



**18^E CONGRÈS
MÉDECINE GÉNÉRALE FRANCE**



Organisé par



Inserm



Évaluation de différentes modalités de
coordination des soins entre la médecine
générale et l'hôpital dans la prise en soin des
patient.e.s atteint.e.s de cancer en phase
active de traitement



Laëtitia GIMENEZ - Toulouse
Session 3 min chrono - CMGF 2025

**UNIVERSITÉ
DE TOULOUSE**



18^E CONGRÈS MÉDECINE GÉNÉRALE FRANCE



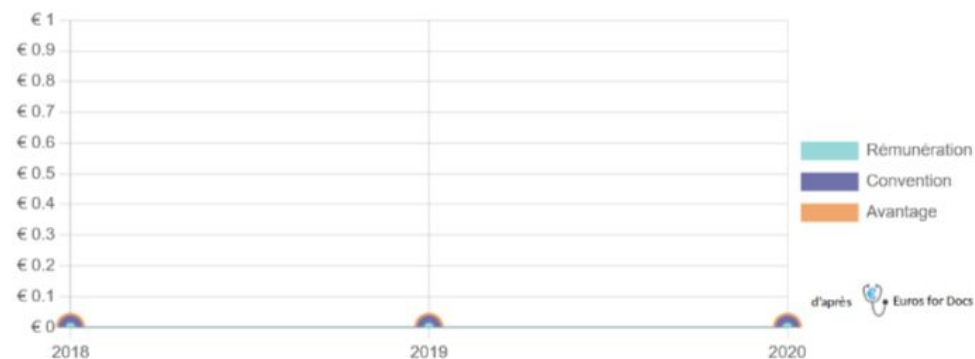
Organisé par



Déclaration publique d'intérêts de Gimenez Laëtitia

25/03/2025

Financements reçus de l'industrie



Liens spécifiques à l'intervention

« Session 3 min chrono - CMGF 2025 »

- Thèse d'Université

Autres liens d'intérêts

Activité professionnelle

- Médecin généraliste (2016-en cours)
- Rédactrice en cheffe adjointe ebmfrance (2025)

Engagements

Principaux financeurs

- Aucun

Déclaration complète

- disponible sur Archimede.fr



Constats



Parcours de soins des personnes atteintes de cancer en phase active de traitement : MG insuffisamment sollicité



*Répercussions sur l'organisation des soins et la satisfaction des patient.e.s,
voire leur qualité de vie*

Enjeux

Assurer le statut de pierre angulaire du MG malgré des moyens de coordination actuels non optimisés





Objectifs et méthodes (2 étapes, 3 études)



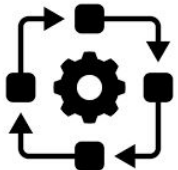
1. Étudier les différentes modalités de coordination des soins entre médecine générale et hôpital dans la prise en soin des patient.e.s atteint.e.s de cancer en phase active de traitement

« Scoping review » (critères PRISMA)

2. Évaluer un nouveau modèle de coordination construit à partir de l'analyse des modalités existantes

*Essai clinique multicentrique, randomisé, ouvert et prospectif CREDO
(efficacité d'une consultation structurée de retour à domicile)*

*Étude ancillaire observationnelle transversale et multicentrique
(satisfaction des MG)*





Résultats



« Scoping review » (*European Journal of Cancer Care*, 2020) : 11 études, 4 modalités de coordination

- Transmission d'informations aux MG
- Création d'un outil informatisé
- Rôle de l'IDEC en cancérologie
- Système de coordination multifactoriel



**Besoin d'un MG « leader »
pour humaniser la
coordination des soins**

Essai CREDO (*BMJOpen*, 2023 ; *European Journal of Cancer*, under review)

- Principaux : 645 patient.e.s, CJP : nombre d'hospitalisations non programmées ($p = 0,55$)
- Etude ancillaire : 100 MG, 84,5% de taux de satisfaction



**Expérimentation de l'implication d'un équivalent de MG « leader » :
modèle non applicable en l'état au système de santé français mais
concertation CREDO jugée pratique et efficace**



Discussion – perspectives



Acteur.rices de la coordination

- Organisation impliquant un quatuor MG - IPA de soins primaires - IPA de centre oncologique - oncologue
- Prendre en compte le rôle de l'aidant.e

Outils de la coordination

- Importance des outils de communication notamment numériques et intérêt d'un système multifactoriel
- Nécessité d'optimiser la visibilité et l'interaction entre les supports existants à destination des MG

Réduction des ISS

- Prise en compte position sociale patient.e et niