des choses qui soient faites pour euh... pour qu'il y ait une plus-value vraiment notable... du fait du médecin traitant. »*). Certains évoquent aussi que le modèle actuel de fonctionnement soit suffisant pour la prise en charge de leur patient (*Médecin n°13 : « En tout cas dans les cas que j'ai vus, le peu de cas que j'ai vus, euh... je trouve que les choses elles sont déjà bien faites. »*). Enfin, une des craintes soulevée par quatre médecins est la passivité dont pourrait faire l'objet le médecin généraliste lors de la RCP (*Médecin n°10 : « Parce que c'est vrai que, être au final euh... assister réellement à la RCP, bah je pense qu'on participera, on participerait pas en fait ! »*).

L'avis des oncologues sur l'intérêt d'inclure la télé-expertise du médecin généraliste dans la décision en RCP, et sur la pertinence des informations qu'il peut apporter est importante dans la discussion (*Médecin n°8 : « Et euh pour en avoir discuté avec des, certains spécialistes qui font de l'oncologie, euh... l'intérêt était peut-être pas si énorme que ça »*). Il est important d'obtenir leur avis sur la question (*Médecin n°1 : « Moi j'aime bien ton idée (rire), mais je suis pas sûr que de l'autre côté, les oncologues soient tout à fait aussi d'accord que nous. »*).

Enfin, il est important de favoriser la participation des médecins généralistes pour que la télé-expertise puisse se mettre en place, en valorisant leur implication (*Médecin n°11 : « Donc si par contre, t'as une euh, voilà finalement, un, un acte qui dit, voilà, cette activité-là, elle est euh...*

elle est valorisée, je pense que ça peut permettre d'avoir une adhésion aussi au... au médecin. »). La valorisation passe aussi en légitimant la présence du médecin généraliste dans la prise de décision (Médecin n°5 : « Bon, en tout cas, on est tous d'accord pour dire que le médecin généraliste a une vraie place dans... dans les RCP quoi ! »).

L'analyse a été réalisée à l'aide de l'arbre de codage fourni ci-dessous.

Les thèmes principaux y sont déroulés en partant du plus généraliste en haut vers les thèmes plus spécifiques aux aspects de la télé-expertise.

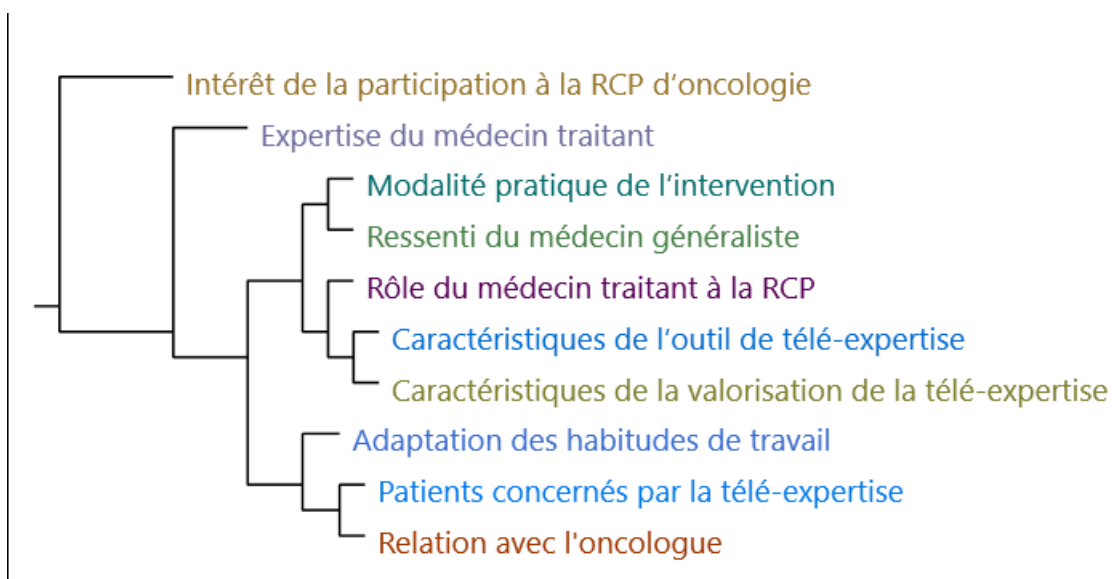


Figure 1: Arbre de codage thématique

IV. Discussion

a) Résultat principal

La participation physique à une RCP d'oncologie étant très difficilement réalisable pour les médecins généralistes du Nord, la mise en place d'une télé-expertise est proposée pour favoriser cette participation. Elle concernera les patients les plus complexes et permettra, après un temps de préparation court et la fourniture des informations sur le logiciel de télé-expertise, une intervention en visioconférence pendant la RCP. En cas d'impossibilité d'intervenir pendant la RCP, un contact sera pris avec l'oncologue référent après la RCP pour être informé de la décision et discuter de l'application dans le quotidien du patient, favorisant son adhésion.

Cet investissement a pour but d'améliorer la prise en charge globale du patient et devra être valorisé pour sa pérennisation. L'utilisation de modèles existants de rémunération, comme l'intégration dans une ROSP ou la rémunération actuelle de la télé-expertise est proposée, ou encore la création de nouvelles cotations spécifiques à la télé-expertise en RCP.

Secondairement, les participants ont précisé les modalités de réalisation des différents temps de la télé-expertise.

Le médecin traitant est informé en avance de la tenue de la RCP, par exemple un délai de dix jours, et disposerait d'un temps de préparation, éventuellement avec le patient, pour rassembler les informations utiles à la décision pluri-disciplinaire. Ce temps de préparation devra être rapide pour être intégré dans les habitudes de travail. Un retour est ensuite fait à l'oncologue par envoi de mail ou par l'utilisation du logiciel de télé-expertise conçu pour l'échange.

Divers outils sont évoqués par les participants de cette étude, permettant un contact direct avec l'oncologue référent et une intervention adaptée par rapport au déroulement de la RCP. Une intervention synchrone est évoquée, mais il semble qu'un contact après la RCP soit plus facile à mettre en place. Ce moment permet d'obtenir un retour sur la décision et de l'intégrer dans le contexte psycho-social du patient. Le moyen de communication le plus apprécié est le téléphone, mais la mise en place d'un logiciel de visioconférence ou d'une visioconférence sur

le même logiciel que celui utilisé en préparation de la RCP sont également évoqués. Il pourrait s'agir d'un logiciel déjà existant ou d'un logiciel spécialement créé pour la réalisation de cette télé-expertise. Le choix d'une méthode rapide et efficace, satisfaisant le médecin généraliste et l'oncologue est le plus adapté.

Le médecin traitant sera sollicité prioritairement pour les patients les plus complexes, de part la connaissance bio-psycho-sociale qu'il a d'eux. Cette participation permet de renforcer le lien ville-hôpital et de représenter ces patients lors de la prise de décision pluri-disciplinaire. Il n'occupe pas un rôle décisionnel dans le choix du traitement, mais d'aide au choix, en fonction des caractéristiques du patient.

Il semble aussi que tous les médecins généralistes ne seront pas intéressés par la réalisation de cette télé-expertise, de part le temps que cela implique dans la pratique quotidienne et aussi par un manque ressenti de légitimité dans la présence à la RCP. De ce fait, l'opinion des oncologues concernant cette participation est très importante et devra être recherchée.

b) Comparaison à la littérature

Les résultats obtenus dans cette étude entrent en accord avec les arguments souvent avancés pour justifier la participation du médecin généraliste à la RCP d'oncologie de son patient. L'apport de la connaissance psycho-sociale du patient dans l'aide à la décision partagée, concernant la tolérance au traitement ou encore ses souhaits, est importante. Cette connaissance peut avoir un effet sur la décision finale comme le montre une étude toulousaine où des médecins généralistes participaient à la RCP d'oncologie de leur patient en hématologie, dans le cadre de la prise en charge de syndrome myélodysplasique (21). Il est retrouvé que la contribution du médecin généraliste permet d'adapter le traitement en fonction de l'apport de ses connaissances sur le patient et notamment son mode de vie. La participation sert également à l'implication dans la prise en charge globale du patient. Le médecin accompagne le patient, ainsi que sa famille, face à la gestion de la maladie cancéreuse.

Par ailleurs, le développement des compétences et la valeur médicale ajoutée par la participation est rapporté dans cette étude. Néanmoins, l'intérêt de l'amélioration des connaissances sur les traitements anticancéreux et la gestion des effets secondaires sont plus restreints dans notre cas. Cependant, une étude australienne montre qu'il est possible d'améliorer les connaissances en oncologie des médecins généralistes pour améliorer la prise en charge des patients. Dans cette étude, un modèle d'informations cliniques et de recommandations de traitements, issu de RCP, dans le cadre de la prise en charge de tumeurs pulmonaires et destiné aux médecins généralistes a été mis en place, avec une amélioration des pratiques de ceux-ci(22).

Aucun des participants n'a jamais été convié et participé à une RCP, mais seule la mise en place d'une télé-expertise semble pouvoir contourner cette difficulté. La visioconférence est la méthode de choix dans les articles cités en introduction, mais les médecins interrogés dans notre étude préfèrent le téléphone. Cependant, des idées assez détaillées sont apportées sur l'utilisation d'outils de visioconférence déjà existant ou la création d'un nouveau logiciel, avec les avantages à en tirer. Une étude libanaise réalisée pendant la période de confinement liée au Covid 19, rapporte la réalisation de RCP de gynécologie en visioconférence (23). La possibilité de réunir plusieurs médecins simultanément et de partager des documents utiles à la prise de décision y est expliqué. Des résultats similaires sont retrouvés sur une expérience menée à Pittsburgh lors des RCP de tumeurs de la tête et du cou, en utilisant un logiciel déjà existant, à savoir *Microsoft Teams*® avec des résultats similaires (24).

La question organisationnelle est aussi inhérente à la mise en place de cette télé-expertise. L'étude toulousaine rapporte que la participation du médecin généraliste à la RCP d'oncologie de son patient est faisable si elle est correctement préparée en amont et que des moyens de télécommunication simples rendent possible une coordination entre l'hôpital et les médecins de soins primaires (21). Le téléphone est aussi être le moyen préféré des médecins qui y sont

interrogés.

Une part importante à la valorisation financière de la télé-expertise est rapportée par les participants. L'arrêté du 1^{er} août 2018, portant approbation de l'avenant numéro 6 à la convention nationale, organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, évoque une partie de la réponse(25), (26). La télé-expertise entre le médecin traitant et l'oncologue pourrait correspondre à une télé-expertise de niveau 2. Ce niveau encadre les avis circonstanciés donnés en réponse à l'exposition d'une situation médicale complexe après étude approfondie et mise en cohérence. Il est cité comme exemple le bilan pré-chimiothérapie lors de son initiation et la surveillance en oncologie dans le cadre de la suspicion d'une évolution. Il est alors prévu que le médecin requis perçoive 20 euros par télé-expertise avec une limite de deux actes par an, par médecin, pour un même patient. Il est prévu pour le médecin requérant un forfait de 5 euros par télé-expertise de niveau 1 et 10 euros par télé-expertise de niveau 2, avec un maximum de 500 euros par an pour l'ensemble des télé-expertises requises, quel que soit le niveau.

L'arrêté du 22 septembre 2021 portant approbation de l'avenant n° 9 de la loi précédemment citée, a apporté des modifications sur la réalisation de la télé-expertise (27). L'article 2 précise sur ses différents alinéas qu'il est désormais possible de solliciter une télé-expertise pour tous les patients. Par ailleurs, le niveau 1 est remplacé par une généralisation du niveau 2 de télé-expertise. Les médecins requérants sont désormais rémunérés à l'acte, et non plus au forfait, comme les médecins requis. Ainsi, il est versé 20 euros par télé-expertise pour 4 actes par an, par médecin requis et ce pour un même patient.

Enfin, aucun article ne traite de l'intérêt de l'inclusion du médecin traitant à la RCP d'oncologie d'un patient complexe, sujet assez souvent évoqués par les participants de notre étude. Cependant, des pistes sont évoquées dans la littérature sur l'implication du médecin généraliste dans la prise en charge en oncologie de son patient. Une revue de littérature de cinq articles,

concernant les interventions conçues pour impliquer activement le médecin généraliste pendant le traitement curatif du cancer, rapporte pour les sous groupes de populations vulnérables une réduction de l'utilisation des soins de santé chez les patients âgés et une réduction de l'anxiété clinique chez les personnes souffrant d'une détresse mentale plus élevée. Dans cette référence, aucune amélioration sur la qualité de vie n'a été retrouvée (28).

c) Forces et limites de l'étude

L'ensemble de la méthodologie, de l'analyse des résultats et de la discussion ont été vérifiées selon les critères de la grille COREQ (29).

Certaines faiblesses peuvent être rapportées concernant cette étude. Tout d'abord, il s'agit du premier travail de recherche qualitative du chercheur, ainsi une documentation a été nécessaire à la préparation et l'élaboration du travail de recherche (30), (31), (32), (33). Un ouvrage d'Initiation à la recherche qualitative en santé a été utilisé dans l'élaboration des différentes parties de l'étude (20). Par ailleurs, afin d'augmenter la qualité de l'analyse et donc la validité interne, une triangulation des données avec comparaison et correction de l'arbre de codage a été réalisé avec un deuxième chercheur (Océane Vanbeneden).

D'autre part, la composition de l'échantillon de médecins recrutés pour les *focus groups* montre que la variation maximale n'a pas pu être complètement respectée. On peut constater une majorité d'hommes parmi les répondants et installés assez récemment. Ce sont également des médecins qui présentent un intérêt à la participation aux *focus groups* de thèses et sur le thème de recherche, ce qui crée un **biais de sélection**. Ce fait semble aussi se retrouver à travers le taux de participation.

Il ne faut pas non plus méconnaître un **biais de désirabilité**, c'est-à-dire que le participant rapporte ce qu'il est souhaitable de dire, ce qui peut avoir une influence dans l'analyse des résultats.

En ce qui concerne la tenue des *focus groups*, seul le premier s'est déroulé physiquement, les autres ayant eu lieu en visioconférence. Cette différence de réalisation a pu impacter la qualité

de l'interaction entre les participants des deux derniers *focus groups*, ainsi qu'entre les participants et l'animateur et donc les idées apportées spontanément par les participants. Cependant, le guide d'entretien semi-dirigé a été enrichi au fur et à mesure par les idées proposées lors de chaque focus group. Il aura servi à approfondir les idées énoncées ou à aborder celles qui n'auraient pas été évoquées, notamment lors des *focus groups* en visioconférence.

Enfin, la saturation des données ne peut pas être affirmée de part la nature de l'échantillon. Pour pallier à cet écueil, il a été choisi d'arrêter la collecte des données quand aucun nouveau thème n'est apparu au cours de l'analyse des données.

Les participants ont proposé un délai de dix jours avant la RCP pour assurer la préparation de la télé-expertise. Il n'est pas sûr qu'un tel délai soit applicable en pratique et cette question devrait pouvoir être débattue avec les oncologues.

La principale force de cette étude concerne le sujet de recherche et l'intention de proposer une mise en pratique de la télé-expertise, avec des solutions concrètes à mettre en place.

d) Les perspectives

Les résultats de cette étude suggèrent des pistes pour la mise en place d'une télé-expertise dans la pratique courante des médecins généralistes du Nord, afin de rendre la participation à la RCP d'oncologie de leur patient possible. Il serait intéressant de réaliser une mise en pratique de cette télé-expertise, par la mise en place et l'évaluation des différents moyens proposés. Dans cette optique, l'opinion des oncologues est indispensable et devra faire l'objet d'une recherche complémentaire. Il pourrait ensuite être comparé la préférence d'utilisation entre les différents moyens. La création d'un logiciel de télé-expertise dédié pourrait également être évaluée et comparée aux autres méthodes de communication.

La valorisation financière de la télé-expertise est également évoquée dans cette recherche.

Cela suggère d'évoquer avec les pouvoirs publics la rémunération actuelle et de discuter d'une modification possible du système de cotation.

Les modifications qu'apporterait cette télé-expertise dans la pratique quotidienne pourraient être évaluées par une mise en pratique, avec obtention du retour des médecins généralistes et des oncologues participants.

V. Conclusion

Les médecins généralistes du département du Nord interrogés évoquent la mise en place d'une télé-expertise pour participer aux RCP d'oncologie de leurs patients les plus fragiles. Elle se compose d'une période de préparation des informations utiles concernant le patient, puis d'une participation à la décision partagée, de manière synchrone ou a posteriori. Le choix de l'outil de télé-expertise pourra être déterminé par une mise en pratique.

En plus de l'amélioration de la prise en charge globale des patients, cette implication devrait amener à une valorisation financière par l'adaptation du système de cotation.

VI. Bibliographie

1. Données globales d'épidémiologie des cancers - Epidémiologie des cancers [Internet]. [cité 24 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Donnees-globales>
2. Bungener M, Demagny L, Holtedahl KA, Letourmy A. La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ? Pratiques et Organisation des Soins. 2009;Vol. 40(3):191-6.
3. Article 36 - LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Légifrance [Internet]. [cité 3 mars 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879483
4. Réponse à la lettre de mission du président de l'institut national du cancer. Programme d'appui à la recherche en médecine générale en cancérologie-CMG, CNGE, SPP-IR. Rapport_appui_recherche_MG_cancerologie_.pdf.
5. Plan_cancer_2009-2013_-_Rapport_d_etape_au_President_de_la_Republique_-_Juin_2010.pdf [Internet]. [cité 4 janv 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_cancer_2009-2013_-_Rapport_d_etape_au_President_de_la_Republique_-_Juin_2010.pdf
6. SANT4 - Bulletin Officiel N°2005-3: Annonce N°34 [Internet]. [cité 4 janv 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030034.htm>
7. Cecilia B, Aurelie G. La reunion de concertation pluridisciplinaire RCP en cancerologie place du medecin generaliste traitant. :151.
8. Van Leeuwen A, Wind J, van Weert H, de Wolff V, van Asselt K. Experiences of general practitioners participating in oncology meetings with specialists to support GP-led survivorship care; an interview study from the Netherlands. European Journal of General Practice. janv 2018;24(1):171-6.
9. Pype P, Mertens F, Belche J, Duchesnes C, Kohn L, Sercu M, et al. Experiences of hospital-based multidisciplinary team meetings in oncology: An interview study among participating general practitioners. European Journal of General Practice. 2 oct 2017;23(1):156-64.
10. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 4 janv 2020]. Réunion de concertation pluridisciplinaire. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2806878/fr/reunion-de-concertation-pluridisciplinaire
11. 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. Bulletin du Cancer. 2017;128.
12. Pont A. Point de vue des médecins généralistes sur les relations ville-hôpital dans la prise en charge des cancers au sein de l'hôpital Victor Provo de Roubaix et de l'hôpital Dron de Tourcoing : enquête d'observation. Thèse d'exercice. 2014LIL2M182.pdf.
13. Emilie Tardieu, Carole Thiry-Bour, Christophe Devaux, Dragos Ciocan, Vanessa de Carvalho, Maurice Grand, Elisabeth Rousselot-Marche, Nicolas Jovenin. Place du médecin généraliste dans le traitement du cancer en Champagne-Ardenne. Bull Cancer. mai 2012;99(5):557-62.
14. Objectif 2 : Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge - Les 17 objectifs du Plan

- [Internet]. [cité 19 mai 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/Les-17-objectifs-du-Plan/Objectif-2-Garantir-la-qualite-et-la-securite-des-prises-en-charge>
15. 701c52d9-e157-46e3-9220-c10a3f087e40.pdf [Internet]. [cité 6 mai 2020]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/701c52d9-e157-46e3-9220-c10a3f087e40>
 16. Dominique Rey, Sabine Lescher, Alain Paraponaris, Pierre Verger, Anna Zaytseva (Inserm, SESSTIM, ORS PACA), Muriel Barlet, Hélène Chaput, Yannick Croguennec, Claire Marbot (DREES), Fanny Josancy, Simon Filippi (URPS-ML PACA), Julien Giraud (ORS Poitou-Charentes), Isabelle Ingrand (Registre des cancers, Poitiers), Claire Julian-Reynier (Inserm), Martine Rousseau, Graziella Pourcel (INCa). Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital. er1034.pdf [Internet]. [cité 21 nov 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1034.pdf>
 17. Le numérique en santé - 25 projets de télémédecine passés à la loupe - Tome 2 : monographies - 5.11. Cancérologie : téléconsultations et RCP en Midi-Pyrénées [Internet]. [cité 19 mai 2020]. Disponible sur: <http://numerique.anap.fr/publication/1716-la-telemedecine-en-action-25-projets-passes-a-la-loupe-un-eclairage-pour-le-deploiement-national-tome-2-monographies/2576-cancerologie-teleconsultations-et-rcp-en-midi-pyrenees>
 18. Aghdam MRF, Vodovnik A, Hameed RA. Role of Telemedicine in Multidisciplinary Team Meetings. J Pathol Inform. 18 nov 2019;10:35.
 19. Iugulescu-Lestrade R. Téléconférence et visioconférence ou les paradoxes des outils de simplification des réunions. Revue française d'administration publique. 3 juin 2016;N° 157(1):105-16.
 20. Jean-Pierre Lebeau, Isabelle Aubin-Auger, Jean-Sébastien Cadwallader, Julie Gilles de la Londe, Matthieu Lustman, Alain Mercier, et al. Initiation à la recherche qualitative en santé. Global Média Santé et CNGE Productions. 2021. 192 p.
 21. Druel V, Gimenez L, Tachousin P, Boussier N, Bauvin E, Pascale G, et al. Adapting patients' oncological treatment through remote participation of general practitioners in multidisciplinary consultation meetings: A feasibility study. Eur J Gen Pract. 28(1):15-22.
 22. Rankin NM, Collett GK, Brown CM, Shaw TJ, White KM, Beale PJ, et al. Implementation of a lung cancer multidisciplinary team standardised template for reporting to general practitioners: a mixed-method study. BMJ Open. 28 déc 2017;7(12):e018629.
 23. Elkaddoum R, Kourie HR, Kassis NE, Khaddage A, Salem C, Nasr E, et al. Treating cancer patients in times of COVID-19 pandemic: A virtual women cancers multidisciplinary meeting experience. Bull Cancer. 2020;107(7):738-40.
 24. Dharmarajan H, Anderson JL, Kim S, Sridharan S, Duvvuri U, Ferris RL, et al. Transition to a virtual multidisciplinary tumor board during the COVID-19 pandemic: University of Pittsburgh experience. Head Neck. juin 2020;42(6):1310-6.
 25. avenant_6_-_texte.pdf [Internet]. [cité 6 mai 2020]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/451403/document/avenant_6_-_texte.pdf
 26. fiche_memo_teleconsultation_et_teleexpertise_mise_en_oeuvre.pdf [Internet]. [cité 18 mai 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/fiche_memo_teleconsultation_

27. Arrêté du 22 septembre 2021 portant approbation de l'avenant n° 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.
28. Perfors IAA, May AM, Boeijen JA, de Wit NJ, van der Wall E, Helsper CW. Involving the general practitioner during curative cancer treatment: a systematic review of health care interventions. *BMJ Open*. 14 avr 2019;9(4):e026383.
29. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 16 sept 2007;19(6):349-57.
30. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
31. Recueil de données en recherche qualitative - LEPCAM [Internet]. [cité 2 août 2020]. Disponible sur: https://lepcam.fr/index.php/les-etapes/protocole_quali/
32. Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf [Internet]. [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: https://nice.cngc.fr/IMG/pdf/Focus_Groupes_methodologie_PTdef.pdf
33. Scribbr [Internet]. 2019 [cité 11 janv 2021]. L'entretien semi-directif: définition, caractéristiques et étapes. Disponible sur: <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-semi-directif/>

VII. Annexes

a) Certificat de la CNIL



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Clémentine Dehay

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN: 13 00 23583 00011
Adresse : 42 Rue Paul Duez 59000 - LILLE	Code NAF: 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Télé-expertise du médecin généraliste en RCP d'oncologie
Référence Registre DPO : 2022-211
Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Dominique LACROIX Interlocuteur (s) : M. Guillaume COLOTTE

Fait à Lille,

Le 23 juin 2022

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

b) Guide des entretiens-semi-dirigés

- Quel est votre intérêt pour l'oncologie dans votre pratique ?
- Quel est votre ressenti concernant vos patients atteints de cancer ?
- Quelles sont vos relations avec l'équipe d'oncologie de votre secteur ?
- Avez-vous déjà participé à une RCP en oncologie ?
 - Si oui, quel est leur mode de fonctionnement sur votre secteur ?
 - Si non, comment pourriez-vous corriger ce fait ? (ouvre sur la question de la mise en place)

a) Comment voudriez-vous organiser cette participation ?

→ Recherche des avantages et inconvénients des différentes modalités proposées.

- Comment pourriez-vous être tenu informé de l'organisation d'une RCP pour l'un de vos patients ? / comment pourriez-vous prévoir ces rendez-vous ?
- Comment pourriez-vous manifester votre intérêt ou au contraire votre refus d'y participer ?
- Comment pourriez-vous vous dégager du temps pour pouvoir participer à quelques RCP ?
- Combien de temps devrait durer la participation selon vous ?
- Quelles évolutions dans vos habitudes de travail vous semblent nécessaires ?

b) Sur quel support aimeriez-vous mettre en place cette télé-expertise ?

- Quel support matériel ou humain aimeriez-vous utiliser pour votre participation ?
- Quels pourraient être les **avantages** de la technique choisie ? Quels en seraient ses **inconvénients** ?
- Que préconiserez-vous dans la création d'une interface dédiée à la participation à une RCP, pour qu'elle soit la plus fonctionnelle possible ? (axé sur le choix d'une visioconférence)

c) Comment pourrait être valorisée la participation à la RCP selon vous ?

- Quelle valorisation des qualités du médecin généraliste voyez-vous à participer à la RCP ?
- Comment éventuellement amener la participation à la RCP à s'inscrire dans l'activité professionnelle ? (question qui vise plutôt une organisation avec les administrations alors que la question de relance posée dans le a) vise plutôt l'organisation pratique au cabinet)
- Comment pourrait-on organiser une rémunération ?
- Quelles sont les RCP où votre participation vous semble plus importante/intéressante ?

d) Quelqu'un voudrait-il ajouter quelque chose à ce qui a été dit ?

c) Retranscription des focus groups

Focus group n°1

Animateur : présentation du travail

avec question brise glace sur l'intérêt pour l'oncologie :

- M04 : « Aujourd'hui par exemple, j'ai dû appeler l'oncologue qui s'occupait de ma patiente, pour discuter de la patiente, mais c'était une information pour savoir une conduite à tenir. C'est souvent de cette façon là qu'on peut discuter, de là à dire ensuite que euh, pour les RCP j'avoue que je ne participe jamais ! On est plus ou moins informés par certains spécialistes qui participent, en sachant là un peu ce qui se passe, exemple j'ai une autre patiente qui est en fin de vie, euh ; elle a décidé, elle a appris qu'on ne fait pas d'autre type de traitement, c'est le pneumologue qui lui a dit. Le pneumologue m'a téléphoné, on a discuté, on a décidé qu'on ne ferait rien et qu'elle mourrait, et qu'elle a décidé de mourir à l'hôpital ! Elle ne voulait pas mourir chez elle parce que son fils ne le supportait pas quoi ! »

- Animateur : « D'accord ! »

« C'est les seules discussions qu'on pourrait avoir. »

- OK

« C'est deux cas très récents en plus »

- M01 : « Récemment moi j'ai eu euh, l'appel de euh juste avant la mise en place de la RCP euh, d'un confrère ORL euh, qui m'a appelé en disant : voilà, on va passer ton patient en RCP, parce que là franchement c'est compliqué, on va rechanger son protocole euh, là ça ne répond pas euh, il semble son dernier TEP est vraiment, est vraiment mauvais, est ce que tu veux que je le prévienne ? Est ce que tu veux le voir demain ? Euh pour le faire, vraiment un accord euh. Par contre c'est vrai, qu'il m'a pas dit est ce que tu pourrais être disponible pour la RCP ? C'est c'est une question qui s'est même pas évoquée! Alors c'est vrai qu'aujourd'hui avec les outils technologiques, on se dit qu'éventuellement on pourrait envisager quelque chose, parce que c'est dommage(appuyé dans l'intonation) ! Parce que de ce fait là comme on y est jamais, je trouve que on fini par être euh, à distance des traitements et c'est difficile de connaître encore bien les différents protocoles et les avan... enfin les avantages... les efficacités et puis les, les, les effets secondaires de tous ces nouveaux protocoles qui, qui déboulent, moi je dois dire que je suis un peu perdu et que le côté attrait, pas attrait, c'est pas tellement à ce niveau là que ça se passe, c'est que euh, on est déconnecté et c'est bien bien dommage parce que parfois bah oui, on appelle en disant : Ah ! Au secours ! Il se passe ça, je fais quoi ? Euh et heureusement que les oncologues sont souvent assez disponibles quant on... »

M04 « Bien sûr »

M01 « ... quant on essaie de les avoir... C'est pas trop compliqué, ça fait parti des spécialistes qu'on arrive à avoir assez facilement (rire). »

- M02 : « C'est vrai quand tout se passe bien, au final, on entend jamais trop parlé, on reçoit les compte-rendus, euh, parfois de telle cure qui s'est bien passée, d'une réévaluation qui s'est bien passé mais sinon... on est... on est totalement à l'écart de ça... Et c'est plus effectivement les couacs euh, les effets indésirables de traitements, ou des signes comme quoi la maladie avancerait plus vite que prévu que là effectivement, on est amené à entrer en contact avec eux mais c'est nous qui allons les solliciter, effectivement ils sont dispos très facilement... Moi aussi j'ai eu un cas, une dame avec une tumeur cérébrale où j'avais été amené à appeler l'oncologue parce que ça se dégradait assez vite, puis pour discuter un petit peu de... Après avoir parlé avec la dame de jusqu'où on allait dans les traitements, de est-ce qu'on l'hospitalisait ou pas, mais c'est vrai que sinon on... On a pas, pas franchement de contact, et en tout cas pas directement de l'oncologue vers moi. »

- Animateur « D'accord »

- M03 : « C'est vrai, moi pour le coup j'ai jamais eu de prise de contact de l'oncologue vers moi... C'est plutôt moi qui est pris un contact avec euh, avec l'oncologue... plutôt dans les contextes par exemple euh fièvre chez un patient sou chimio, des choses comme ça pour, pour vérifier des prises en charge, des indications d'hospitalisation, euh.. Pour la RCP c'est pareil, j'ai jamais été convié et euh, je peux trouver ça dommage parce que, en effet sur certaines dimensions, je pense qu'on a un avis... important...on connaît le patient, on connaît le contexte, on connaît sa famille, on connaît pas mal de chose et euh... j'ai jamais été convié à ça quoi. »

- M05 : « Sur Hazebrouck, sur Hazebrouck euh, c'est un petit peu particulier, parce que les oncologues en fait, il y a pas d'oncologue qui est attaché à l'hôpital, c'est des oncologues qui viennent de Saint-Phi, donc ils ont des, des vacances, euh, je confirme ce qui a été dit, c'est à dire que j'ai jamais un oncologue qui m'a appelé, euh, ne serait-ce que pour m'inviter à une RCP ou autre, euh, souvent on est exclu à partir du moment où l'oncologue prend la main, on est exclu des soins, c'est à dire que là j'ai le cas assez récemment d'une patiente qui avait des euh, des diarrhées, elle m'avait dit qu'elle avait des diarrhées au mois de juillet donc je lui avait donné un traitement symptomatique et puis toute sage elle me dit euh, au mois de

novembre : Mais quand même les diarrhées, là elles deviennent gênantes Docteur, euh trente, quarante fois par jour, c'est un peu euh embêtant. Donc je lui dis mais vous ne m'en avez pas parlé avant donc euh, elle avait eu un antécédent de cancer euh ovarien à l'âge de 24 ans ou 27 ans je crois, donc euh j'ai pris le contact avec le gynéco euh, avec qui je m'entends bien, euhmm, il l'a pris très rapidement en charge et euh, ça fait derrière, elle a été prise en charge par l'uro parce qu'il y avait un englobement (sic) des voies urinaires et tout ça, elle a été prise en charge par l'oncologue mais jamais, j'ai aucun oncologue de souvenir qui m'a appelé pour savoir si tel patient était capable de supporter tel traitement, si il fallait mettre un traitement, s'il fallait respecter, euh et moi j'ai jamais eu appeler un oncologue donc les, les RCP là en plus, elles deviennent un peu compliquées parce que il y a des RCP neuro-onco, des RCP pneumo-onco, euh et euh, on reçoit le compte-rendu, euh le compte-rendu il est parfois un peu pénible à lire parce qu'ils reprennent tous les antécédents, enfin tout ce qui a été fait.. »

- M02 « C'est très systématisé. »

- M04 « Faut commencer au fond ! »

- M05 « Finalement, finalement, on fini par prendre la conclusion et, et pour avoir le... La relation avec l'oncologue, moi j'en ai pas. »

- M01 : « Moi j'ai eu une seule fois un oncologue de Paris qui m'a appelé, c'était un hémato de Paris, qui prenait en charge une jeune patiente de 15 ans, donc en pédiatrie encore, qui m'appelait en disant voilà euh, je te tiens au courant, et cetera, c'est la seule fois où j'ai été appelé quoi, par un, par un hémato, un onco-hémato, et qui me dit : voilà, on est disponible, on est organisé ; donc à Saint Louis... J'étais impressionné, j'avais jamais vu ça, sur Lille, sur machin... Je me suis dit, Ah ! Il y a peut-être des endroits où ils fonctionnent différent! Et euh, le type, c'était au tout début des portables, il me donne son portable ! Alors qu'à l'époque je peux te dire qu'ils se protégeaient les gars, mais là pas du tout, en disant : on fonctionne comme ça.. C'était très sympathique, c'était.. j'ai été agréablement surpris. Après dans les, dans les RCP qu'on lit c'est.. qu'est ce qu'ils mettent comme acronymes... ça devient de plus en plus compliqué à lire ! Eux ils manipulent ça tous les jours, tous les jours et ils te balancent des euh, Folfiri... R-CHOP, tu sais même pas euh... »

- M04 confirme : « Je trouve que d'autant plus, on est pas concerné nous par ça ! »

- M01 « Tu penses qu'on a pas notre rôle là-dedans ? »

- M04 « Ils tiennent leurs dossiers ! »

- M01 « Ce que je dis toujours aux internes, c'est quand tu fais un courrier, c'est que l'autre comprenne ce que tu lui dis. C'est quand même la première des choses (rires). Il faut que ça soit écrit propre, quant on le faisait à la main, et que tu dises ce que tu poses (reprise) ce que tu veux... mettre « bon pour » c'est scandaleux... j'ai l'impression qu'ils se foutent si on comprend ou pas ce qu'ils mettent dans leur compte-rendu. C'est un peu pénible. »

- **Animateur relance comment participer à RCP**

- M03 : « Je pense que c'est, c'est plus facile pour les spécialistes de second recours parce que je pense que quand ils font une RCP, en fait ils font plusieurs RCP, du coup c'est facile pour eux de bloquer des demi-journées, ils peuvent parler de plusieurs patients à la suite... ce qui fait que l'organisation c'est plus pratique... nous à chaque fois on sera concerné par un seul patient... »

- M01 « C'est ça ! »

- M03 « ...Donc je pense que la seule solution, euh possible pour euh, qu'on puisse y participer, c'est qu'on ait un lien en visio, euh un peu comme une espèce de téléconsultation, une télé-expertise qui, je pense en plus, devrait pouvoir être

rémunérée comme une consultation finalement parce que ba... on fait aussi du soin pour le patient, et euh, et recevoir un lien via un logiciel euh, voilà de euh... il faudrait qu'il soit sécurisé, visioconférence en effet, parce qu'il doit être euh... la définition exacte du logiciel je... on est pas là forcément pour ça, mais, mais un lien avec une heure, je pense que c'est pas compliqué pour un médecin, si jamais il est prévenu 10 jours avant, de se dire une demi-heure, là je.. je me libère une demi-heure pour participer à ça, ça c'est faisable je pense.

1 lien avec 1 heure

[M01 opine]

- M02 : « Mmh c'est ça avec une heure approximative, c'est ça les souvenirs que j'ai des RCP quand j'étais en hospitalier, c'est que effectivement ils enchaînent.. C'est assez bref mais ils enchaînent beaucoup de RCP d'affilées, des fois il y en a qui viennent s'intercaler entre temps, et oui effectivement, on va pas aller là-bas, devoir réserver une demi-journée pour... pour intervenir deux minutes. C'est plus simple d'avoir un salon... de euh, de consultation, un salon de visio qui se débloque au moment où on parle de notre patient par exemple... avec une heure approximative oui de vingt minutes, une demi-heure, où on sait que ça va être notre passage à ce moment là. Ça c'est facile à organiser. »

- Animateur relance autre moyen que visio

- M01 : a« Alors il y aurait la possibilité que il y ait un appel d'une des personnes qui participe à la RCP pour dire : tiens on va parler de ton patient, qu'est-ce que... est ce que t'as des trucs particuliers à nous signaler par rapport à lui, par rapport à son entourage, par rapport à ce qu'il est isolé ? Par rapport à son contexte bio-psycho-social, ou ses difficultés euh personnelles, et cetera, je pense que on, on pourrait être interrogé simplement dans un temps de préparation si, si c'est difficile de se libérer, mais c'est vrai qu'aujourd'hui avec une visio, je pense que... en effet aujourd'hui on a un créneau d'une demi-heure, on se logue, ah ba ils sont un petit peu en retard parce que ils discutent un peu plus longtemps du patient précédent, c'est pas grave tu mets en silence et pis euh et pis tu reviens quand c'est ton patient... je pense que, je pense que c'est jouable, après... moi j'ai jamais participé donc je sais pas combien de temps ça dure une RCP sur un patient, ils passent un quart d'heure ? Ils passent dix minutes ? Ils passent une demi-heure ? Ils passent une heure ? Euh voilà !... je pense qu'il faut pas dépasser une demi-heure pour qu'on puisse se dire oui je le fais. »

- M05 : « Je pense que euh, le médecin généraliste il a vraiment sa place dans la RCP parce que je pense que c'est le seul qui prend en compte le patient et qui prend pas l'aspect technique pur.. s'il y en a un qui connaît le patient, ça peut être le médecin généraliste. Et effectivement, soit par prise d'informations au préalable, donc quelqu'un qui nous appelle, un des participants à la RCP qui appelle pour prendre un peu euh, la température du patient ou euh, effectivement je confirme sur un créneau programmé... euh on est tous capable de se libérer aller, même si on sait qu'il y a des retards ou autre, on est tous capable de se libérer une heure, on aura tous quelque chose à faire pendant ct'heure là... et pour eux accéder au salon quand c'est notre tour quoi.

Le problème de la rémunération il est aussi important, je sais pas comment ça se passe pour les... les euh les spécialistes par exemple libéraux qui participent au RCP ? Est ce qu'ils ont une rémunération ou est ce que... »

- M01 : « Aujourd'hui avec les lettres clés de télé-expertise ou d'examen conjoint, euh, il y a en téléconsultation moyen de faire des choses... »

- M05 acquiesce « Oui mais est ce que c'est autorisé... ? »

- M01 « ... Tu peux, tu peux faire aujourd'hui, tu sais une télé-expertise avec le requérant et le requis . Euh, si on parle de ton

patient tu vas être le requérant, t'a un tarif et le requis il a aussi à tarif... Il faut aller creuser euh... je m'occupe un peu de la nomenclature mais de façon assez précise sur ce point là, j'ai pas encore tout à fait suivi... Mais comme tu peux faire une télé-expertise avec un infirmier qui va être au domicile du patient et te dire : on peut se connecter, il te requiert, il t'explique, tu regardes euh, soit il est avec le patient il te montre un truc sur le patient, soit il t'a envoyer euh une description de ce qu'il a, même si le patient est pas présent et ça peut être facturé pour lui et pour toi ! Il y a un maximum, tu peux pas faire je crois que c'est plus de cinq fois... pour un patient dans l'année. Mais les RCO t'en a pas 36000 donc ça doit pouvoir intervenir là-dessus. »

- M03 : « Je pense que c'est important la rémunération parce que... »

- M01 « Ah ba bien sûr, tu fais pas d'actes gratuitement. »

- M03 « ... si on veut que les médecins participent, il faut qu'ils soient rémunérés pour ça parce que... »

- M01 : « Et puis parce que c'est... c'est... c'est prouver qu'on respecte ce qu'on fait quoi ! Sinon c'est bien gentil (chuchoté) »

- M02 : « Si on bloque un temps pour ça, il faut que ça soit rémunéré. »

- M03 : « Pour compléter ce qui a été dit, avec l'appel préalable à la RCP, pour préparer la RCP, je pense que c'est bien aussi d'avoir un appel après... où on nous explique les conclusions, et qu'on voit notre avis à ces conclusions, histoire qu'on soit pas juste là pour raconter la biographie du patient et qu'on prenne en compte aussi notre avis parce que, d'être en live sur le RCP, ça nous permet aussi de dire si on est d'accord ou pas d'accord parce que... si c'est pour qu'on nous écoute avant et que derrière la décision soit exactement la même que si on avait dit quelque chose ou pas... je pense que c'est bien qu'on puisse donner notre avis à posteriori parce que sinon... en fait ça va juste être des appels de politesse avant... je pense que c'est important qu'on puisse être rappelé pour dire : là on a décidé de faire ça, est ce que ça vous paraît cohérent ? »

- M04 : « Je pense moi qu'en majorité... je pense que les gens qui se réunissent en RCP n'ont pas besoin de nous... J'ai pas l'impression qu'ils aient vraiment besoin de nous sauf peut-être pour ce cas que j'ai pu avoir, où la maman vit avec son fils qui est plutôt IMC, alors heureusement que sa sœur va s'en occuper mais ça veut dire que elle, elle donc mourir à l'hôpital et je pense que là ils ont besoin de nous pour intervenir... mais sorti de là, sinon j'ai pas l'impression qu'on soit vraiment très utiles. »

- M01 : « Je ne suis pas d'accord avec toi, parce que je pense que si on peut participer, qu'on peut appréhender le pourquoi d'une décision d'une RCP, et faire tel traitement ou tel autre traitement, si c'est vraiment dans l'intérêt du patient, on peut l'aider à adhérer à ce traitement, pour renforcer derrière en lui expliquant, ce traitement il a été décidé parce qu'il y a tel truc, tel truc euh, et renforcer euh, le consentement éclairé... il faut toujours lui dire qu'il a le droit de refuser... moi il m'est arrivé d'appeler un oncologue pour lui dire : Stop on arrête les chimios... le patient veut plus, il supporte plus, c'est trop difficile à supporter... ils aiment pas bien en général quand tu fais ça mais tu dis que maintenant on va s'occuper que du confort du patient, pour passer en palliatif pur et... et donc on peut avoir ce rôle d'aider à l'adhésion du patient et éventuellement, d'entendre son refus de soins et de passer euh... de revenir derrière en disant : non ça va pas marcher. »

- M05 : « Je suis de l'avis de M01. On est quand même souvent le premier à être consulté après la RCP et d'avoir entendu... je pense que euh, la téléconsultation par rapport à l'appel préalable ou à l'appel à posteriori, la téléconsultation on est quand même dans la RCP, donc on est en direct et donc on a des éléments qu'on peut retranscrire au patient...euh... qui nous consulte en général en premier après la RCP. »

Animateur relance visio irait ?

- M01 confirme

« Zoom avec salle d'attente, c'est facile à faire ! »

Animateur relance comment anticiper sur le planning ?

- M01 : « Le problème c'est que d'un établissement à l'autre, les RCP c'est pas forcément les mêmes jours. L'ORL qui travaille à Lens... Lens c'est je sais même plus quel jour... »

- M04 : « C'est pas le soir aussi de temps en temps... ils ont pas des RCP en fin de journée ? »

- M01 « ... Il faut qu'on soit prévenu dix, quinze jours avant quoi... pour bloquer les créneaux dans le planning... on travaille que sur consultation (reprise) que sur rendez-vous... si t'as pas bloqué le truc, tu te libères pas, c'est pas facile. »

- M04 : « Ou alors il va falloir que tu débloquentes... c'est à dire que tu supprimes tes patients, tu transferts en disant : ba écoutez je peux pas vous recevoir parce que là je vais avoir une visio... euh donc il y a toute une organisation à avoir qui n'est pas forcément évidente. »

- M01 : « C'est pas encore dans les mœurs dans les... de déplacer des patients chez le médecin généraliste.

- Reprise de M04 : « Ah si on fait... moi j'avoue que je le fais... aujourd'hui j'ai fait et tu déplaces !... Ecoutez je peux pas et euh... tu transferts et c'est tout ! Les RCP on peut faire aussi, je veux dire c'est jouable... »

- M01 « C'est pas habituel mais ça deviendra ! »

- M04 « ... Tu vas te rajouter un truc ailleurs. »

- M03 : « S'il y a un délai raisonnable où on est prévenu, je pense que... 15 jours, ou même 10 jours c'est bien... Après faut que ce soit une, une, une prise de contact directe aussi parce que faut voir comment on va être prévenu. Est ce qu'ils vont appeler le secrétariat ? Comment ils vont prendre le contact ? Est ce que c'est un courrier ? Parce que j' imagine qu'il y a des médecins qui n'ont pas de secrétariat et euh... oh il y a quand même toujours moyen de joindre de le médecin et euh, je pense qu'il faut que ce soit euh, la secrétaire de la RCP qui appelle pour dire c'est tel jour, c'est tel créneau... Je pense que c'est comme ça qu'il faudrait faire. »

M02 acquiesce + M01 et M04

« Soit t'as un secrétariat et elle annonce qu'il y a une RCP de ton patient tel jour de telle heure à telle heure et toi tu confirmes... et dire j'y serais ou je vais pas y aller... »

- M02 : « Il y a la RCP de Monsieur Bidule, prévue je sais pas moi entre 16 heures et 16 heures trente à telle date... et je pense que c'est jouable, c'est le genre de délai qui en général, si on compte... »

- M04 « Soit par téléphone, soit par mail, soit par SMS je dirais, pourquoi pas ? C'est des chose que tu regardes très souvent. »

- M03 :« Ça pose un problème de sécurisation je pense pour les SMS... Même les mails... »

- M01 acquiesce : « par MS Santé. »

- M03 « ... faut que ça soit fait de manière sécurisée. »

- M05 : « On arrive bien à se libérer pour le banquier donc y a pas de raison qu'on arrive pas à se libérer... après je suis d'accord avec M04, c'est toujours possible de déplacer, moi je le fais aussi de déplacer des patients, mais c'est organisation

supplémentaire, c'est à dire que ça demande un travail supplémentaire, c'est à dire que tout le monde ne fera pas l'effort de le faire. Euh, si on est prévenu suffisamment tôt... 10-15 jours je pense que c'est euh, c'est des délais raisonnables pour eux aussi, c'est à dire que c'est rare que ils aient une RCP euh... enfin qu'il y a un patient qui soit présenté le lendemain à la RCP, enfin je pense...c'est pas la majorité. On est jamais disponible mais toujours disponible... »

- M04 : « On sera jamais disponible à 100 % des RCP ! »

- M05 : « ... Voilà, à part des impératifs t'es en congés bah t'es en congés. Mais si c'est sur un temps de travail, même si on travaille pas le mardi après-midi et bah je pense qu'on est tous capable de se libérer, à part des motifs impérieux... des impératifs impérieux (sic). »

Animateur relance comment donner accord à la participation

- M02 : « Ça dépend comment on est sollicité. C'est vrai que si on est sollicité que par un simple courrier, de devoir rappeler et qu'on a pas de secrétaire, ça va être un petit peu lourd... S'ils nous appelaient directement... ou par Apicrypt si on peut répondre plus facilement. »

- M05 : « Dans un monde idéal, c'est de pouvoir se rendre disponible... Euh et donc là on est présent et on participe. Si jamais on dit qu'on n'est pas disponible, je pense que là le, euh, la méthode alternative ça serait l'appel éventuellement avant-après, je pense que ça c'est quelque chose qui pourrait être intéressant. »

- M01 : « Est-ce qu'on a une idée de la quantité de RCP auxquelles un médecin peut dans une, dans une année, avoir à participer ? Pour un patient qu'on suit pour son cancer, en général c'est la RCP c'est une ou deux fois dans son traitement. »

- M04 : « Pas toujours, tu as parfois des RCP intermédiaires... Ils ont fait le traitement, hop ! C'est une deuxième ligne donc ils te renvoient un truc, ils se réunissent une nouvelle fois... moi j'ai des patients, t'en vois trois ou quatre. C'est possible ! »

- M01 : « C'est pas la majorité. Je me rends pas du compte en fait de est ce que ça va nous arriver une fois par trimestre ? Une fois par mois ? Une fois par... ça serait important pour aussi que le médecin se dise : oui je peux faire l'effort de le faire, ça vaut le coup... je me débrouille, j'y arriverai bien euh... voila, effectivement avec des fois des semaines où t'en auras trois et puis après t'en auras plus pendant trois mois mais bon euh... ça serait intéressant d'essayer de chiffrer par rapport de la patientèle d'un médecin généraliste en moyenne, quelle est la quantité de RCP... Elle va être variable d'un médecin à l'autre je pense... (chuchoté) un qui dirait moi j'ai pas le temps ! D'autres qui vont dire si si, faut que je le fasse, c'est important pour mes patients.»

- M05 : « Je pense aussi que ça dépend du type d'installation ou autre euh... j'imagine qu'un médecin installé à Villeneuve d'Ascq avec une population universitaire qui, qui tourne, il n'y a pas beaucoup de cancéro euh... un médecin qui est installé à Boeschepe à côté d'une maison de retraite, ptêtre que qu'il a plus de cancéro... »

- M03 : « Ça va aussi dépendre du type de patient... parce que moi si demain il y a une RCP sur une patiente que je suis qui a une leucémie à 25 ans, je pense qu'à priori, je vais pas aller donner mon avis pour dire qu'on va être dans une limitation de soins. Peut être que cette RCP là, si j'en ai déjà eu trois dans le mois, ba je vais me dire c'est peut être pas celle là où je serais le plus indispensable parce que je serais peut-être pas très utile, et ça après, ça peut aussi être fait si.. si on est saturé de rythme de RCP... on peut aussi choisir celle où on est vraiment important. »

- M01 : « Tu risques d'être prévenu que une par une donc si t'en a déjà eu trois, tu vas te dire que la quatrième j'y vais pas, mais si c'est la première d'une série tu le sauras pas ! (rire) »

Animateur relance sur l'importance de la participation selon patient

- M03 : « Ouais les patients très âgés euh, moi j'ai eu le cas très récemment d'une patiente hein, qui m'a, qui me disait depuis très longtemps qu'elle voulait pas de soins déraisonnables, qu'elle voulait pas être intubée, qu'elle voulait pas de réanimation, alors qu'elle n'avait aucune pathologie... Elle a fait une détresse respiratoire sur une pathologie cancéreuse et ils ont tout fait quoi ! Envoi en réa, chimio, machin... Alors a posteriori euh, je sais pas si elle regrette, mais si on avait demandé son avis à ce moment là elle aurait dit non et c'est vrai que pour le coup on m'a pas demandé mon avis... »

- M04 « Elle avait laissée ses directives anticipées ? Si tu les as pas bah, t'es bien embêté. »

- M03 « ...C'était le conjoint qui était personne de confiance et en fait ils l'ont jamais interrogé. »

- M05 : « Je pense qu'on le sait un peu aussi à posteriori les... Les RCP les plus importantes. On peut être amené à voir une RCP sur lesquelles on se dit : bah on a pas grand-chose à dire, peut être que sur une leucémie à 25 ans, peut-être que si tu connais bien la patiente et qu'elle a des traits de personnalités particuliers, ça peut être influençant sur le, sur la prise... fin je sais pas, j'ai pas d'idée la comme ça mais, imagine qu'elle soit mannequin ou un truc comme ça et que la chimio... il y a la possibilité d'avoir une chimio et que alopecie ou sans alopecie et bah peut-être que toi tu vas pouvoir influencer... enfin c'est...c'est peut-être un exemple. »

- M03 acquiesce + M01 : M03 « C'est des choses importantes aussi pour le patient. »

- M05 : « Et je pense que les... les spécialistes euh, prennent pas euh, c'est pas centré patient, alors que le généraliste. »

- M02 : « C'est quand même très très technique au final... C'est très factuel, c'est telle tumeur, telle taille, tel type et donc c'est tel protocole de chimio qui est établi et un point s'est tout. »

- M04 : « En effet là dedans on est pas euh... alors en effet sur le mode de vie du patient, on peut peut-être intervenir mais ça souvent, quand on fait le courrier au spécialiste qui va prendre en charge, c'est des choses qu'on lui note. Par exemple elle est mannequin, elle veut pas avoir d'alopecie et cetera. Forcément c'est des choses que tu vas déjà inscrire, il sera déjà informé... »

- M01 : « C'est pas parce que tu l'as écrit qu'il l'a lu... excuse moi ! »

- M04 « Oui c'est vrai... M01 et M04 rient, ... d'accord. »

- M05 acquiesce ; : « Je pense que t'es un peu le défenseur du patient et que t'es un peu le euh, l'avocat et il y a bien des patients qui sont passés en RCP euh, pour lequel j'ai pas été sollicité ou j'ai pas sollicité le spécialiste parce qu'ils sont allés aux urgences pour euh, la problématique aiguë et ils ont été pris en charge en RCP et tu découvres la RCP après coup, sans avoir d'action... auprès d'un spécialiste. »

Animateur reformule sur la meilleure méthode.

Animateur relance sur changement d'habitudes au travail

- M04 : « Oui je pense qu'il faut faire des aménagements, c'est à dire que dans le dossier faut être vraiment bien précis, bien rempli, car il y a des choses qu'on va peut-être oublier systématiquement, il va falloir ramasser plein d'informations pour qu'on puisse les délivrer en temps et en heure à ce moment là. Je pense que oui ça changera mon habitude. »

- M03 : « Je pense qu'aussi, si j'ai un patient où je sais que son dossier va être présenté en RCP, peut-être que je le recevrais avant pour qu'on en parle aussi de cette RCP... Pour que je sois au courant de ce que le patient veut, ce qu'il est prêt à

accepter... chose qu'on fait pas forcément si jamais on est pas convié à la RCP, parce que c'est pas toujours des sujets très gais à évoquer avec le patient, on est plus souvent dans l'optimisme, à les rassurer, à leur dire que ça va aller... sur le délai entre la découverte et le début de la prise en charge donc je pense que ça pourrait changer, de faire une consultation un peu plus spécifique la dessus. »

- M05 : « Je pense pas qu'il y ait d'organisation particulière. Je trouve que c'est des choses... »

- M02 : « Je pense ça forcera à réfléchir à... si on est convié à une RCP, qu'est ce qu'on a envie de dire à cette RCP en fait. C'est vrai qu'on y est jamais convié donc on se pose pas la question en fait... et ouais lors du temps de préparation, se poser la question de qu'est ce qui va être important, pertinent pour ce patient en dehors de tout ce qui technique, de choix de traitement et qu'on puisse apporter quelque chose à la décision... Donc ouais, peut-être un temps de préparation avec le patient... comme disait M03, un temps de préparation avec le patient ça pourrait être intéressant parce que, pour lui ça va peut-être être l'occasion de... de mettre en avant des demandes qu'il aurait jamais fait avant parce que, quand un cancer est découvert, c'est vrai que, c'est le grand ras de marée, il est emporté, il se laisse porté, il a pas trop son mot à dire au final et les examens s'enchaînent puis les traitements s'enchaînent et c'est vrai qu'après de nous, il nous dira peut-être les choses plus facilement... qu'il le ferait au spécialiste et nous ensuite, on pourrait restituer les choses derrière en RCP. »

- M01 : [M04 acquiesce] : « C'est vrai que de se dire qu'on préparerait cette RCP, euh... techniquement il n'y a pas grand-chose à faire mais c'est s'enquérir du patient en lui disant : voilà, votre dossier il va être discuté, est ce qu'il y a des choses que vous voulez, que vous voulez pas, et... et donc en fait on le re-rend (sic) acteur de sa prise en charge, de son soin à ce moment là. Je pense que c'est pas mal, ça peut être aussi bénéfique pour lui euh, donc c'est vrai que... alors après sous quelle forme ? Est ce que c'est forcément une consultation ? Est ce que c'est euh... via une téléconsultation parce qu'il est pas bien ? Tous les moyens peuvent être utilisés, mais c'est vrai que c'est le moment où va le réintégrer dans ce processus... ou sinon il est euh, on lui dit aller foncez tête baissée, on réfléchira plus tard! euh, ou bien au contraire il est dans un dénis et euh, ne veut pas parler de ça... c'est peut-être le faire évoluer lui face à sa maladie, ça peut être intéressant. »

- M05 : « Je reviens sur quelque chose que j'ai dit tout à l'heure, je pense que pour qu'il y ait un maximum de médecin qui participe, il faut que ce soit simple, et donc euh... l'organisation est donc primordiale, parce que si jamais tu dois commencer à déplacer des rendez-vous et tout ça, ça me semble compliqué... Euh alors c'était pas de RCP d'oncologie euh, c'était le début des RCP de rhumato je pense, quand j'étais au CHU euh, le patient était présent donc je sais pas si dans les RCP de cancéro il y a des patients présents ?... Mais pourquoi pas, il pourrait aussi être éventuellement présent, ou au cabinet. Je sais pas si c'est envisageable ou pas ? Euh, puisse que une des contraintes, c'est aussi euh, les patients se déplacer parce que en général, nous les RCP elles se font soit sur Saint-Phi, soit sur le CHU euh, et si le patient il est présent au cabinet, on pourrait très bien l'inviter au moment de la RCP et... »

Animateur relance sur l'idée d'inviter le patient au cabinet pour le suivi de la RCP.

- M01 : « Moi j'aime bien ton idée (rire), mais je suis pas sûr que de l'autre côté, les oncologues soient tout à fait aussi d'accord que nous, parce qu'ils voient ça de façon plus technique je pense, comme on l'a dit plusieurs fois... Mais peut-être que c'est intéressant de leur soumettre l'idée, peut-être qu'ils vont être vachement acheteurs, en fait... là on se fait... on projette nos représentations de leur réaction... enfin je projette (rire). »

- M04 acquiesce : « C'est à dire euh, que veulent entre les gens qui participent à la RCP ? Qu'est ce qu'ils attendent du médecin généraliste aussi ? C'est à dire quand il y a cette réunion, cette RCP, où on ne va pas, personne n'y va chez les médecins généralistes, que veulent vraiment entendre les gens qui vont décider... »

- M01 « Qu'est ce qu'ils attendent de nous ? »
- M04 « ...C'est ça ! Qu'est ce qu'on doit leur fournir comme information ?... Et là je sais pas. »
- M01 « Ce sera une autre thèse ! (rire) »

- M05 : « Il y a aussi une autre possibilité, ça serait qu'un autre médecin généraliste et pas forcément en relation avec le patient, soit présent aussi parce que euh, on a une expertise de médecin généraliste et euh, qui est valable quelques soit le patient... après, une autre possibilité, ce serait de convier un médecin généraliste à une séance de RCP euh, même si on a pas de patient... »

- M01 acquiesce : pour le côté expertise en MG

« oui, pour pouvoir apporter aussi le côté expertise en médecine générale... c'est intéressant ça ! »

- M05 « parce que les hospitaliers voient toujours euh, les choses avec euh, les œillères de l'hospitalier, mais ils ne voient pas le retour qu'on a nous en temps que médecin généraliste de... des différents protocoles. »

Animateur Relance M02 et M03

- M03 : « Je pense que... si un médecin généraliste lambda qui est présent, ça permet de donner un peu un côté de faisabilité, après... le retour du quotidien et ainsi de suite, mais ça perd le côté médecin traitant qui connaît son patient et euh, et qui est là pour le défendre... Donc après rien n'empêche qu'il y ait un médecin généraliste qui soit là et le médecin traitant qui soit là... euh, après j'ai du mal à croire qu'un médecin traitant généraliste exerçant accepte de passer des demi-journées entières en RCP euh... »

- M02 acquiesce : « Pour des patients qui sont pas les siens ! »

- M03 « ... ouais je sais pas dans quel cadre... »

- M01 : « S'il y a une rémunération aussi... peut-être qu'ils trouveront ! Euh, par contre moi je me méfierais... C'est intéressant hein ! Pour le côté expertise en médecine générale que ça peut apporter. Par contre, il faut vraiment que ça reste un médecin généraliste traitant qui ait des patients et que ça devienne pas un médecin généraliste qui se met une... para-spécialité ou pseudo-spécialité euh, parce qu'il est intéressé par le sujet, parce que dans son cursus il s'est intéressé à ça, donc c'est important euh, pour garder vraiment cette position de médecin généraliste ! »

- M05 : « C'est sûr que c'est une expertise qui différente quand t'as ton patient qui est inclus et quand t'as une expertise, j'allais dire plus générale. C'est pas la même... C'est pas la même implication qu'on... qu'on aurait... »

- M01 acquiesce

- M05 « ... et effectivement, il y a des gardes-fous à mettre, pour pas que, il y ait des gens qui fassent que de la régulation médicale, que du conseil de l'ordre, que ce soit une façon détournée de gagner de l'argent sans... »

- M01 acquiesce et 3 opine

- M01 « Comme généraliste et toxicologue (rire) »

Animateur relance sur les inconvénients

- M05 : « Le seul euh... enfin l'une des problématiques que je vois, c'est si tous les spécialistes sont présents, ça peut être difficile d'intervenir euh, en étant le seul en visio quoi ! »

- M02 : « Tout à fait ! Quand on est le seul en visio, c'est difficile d'intervenir, d'interrompre entre guillemets... Faudrait que le temps soit vraiment... Fin, qu'il y ait chacun son tour de parole et qu'il y ait un temps réservé au médecin généraliste, qu'on ait pas besoin de, de se battre pour pouvoir intervenir en cours de RCP ! »

- M01 : « C'est comme quand on a commencé à faire des formations en classe virtuelle... euh au début, on ne savait pas

manager le truc. Petit à petit, on a appris qui fallait qu'il y ait des gens qui soient vigilants à scruter l'écran pour savoir qui lève la main, qui veut prendre la parole et cetera... Je pense qu'il y aura un temps d'adaptation au début. C'est vrai que la position de celui qui est tout seul au bout de l'écran risque d'être un petit peu difficile avant de pouvoir prendre la parole (dit en riant). Mais je pense que petit à petit ça viendra, c'est... Une adaptation à un outil, on y arrive ! »

M04, M03 et M01 plaisantent

Animateur relance sur sécurisation

- M03 : « Non, non... après il faut, il y a des logiciels spécifiques euh... »

- M01 zoom est sécurisé : « Maintenant, Zoom est sécurisé ! »

- M03 : « Ouais ! Mais pas pour faire une téléconsultation normalement, et si du coup on commence à parler d'un patient euh... J'imagine qu'il y a certains logiciels de télé-expertise qui peuvent... Prédice et ainsi de suite qui pourraient très bien faire office de... de salle... »

- M01 : « Alors t'imagines qu'il y ait euh, qu'il y ait un centre de RCP qui soit avec Prédice, l'autre avec Zoom, l'autre avec euh Tixeo, le cinquième avec Tims et l'autre qui dit : vous avez pas Telegramme ? Ba vous pouvez pas participer ! Là ça deviendra euh... Là ça devient un frein hein ! Il faudrait qu'il y ait un moyen unique... au moins sur une région quoi. »

- M03 : « Après ce qui est référencé, RGPD et ainsi de suite, ça c'est pas à nous de le dire mais euh, oui il faut qu'il y ait un moyen unique, simple de se connecter euh... »

- M05 : « Je pense que ça c'est un autre sujet, c'est euh l'informatique en médecine, c'est toujours problématique quoi ! On est amené à utiliser des Whatsapp dans les CPTS, on est amené euh, on utilise des outils euhm... Il y a des outils sécurisés euh, mais neuf fois sur dix, quand je demande euh, à mon interlocuteur, vous avez quoi comme adresse MSSanté ? Ba non je suis sur Gmail et... et là il y a une responsabilité politique des instances à... on nous demande toujours d'avoir euh, j'ai mon informaticien qui me dit : je te mets une Ferrari mais tu la fais rouler sur un chemin de terre donc euh ! Euh, on nous demande nous d'être performant euh, et les systèmes le sont pas. Il y a pas un truc sécurisé euh, une solution unique qui fonctionne, qui soit pas en bêta test, et quand il est à peu près stable, qu'il repasse en bêta-test, la version stable et ba on l'utilise pas parce que... Pour moi c'est un autre sujet ça... C'est une vraie problématique euh. »

M01 acquiesce

- M04 : « Est ce que vous savez comment fonctionne les RCP ? Comment ça se met en place ? Qui parle ? Chacun parle à son tour ? C'est comment ? »

- M05 : « Normalement, il y a un médecin qui est référent et qui n'est jamais le médecin généraliste donc euh, par exemple là, dans l'exemple que je prenais tout à l'heure, c'est le gynéco qui va dire : ba voilà, moi je présente le dossier, je suis responsable du dossier et donc euh il y a le gastro, il y a toutes les spécialités, euh sauf le médecin généraliste euh, et donc il y a le médecin qui est responsable qui présente le dossier et qui dit euh, voilà qu'est-ce que vous pensez ? Et le chirurgien va dire : ba moi je peux absolument pas opérer ! Ou au contraire ça me semble facile d'y aller ! On va commencer par la chirurgie. C'est comme ça que moi je les ai connues. »

- M01 et M02 acquiesce

- M05 : « Et donc, à partir de ce moment-là, il y a une conclusion... et le médecin responsable du dossier est chargé de faire

euh, le courrier de synthèse et donc là, il y a le médecin généraliste qui apparaît dans la liste des correspondants et... et on est mis face à la décision. »

Animateur relance sur l'interface idéale

- M03 : « Quelque chose de sécurisé, une connexion facile... Ca pourrait très bien être une connexion avec une carte CPS par exemple, je pense que c'est... c'est quelque chose de faisable !... »

- M01 : « Par eCPS ! »

- M03 : « ... Oui par exemple, avec un moyen d'identification simple, on a pas de compte à créer, de machin, de mails à échanger et ainsi de suite et euh, après du coup ça créer un lien visio simple avec une salle d'attente... Je pense que c'est... »

- M05 : « On est pas gourmand, on a pas besoin de grand-chose ! »

- M03 : « ... Justement, que ça soit hyper simple ! »

Rire généralisé

Animateur relance sur fonctionnalité

- M04 : « Ça paraît plus logique oui ! »

Animateur relance sur autres moyens plausibles si pas TLE

- M04 : « Est ce qu'à la limite, lorsque la RCP se crée, se fait, eux ils décident et puis ensuite, ils attendent notre euh, pas notre aval, mais notre point de discussion, en se disant : ba voilà, tant qu'on a pas reçu la discussion avec le médecin, on ne décide pas ! Et on doit répondre je dirais dans les... je dirais dans les 48 heures !... » *M01 fait la moue ; M02 acquiesce*

M04 : « ...parce qu'on ne sera pas toujours bien disponible ! Est ce qu'on peut pas fonctionner aussi autrement ?... En sachant que sur le plan technique, on va pas chambouler grand-chose ! »

- M03 : « Ouais alors, ça peut être un plus par le même logiciel parce celui qui pourrait nous fournir euh, le lien de connexion euh, toujours avec cette connexion ou derrière on va sur un espace comme sur Améli, quand on a nos ALD en cours, machin... On a notre liste de patients qui est présenté en RCP, on reçoit une notif d'une manière ou d'une autre... comment on la reçoit, ça je sais pas mais euh... une application qui puisse intégrer un moyen , en effet si jamais on est absent de... »

- M04 : « Et ça laisserait peut-être aussi le temps de discuter avec le patient de ce qui a été décidé et de rapporter ensuite euh, l'adhésion. »

- M03 : « Ca permettrait presque même de mettre un questionnaire en amont, de voir ce qu'on en pense, un espèce de pré-questionnaire, comme ça si on est sûr de pas pouvoir y être, ba ça se fait même pas par téléphone, c'est sécurisé, c'est en ligne, on peut le faire à n'importe quel moment et puis... »

- M02 : « Oui c'est ça, comme les commentaires qu'on met pour demande d'ALD, on met le détail ! On pourrait laisser le détail pour une RCP à venir ou... ou qui vient de se produire ! C'est pas bête ! Si on peut pas y être physiquement, on peut au moins laisser un commentaire sur un espace sécurisé en ligne auquel ils auront accès au moment de la RCP.»

Animateur relance autres idées

Rien

Animateur relance rémunération expertise

- M04 : « J'en ai aucune idée ! (rire) »

- M01 : « C'est, c'est l'équivalent d'une consultation euh, d'une télé-expertise, c'est une lettre clé télé-expertise euh, donc euh... C'est TLE ! »

- M03 : « C'est côté à ? du coup ? 40 ? 50 ?

- M01 et M05 : « Non c'est 25 ! »

- M01 : « T'as le requérant qui... j'arrive pas à le retenir celui-là par cœur !... Qui doit être celui qui interpelle et... (cherche sur son téléphone) 15 euros ! (confirmé par - M03: « Oui ! 15 euros ! ») pour celui qui fait la demande et celui qui répond, qui est donc requit, il doit être à 25. »

- M03 « Il y a quand même une question de, de... de problématique de temps, c'est à dire que si on nous demande de libérer trente minutes, il faut aussi que le médecin s'y retrouve et il y a des médecins qui vont dire non !...

- M01 acquiesce : « Ah ba oui ! »

- M03 : « ... parce qu'il y a des médecins qui font quatre consultations en trente minutes donc euh... donc du coup il faut qu'il y ait une rémunération euh... une rémunération à la hauteur oui ! »

- M05 : « Ça c'est une problématique euh, là aussi globale euh, c'est à dire que des fois euh, oui j'ai entendu des psychologues dirent qu'ils refusaient de faire des consultations à 20 euros pour vingt minutes ou je sais plus ou trente minutes pardon... Moi ça m'arrive de faire des consultations de quatre-vingt dix minutes à 25 euros !... Et je pense qu'on est tous conscient qu'il y a des collègues qui passent euh, la carte vitale de la CMU pour toute la famille... quand il voit une personne donc euh... La problématique de la rémunération elle restera entre le paiement à l'acte et le, le... le paiement au forfait, ça restera problématique quoi ! ... Je pense que les médecins qui... qui s'impliqueront dans les... dans les RCP, c'est les médecins qui... »

- M03 : Après recherche sur le téléphone : « C'est 20 euros... Donc moins qu'une consultation !... Mais après une télé-expertise, j'imagine qu'on part sur le principe que ça dure 5 minutes quoi ! »

- M01 : « Ça c'est la lettre clé qui existe, la TLE à 20 euros, après il y a des nouvelles conventions qui vont se faire si jamais ça se met en route, on pourrait dire qu'il y a une télé-expertise niveau 2, de participation à une RCP, qui serait cotée euh, 40 euros... Rien n'empêche !... On arrive assez facilement à négocier des choses quand tu as euh, du contenu à mettre en face ! Si on dit une télé-expertise de RCP, on arrivera assez facilement à avoir une valorisation euh, supérieur à la consultation.

- M03 : « Surtout quand euh... On voit qu'on est rémunéré à 48 euros pour une consultation d'annonce ! »

Animateur relance sur les forfaits : est ce que la RCP pourrait rentrer dans la pratique quotidienne et être évalué comme une ROSP par exemple ?

- M03 rigole : « C'est une problématique politique ça ! Faire une rémunération à l'acte versus une rémunération par forfait, il y aura autant d'avis que de médecins de toute façon ! Donc euh... »

- M05 : « Et il y aura pas de bon système !

- M01 : « On peut laisser la télé à 20 euros si on met une partie qui serait payer dans une ROSP par un forfait hein ! Pour avoir participé à X RCP dans l'année, t'aurais une partie qui serait forfaitisée. Pourquoi pas ! C'est une autre façon de, d'envisager la chose. Tous les médecins n'adhèrent pas en effet, au paiement forfaitisé qui se met en place. Moi ça me pose aucun problème mais euh... Il y en a d'autre qui ne vont pas du tout accepter !... Qui diront : j'ai perdu trois consult parce que j'ai fait une RCP donc faut que je sois valorisé ! Ça c'est vraiment des points de vue politiques !... Des modes de choix de rémunération... Et c'est vrai que ça peut être le moyen de simplifier... Alors comment ils vont avoir le retour qu'on a participé au niveau de la CNAM ? Euh, à une, à cinq à dix, à quinze dans l'année ? Par rapport à la patientèle, combien on estime ? C'est la même chose, combien on estime un médecin qui en moyenne à 800 patients médecin traitant hein, moyenne nationale, euh, doit faire de RCP dans l'année pour avoir droit à son... au maximum de ce euh, ces points de ROSP ?... »

- M04 : « Un pourcentage ! Au pourcentage de la patientèle ! »

- M01 : « ...Non mais est ce que c'est 10 ? Si un médecin généraliste sur 800 patients dans l'année, bon aller il va avoir euh... être convié à 40 RCP... des chiffres tout à fait inventés ! 40 bon ok, s'il en fait 20, il a 100 % de sa ROSP ! En fait c'est comme ça le mode de calcul, mais comment ils vont savoir qu'on a participé à 20 ?... Sur les 40, ils sauront avec les ALD !... »

- M03 : « Ou avec une cotation d'acte spécifique ! »

M02 et M04 acquiesce

- M02 : « Oui c'est ça ! Une cotation d'acte spécifique ! »

- M01 : « ... Oui mais alors faut pas que ce soit la TLE actuelle ! Faut que ce soit la TLE RCP ! »

- M03 : « Moi j'aimerais bien savoir combien sont rémunérés les spécialistes qui participent aux RCP ? Parce que les RCP ROSA qui sont en grande partie pour les médecins libéraux, ils sont rémunérés comment ? Au patient présenté ? Au patient écouté ? Au patient euh participé ? A la cession ?... Je pense qu'il faut aussi se comparer à ce que font les autres ! Il n'y a pas de raison que... »

- M01 : « Ouais mais ils vont te dire : tu peux pas avoir la même chose si toi tu viens pendant 5 minutes à une RCP qui dure deux heures et demi !... »

- M03 : « ... Oui mais s'ils sont rémunérés au patient, on pourrait, comme eux... »

- M01 : « ... Oui ! Bien sûr ! »

Animateur relance M02

- M01 : « Moi je veux revenir sur ton histoire de forfait ! Parce que... maintenant que tu m'as branché la dessus ! (rire) Euh je trouve que c'est une très bonne idée d'avoir une partie qui nous serait payée euh, par une ROSP, parce que c'est un indicateur de qualité, d'engagement du médecin traitant dans le suivi de ces patients ! Je pense que c'est, c'est incitatif à se dire : tiens, c'est un médecin qui s'implique dans le suivi de ces patient quand même !... C'est pour moi, au niveau qualitatif, c'est assez intéressant de voir ça ! »

- M03 : « C'est en plein dans le critère de prise en charge coordonnée aussi ! »

- M01 : « Bin oui ! »

- M02 : « Après comment on fixe le cut-off ?... Comment tu décides du cut off de combien un médecin traitant est censé

avoir participé à une RCP pour qu'on dise : c'est bon, il a bien fait, il a tout son forfait !... »

- M01 : « C'est ce que je te dis ! Il faut faire les stats sur combien en moyenne devrait avoir... »

- M02 : « On est pas forcément indispensable à chaque RCP et du coup il y en a certaines qu'on va peut être vouloir shunter volontairement parce qu'on estime pas avoir de, de choses à apporter ! »

- M01 : « ... Il faut d'abord avoir les chiffres, sur dire voilà, un médecin il doit en voir 40, 50, 60 par an et euh, après on discute le bout de gras pour dire, il faut qu'il en fasse la moitié ! Ou il faut qu'il en fasse que un quart euh, pour atteindre ses objectifs ! »

- M02 : « Ça commence à être des petits objectifs déjà pour euh... »

- M01 : « Non mais tu sais il y a le seuil euh, l'objectif et t'as le seuil unique ! Le seuil unique il peut être à cinq et pis pour avoir le 100 % de la ROSP, tu peux en faire 50 % ou... enfin c'est leur mode de raisonnement dans la ROSP à l'heure actuelle ! ... C'est les modes de calcul. »

M04 acquiesce

- M05 : « Le problème des ROSP c'est soit le déclaratif... Alors moi euh, j'ai eu un problème informatique ! Si je mettais pas 100 % à tous mes objectifs, il me le prenait pas en charge ! Donc j'ai prouvé avec le délégué euh, je suis à 100 % dans tous mes objectifs... euh, il n'y a aucun contrôle derrière ! »

M04 acquiesce

- M05 : « et euh, il y a toujours des artifices pour dévier des objectifs de ROSP euh, j'ai l'exemple des benzodiazépines ou euh, il y a un pourcentage des traitements de plus de 3 mois euh, que vous connaissez tous, et que du coup ba, si jamais t'as deux patients qui sont sous benzodiazépines euh, à plus de 3 mois et ba t'es à 100 %, t'es euh pénalisé et donc c'est incitatif de mettre des benzos de temps en temps pour avoir euh, ton pourcentage qui diminue et c'est euh, c'est... »

- M01 acquiesce : « Si t'es à zéro pour tout tes patients, et que t'as que deux, oui c'est euh... c'est ça, c'est... »

- M05 : « La situation, c'est je prescris très peu de benzodiazépine, mais suffit que je récupère deux patients qui viennent d'un autre collègue... Donc encore une fois, la problématique des... des rémunérations, il y a pas de bonne rémunération, il y a toujours euh, toujours des gens qui vont gruger ! Toujours des gens... »

M02 et M04 acquiescent

Animateur relance : autre chose à ajouter ?

Rien

- M01 : « Elle viendra tout à l'heure dans la voiture du retour ! (rire)... Oh m**** ! J'aurais dû dire ça ! (rire) »

- M05 : « Bon, en tout cas, on est tous d'accord pour dire que le médecin généraliste a une vraie place dans... dans les RCP quoi ! »

FIN

Focus group n°2

Animateur : Avez vous un intérêt particulier pour ce sujet là ? Ou est-ce que vous même, vous avez pu être convié à une RCP ?

9) J'ai jamais été convié pour des RCP, mais je pense que c'est quand même intéressant qu'on puisse donner notre point de vue euh... sur les RCP des patients qu'on suit pour, pour effectivement indiquer l'entourage du patient euh... l'entourage du patient, les conditions dans lesquelles il vit euh... et puis euh... pouvoir essayer euh, de solutionner les problèmes sociaux que ça pourrait générer pour lui. Après, sur la décision thérapeutique, je crois que euh, en général ils s'en sortent très bien sans nous, mais pour l'environnement et pour le guidage d'un... si on hésite entre une chimiothérapie et une radiothérapie, je pense qu'on pourrait orienter plus facilement euh, du fait qu'on connaît la famille et l'environnement social du patient.

Animateur : D'accord

8) J'ai aucune connaissance particulière euh, à ce niveau là, euh, simplement, euh, juste qu'il y a déjà des expériences qui ont été faites, que des généralistes avaient été invités à la RCP de leur patients et euh, qu'à priori ils ne s'étaient pas connectés, ils étaient pas venus. C'était avant les visios, donc alors peut-être que ça, ça pourra changer des choses... Et euh pour en avoir discuté avec des, certains spécialistes qui font de l'oncologie, euh... l'intérêt était peut-être pas si énorme que ça parce que, c'était beaucoup beaucoup d'application de référentiels euh, et que il y avait assez peu de places pour euh... on va pas dire l'improvisation mais en tout cas euh, pour le fait de tenir compte euh des conditions socio-économiques par exemple, ou de l'entourage des patients. Euh, ça c'est le retour que j'ai eu de spécialistes d'organe.

9) Hausse les sourcils

Animateur : D'accord

6) Euh, ce que je disais en début d'entretien, c'est que euh, j'ai déjà participé à une RCP en visio donc qui n'était pas, pas sur le thème euh, de l'oncologie, mais pour laquelle j'avais été invité, et en rejoignant le discours de 9) et 8), c'était euh pour le principe euh, un foyer euh d'accueil de migrants, avec un patient au parcours euh, complexe, avec des problématiques sociales et addictologiques, donc il y avait des addictologues, il y avait des assistants sociaux, il y avait des éducateurs spécialisés et c'est vrai que pour la, la composante sociale ça avait été très utile. Après, effectivement, en oncologie, j'y connais rien, sur le référentiel j'aurais pas, enfin j'aurais probablement pas mon mot dire euh, plus que ça... euh, et en fait finalement, j'ai jamais vraiment participé à euh, à une RCP en oncologie donc je sais même pas comment ça se présente et euh... Est-ce que, est-ce que le sujet est débattu avant avec un, avec un patient sur ses choix, ses désirs, tout ça ; nous ce qu'on a c'est les comptes-rendus principalement donc euh, je pense que ça aura eu le mérite de nous faire découvrir le fonctionnement d'une RCP si on ne la connaît pas, pour mieux on va dire accompagné le patient, dans... dans sa capacité d'apporter son choix aussi... propre, dans ces réunions.

Animateur : D'accord

8) Juste euh, pour ces patients, on est bien d'accord que c'est les RCP en onco hein ? C'est ça le cadre ?

Animateur : Là c'est le cadre, dans ce cas là c'est vraiment le cadre de l'oncologie, en effet

8) Parce que, justement euh, je crois on ne peut parler de RCP que en oncologie... euh, enfin, sinon c'est un autre euh, des réunions pluriprofessionnelles ou ce genre de chose mais, c'est pas des..., on doit garder ce vocabulaire pour les RCP d'oncologie.

Animateur : Oui c'est exact, mais au moins ça pose le contexte quand c'est pas vraiment précisé.

9) Nous on utilise au le nom de RCP pour les réunions de MSP, donc tu vois, ça peut porter à confusion...

8) Hmmm

9) Là, effectivement, si tu parles de RCP d'oncologie, c'est bien de ce sujet là dont on parle.

Animateur : n°7) si tu avais quelque chose à dire vis à vis de tout ça

7) Ouais, alors moi j'avais participé plus qu'en j'étais interne, justement à des RCP euh, quand j'avais fait mon stage en hémato et c'est vrai que, en effet, on a l'impression qu'ils appliquent, voilà le, le protocole euh... la RCP c'est, on va dire que c'est un gros mot pour réunir pendant un moment euh, plutôt l'oncologue, le radiothérapeute, le radiologue, l'hématologue et... finalement sur les dossiers des patients il passait très... enfin, voilà quand c'était des choses un peu carrées, ils passaient très vite et justement, je pense que si le médecin généraliste avait un patient euh, il n'avait aucun intérêt à être là, ça se passait très vite pour appliquer le référentiel... Après c'est vrai que ça pourrait être intéressant qu'on soit intégrer quand justement c'est le cas particulier d'un patient où on sait qui, qu'il va être en difficulté pour accepter son traitement, ou

l'environnement social est, est particulier et donc du coup oui, on aurait peut être notre expertise du patient a, a apporter pour peut-être nuancer le choix... Mais c'est vrai que moi j'avais dans mon souvenir, les RCP en hémato ça allait vraiment très vite (rires)

Animateur : D'accord

6) Est-ce que ça nous permettrait pas d'en apprendre un peu plus en oncologie aussi ?

8) hausse les sourcils

7) Aussi ! (rires)

8) Ouais, après euh, au vu du nombre de néos différents, et euh, et de protocoles différents, je pense que... je suis pas sûr que ça nous servirait énormément dans notre pratique, ce qui est, moi ce qui est... ce que ça m'évoque surtout c'est euh est ce qu'il pourrait y avoir un intérêt plutôt que de participer à une RCP, je ne sais pas si je sors du cadre, mais euh c'est qu'on ait un contact après... avec le le, l'oncologue référent ou en tout cas la personne qui a présentée la RCP, le spécialiste d'organe qui présente la RCP, euh pour voir avec lui si l'application de euh, de ce référentiel est possible pour ce patient, dans le cadre de patient complexe, ou polypathologique, ou âgé ou... ou avec un problème social important.

Animateur : Alors justement, en rebondissant là-dessus, est-ce que vous pensez qu'il y a certaines RCP où votre avis serait plus important ? Alors qu'il y en a d'autre où il n'y aurait aucun intérêt à votre participation ?

9) Je pense qu'il y a toujours des dossiers particuliers, maintenant euh, ce que je sais pas par exemple c'est, est-ce que euh le patient il a aussi son avis à donner aussi sur une prise en charge ponctuelle, et si euh, on lui a parlé d'une radiothérapie, d'une chimiothérapie, est-ce qu'avant cette RCP il peut émettre le désir de pas faire de chimiothérapie et que ce desiderata soit pris de manière stricte tu vois ?... Est-ce que ça, ça influence le, le ... l'ensemble de l'équipe et leur euh, leur façon de fonctionner euh.. parce que bin, euh, l'avis du patient et l'adhésion à son traitement est essentiel. Parce que moi j'ai des patients qui ont... j'ai une patiente notamment qui a absolument refusée de faire sa chimiothérapie hein euh, quand tu l'as revue beaucoup plus tard euh, elle était au stade très avancé et euh... alors que si elle avait adhéré à une radiothérapie, à une hormonothérapie, son son évolution tumorale aurait peut-être été différente.

8) Euh, mois sur le principe euh, avant de connaître le fonctionnement des RCP, j'étais... ça m'intéressait éventuellement de pouvoir participer et plus euh... plus j'en apprend, plus je pense qu'on a pas vraiment notre place et que ça n'a pas un intérêt dans notre pratique quotidienne.

7) Après comme on disait, je pense que c'est vraiment certains patients, il y a des patients ba voilà on sait qu'ils vont adhérer sans problème au traitement, entre guillemets c'est un diagnostic... précoce et donc ils vont appliquer leur euh leur référentiel de traitement, ou en effet nous on est pas spécialiste donc euh, peut-être pas non plus, pas à la page de ce qui est recommandé et donc à ce moment là oui on... c'est plus une perte de temps pour nous... Après comme 9) disait, c'est vrai que des fois dans les comptes-rendus, justement qu'on reçoit euh, on a un peu de mal à savoir s'ils ont euh déjà expliqué au patient ce qu'il attendait et ce qu'il... et ce qu'il a. Oui c'est ça ! Est-ce qu'il a émis des réserves sur les chimios ou... ou autre traitement et que, c'est vrai dans le compte-rendu on voit surtout apparaître, en effet l'état général du patient, les résultats des examens et pis euh on fait tel traitement, point barre. C'est vrai que j'ai certains patient où euh, ba voilà après une ou deux séances de chimios, pareil qui ont tout arrêté parce qu'ils ont pas... pas supporté, pas compris ce qui, ce qui se passait et c'est vrai que c'est des patients où avant même d'avoir débuté le traitement, moi je sentais que... moi je sentais que ça allait être compliqué finalement.

9) acquiesce avec la tête

7) Donc c'est peut-être à ce moment là, oui, alors être inclus à la RCP ou avoir un contact privilégié en effet avec euh, avec l'oncologue, peut-être que ça aiderait.

6) C'est, c'est, c'est quand même particulier, parce que... la réunion de concertation pluriprofessionnelle se fait euh, entre euh, entre médecins euh, au sujet d'une décision qui euh, qui, qui est pour le patient mais le patient ne participe pas à cette réunion euh, enfin à ma connaissance et...

7) acquiesce

6)... c'est vraiment quelque chose qui est tout à fait différent de la décision partagée qu'on peut avoir dans la pratique au quotidien. Si on a une place bien sûr, c'est pas en tant qu'oncologue, à la limite, moi je peux imaginer une place en tant que... que porte voix du patient et pis euh, et pis éventuellement, puisse que on les connaît euh parfois depuis plusieurs années euh, d'apporter des... on va dire des... des des précisions concernant euh les capacités d'observance ou les capacités de... d'un suivi d'un traitement au long cours ou d'un traitement qui est lourd mais euh, ça se limiterait à ça dans mon imagination en tout cas.

Animateur : D'accord, et est-ce qu'il y en a d'autre qui voudrait rebondir sur ce que 6) a dit ?

Non bon...

Concrètement, si jamais vous vouliez faire entendre votre avis, ou l'avis du patient vis à vis des oncologues, quels moyens envisageriez-vous d'utiliser ? Plus sur le direct avec le médecin qui s'occupe du patient. Comment vous verriez ça ?

9) Déjà t'as, t'as un courrier d'adressage quand tu l'envoies à l'oncologue, où tu sais qu'il y a quelque chose.. tu fais parfois un petit courrier d'adressage et tu dresse un état des lieux sur la précarité de ton, ton patient. Tu peux donner une orientation comme ça. Et après euh, ça m'est arrivé de discuter par mail sur un dossier patient euh, avec l'oncologue... voilà. Maintenant, euh, des réunions euh, comme celle-ci, ça pourrait se multiplier sur certains lieux, mais il faut avoir une disponibilité et être précis euh, voilà pas avoir vingt minutes de retard pour gêner le travail de l'un et de l'autre, on peut aussi essayer ça. Je pense que le mail, le courrier et le téléphone sont des modes d'expressions qu'on utilise encore beaucoup... Tu fais un courrier euh, moi une fois j'avais une patiente qui était pas bien euh, à sept heures et demi du matin j'ai envoyé le mail, à huit heures elle était vue hein... Donc euh, ils sont, ils sont réactifs nos oncologues, sur le secteur du douaisis ils sont quand même très réactifs... où quand tu fais des demandes, ils hésitent pas à revoir les patients, donc t'as pas non plus ce frein de dire euh, il supporte mal sa chimio, il va être revu et t'as une adaptation des traitements et des thérapeutiques qui va être faite assez rapidement.

8) Ouais j'aurais tendance à dire que le courrier d'adressage c'est normal euh, qu'on échange des courriers c'est très bien euh, je euh, je donne souvent mon numéro de téléphone, euh, mon 06 au... au spécialiste euh, d'organe, parce que... parce que parfois cinq minutes au téléphone ça te permet de euh, de pas passer quinze, vingt, trente minutes à écrire et re-écrire et re-re-écrire et euh... voilà c'est beaucoup plus efficient euh... et si, pour aller dans les outils qui sont euh, qui commencent à être en place euh, on fait tous beaucoup d'actes gratuits et puis il y a beaucoup de chose gratuite dans euh, dans notre pratique et euh, on pourrait probablement se servir euh, des, des outils de télé-consultation, de télé-expertise et tout ça pour euh, pour pouvoir faire euh, et ba justement faire une télé-expertise avec l'oncologue, et euh pouvoir coter chacun de notre côté euh l'acte. Donc euh, voilà ce qui pourrait aussi faire reconnaître à nos pouvoirs publics que... nous faisons beaucoup de choses qui ne sont pas rémunérées.

6) Il y a un autre avantage aussi de euh, de pouvoir avoir une certaine traçabilité de ces échanges, quand tu dis des échanges par téléphones, je vois tout à fait euh, c'est sûrement les plus productifs d'ailleurs euh, dans la coordination ville-hôpital et euh, on pas forcément le temps de retranscrire euh, de toute euh, toute la complexité de l'échange euh sur un dossier ; là une RCP en visio euh qui puisse intégrer en tout cas... par euh, par cet échange et qui sait, qui pourrait être tapé par euh, par la personne qui s'occupe de taper les comptes-rendus de RCP... ça permettrait d'avoir euh, une traçabilité de ces échanges et cette décision partagée euh... enfin j'entends partagée, concertée plutôt.

Animateur : 7) tu aurais quelque chose à dire vis à vis de tout ça ?

7) Non c'est avec les moyens classiques pour l'instant c'est.... En effet on a le courrier mais qui est souvent un peu... voila un peu formel, qui est en plus c'est vrai des fois, même s'il y a pas de secrets, mais passe par le... par le patient, donc c'est vrai que si on émet des réserves sur le, sur son observance ou sur le, sur sa capacité des fois de, de compréhension du traitement, c'est difficile de, voila de lui donner le courrier comme ça. Euh le téléphone, ba en effet c'est très... très efficace, mais c'est vrai que des fois il y a une perte de temps aussi, le temps de trouver le 06, ou si justement on ne l'a pas, le 03 27 de l'hôpital et de, de l'oncologue, euh... et c'est vrai que maintenant on a de plus en plus d'outils hein, on a les *omnidocs*, les choses comme ça qui commencent à fleurir, qui pourrait ptêtre en effet être intéressant euh, pour tracer un peu plus et en effet valoriser le temps qu'on prend euh pour euh... discuter du patient dont on a besoin en tout cas.

Animateur : Je trouve ça assez intéressant vos idées concernant la valorisation justement de l'acte d'échange. Est-ce que vous voudriez développer un petit peu justement concernant ce domaine là ?

9) Ba tu te... enfin voilà, par exemple je suis en train de faire un... j'ai fait un dossier par exemple, là en néphro sur l'insuffisance rénale, donc tu euh tu euh, tu dépistes de plus en plus de patients, tu passes du temps à faire ta biologie, tu fais des courriers, tu fais des échographies, t'as pas forcément besoin que le patient soit toujours vu euh, par contre euh, faut quand même que nos consultations puissent être monnayées donc euh, j'envisageais moi de faire une télé-expertise moi avec les néphros de l'hôpital de Douai tu vois parce que... toi tu passes du temps euh, eux ils vont regarder aussi ta visi., ton, ton, ton compte-rendu et te répondre euh, je pense qu'on a pas forcément besoin d'une concertation immédiate, mais euh, fin je pense que c'est effectivement ce que dit 8), est tout à fait correct, ce que ben il faut monnayer aussi ce temps là, parce que c'est un temps que tu passes à essayer d'améliorer la qualité de vie de ton patient. Donc euh... je sais pas comment on peut essayer de développer cet outil là, j'essaie de regarder en ce moment pour développer ça euh, ça sera une prochaine mission (rires).

Animateur : C'est intéressant

9) Oui c'est intéressant ! Mais ça se fait en dermatologie, ça commence à se déployer avec les néphrologues, euh pourquoi pas un cardiologue hein, tu fais un ECG euh, tu peux demander une expertise euh sur ta fibrillation et, et quel traitement à apporter ou modifier par rapport à un patient et, et c'est du gain de temps pour euh, pour toi, pour ton patient euh... et pis le praticien euh, il est pas obligé de reprendre tout le dossier et euh, et le revoit sans urgence tu vois, c'est des choses qu'on

peut développer maintenant dans euh, dans notre activité.

6) Là tu parles de... on parle aussi de... je sous entends la valorisation euh, financière de, de l'acte...

9)... oui c'est ce que 8) disait, moi je suis aussi d'accord par rapport à ça hein, c'est tu as comme...

6)... ah non non mais...

9)... tu as comme une télé-consultation que tu vas prendre en charge, c'est du temps passé, et le fait que tu sollicites un avis et qu'on prend un avis, je pense c'est pour la journée, c'est pour les quarante-huit heures, tu peux valoriser ton acte en, en, en faisant une consultation avec un échange de spécialiste, je pense que c'est faisable ça.

6) Et je pense que c'est aussi très valorisant par rapport euh, à notre capacité euh suivi patient, parce que bon, parler d'un patient oui oui, on a parlé, on a échangé en RCP avec votre oncologue... Fin faut s'imaginer dans la peau d'un patient qui a un, qui à la coup de marteau, il a un cancer quoi ! Et que, que son médecin traitant est en contact facilement avec l'oncologue, ça peut paraître, ça peut être rassurant aussi pour le... pour le patient et valorisant en tout cas pour le, pour l'implication dans le, dans le suivi des soins... une autre forme de valorisation.

8) Oui et puis un autre avantage, toujours c'est euh, c'est de créer du lien euh, le... être intéressant notamment pour la suite si à un moment donné ou autre ça se passe mal et tout ça euh, si on a déjà échangé plusieurs fois avec l'oncologue et qu'on a créé une relation de confiance euh que ce soit sur ce patient là ou sur un autre euh... ba ce sera plus facile après de, de travailler en coordination euh, si on a déjà échangé euh, beaucoup plus que par euh, que par simple courrier ou courriel.

Animateur : Vis à vis de la valorisation donc, vous envisagez aussi par la cotation de la télé-expertise, une valorisation financière de l'acte.

8) et 6) : Oui !

9) La valorisation de l'acte, si tu as une consultation je veux dire qui est à vingt-cinq euros, tu, tu impose le tarif, ... ou à vingt-six euros cinquante (rires généralisés)... tu proposes le tarif normal, mais euh, de toute façon tu vas passer du temps à télécharger tes documents, à faire un courrier, à donner une biologie et à solliciter un avis et euh, le temps c'est de l'argent de toute façon donc euh, je veux dire euh il faut aussi valoriser cet acte là qui sont des actes qu'on fait quotidiennement et qui ne sont pas valorisés... Donc euh, la télé-expertise, c'est une solution qui est développée aussi euh, pour euh, pour lutter contre les déserts médicaux euh... parce que les centre d'oncologie ben, sur le secteur du Nord, je sais pas combien y en a, mais ils sont en tout cas hyper sollicités euh...et le médecin qui habite euh, je sais pas dans la cambrousse à quarante-cinq kilomètres, ba il peut pas forcément euh, ou son patient qui habite là, ben on peut développer ce type de consultation, pour avoir les avis spécialisés... je, c'est, c'est logique et ça se développe de plus en plus je pense donc... Moi je vais essayé de regarder ça je t'ai dit avec les néphros, avec le cardio pourquoi pas, on travaille en réseau donc euh, ba oui, il faut valoriser cette cotation pour un travail que tu fais de toute façon, c'est pas... tu (rires) tu vas pas te coter une consultation que t'as pas faite quoi ! Enfin ça me viendrait pas à l'idée (rires) !

7) Actuellement on est quand même payés à l'acte et euh, c'est ça le temps qu'on passe en général à faire les courriers ou à rappeler le, le, à appeler l'oncologue, on le fait tous en général en dehors d'une consult ou après on re-rappelle le patient, pareil, en dehors de toute consult et de toute cotation pour euh, pour euh, voilà lui expliquer ce qui a été décidé ou ce qu'on, ce qu'on va faire euh, donc voilà actuellement on est payé à l'acte donc euh, ça serait normal qu'on trouve un... oui c'est ça un moyen de valoriser financièrement la façon dont on s'implique et dont on améliore les soins ! C'est ce qu'on nous demande aussi jusque là donc...

6)...C'est, en plus euh, il y a des majorations maintenant pour les spécialités d'organe quand euh, quand elles reçoivent rapidement un patient que tu leur adresses, elles peuvent majorer la disponibilité de la coordination de soins ! C'est vrai que... c'est que de chi quoi !(rires)

Animateur : C'est intéressant ce que vous dites parce que le premier focus group avait eu une discussion là -dessus et ils étaient partis en comparant ce qu'on pouvait coter par rapport à une télé-consultation etc. et ça recoupe exactement ce que vous me dites ce soir.

Pour revenir un peu plus sur la tenu de la télé-expertise, concrètement, est-ce que vous auriez une méthode à mettre en place au cabinet pour organiser cette télé-expertise ?

9)C'est à dire euh, avoir des créneaux dédiés, c'est ça que tu veux dire ? Ou... Nous on utilise Doctolib donc je sais pas avec quoi vous utilisez, mais c'est comme ça qu'on fait euh, les visio-consultations donc euh, moi c'est cet outil là que je privilégiérai (sic) mais je que ... là je suis sur Weda, ils vont aussi développer des euh, des, des visios euh avec des partenaires euh, ils sont en train de modifier le logiciel pour concurrencer Doctolib, forcément... Moi c'est ce critère là, après j'ai pas d'autres euh, je sais que quand il y a eu la crise Covid euh, il y a eu d'autres systèmes qui ont été utilisés... quand les gens ne pouvaient plus venir je commençais déjà la visio-consultation, ça m'a pas euh... fin j'ai pas, j'ai pas cherché autre chose. Et il y a des réunions Zoom aussi maintenant avec euh, avec eu, on peut faire des réunions un peut comme des Zoom avec euh,

avec des Teams, avec Doctolib aussi hein, il y a des choses euh... fin nous avec la CPTS on fonctionne comme ça aussi euh, mais là c'est plus euh, pour des messages tu vois, on peut utiliser même ça aussi Doctolib pour envoyer un message à un... à un oncologue qui peut le recevoir aussi hein !...

6)... en pratique euh, pour ceux qui travaillent en oncologie, ça dure combien de temps une RCP d'oncologie pour un patient ? Moi je... j'ai souvenir de dossier qui passait en moins de dix minutes.

7) Moi c'est pareil, le souvenir que j'ai en hématologie, c'est que vraiment, ouais c'est ça très... très rapide. Ouais c'est ça...

6)...Si déjà, si déjà, ça se passe en moins de dix minutes euh, avoir une visio, attendre les participants euh, et pis avoir un échange en moins de dix minutes euh, en plus du choix de l'application du référentiel euh, c'est vrai que... ça me semble difficile, de caser un nouveau participant (rire). Après oui, enregistrer un message vidéo de présentation euh, du patient ou euh, qui puisse euh, être accessible en début de RCP euh, sans forcément qu'on soit dans l'échange, mais dans ce cas là, on perd le, on perd le lien dont parlait euh 8) on parle plus avec les gens, on laisse juste des messages vidéos...

8)... Mais, mais... pardon mais je, je, j'ai compris différemment moi la question de l'animateur, mais j'avais l'impression moi que tu étais parti sur après la RCP euh, un temps d'échange avec l'oncologue...

6)... Ah !

7) Ouais !

8) Animateur, tu parlais de RCP ou de post RCP ?

Animateur : Initialement je parlais de RCP, mais la question de post-RCP se pose aussi, donc c'est pour ça, je vous laisse finir sur votre idée.

Concernant le post-RCP vous vouliez ajouter quelque chose ?

8) Ah ! Euh oui, ba euh, comme tout le monde j'ai un outil hein, mais je... je... un outil qu'on... qu'on est en train de développer avec l'URPS qui s'appelle Monmédecin.org, vous en entendrez bientôt parler, qui est une alternative à Doctolib (rires) avec des données qui sont euh en France, qui sont propriété de l'URPS et non pas de l'industriel et euh, pour un prix à trente euros par mois euh défiant toute concurrence donc euh... un tout petit teasing (**rires généralisés**) et euh dans cet outil euh, notamment ce qui est intéressant c'est que en plus d'un agenda et d'un outil de télé-consultation, il y a aussi intégré un outil euh, qui s'appelle eRCP mais qui n'en est pas euh, dans lequel euh, c'est pas encore complètement... finalisé mais on va pouvoir faire des visios et des échanges de documents euh... à plusieurs participants avec des équipes qu'on pourra mettre en place. Donc euh... donc ça, ça pourra être intéressant pour ce genre de, de chose justement euh... et on peut inviter dans ces... dans ce cadre là des gens euh par le adresse mail... donc on est pas obligé d'avoir le même outil... euh, parce que peut-être que l'oncologue euh, va utiliser Doctolib et nous machin-truc donc euh, fin on pourra, on pourra le faire assez facilement, le faire rejoindre une équipe avec des dossiers qui resteront des échanges euh, même par What's App, sécurisés qui resteront euh, via un lien mail.

7) Pour simplifier les échanges, alors.. alors c'est les échanges durant la RCP, je pense que en effet ça me paraît un peu compliqué mais que ce soit avant ou après, faut que ça soit un outil qu'on... qu'on utilise déjà facilement donc... là oui en effet c'est, c'est Doctolib mais pareil, en effet à l'hôpital je sais pas les oncologues, alors ... on peut prendre rendez-vous souvent sur Doctolib pour l'hôpital mais euh, je pense pas que l'oncologue par exemple ait accès à euh, à la session Doctolib pour comme nous avoir des échanges ou, et c'est vrai que... en effet peut-être une sorte de messagerie euh, une messagerie sécurisée où on pourrait échanger euh, en temps réel et qui s'interface, oui qui s'interface, oui que ce soit avec Doctolib ou avec le logiciel de l'hôpital que, que l'oncologue à l'habitude de, d'utiliser, pour qu'on puisse échanger plus facilement et... oui, soit messagerie instantanée soit, euh soit échange de document ou visio si, voilà si on peut se connecter... au même moment finalement.

Animateur : J'en profite pour rebondir sur la notion de se connecter en même temps et au même moment, le problème relevé est celui de ne pas être en retard. Si jamais la visio était retenue, est-ce qu'il y aurait une solution qu'on pourrait apporter pour pallier à ce problème ?

9) La solution c'est de se connecter avant le début de notre consultation hein, une fois que c'est démarré, on ne sait jamais à quelle heure ça finit... déjà ça et puis euh, après... euh voilà, on peut... j'ai pas d'autre solution hormis celle là, c'est à dire euh, tu sais que ta consultation commence à quatorze heures, on se donne rendez-vous à treize quarante-cinq et on fait une visio euh... c'est le seul moment à peu près euh, ou tu es sûr d'être à l'heure.

6) Une fois j'avais participé à... c'est pas une RCP du coup, c'est une réunion pluri-professionnelle mais c'était pour des maladies rares pancréatiques... donc ça se passait sur Paris et j'avais été invité comme ça... à une visio ou un échange Zoom et en fait par contre euh, ce qu'on remarque c'est que ... nos confrères hospitaliers ont un temps dédié pour faire toutes leur RCP et leurs dossiers ils les passent par ordre de... de, de je sais pas, comment ils sont empilés sur... nous on est là pour un

patient. Des fois se connecter à un horaire, d'entendre les RCP de tous les autres patients, c'est, c'est, c'est un petit peu moyen, de pas savoir quand va passer son dossier c'est compliqué donc euh... soit euh, j'ai vraiment pas de solution pour ça, j'en vois pas...

8) Moi je suis toujours dans le...

7)... je, j'ai du mal à imaginer, ouais c'est ça comment on pourrait euh... que les deux agendas on va dire se concordent entre l'hospitalier en effet, où ils vont, voilà de quatorze heures à seize heures ils font les RCP de tous les patients et... et ça enchaîne et on ne sait pas trop quel horaire et nous, voilà, on ne va pas attendre, deux, deux heures donc on va faire nos consultations euh, de notre côté... c'est vrai qu'on est tous timé (sic) aux dix-quinze minutes euh... et donc ça serait euh, oui imaginer euh, voilà je sais pas, même l'hôpital qui euh, se connecte en cinq-dix minutes avant que notre patient passe mais, c'est pareil euh, encore faut il que dans les cinq-dix minutes, on puisse avoir quitté euh... notre patient pour euh, pour se connecter. Donc c'est vrai que ça paraît euh, ça paraît un peu compliqué.

6) En pratique euh... quand on est sollicité par euh, enfin moi en tout cas euh, quand je suis sollicité par un confrère par voie téléphonique, c'est dans l'immédiateté et ça m'arrive d'avoir à parler d'un patient alors que j'en ai un autre qui est en consultation. Euh, pour un sujet comme le cancer euh... on sait pas qui on va avoir en face, on sait pas, faut, faut pas mentionner les noms tout ça, c'est... ça peut être euh, ça peut-être compliqué mais... pourquoi pas dans ce cas là euh, une fois que le patient passe, avoir je sais, avoir une notification ou... ou quelqu'un qui nous appelle directement par téléphone pour euh, pour nous proposer de nous mettre sur haut parleur. Si on est là c'est tant mieux, si on est disponible c'est tant mieux, si on est pas ba... si on est pas indispensable euh, voilà c'est de nous donner des opportunités, pas forcément des obligations présentiels.

8) Oui alors moi je...euh, je trouve vraiment que la RCP euh, en l'état euh, comme c'est organisé maintenant, on y a pas notre place et euh, et c'est pas compatible. Après euh, enfin pareil pour certains patient, peut-être pas pour tous, mais pour des patients complexes euh, polypathologiques, ou âgés ou...ce genre de choses euh, un échange en, en post RCP avec l'oncologue euh, pour moi ça serait vraiment euh effectivement sur la pause méridienne (**n°9 acquiesce**) euh, parce que c'est un moment où les hospitaliers et nous, on peut euh on peut peut-être être dispos et on se, on se prenne un créneau euh, midi trente, treize heures, treize heures trente, euh, où on est sûr de pas avoir de patient à ce moment là. Après faut pas que ça soit euh, tous les jours non plus parce que euh, on a aussi besoin de faire une pause, faire un sieste, euh de faire d'autre choses mais, de temps en temps, pour certains patients, je pense que ça pourrait être une bonne chose.

6) C'est, c'est, c'est de toute façon l'oncologue qui est le plus à même de nous faire euh, de faire le consultant au cours de la RCP... je, je, je me vois pas échanger avec les radiothérapeutes ou un curiethérapeute enfin euh... je pense que... oui ça serait peut-être le meilleur moyen de, de passer une surcouche sur la RCP en disant bon ba en pratique euh, voilà ce que nous euh, ce que moi je pense euh, de ce choix pour le patient et... gardez le, tenez à l'esprit pour votre prochain échange quand vous annoncerez le protocole de soins.

8) J'ai un truc qui me vient là euh, ça peut-être euh, pré ou post RCP euh, parce que si je ne me trompe pas, les RCP, c'est dans ce cadre là que les décisions sont prises sauf que, euh, par expérience, les, les oncologues euh, en général savent quand même un petit peu où ça va aller et, le fait de faire en pré RCP euh, un petit temps d'échange pour savoir, pour certains patients toujours euh, en disant euh, on est sûr que ce patient là euh, s'il y avait telle thérapeutique ou telle thérapeutique, ça serait même pas la peine de l'envisager euh, ba ça, ça pourrait orienter un petit peu euh et leur, et leur donner des pistes pour euh, éventuellement si c'est pas possible, on pourrait, ils pourraient faire d'autre proposition.

6) C'est, c'est compliqué parce que, à ce moment là, si... donc oui il faut pas qu'ils engagent ta responsabilité par euh, entre guillemets, ou qu'ils changent de composition thérapeutique parce que, tu, tu as donné ton avis sur un potentiel refus d'un traitement mais euh... oui, dès que la RCP parle du référentiel, du meilleur choix thérapeutique à proposer, éventuellement euh, d'une alternative si euh, si ça ne pouvait pas être mis en, en place oui euh... Je pense que c'est plus facile en post qu'en pré à mon avis.

9) Moi je pense que, globalement, on a pas grand-chose à dire dans les RCP... on est pas euh, on est pas oncologues, je pense qu'ils ont des référentiels pour chaque pathologie, pour chaque patient et chaque type de patient et aux stades évolutifs dans lesquels il est donc, globalement je pense qu'on est euh, fin euh... les protocoles qui sont proposés sont souvent adéquats euh, à la pathologie du patient et à son expression qu'il a déjà donné donc euh, c'est, c'est vraiment je pense très rare... je pense même exceptionnel, hormis peut-être cette patiente qui a eu son cancer du sein euh, que j'aurais à critiquer les décisions de RCP tu vois. Elles nous sont transmises en temps et en heure, c'est bien fait, c'est bien rédigé, t'as le protocole euh... est ce qu'on aurait un intérêt quelconque à rajouter quoique ce soit ? Je, je, j'en sais rien sauf certains type de patient qui ont un souvent un environnement euh, ou, ou qui n'ont pas d'environnement familial, ça c'est peut-être plus problématique pour ce type de patient là... ou un patient qui n'a vraiment pas de revenu, pas de ressources financières, un isolement social important, c'est important qu'il soit entouré mais c'est pas le but de la RCP de toute façon.

Animateur (résumé des idées émises par le focus group) si je résume bien, votre participation concernerait surtout l'information des spécialistes vis-à-vis des patients poly-pathologiques. Par contre, pas de participation au choix du traitement ?

9) C'est ça

7) C'est ça, c'est quelques patients donc c'est vrai que finalement, alors après c'est ça, est-ce que quand on parlait de se connecter ou de nous appeler quand notre patient passe en RCP euh... en effet, même s'ils nous appellent pour chaque patient en effet, on aurait pas tellement intérêt à y participer sauf euh, oui voilà sauf cas particulier... et après c'est toujours la même chose du coup, est-ce que s'ils nous invitent à chaque fois et que, qu'on ne répond pas euh, est-ce qu'ils continueront à le faire ou est-ce que du coup, il faut se manifester euh, en disant tel patient, tel patient, je voudrais euh... voilà j'ai quelque chose à apporter à votre connaissance donc euh, en effet euh, avant la RCP, pendant la RCP, après euh... ouais, je sais pas quel est le meilleur moment mais, en effet, c'est pour moi que euh, que quelques patients.

8) Un petit point aussi à rajouter c'est que... il y a quand même enfin, un biais.. tu en parleras sûrement dans ta thèse, mais c'est quand même un biais de recrutement de médecins.. euh, on est, on est euh... et, en général dans les focus group et tout ça, des médecins un peu particuliers qui sont prêts à passer du temps pour euh, pour ce genre de chose, euh, je me souviens d'une FMC il y a pas très longtemps, où euh déjà c'était quelqu'un qui allait en FMC, mais déjà c'était payé par un laboratoire ou euh, les, le mec disait euh : « ils ont voulu m'appeler à l'hôpital pour la sortie d'un de mes patients euh, c'était un truc où c'était un rendez-vous téléphonique, où j'étais payé tout ça, j'en voyais pas l'intérêt, je voulais pas le faire... et puis euh... » fin voilà il y a quand même une grande partie des médecins qui seront beaucoup moins intéressés euh, même pour des patients particuliers, pour avoir euh un contact avec l'hôpital de, de quelque façon que ce soit.

Animateur : Concernant le biais de recrutement il est là, je suis bien d'accord avec vous. Ce sont des gens intéressés par le sujet qui vont répondre.

Ce qui est intéressant dans le débat concerne les idées avancées dans l'échange pré-RCP justement.

Quelles sont les idées autres que celles avancées jusque là, pour faire parvenir des informations à l'oncologue ?

8) Quand on sait qu'on a un patient très, très, très particulier euh, je pense à quelqu'un qui a, et un problème social, et un problème cognitif, euh, maintenant dans les envois de, de mails, on peut commencer à envoyer des mails avec nos messageries sécurisées à certains euh praticiens, donc on peut, on peut quand même les alerter en disant euh, je sais que vous allez faire une RCP pour ce patient euh, je suis disponible pour en parler et laisser notre 06, euh parce que il y a quelque, il y a un contexte social, ou familial ou quelque chose comme ça particulier qui pourrait avoir un impact sur euh, sur la façon dont vous souhaitez... euh dans la façon dont... enfin un impact sur la prise en charge donc... ça serait plutôt, voilà ce serait plutôt, pareil encore... euh, en premier si on connaît pas les oncologues, par un, premièrement par courriel et ensuite soit, soit par téléphone, soit par un outil euh par outil de télé-consultation ou de télé-expertise comme on a, comme on en a parlé avant.

9) Et ça ne serait pas possible peut-être, je donne peut-être une idée, c'est que chaque patient quand il rentre dans un parcours d'oncologie, dispose finalement d'un petit cahier... qu'il emmène partout où il va, où sera noté le nom de son médecin généraliste, de son pharmacien euh, la liste des antécédents, de ses allergies et ce qui va l'attendre dans son parcours médical, comme ça, ça permet finalement à tout ceux qui les entoure, qu'ils soient mieux informés et qu'on puisse euh, prendre en charge un peu plus euh, sereinement le patient, et lui même qu'il ait son parcours qui va se dérouler comme ça, il le sait et euh, et on peut noter sur son dossier ba que tel traitement n'a pas fonctionné pour lui, qu'il est intolérant à telle chimiothérapie... et au moins on a une prise en charge un peu plus adéquate pour ce patient et multi-professionnelle ...

8)...Hmm, je crois, ... je crois que s'appelle Mon Espace Santé...

9)... Oh, ça c'est... Je commence à y rentrer Mon Espace Santé mais tu ne peux pas mettre ce genre de chose vraiment dessus (rires)

8) C'est, c'est, c'est une bonne idée ! Après le problème des... des cahiers ou ce genre de choses, c'est que les patients peuvent les oublier et euh, après au niveau secret médical et tout ça, ça peut-être un peu problématique. Il y a un truc qui est fait au Centre Oscar Lambret, j'ai une patiente ça fait pas longtemps qui avait euh, une espèce d'application avec tous ses rendez-vous, tous ses compte-rendus et tout ça et ça avait l'air d'être vachement bien foutu ! Le truc c'est qu'on était pas dans la boucle, pour l'instant les généralistes, mais euh... mais ça pourrait être intéressant de proposer euh, dans ce cadre là qu'on ait aussi un accès...

(Tout le monde acquiesce)

9)... Ouais c'est intéressant, parce que l'espace santé, voilà je rebondis dessus, on commence à avoir les courriers d'oncologie, j'en ai vu quelques-uns, mais euh, tu, tu, tu n'as pas tout le parcours de soins du patient. Alors que peut-être

une application pour chaque patient, pourquoi pas ça peut-être intéressant pour son suivi oncologique ou, ou tu connais quelle pharmacie, tu sais ce qui a été délivré... fin c'est vrai que c'est Espace Santé mais, peut-être quelque chose qui appartiennent plus au patient.

6) Après... après, ça... ça résout le problème de la synchronicité, c'est une concertation euh, qui sera peut-être moins riche mais asynchrone qui permet euh, à chaque participant de, de pouvoir apporter... enfin nous en tout cas, pouvoir apporter notre patte sans forcément euh interrompre nos consultations, ni, ni interrompre une RCP euh, spécialisée en oncologie... où on aura pas énormément de choses à discuter. On a des précisions à apporter mais pas de choses euh..

9)... Moi en pratique quotidienne par exemple, pour mes patients qui sont délicats à domicile, je, je veux qu'ils aient un cahier sur lequel soient notés leurs antécédents, leur numéro de Sécu, le téléphone et je note mes observations dessus et l'infirmière note également tu vois, c'est comme un cahier de suivi finalement et... pour son parcours en oncologie je veux qu'ils aient un classeur avec tout qui soit rapporté pour que la prise en charge soit globale... ça c'est pour le patient mais après effectivement une petite application euh, dédiée pour le patient, pour son parcours de soins ça peut être une... pas une mauvaise idée.

Animateur : Est-ce que vous aviez des choses en particulier à rajouter ? Vis à vis de tout ce qu'on a dit ?

9) Euh si peut-être, dans le parcours du patient, j'ai une femme par exemple, trente-six ans, cancer du sein, vue par le radiologue qui lui annonce qu'elle va se faire opérer, radiothérapeute (sic), chimiothérapeute (sic)... bon super ! Elle vient me voir. **(Mimant son discours à la patiente)** Bon écoutez, moi j'ignore ce qui va advenir de votre parcours de soins, je pense que, ben voilà on va aller voir le chirurgien, on va en parler. Finalement, elle a une mastectomie partielle, on lui dit qu'il y a pas de ganglions donc elle va pas avoir de radiothérapie ni de chimiothérapie. Donc si on pouvait tous parler d'une seule voix et pis éviter de faire peur au patient en lui décrivant tout le parcours qu'il pourrait avoir... avec tout les professionnels le même discours, ça éviterait euh, finalement quelques sueurs froides au patient ! ... C'est que mon opinion.

Animateur : Si vous voulez réagir ce qui vient d'être dit, n'hésitez pas !

9) , il vaut mieux rien dire que de s'avancer !

7) Comme on le disait, nous la RCP on a l'avis sur le patient mais pas sur le traitement à adopter donc, chacun son expertise on va dire...

9)... Non mais t'as le radiologue qui va dire : « on va faire ça » avant même que la dame elle ait commencé son parcours **(lève les sourcils)** donc, tu, tu, tu la ramasses en miettes quoi ! Déjà euh, t'as toutes ses peurs et ses angoisses qui sont cristallisées alors que tu disais... que si tu dis que finalement t'as le cadre d'une RCP où t'as des professionnels aguerris qui vont décider du... du meilleur traitement approprié pour la patiente, et que si jamais après elle émet des réserves on peut modifier une partie de ce traitement, je pense qu'on... déjà pour, pour la patiente c'est quand même mieux plutôt que de dire : « toi tu vas faire ci, faire ça ! ». Moi je n'émet jamais d'opinion avant qu'il y ait une RCP, je dis : « Je ne sais pas, voilà ! Vous allez voir des professionnels qui vont euh, qui vont vous proposer des choix thérapeutiques et pis vous adhérez ou vous adhérez pas et on peut discuter ensuite. » voilà.

8) C'est là qu'on voit que... que les consultations d'annonces il faut être formé et que... parfois peut-être certains radiologues, je veux pas trop stigmatiser, ou certains chirurgiens éventuellement (rires) sont peut-être pas les plus à même pour faire des consultations d'annonce. Mais bon, on est complètement hors débat (rire).

6) C'est bon les radiologues, ils viennent plus après les examens maintenant, ils viennent plus voir les patients. T'es tranquille...

9)... A ba celui là il s'est déplacé ! **(Rires généralisés)**

Animateur : Je vous remercie de votre participation

FIN

Focus group n°3

Quel est votre intérêt pour l'oncologie dans votre pratique ?

11) « Alors, je pense qu'on a pas d'avis à donner sur l'expertise des traitements ... mais on pourrait parler de télé-expertise de... de l'adaptation du protocole en médecine de ville par rapport au patient, par rapport à son entourage euh... J'ai notamment eu le cas là d'un patient qui euh... en fait vivant seul au domicile et puis étant euh... en difficulté pour son suivi de traitement, a été euh... ba finalement il a pas fait de chimio mais euh... ça aurait été compliqué pour lui de gérer les entretiens, les rendez-vous, les euh... les, les, l'ensemble du protocole en fait. C'est vrai que là où le médecin généraliste le connaît depuis euh... plutôt un suivi longitudinal du patient, on peut avoir une autre vision que la vision purement euh... aiguë du problème. »

Est-ce qu'il y en a qui veulent rajouter des choses par rapport à ce qui vient d'être dit ?

10) « Ba qu'effectivement... nous c'est vraiment le... je pense qu'en terme de diagnostic, thérapeutiques, nous on a pas... on est pas expert dans le domaine, mais pour la balance bénéfice-risque, et surtout discuter de la qualité de vie, après je pense qu'avec l'entretien, bon il y a en général euh... un membre de la famille qui les aiguille mais le fait de discuter avec le, le patient, enfin... de pouvoir discuter du patient... par exemple que l'oncologue nous appelle en disant : « Ba voilà ce Monsieur euh » c'est surtout pour... oui, surtout pour discuter de la balance bénéfice-risque et de la, et de la qualité de vie... Voilà l'utilité qu'on a dans la RCP. »

11) « Ce qui est compliqué aussi dans les RCP, c'est que les spécialistes se réunissent entre eux, et en fait euh... discute d'une liste de dossiers de patients. On est pas concerné par le, la liste de dossiers de patients... donc de se libérer effectivement comme tu disais en introduction une demi-journée pour une, pour un patient, c'est pas simple et euh et puis en fait, en général, le patient n'est pas là, il y a pas de représentant familial forcément... et euh, c'est lors d'une consultation ultérieure qu'on explique au patient comment ça va se passer... mais sinon on ne lui demande pas de trop son avis... J'ai juste vu une fois moi, c'était en ORL, au, au CHR où en fait euh, il y avait une discussion en RCP et après il faisait rentrer le patient pour lui expliquer la situation et comment ça se passait. Mais sinon, dans la pratique actuelle professionnelle, en fait ils se réunissent entre eux et le patient il est même pas là, il est pas convié... c'est lors d'une consultation ultérieure où on lui explique le résultat et la, la RCP en fait, si j'ai compris. »

12) « Ouais moi je dirais qu'on la... subi plutôt la RCP euh, c'est à dire qu'on est ba, qu'on est un peu passif par rapport à ça et euh... c'est quand même source de pas mal d'inquiétudes, du patient et du médecin, de savoir ce qu'ils vont pondre euh comme prise en charge. Des fois on a une idée en tête, ça correspond pas forcément trop à ce qu'ils ont fait, au-delà de savoir euh quel traitement exactement il choisit, mais des fois de euh quelle type de prise en charge, est-ce que c'est ça ? Ou est-ce que ça va être un petit peu agressif ou pas ? Et euh... (souffle) ouais euh (souffle) c'est un peu compliqué, donc moi je le vis plutôt comme un avis d'un spécialiste qui va être un peu euh, imposé. »

13) « Alors moi je pensais à une chose euh, je pensais au cas d'une euh, d'une patiente qui avait un cancer du sein euh, elle a fait euh... elle a fait ses rayons, elle a pris son hormonothérapie, par contre elle avait pas voulu faire de chimio, euh... et moi à ce moment là j'étais remplaçant à Boeschepe, euh... le fait de pas avoir vu les courriers arriver au fur et à mesure et cetera, euh j'avais pas suivi toute la prise en charge et tout ce qui l'en était et euh... ba c'est vrai que le fait de pas être euh... de pas être intégrer à la réflexion du traitement, on a pas toujours non plus les arguments pour dire à la patiente ba, oui euh, faite le pas, je vous comprends et c'est pas grave ou si si faite le c'est important... Bin, moi je savais pas quoi lui dire et euh, et... et j'ai pas l'impression qu'elle en a parlé plus que ça euh, au Centre Oscar Lambret non plus... donc voilà, moi c'était ce truc là... que je pouvais ajouter. »

Vous a-t-on déjà proposé de participer à une RCP en tant que généraliste sur votre territoire d'exercice ?

13) « Non moi on me l'a jamais proposé ! »

10) « Moi non plus. »

11) « Non j'ai jamais été invité. »

De ce fait, comment voudriez-vous organiser cette participation ?

10) « Ba, je pense que déjà, comme en soit effectivement, comme disait 11), les réunions de RCP en fait ils présentent plein de patients et du coup, nous en tant que médecins généralistes, on peut pas euh on peut pas poser entre guillemets une, une après-midi juste pour euh, pour y assister. Donc déjà si au final, il y avait un entretien préalable en fait, avec le médecin euh, entre le médecin généraliste et l'oncologue qui présente le patient en RCP, comme ça en fait il a, enfin, il présente un peu la

situation au médecin généraliste... on peut échanger du coup donc sur la balance bénéfice-risque, la discussion de qualité de vie pour le patient euh... et ensuite comme ça, en fait, à la RCP, ils auraient euh, les... les informations du médecin généraliste et comme ça, nous en fait en soi, on a déjà les premières lignes de, enfin, qu'est-ce qui va être proposé à la RCP et ce qui peut potentiellement euh... enfin déboucher de la RCP sur la, par rapport à la prise en charge du patient. Je pense que ça, une organisation comme ça, ça pourrait être plus jouable et comme ça nous, ça nous permet pas de... enfin de bloquer une après-midi ou une soirée, ou alors qu'il y ait des ordres de passages pour que ça soit bien cadré, mais en fait ça, c'est quand même compliqué à mettre en œuvre parce que les médecins hospitaliers, ba il suffit qu'il y ait du retard euh... enfin on sait très bien comment ça se passe, ou s'il y a un avis, enfin la RCP c'est quand même assez long, enfin quand j'étais externe, je me souviens que c'était euh... c'était pas euh... enfin en tout cas intégrer le médecin généraliste le jour de la RCP moi ça me paraît compliqué mais qu'il y ait avant, peut-être avant et après euh, un entretien, ça pourrait être intéressant, même si c'est ptêtre beaucoup aussi en terme de temps pour euh, pour les deux parties... pour l'oncologue et le méd gé. »

11) « Après ce qui peut être... enfin... assez simple c'est que le, les spécialistes discutent un peu un protocole et par téléphone nous on peut donner notre avis, alors par téléphone ou par euh... télé-consultation, on peut... on peut avoir aussi une télé-expertise avec le médecin qui nous sollicite euh en disant ba on préconise euh ce traitement là, est-ce que euh, c'est envisageable par rapport au patient ? Est-ce que euh... comment... après nous on a finalement juste un avis à dire est-ce que c'est compatible ou pas avec le patient. Dans 95 % des cas c'est compatible, enfin le, les patients sont... sont euh... enfin vont accepter et vont pouvoir gérer la prise en charge. Mais c'est vrai qu'une fois de temps en temps, le fait d'avoir le... le médecin généraliste il peut avoir un effet de garde fou en disant : « ba ouais ce patient là il est, il est particulier pour telle situation euh sociale ou médicale ou... ou n'importe laquelle. » Et l'intérêt de pouvoir faire par téléphone ou par télé-expertise c'est encore une fois, après le, le nerf de la guerre il est, il va être financier. C'est à dire que tu peux du coup euh, il va y avoir une création de cotation euh, pour cet élément là ou payer une télé-expertise et ça passe. »

10) « Et par contre ça permettrait aussi de... d'améliorer l'observance. J'sais pas s'il y a eu des études là dessus, parce que le fait que nous on soit euh... on soit vraiment au courant de ce qui se passe, qu'on puisse en discuter avant avec le patient parce que c'est vrai qu'il y a des patients qui vont être euh... ba par exemple 13) ta patiente qui dit ba non je veux pas de chimio... et ptêtre que si, initialement toi t'étais, enfin toi t'en avais discuté au préalable avec elle, ptêtre qu'elle aurait euh accepté ou... je sais pas s'il y a des études là dessus, enfin est-ce que ? »

11) « L'intérêt qu'on a nous c'est que, qu'on connaissait le patient avant sa maladie, on le connaît pendant et on le connaîtra après donc euh, ça permet d'avoir aussi un fil rouge sur euh et puis un peu un principe d'euh, pour le patient d'avoir un repère aussi par rapport à... par rapport à tout ça, donc de nous inclure finalement dans cette décision là, ça permet aussi comme pour 13), c'est que finalement ça permet de euh, de pouvoir en reparler dans une consultation ultérieure et d'éventuellement réévaluer ou... ou reprendre une prise en charge euh dans un deuxième temps. »

12) et 13) est-ce que vous auriez quelque chose à ajouter vis à vis de ce qui a été dit ?

12) « Oui ba, moi je me sens euh, c'est vrai que je me sens un peu passif par rapport à ça, mais... en même temps je vois pas comment apporter facilement euh... les éléments, euh, s'il y a pas une interaction... euh et cette interaction, je vois pas comment la mettre en place facilement... donc bon. J'ai pas, j'ai pas de solution particulière. »

13) « Ouais c'est vrai qu'on se sent passif, en tout cas dans la prise en charge euh, on voit les... enfin je vois depuis un an, on voit les courriers arriver régulièrement euh, concernant le patient en question et... ba on le revoit de temps en temps, il revient faire le point ou il a besoin de ci, il a besoin de ça mais euh... mais j'ai aussi l'impression que euh, la prise en charge sociale et psycho et cetera, elle est... elle est quand même bien faite en tout cas dans les cas que j'ai vu, le peu de cas que j'ai vu, euh... je trouve que les choses elles sont déjà bien faites euh... moi le, la euh ouais, jusqu'ici la seule chose c'est dans, c'était dans, dans le fait de suivre le traitement préconisé mais autrement...J'ai pas... voilà je vois pas... Je vois rien de plus. »

En reprenant ce qui a été avancé par les participants, comment la télé-expertise deviendrait-elle intéressante pour vous ?

12) « Ba... moi j'aurais quand même, vraiment l'impression d'arriver comme un cheveu sur la soupe, c'est à dire qu'ils faisaient très bien sans nous avant... et je suis pas sûr que... notre place soit facilement acceptée ou en tout cas il faudrait qu'il y ait des... enfin qu'il y ait des choses qui soient faites pour euh... pour qu'il y ait une plus value vraiment notable... du fait du médecin traitant. On conçoit très bien hein... théoriquement ce qu'on peut apporter mais, en pratique, je suis pas sûr qu'on arrive à faire grand-chose en plus. »

Et dans le cas où la participation serait actée, comment vous pourriez être tenus informé de l'organisation de la RCP ? Et comment pourriez vous manifester votre intérêt d'y participer ou au contraire votre refus ?

10) « Ba déjà je pense que les RCP c'est prévue, enfin par exemple dans certains services d'oncologie, je sais pas la RCP c'est tous les jeudis après-midi, donc en fonction des, des hôpitaux euh, des hôpitaux à côté de nos cabinets, ba déjà qu'on soit

informé que les RCP se soient tel jour et que... je sais pas on a euh, en fait on reçoit une invitation... après moi c'est sûr que je pense que le jour où je m'installe, je pense pas que je me déplacerais euh, j'aurais pas envie de me déplacer pour une RCP, ça serait en télé-consultation ou... ça c'est sûr, mais je pense que si... faudrait arriver, voilà à ce que si c'est un jour fixe et qu'il y ait un horaire comme un rendez-vous quoi, que ça soit voilà de 13 heures euh 13 heures 45 à 14 heures, enfin j'imagine que... après bon je pense que ce qui peut être compliqué, c'est que si c'est un dossier entre guillemets sensible et que euh, l'oncologue, en gros ils savent pas euh traitement chir, chimio et cetera et si ils discutent pendant une demi-heure, c'est vrai que c'est compliqué de bloquer euh... enfin faut essayer de prévoir tout ça quoi, je pense qu'il faut voir euh, avec l'organisation du cabinet euh... pour pas prendre de retard et cetera. Ca doit pouvoir se faire hein!(rires) »

Alors justement, si l'interaction en direct semble compliquée, quelle autre façon de faire imagineriez-vous?

11) « Après je pense que... enfin pour moi le plus simple ça reste le mail. Le mail ou... enfin on regarde plusieurs fois par jour nos mails euh, on saura une invitation à une RCP par mail, on peut dire si oui ou non on est intéressé pour y participer et euh... on peut avoir finalement euh, un avis par rapport à une... à une décision qui est prise et puis on peut avoir un avis consultatif, pour valider est-ce que, effectivement on a pas d'avis décisionnaire, c'est pas nous qui allons dire il faut tel ou tel cycle de chimio. Par contre de dire, est-ce que le patient est capable, ou son entourage... de pouvoir euh, gérer la prise en charge, je pense que notre rôle il est, il est simplement là, c'est finalement est-ce que le patient il est capable de pouvoir suivre son traitement et est-ce qu'il a compris euh, et ça par mail ça peut être largement faisable, par questionnaire il y a des choses qui peuvent se faire. »

13) « Ouais ça peut aussi être un rendez-vous téléphonique, après la RCP pour expliquer les, les, ce qui est décidé... et prendre... et demander ba notre avis ou bien... simplement nous expliquer les choses et qu'on puisse en discuter euh, simplement avec le patient. »

10) « Après ça, est-ce que ça va être accepté par l'oncologue parce que, dans le sens où il va, où il passe du temps en RCP et après il va encore passer du temps pour appeler le médecin généraliste donc est-ce que de leur côté aussi euh... que là c'est assez chronophage en fait. »

12) « Moi je verrais bien le... qu'il y ait un secrétaire, après le RCP qui appelle le médecin traitant, qui lui donne un petit peu les projets et euh grosso-modo ce qui a été décidé et le médecin traitant ba il dit euh : « Ouais ça me paraît bien ! » et puis du coup on en reste là, ou alors il lui dit : « Non c'est pas bien, recommencez ! » (rires) »

11) « Après par téléphone ça marche hein ! Les spécialistes, ils nous appellent, alors pour peu que... enfin nous on a une secrétaire sur place donc il peut euh, qui trie, qui filtre les appels et donc qui peut nous les transférer... ça prend euh, ça prend pas 5 minutes hein ! »

13) « Ouais je pense que ça prendrait pas 5 minutes non. »

11) « Si on est au courant qu'il y a une RCP qui est prévue pour ce patient là et que... éventuellement par mail, on peut même avoir une... je veux dire une préconisation du traitement... nous on apporte juste notre euh... notre euh, enfin un peu le garde fou euh, de la médecine de ville, mais effectivement nous on valide ou pas la prise en charge mais au moins on est pas décisionnaire et puis tous le monde est là euh, au bon moment quoi ! »

10) « Parce que c'est vrai que, être au final euh... assister réellement à la RCP, ba je pense qu'on participera, on participera pas en fait ! On subirait entre guillemets les décisions et je pense pas qu'on aurait une place euh, à ce moment là quoi. Alors qu'effectivement, le fait d'être appelé derrière euh, ça ça peut être euh, c'est peut-être plus intéressant. »

Je me permets de rebondir sur les différentes idées que vous avez énoncé. Comment mettriez vous en place un temps préparatoire à la RCP pour faire valoir vos idées sur la prise en charge et notamment la faisabilité de certains traitements ?

12) « Ba, moi je verrais bien un espèce de petit euh... questionnaire si tu veux euh... un truc un peu normalisé qui dirait ce qu'on pense pouvoir mettre en place chez le patient. Mais, en pratique ça me semble difficile parce qu'on sait tellement pas des fois sur quoi est-ce que, sur quoi ça va déboucher, que... ça paraît difficile de, enfin de le faire en amont. Après on peut donner des infos sur un certains nombre de choses... mais pas tellement sur euh, sur ce qui serait possible ou pas, parce qu'on a tellement pas d'idées, enfin c'est... Et des fois ils partent pour une chimio, un machin, pis ils reviennent, ils ont de l'hormonothérapie, ils vont quand même voir le chir, enfin... Donc c'est... c'est, il y a trop d'écart entre ce qu'on pense qui pourrait être mis en place et puis ce qui est décidé, pour pouvoir vraiment donner un avis... enfin il me semble avant. Voilà, c'est tellement trop large les possibilités que ça me paraît difficile. Mais, à posteriori ça me semble plus simple, quand il reste plus qu'un truc, de dire si ça nous paraît cohérent et... faisable. »

13 « Je suis d'accord. »

Les autres, ça vous semble mieux de faire comme ça ?

10) « Ba oui. (long silence) Parce qu'après de le faire entre guillemets pendant la RCP, je pense qu'on pourrait juste, ce qu'on pourrait apporter c'est par exemple un patient qui est, qui est en mauvais état général et dire : « Ba non, ce patient il, il va pas supporter la chimio, il va pas... » Je pense qu'il y a que cette information là, enfin que cette décision là qu'on pourrait apporter en même temps en fait. Donc oui je suis d'accord avec 12) »

Finalement, si je reprends un petit peu les éléments que vous m'avez énoncé, ça serait plutôt une modalité qui n'est pas trop chronophage ni pour le médecin généraliste, ni pour l'oncologue, qui puisse permettre le dialogue et surtout qui interviendrait plutôt après la RCP, de manière à moduler la décision thérapeutique des oncologues, si j'ai bien compris ?

10) « Mmh (acquiesce de la tête) »

13) « Oui ! »

Combien de temps la préparation de cette RCP devrait vous prendre pour que ça soit réalisable ?

11) « Moins de 5 minutes ! » (Rires généralisés)

12) « Moi je dirais que ça dépend euh, comme disait 11) tout à l'heure, combien c'est coté. C'est à dire que... quand tu prends 3 minutes pour un patient et que ça t'apporte rien et qu'y aura, enfin que ça rapporte même pas une consultation, un truc comme ça, enfin 3 minutes plus 3 minutes plus 3 minutes, on fait déjà plein, plein de trucs. Donc si ça prend aller... moins de 3 minutes, c'est faisable, mais si faut remplir un dossier euh, c'est quand même les spécialistes qui font ce genre de truc, euh un dossier avec plein de paramètres, avec plein de machin et que t'en as pour 10-15 minutes, et que c'est pas coté, ba ça va faire chier tout le monde ! »

C'est intéressant cette histoire de valorisation du travail du médecin généraliste, dans le cadre de la préparation à la RCP. Comment pourrait-on organiser une rémunération de ce temps de travail ?

10) « Et après, si en fait, dans... enfin, il y a pas vraiment de cotation associée à cette euh la discussion entre guillemets pendant la RCP, mais qu'il y aient des consultations qu'on cote euh, enfin post RCP, et que du coup la consultation euh, ba c'est une cotation euh, enfin que la consultation avec le, le patient elle soit cotée autrement qu'une consultation à 25 euros enfin... je dis n'importe quoi hein, mais que, comme ça en fait, dans cette consultation, on prend en compte le fait qu'il y ait eu un avis euh, qu'on ait été consulté euh, lors de la RCP. Je sais pas si je suis claire... » (Tout le monde acquiesce)

11) « C'est simple euh, tu regardes sur *Omnidoc*, qu'on... enfin, une, une demande de télé-expertise sur *Omnidoc* c'est je crois, nous on est payé 10 euros, le médecin sollicité il est payé 20 euros euh, et en fait ça existe déjà les, les cotations... »

10) « ...Ah ouais, ouais, avec *Omnidoc* c'est vrai !... »

11) « Et euh, en fait euh, juste se tabler la dessus. Alors après, en dehors du débat de savoir combien ça revient, je pense que le plus important c'est qu'il faut... valoriser le, le, le travail, enfin valoriser la prise de temps, valoriser le... enfin ça va quand même couper ton emploi du temps à un moment donné sur tes consultations, si tu veux que les médecins ils veuillent... moi je suis à la consultation au quart d'heure, mais il y a des médecins qui vont faire euh 5, 6 par heure et qui vont vite te dire : « Ba non mais moi, ça me prend 5, 10 minutes euh, c'est, en fait c'est une perte de revenu pour moi de faire cette télé-expertise ! ». Donc si par contre, t'as une euh, voilà finalement, un, un acte qui dit, voilà, cette activité là, elle est euh... elle est valorisée, je pense que ça peut permettre d'avoir une adhésion aussi au... au médecin. »

12) « Ba, dans les RCP, moi je me demande ça, ça rentre dans le temps de travail. Enfin c'est... des médecins à l'hôpital j' imagine... et nous ça rentre pas vraiment dans notre temps de travail de consultation en fait, donc c'est quasiment du bénévolat quoi ! »

11) « Je sais pas si en clinique par exemple euh, je sais pas comment ils sont rémunérés là-dessus ? »

12) « Ouais bonne question ça, en libéral, en clinique, je sais pas (fais la moue). Qu'est ce qui les motive du coup ? Le chirurgien qui vient à quinze RCP et qui va en opérer aucun... »

10) « Après c'est les internes qui présentent les patients en RCP hein ! C'est pas les chirurgiens ! (rires généralisés) »

11) « Ba en clinique il y a pas d'interne (sourire). »

10) « Ah oui c'est vrai oui ! Mais en général... »

11) « Mais ouais euh, je, j'en parlerais à mes collègues pour savoir comment ils font euh... je sais qu'il y a des... alors c'est pas de l'oncologie mais il y a des... une sorte de RCP de rhumato-chir ortho qui se fait, et en fait ils se rémunèrent sur la consultation, c'est à dire qu'ils expliquent au patient et du coup c'est cette consultation là qui est rémunérée et en fait ils se, ils se repartagent, enfin ils se répartissent euh, les revenus à la présence quoi. Et finalement c'est une, enfin sur cette consultation là ils ont pas... »

13) « Après il y a les cotations euh, MIS ou MSH qui peuvent être euh utilisées dans ce cadre là... quand on voit le patient. »

11) « Oui mais... après le... oui mais après le, enfin moi j'ai l'impression que le fait de côté une consultation complexe et générale en prenant en compte finalement le, le, la post-RCP, ça prend pas en compte le temps passé euh, passé pendant cette RCP. C'est, ça valorise pas le... le, la... la perte de temps ou le temps passé à faire cette euh, cette RCP. Moi je trouve que c'est, tu vois, enfin tu vois un peu ton activité là-dedans et euh, et du coup c'est compliqué de, de, de pouvoir euh, valider à ce moment là euh, un médecin qui a fait la RCP et un autre médecin généraliste qui n'a pas fait la RCP, c'est compliqué à côté ça. »

13) « Ah ! Ah c'est vrai ça ! »

Finalement, après avoir discuté de la valorisation du médecin généraliste et, en s'orientant vers une télé-expertise, quels devraient être les avantages de l'outil choisi ?

12) « C'est un peu bateau ça comme question ça, parce que évidemment on veut un truc rapide, évidemment on veut que ça marche bien, évidemment... enfin, on va jamais te dire un truc euh négatif dessus. »

11) « Pour moi, faut que ça soit accessible, tout partout, quelque soit ton lieu de travail, enfin que tu sois euh, chez toi ou en visite ou au cabinet, faut que tu puisses pouvoir y répondre, euh... faut que ça soit rapide... et puis euh... et puis d'avoir un retour rapide aussi derrière, parce que en fait euh l'intérêt de ça c'est que tu modifies finalement la prise en charge et si ton patient revient le lendemain ou le surlendemain, il faut que tu sois au courant pour, enfin l'intérêt il va être là, c'est d'être dans la coordination des soins. »

Quel support vous semblerait le plus adapter pour mettre en place cette télé-expertise ?

10) « Ba du coup une application un peu comme Omnidoc euh, avec le, avec téléphone déjà, comme ça, qu'on soit en visite, chez nous ou... ou sauf si on se balade avec notre ordinateur, si... je sais pas, j'imagine qu'il y a peut-être des médecins qui se baladent avec leur tablette, mais je pense que téléphone, une application sur le téléphone ça peut être pas mal. »

11) « Mmh-mmh (acquiescement), je suis d'accord. »

13) « Moi je dirais le téléphone, que ce soit euh, rapide, simple... »

Donc finalement plutôt le téléphone que d'autre moyen !

11) « Oui ! Oui et puis par euh... en fait *Omnidoc*, comme ça existe déjà, on est déjà référencé ou on... ou alors il faut se référencer dessus et euh je pense que la plupart des gens qui euh, enfin... la plupart des, des médecins en tout cas qui sont connectés, utilisent *Omnidoc* ou vont l'utiliser donc euh... l'outil existe déjà... »

Donc éventuellement une optimisation de l'outil existant en rapport avec le sujet ?

11) « Oui ! » (Tout le monde acquiesce)

En fonction du nombre de RCP auxquelles vous pourriez être confrontés, quelles seraient les RCP où votre participation vous semblerait plus importante, plus intéressante ?

10) « Peut-être les personnes âgées plus... Un, un patient jeune il va peut-être, enfin peut-être euh, une fois qu'il voit le... enfin une fois qu'il voit le, le, l'oncologue, il va peut-être plus comprendre alors qu'une personne âgée qui est isolée, qui... mais après il y a des patients jeunes qui, enfin quelqu'un qui a... en fait non ce n'est pas une bonne idée, ce n'est pas un bon exemple ! (Rires) »

11) « Ce qui pourrait être utile c'est, ça serait d'envoyer par mail une invitation à la RCP, où sur ce mail il y a déjà un questionnaire... pour pouvoir dire si le patient il est apte à pouvoir prendre une décision par lui même, est-ce que il est capable

de poursuivre, suivre un traitement, est-ce que il est capable euh de pouvoir suivre un protocole de traitement et euh, en gros, est-ce qu'on veut ou pas participer par télé-consultation ou par télé-expertise euh à cette RCP. Après si effectivement, tous les voyants sont au vert, si le patient il est cortiqué (sic), qu'il sait tout faire, on a pas forcément besoin de donner notre avis pour valider la RCP. Par contre on peut être juste là pour effectivement faire un peu le garde fou pour dire : « Ba cette situation, elle est particulière ! » et nous ça nous permet de trier aussi et de pas être trop sollicité par les... par les RCP alors. Il y en pas tous les jours pour nous mais, ça peut être aussi un, un outil. »

Qu'en pensez vous les autres ?

13) « Ouais c'est...l'idée du questionnaire euh, avec des oui-non et... ou chaque euh, ou un oui ferait que le médecin traitant a besoin euh, ou l'avis d'un médecin traitant est nécessaire à un moment donné, je pense que ça serait très bien, ouais. »

12) « En fait c'est pas facile une appli de visio ou des trucs comme ça parce que... les gens qui sont en présentiel et les gens qui vont être en distanciel... euh, ba souvent il y a des cafouillages (sic), on comprend pas bien et cetera. Euh, moi je pense que c'est intéressant d'assister, c'est quand on a besoin d'avoir le cheminement... euh intellectuel, je veux dire l'expertise qui est, qui a amené le processus décisionnel. C'est à dire que, des fois en fait euh, dans les conclusions de RCP il y a ba euh, voilà t'as la conclusion. Et tu sais pas comment on en est arrivé là. Et... c'est moi je pense le contraire de, c'est plutôt les gens qui offrent plus d'alternative thérapeutique, que les petits vieux souvent ba, tu pars sur un truc un peu bateau, un peu protocolisé (sic) où tu peux pas mettre trop fort forcément. Alors que les jeunes il y a quand même des fois, c'est par exemple euh, je retire complètement le truc au risque de, ou pas du tout... et des fois tu as un conclusion, bon ba on va décider ça... on peut pas en rediscuter à posteriori avec le patient parce qu'on sait pas ce qui amené la décision et tout ça... enfin, pour comprendre ce cheminement là, je pense que y a , y a rien de mieux que d'assister à la RCP... On pourra pas y faire grand-chose mais... toujours un petit peu de manière un peu passive donc ça va nous faire chier d'assister à un truc où on est passif, où on sert presque à rien et tu vois en tourne un peu en boucle euh... Honnêtement moi je vois pas trop ! »

La nuance apportée par ton intervention sur le thème de recherche est vraiment importante et intéressante.

Est-ce qu'il y a des choses que vous voudriez ajouter sur le sujet, ou des thèmes abordés sur lesquels vous voudriez repasser ?

12) « Ba en fait, si je conclue ta, ta démarche, c'est qu'on pourrait mettre en place pour euh... réussir à faire une concertation incluant le médecin traitant... mais euh... là, t'es un peu sur le versant du médecin traitant, c'est à dire ce que nous on est prêt à faire. La question ça serait aussi, c'est qu'est-ce que les spé seraient prêts à faire ? Parce que ça implique aussi eux, par exemple si on leur dit : « Ba non mais, maintenant vous le faite mais faut s'asseoir, faut être devant un micro, face à la caméra, faut que tous les mecs en visio entendent. », ça va les faire chier tu vois. Et eux ils arrivent, ils sont autour d'une table et on discute, ça discute quand même beaucoup plus facilement en direct qu'en visio. Si tu leur dis : « Ba alors ok, mais vous restez dans votre bureau, faut pas qu'il y ait de bordel autour, vous mettez une appli, vous démarrez l'appli, vous vous loguez, vous faites le machin, vous faites le truc... », enfin il y a aussi le côté des spécialistes. Est-ce qu'ils sont prêts à... à mettre en place par rapport à tout ça et s'ils y voient pas d'intérêt direct, s'ils ont l'impression qu'on arrive là parce que, t'as dit qu'il fallait mettre le médecin traitant, ça va les faire chier, nous ça va nous faire chier parce que ça prend du temps, on a l'impression qu'on sert à rien ! Enfin c'est, je pense qu'il faut penser le problème un petit peu de fond avant de chercher à... euh savoir ce qu'on peut faire pour intégrer le médecin traitant et comment c'est... Je veux dire euh, est-ce que dans la RCP, comment fonctionne la RCP et qu'est-ce qu'il y a à la base qui permettrait de, de dire qu'il faut le médecin traitant ? »

C'est une très bonne question à laquelle je n'ai pas répondu depuis le début de l'intervention car c'est sensé faire un sujet de thèse complémentaire à cette question là de recherche.

12) « Ok ! Et ba bon courage ! (rires) »

Ca ne sera pas à moi de le faire, mais c'est le sujet complémentaire.

11) « Et c'est une thèse qui se fait en parallèle ou... c'est plus dans un deuxième temps ? »

Normalement c'est sensé se faire en parallèle, mais je ne sais pas trop où ça en est. Je ne sais pas si ça a été fait ou pas, sinon ça sera fait dans un deuxième temps.

11) « D'accord ! »

Alors, au niveau des idées qui sont ressorties de ce focus group, je trouve que ça résume bien ce qui a été évoqué lors des deux précédents, aussi bien concernant les médecins trouvant une façon de réaliser la télé-expertise, que trouvant que c'est trop compliqué de le faire au quotidien.

Avez-vous d'autre chose à rajouter en particulier ?

11) « Non. »

13) « Non plus. »

12) « Euh, pareil ! »

Bon et bien merci beaucoup à vous tous !

d) Journal de bord

Il s'agit ici du journal de bord concernant les divers étapes, de la réflexion à la rédaction de ma thèse. Les faits y seront rapportés par ordre chronologique.

Décembre 2019 :

Après avoir pendant plusieurs mois eu quelques bribes de pistes sur les sujets qui auraient pu m'intéresser pour réaliser un sujet de thèse mais sans vraiment prendre le temps d'y réfléchir, je me décide à définir un champ d'intérêt dans lequel j'allais entreprendre de lire des articles et des thèses afin de trouver un sujet de thèse.

J'étais en stage au Centre Oscar Lambret, en service de soins palliatifs. J'ai toujours présenté un attrait pour l'oncologie et sa relation avec la médecine générale. Je voulais donc définir un sujet de thèse en rapport avec ces deux disciplines. C'est à partir de ce moment là que j'ai commencé à rechercher des documents en rapport avec la recherche combinée entre ces deux disciplines. J'y ai trouvé diverses possibilités, allant de la prise en charge ambulatoire, de la connaissance et de la gestion des effets secondaires des traitements utilisés en oncologie, au rôle du médecin généraliste en soins palliatifs au domicile notamment. Dans les pistes proposées, faisait notamment partie tout ce qui attirait à la réunion de concertation pluridisciplinaire en oncologie comprenant le rôle et les attentes du médecin généraliste quant à sa participation. C'est ce champ de recherche qui a le plus éveillé ma curiosité. J'ai alors décidé d'approfondir mes recherches sur celui-ci en lisant des thèses s'étant intéressées au sujet et en remontant vers les articles qui y étaient cités.

Janvier à mars 2020 :

L'approfondissement de ma lecture concernant l'interaction entre la tenue d'une réunion de concertation pluridisciplinaire en oncologie et la médecine générale m'a permis de constater que la présence des médecins généralistes n'est pas obligatoire mais qu'il peut y être convié.

Je n'ai pas retrouvé beaucoup d'avis d'oncologue sur le sujet mais, concernant les généralistes, j'ai pu remarquer un certain intérêt à y participer dans les divers articles. Le fait d'y être convié permet d'apporter des éléments sur l'environnement du patient et d'être tenu au courant dans l'immédiat de la décision prise, la réception des comptes-rendus papiers étant souvent longue. Par ailleurs, les médecins généralistes y voient un bon moyen de connaître leur confrères oncologues et d'améliorer la gestion de leur patients. Néanmoins, le problème principal était la disponibilité pour se rendre physiquement à ces réunions. Nombre d'article parlait dans leur discussion de la réalisation d'une visioconférence pour améliorer cette situation mais très peu d'articles se sont penchés sur la question en pratique.

L'idée de réaliser une thèse sur cette mise en pratique m'intéressait beaucoup et j'ai décidé d'écrire un résumé des différentes constations que j'avais pu obtenir sous forme d'une introduction, afin de trouver un directeur de thèse qui serait intéressé pour travailler avec moi sur le sujet.

La première personne à qui j'en ai fait la demande était déjà extrêmement prise et ne pouvait pas m'assurer une réponse positive dans les premiers mois malgré les relances faites.

J'ai pu faire quelques autres demandes orales mais les médecins n'étaient pas forcément disposés à pouvoir encadrer une thèse ou n'avaient, eux aussi, pas le temps nécessaire pour le faire ;

Avril 2020 :

Je continuais d'ajouter dans mes recherches les points intéressants que je continuais à trouver. Mais toujours devant l'absence de directeur de thèse pouvant m'accompagner jusque là, j'ai décidé d'utiliser la liste des directeurs fournie par le département de médecine générale et de me rapprocher du docteur Angrand, intéressé par un sujet en rapport avec la télémedecine.

Je l'ai contacté par mail en lui envoyant l'ébauche de l'introduction que j'avais réalisé et il m'a répondu favorablement le 26/04/2020.

Nous nous sommes ensuite rencontrés le 28/04/2020 en visioconférence pour nous présenter et faire le point sur ce que j'avais déjà réalisé. Nous avons discuté des choses à préciser et à améliorer dans les recherches que j'avais effectuées. Le but de cet approfondissement était de pouvoir à terme, réussir à poser une question de recherche avec les mots les plus adéquats possibles.

Nous avons aussi décidé que je réaliserai des comptes-rendus de chacune de nos visioconférences.

Voici le premier compte-rendu fait suite à la première rencontre avec mon directeur de thèse le Docteur Angrand le 28/04/2020, par vidéo-conférence. Au cours de cet entretien, nous avons pu discuter de l'ébauche de l'introduction que j'ai fourni, afin d'identifier les différentes parties du sujet de la thèse. Pour rappel, il est question de savoir si le l'utilisation de la visioconférence serait un bon moyen pour le médecin généraliste d'apporter son expertise en RCP d'oncologie étant donné la difficulté de participer physiquement aux RCP.

Tout d'abord, nous avons pu remarquer que le thème de recherche, concernant la médecine général et l'oncologie, avait été bien cerné et bien décrit dans cette introduction. Cependant, l'hypothèse de recherche sur laquelle travailler reste trop large et à mieux définir. En effet, elle englobe d'une part l'expertise que le médecin généraliste pourrait apporter sur certaines questions lors d'une RCP d'oncologie ; et d'autre part les moyens matériels pour y parvenir, en laissant le doute de pouvoir traiter les deux hypothèses. Afin de pouvoir mieux préciser l'hypothèse principale de recherche, il a été décidé de poursuivre les recherches bibliographiques et notamment de voir s'ils se trouvent dans la littérature des articles évoquant l'une ou l'autre partie de l'hypothèse actuelle, afin de permettre de la préciser et de faire le bilan des données existantes. Ce travail permettra de définir l'hypothèse de manière précise et par la suite la question de recherche de façon claire et précise. Des recherches bibliographiques seront notamment menées sur l'existence d'études faisant part de l'intérêt de la télé-expertise du médecin généraliste en RCP d'oncologie et d'autres sur l'apport de l'image à l'audio, par rapport à l'audio simple.

Dans l'organisation pratique, il a été décidé de communiquer l'avancé des travaux par mails. Par ailleurs, la bibliographie sera réalisée avec Zotero sur un dossier partagé afin que le Docteur Angrand puisse y avoir accès et donner des conseils sur sa qualité.

De manière générale, une évaluation de l'avancé du travail sera réalisée mensuellement, du moins au début. Ce délai pourra être réévalué si nécessaire.

17/06/2020 :

Ce compte-rendu fait suite à la deuxième rencontre avec mon directeur de thèse. Nous avons réalisé une vidéo-conférence le mercredi 17 juin 2019 au cours de laquelle nous avons pu faire le point sur l'avancé du travail.

Comme convenu lors de la précédente rencontre, j'ai étoffé la bibliographie nécessaire à la rédaction de mon introduction en y ajoutant des articles médicaux, grâce notamment à une équation de recherche sur PubMed. J'ai également pu partager ces références avec mon directeur de thèse grâce la création d'une bibliothèque en ligne via Zotero.

Lors de notre deuxième rencontre, en partant du travail déjà réalisé, nous avons précisé la population concernée par cette thèse, à savoir les médecins généralistes du département du Nord et nous avons pu affiner l'hypothèse de recherche. Nous sommes arrivés à la poser de la façon suivante : « Les médecins généralistes du département du Nord envisagent de mettre en place une télé-expertise afin de participer à la RCP d'oncologie de leur patients ». Cette hypothèse permet de travailler sur la façon concrète de mettre en place cette télé-expertise ; que ce soit en terme d'utilisation de la visioconférence, de l'organisation et de la gestion de l'emploi du temps au cabinet, des avantages à tirer pour le médecin généraliste (amélioration dans le domaine de l'oncologie) et son patient (meilleure prise en charge, considération psycho-sociale) et, à terme, de poser un référentiel télé-expertise qui permettrait de cadrer la réalisation de cet acte.

De cette réflexion a émergé une question de recherche que nous avons posé de la façon suivante : « Comment les médecins généralistes du département du Nord envisagent-ils, en pratique, de mettre en place une télé-expertise pour participer à la RCP d'oncologie de leur patient ? »

Nous nous sommes ensuite intéressés à la méthode à utiliser pour répondre au mieux à cette question. Il semble que la réalisation d'une étude quantitative avec l'utilisation d'entretiens semi-dirigés serait la meilleure solution. Cependant, nous allons demander conseil à d'autres médecins afin de confirmer notre choix. Au décours de ce choix, il a été décidé que je ferais de la bibliographie sur cette méthode, afin de pouvoir l'expliquer dans la thèse.

A la fin de notre rencontre, nous nous sommes fixés comme objectif de commencer à remplir la fiche de thèse afin de pouvoir préciser au mieux le travail en cours. Notre prochaine rencontre sera réalisée une fois que nous aurons tous les éléments nécessaires à la description de la méthode de recherche.

29/08/2020 :

Ce compte-rendu fait suite à la rencontre avec mon directeur de thèse, le Docteur Angrand, par visioconférence. Nous avons discuter de la rédaction de ma fiche de déclaration de thèse. Nous avons décidé de préciser la question de recherche sous cette nouvelle formulation : « Quels souhaits ont les médecins généralistes du département du Nord concernant la mise en place d'une télé-expertise pour participer à la RCP d'oncologie de leur patient ? ». Cette modification permet de préciser la question de recherche, en la précisant et la rendant moins ambiguë.

Par ailleurs, nous avons poursuivie la discussion sur la méthodologie qui serait utilisée, à savoir une

étude qualitative avec des entretiens semi-dirigés dans des *focus groups*. L'éventualité de la réalisation d'entretiens individuels a été évoquée, en faisant remarquer les avantages et les inconvénients de ces deux stratégies, mais nous sommes restés sur l'utilisation des *focus groups*.

Il a été décidé que la fiche de déclaration de thèse serait envoyée au département de médecine générale et à la cellule thèse du collège des enseignants de médecine générale en même temps, après la réalisation des modifications.

Enfin, nous avons discuté du fait de trouver une deuxième personne pour réaliser une thèse qui s'intéresserait au regard des praticiens hospitaliers sur la pertinence de la télé-expertise des médecins généralistes aux RCP d'oncologie de leurs patients. Pour se faire, je continuerai ma recherche de personnes éventuellement intéressées et le sujet sera proposé sur la liste des sujets de thèse du CEMG.

La prochaine réunion se fera en fonction de la réponse du collège aux éléments renseignés dans la fiche de thèse et de la réponse d'une personne favorable à réaliser la deuxième partie du sujet.

Octobre 2020 :

J'ai discuté du sujet de ma thèse avec différentes personnes étant susceptible d'être intéressées par celui-ci et de réaliser un sujet complémentaires sur le point de vue des praticiens hospitaliers quant à la télé-expertise du médecin généraliste au cours des RCP d'oncologie.

Une interne a semblé intéressée et je lui ai fourni plus de détails afin qu'elle puisse prendre sa décision. Elle a accepté de réaliser le sujet complémentaire.

Décembre 2020 :

Après un nouveau renvoi et une absence de réponse concernant la fiche de thèse, j'ai appris que la procédure de dépôt avait changé et j'ai donc réalisé une nouvelle fiche afin de la faire parvenir au département de médecine générale, ainsi que le contrat de publication.

Cette fiche de thèse a été acceptée à la fin du mois de décembre.

Janvier 2021 :

Après l'acceptation de la fiche de thèse, j'ai entrepris de préciser la méthodologie que j'avais choisi d'utiliser, à savoir la réalisation d'entretiens semi-dirigés dans des *focus groups*. C'est aussi à ce moment là que j'ai commencé à imaginer concrètement la façon dont je pourrais m'y prendre pour les mettre en place. Étant donné la situation actuelle (pandémie à Covid 19), la réalisation en présentiel des entretiens est impossible. Le choix devra se porter sur un logiciel de visioconférence. Par ailleurs, je commençais également à réfléchir aux questions servant de trame aux entretiens.

1^{er} juin 2021 :

J'ai effectué avec mon directeur de thèse une mise au point sur différentes choses concernant l'avancé du projet.

Dans un premier temps, nous avons repris les recherches que j'avais réalisé sur la méthode qualitative à l'aide des informations disponibles sur Lepcam. Une autre source via l'ouvrage réalisé par le CNGE m'a été proposée afin d'améliorer mes recherches.

Dans un deuxième temps, nous avons abordés la manières de recruter des médecins généralistes exerçant dans le département du Nord afin de constituer les *focus groups* nécessaires à la réalisation des entretiens semi-dirigés. Le Docteur Angrand m'a fait part de l'existence de la base de données du collège de médecine générale sur laquelle se trouveraient des médecins éventuellement intéressés à répondre. Par ailleurs, il serait aussi intéressant que je puisse contacter des médecins que je connais déjà et éventuellement voir avec eux si d'autres médecins à leur connaissance, par effet boule de neige, seraient intéressés pour intégrer les *focus groups* à leur tour.

Ensuite, nous avons suggéré à la façon dont chaque médecins pourraient se présenter. Par ailleurs, il a aussi été réfléchi à un éventuel questionnaire qui pourrait permettre de récupérer des informations sur le mode d'exercice des médecins interrogés pour intégrés obtenir le profil des répondants.

Par ailleurs, nous avons aussi discuter de la réalisation des entretiens semi-dirigés. J'avais au préalable réalisé une trame sous forme de questions afin d'animer les entretiens. Nous avons repris l'ordre des questions et la manière d'introduire la discussion. Il semble que le fait de commencer par l'expérience des médecins consultés en terme de participation à des téléconsultation soit important, de même que savoir s'ils ont déjà participé à une RCP d'oncologie. Dans le déroulement de la discussion, il nous a semblé important de faire part du contexte, c'est à dire d'introduite le thème de la recherche, sans pour autant dévoiler la question de recherche en tant que telle. Une bonne façon de faire serait d'expliquer rapidement pourquoi les RCP sont réalisées en oncologie et quel pourrait être le rôle du médecin généraliste à s'y trouver.

Une fois le contexte introduit, il faudrait chercher à savoir succinctement quelles sont les attentes des médecins interrogés à y participer, c'est-à-dire les bénéfices attendus ; puis obtenir les inconvénients qui seraient un frein à cette participation.

Le but final de ces questions successives est d'obtenir les modalités de mises en place de leur participation à la RCP d'oncologie sous forme de télé-expertise.

Enfin, nous avons anticipé la réalisation pratique des entretiens semi-dirigés. Si la situation sanitaire le permet, il serait pratique de pouvoir les faire dans une salle en présentiel. Cependant, si cela n'était pas possible, il faudrait réfléchir à l'utilisation d'un logiciel permettant l'organisation d'une visioconférence.

Décembre 2021 :

Pendant les 6 mois qui se sont écoulés, j'ai réussi à réunir 6 médecins généralistes afin de constituer le premier focus group. En parallèle, j'ai commencé la rédaction du guide d'entretiens qui permettra l'animation de ces groupes. Sa rédaction a nécessité plusieurs relectures et modifications afin de ne pas orienter les réponses.

Au cours de ces relectures, j'ai remarqué avoir tendance à toujours vouloir justifier la participation du médecin généraliste à la RCP d'oncologie, alors que dans l'introduction de la thèse, je justifie que sa place y soit acquise. Je devais faire particulièrement attention à ce phénomène qui risquait de rendre les données extraites des *focus groups* inexploitable pour répondre à la question de recherche.

Après une quatrième tentative, j'ai obtenu un guide d'entretiens restant sur le champs de ma question de recherche. Le premier focus group sera un vrai test et permettra par la suite de le modifier afin d'optimiser les entretiens suivants.

Juin 2022 :

Les mois qui se sont écoulés m'ont permis de contacter les membres du premier focus group pour arriver à sa réalisation le 9 juin 2022. En définitif, cinq médecins généralistes ont pu y participer. J'ai réussi à trouver une salle à Lille pour réunir tout le monde. Le choix de la date a par ailleurs demandé beaucoup de temps en fonction des absences de chacun des participants.

Les mois qui se sont écoulés depuis décembre 2021 m'ont permis d'épurer le questionnaire servant de trame à l'entretien semi-dirigés, ainsi qu'à approfondir la méthode qui sera utilisée pour l'analyse des données.

J'ai réalisé le premier entretien semi-dirigé le 9 juin, dans un local que j'avais loué pour l'occasion, en soirée, après la journée de travail des différents médecins qui avaient pu répondre présents. J'avais relu mon guide d'entretien plusieurs fois dans l'après-midi afin de ne pas avoir à le suivre du regard et être le plus attentif possible au déroulement de ce focus group.

Lorsque nous nous sommes retrouvés avec mon directeur de thèse, il a été convenu que je tiendrais le rôle de modérateur pour cette première session.

Tout de suite, l'accueil des participants facilité et la décontraction du groupe m'ont permis de ne pas être trop stressé. Cependant, certains doutes m'ont envahis au moment de commencer : le sujet sera-t-il suffisamment intéressant pour susciter un dialogue assez long et stimulant ? Allais-je réussir à animer le groupe correctement sans être trop restrictif ?

Finalement, les choses se sont plutôt bien déroulées. J'ai pris plaisir à animer ce groupe et à écouter les débats d'idées qui ont eu lieu. A la fin de cet entretien, nous avons pris une collation et discuté du vécu de chacun dans son cabinet. J'ai également pu faire une rétro-action immédiate de la tenue de ce focus group avec mon directeur de thèse, sur la dynamique du groupe, le travail de retranscription et l'analyse des données.

Le 11 juin 2022 :

La retranscription du premier focus group m'a pris un peu plus de 7 heures. C'était très intéressant de réécouter la discussion entre tous les intervenants. Je continuais à me demander si j'avais été suffisamment bon dans la direction de ce groupe, que je n'avais pas trop dirigé les idées. Il me semble avoir fait quatre relances en tout.

Je vais désormais commencer l'analyse des données. J'ai peur d'être un peu perdu au début et, surtout, de le faire correctement pour ne pas passer à côté de données importantes.

Le 17 juin 2022 :

L'analyse de ce premier focus group commence par son étiquetage. En reprenant le début de la discussion, je me rends compte de la volonté des médecins rencontrés de vouloir développer leur relation avec les oncologues et d'avoir de bonnes relations avec eux. Même si ce n'est pas directement le sujet abordé par ma question de recherche, mais plutôt des travaux précédents ayant justifié le mien, ce point semble primordial à tout ce qui a été développé derrière.

Le 21 juin 2022 :

Tout au long de l'analyse ouverte, j'essaie d'identifier au mieux l'expérience rapportée par les différents intervenants, pour ne pas faire une indexation de concepts sans intérêt pour la question de recherche. Cependant, je ne peux pas m'empêcher de me demander s'il ne faudra pas quand même lister au bout d'un moment les propositions qui ont été faites par les médecins, comme dans l'élaboration d'un guide. Celui-ci pourrait être utilisé en présentation orale.

Par ailleurs, je réfléchis beaucoup à l'étiquetage que je produis et j'ai hâte de confronter ces données avec la personne réalisant la triangulation des données avec moi. Je pense que la discussion sera intéressante.

En avançant, je me rends compte que les médecins accordent une certaine importance au temps. Il semble que si l'organisation en amont est simple et convenue, le temps ne sera pas du tout un problème. Par ailleurs, le débat s'organise aussi autour de la légitimité de se retrouver au sein d'une RCP. En effet, un petit nombre de médecins pense qu'ils n'ont naturellement pas leur place dans la discussion alors qu'un plus grand nombre pense le contraire.

Par ailleurs, je réfléchis aussi au guide pour les entretiens semi-dirigés. Je pense qu'il faudra le retravailler, notamment sur le ressenti attendu au fait de participer à la RCP, voire même sa préparation.

Le 26 juin 2022 :

J'ai discuté de l'analyse des verbatims avec mon directeur de thèse. Étant donné la question de recherche que je me suis posé, il faut mieux refaire une analyse thématique du premier focus group.

Juillet 2022 :

J'ai repris l'analyse des verbatims selon une approche thématique en utilisant un codage générique. Tout en attendant la triangulation des données que ma collègue était en train de réaliser, je suis revenu assez fréquemment sur l'étiquetage des verbatims afin d'en dégager les thèmes et les sous thèmes. Ce travail m'a permis également de réorganiser l'étiquetage à la lumière des différentes relectures de l'entretien. Le travail est néanmoins plus lent qu'au mois de juin étant donné la reprise de l'activité de remplacement.

Le 7 août 2022

La redéfinition de l'étiquetage me permet de réfléchir à l'amélioration du questionnaire d'entretien semi dirigé qui me sert de trame. Après plusieurs relectures du premier entretien, il semble qu'il y a certains points qui pourront être développés lors des prochains focus group et qui vont amener à la révision du questionnaire d'entretien. Un point qui revient souvent est celui de développer la valorisation de la participation à la RCP pour le médecin généraliste.

Un autre point à développer serait celui de la hiérarchisation de la participation aux RCP. En effet, les avis du premier focus group semblent converger vers une participation aux RCP d'initiation de traitement ou de début de prise en charge plutôt que pour les RCP de réévaluation.

Le 14/08/2022 :

Après avoir retravailler l'étiquetage thématique du premier focus group, je me suis intéressé à consolider les thèmes afin de préparer le travail de mise en relation entre eux. La triangulation des données du premier focus group va bientôt être réalisée ce qui me permettra d'affiner encore l'étiquetage.

Septembre 2022 :

L'étiquetage et l'analyse du premier focus group se sont bien déroulés et sont confirmés par la triangulation réalisée par ma collègue. Je progresse cependant lentement du fait de ma nouvelle activité de médecin adjoint.

Période de novembre 2022 à février 2023 :

Je me suis consacré au recrutement de médecins pour la réalisation d'autre focus group. Cette recherche a été particulièrement compliquée du fait d'un manque de réponses. Les multiples relances ne m'ont permis pour le moment de réaliser qu'un seul autre groupe.

Par ailleurs, la mise en place de ce deuxième focus group a pris du temps, car j'ai notamment consacré toute la fin d'année 2022 à la triangulation des données de la thèse de ma collègue. Cette activité couplée au travail au cabinet ne m'ont pas permis de prendre beaucoup d'avance sur ma thèse.

Jeudi 23/02/2023 :

J'ai pu réaliser mon deuxième focus group après une certaine difficulté à obtenir une date pour pouvoir réunir tout le monde. Alors qu'il était prévu initialement en présentiel, j'ai dû finalement le réaliser en visioconférence pour pallier à la difficulté de déplacement de certains médecins. L'utilisation du logiciel Zoom a permis un échange et un enregistrement de qualité pour la retranscription. La dynamique de groupe était très bonne, avec des idées très intéressantes animant le débat et explorant quasi spontanément le guide d'entretien.

J'ai pu remarquer dans ce deuxième groupe une place plus importante dans la mise en place de l'échange avec l'équipe d'oncologie, alors que le premier groupe s'était plutôt engagé sur l'aspect technique de la mise en place de la télé-expertise. Le deuxième groupe abordait plutôt l'aspect de l'organisation pratique et de l'intérêt limité à un certain nombre de patient de la mise en place de la télé-expertise. Les points de vue des deux groupes se rejoignent bien sur le fait de ne pas prendre part à la décision thérapeutique, restant le domaine d'expert de l'équipe d'oncologie.

Semaine du 27/02 au 05/03/23 :

Je débute l'analyse et l'étiquetage de ce deuxième focus group, après l'avoir retranscrit la semaine précédente. L'étiquetage est un moment conduisant à une certaine réflexion sur la pertinence de l'analyse que je réalise. La triangulation sera encore un moment important pour la retravailler. Cependant, ma collègue soutenant bientôt sa thèse, je sais que cette opération sera un peu retardée.

C'est aussi le moment de réaliser un complément de recrutement pour former un autre focus group, avec l'objectif d'obtenir rapidement d'autres réponses positives.

Période de mars à juin 2023 :

L'analyse du deuxième focus group me prend du temps du fait de mon activité de médecin adjoint et d'un changement de l'étiquetage en reprenant à plusieurs reprises les verbatims. Par ailleurs, le recrutement du troisième focus group est fastidieux avec de nombreux mails restés sans réponse. Finalement, à la fin du mois de juin, je réussis à obtenir des réponses positives.

En reprenant la liste des médecins ayant répondu favorablement, je me rends compte qu'il s'agit souvent de maîtres de stage universitaires. A posteriori des focus group, ceux qui ne le sont pas sont plutôt des médecins intéressés à la base par la télé-expertise.

Le 16/08/2023 :

J'ai réussi à recruter suffisamment de médecins et à trouver une date pouvant leur convenir à tous la réalisation de ce troisième focus group qui se déroule lui aussi en visioconférence du fait de l'éloignement géographique des participants.

A la différence des deux groupes précédents, je m'aperçois dès le début que le rythme est moins soutenu, la parole moins fluide, avec des participants plus sur la réserve. Je me suis même demandé si j'allais pouvoir mener à terme le focus group avant que les participants m'annoncent ne pas avoir d'idée sur le sujet débattu mais finalement, deux personnes motrices dans les échanges finiront par entraîner tout le groupe à débattre, sans pour autant accaparer toute la parole. J'ai eu peur, initialement, d'être confronté à un groupe qui aurait du mal à dialoguer, avec une inertie amenant presque à des réponses fermées malgré des relances ouvertes.

Une partie des intervenants de ce groupe argumentait plus sur les contraintes en lien avec la mise en place de la télé-expertise et même sur l'intérêt que les oncologues auraient de le faire, ce qui apportait de la nuance par rapport aux deux premiers groupes. A chaud, juste après avoir terminé la visioconférence, je me suis demandé si ma question de recherche était franchement pertinente.

Mois d'août et septembre :

Lors de la retranscription du troisième focus group, la nouvelle écoute a plutôt fait émerger des solutions à la question de recherche au lieu des doutes perçus à chaud. J'ai aussi remarqué qu'il ne semblait pas y avoir de nouvelles idées émergentes concernant la question de recherche mais j'attends d'avoir entièrement analysé ce groupe pour évaluer l'intérêt d'en faire un éventuel quatrième.

Malgré des avis plus nuancés par rapport aux deux autres groupes par rapport à l'intérêt de la participation du médecin généraliste à la RCP d'oncologie, je retrouve également beaucoup d'éléments apportant des réponses à la question de recherche. Je profite de quelques jours de vacances pour réaliser l'étiquetage et la relecture de celui-ci afin de l'affiner. J'ai la sensation d'être arrivé à saturations de mes données car je ne note plus d'idées nouvelles dans les différentes propositions faites par les médecins du dernier focus group.

J'attends aussi de pouvoir discuter de mon codage avec la personne réalisant la triangulation des données afin de pouvoir les affiner encore un peu plus.

Mois d'octobre à novembre 2023 :

Ces deux mois ont été consacrés à la relecture des trois focus group et de leur analyse individuelle, en procédant à un ré-étiquetage afin d'utiliser les mêmes thèmes pour l'analyse globale des données. Cet étiquetage thématique a été triangulé avec celui d'Océane, avant de passer de pouvoir passer à la dernière étape. J'ai ensuite utilisé le logiciel Nvivo pour terminer l'analyse. Son utilisation m'a vraiment permis de gagner du temps, dans le sens où j'ai pu organiser de manière claire les différents concepts, ainsi que les verbatims leur correspondant, ce qui m'a permis une première rédaction des résultats obtenus de ces trois groupes.

J'ai ensuite pu faire le point avec mon directeur de thèse sur cette rédaction, avant d'entamer les démarches de constitution du jury et la recherche d'une date de soutenance.

En attendant, je commence la rédaction de mon manuscrit, car j'aurais ensuite peu de temps pour le faire, notamment du fait de mon activité de médecin adjoint.

Janvier 2024 :

La rédaction du manuscrit avance bien. L'écriture de la partie consacrée à la discussion me permet de refaire de nouvelles recherches bibliographiques sur le sujet et de découvrir les articles récents en rapport avec ma recherche. Les sujets sont intéressants ouvrent à des possibilités de comparaison très utiles par rapport à l'analyse de mes résultats.

En parallèle, j'ai obtenu la constitution de mon jury de thèse, ce qui me permettra de fixer une date de soutenance.

Je commence également à rassembler les informations nécessaires à la création de la présentation orale.

AUTEUR : Nom : COLLOTTE

Prénom :Guillaume

Date de soutenance : 18 avril 2024

Titre de la thèse : La télé-expertise : moyen de participer aux RCP d'oncologie pour les médecins généralistes du Nord

Thèse - Médecine - Lille « Année 2024 »

Cadre de classement : médecine générale

DES + FST/option : DES de médecine générale

Mots-clés : teleoncology, general practitioners, multidisciplinary team meetings

Résumé :

Introduction :

De par sa prévalence, le cancer est une maladie fréquemment rencontrée en médecine générale. Le médecin traitant est intéressé à participer à la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) pour apporter sa connaissance bio-psycho-sociale du patient. Cependant, le manque de temps ne lui permet pas de s'y rendre et il est favorable à la mise en place d'une télé-expertise pour compenser cet écueil. Comment les médecins généralistes du département du Nord envisagent-ils, en pratique, de mettre en place une télé-expertise pour participer à la RCP d'oncologie de leur patient ?

Méthode :

Une étude qualitative par le biais de *focus groups* puis analyse thématique des résultats a été réalisée. Les données ont été recueillies par des entretiens semi-dirigés. Un échantillonnage à variation maximale de treize médecins généralistes exerçant dans le département du Nord a été utilisé.

Résultats :

Le médecin traitant est prévenu une dizaine de jours à l'avance de la date de la RCP pour ses patients les plus complexes par une invitation sécurisée ou téléphonique. Il bénéficie ensuite d'un temps de préparation rapide des éléments nécessaires à transmettre pour la prise de décision partagée, via un logiciel unique dédié à cette télé-expertise.

Le médecin traitant peut intervenir pendant la réunion, principalement par téléphone ou par visioconférence, pour apporter ses compétences à la discussion. Un retour concernant la décision prise peut être apporté dans un second temps.

Cette implication du médecin traitant permet une prise en charge plus globale des patients concernés.

Une valorisation financière est envisagée par la création d'une cotation spécifique, ou l'utilisation des cotations existantes, ou encore l'adaptation des modes de rémunération existants comme la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique.

Discussion et conclusion :

Des pistes sont fournies pour l'apport de la télé-expertise du médecin traitant dans la RCP d'oncologie de ses patients les plus complexes, ainsi que sa mise en pratique. La réalisation de cette mise en pratique devra être évaluée dans des études ultérieures.

Composition du Jury :

Président : Professeur Nassir MESSAADI

Assesseeurs : Docteur François LOEZ

Directeur de thèse : Docteur Pierre-François ANGRAND

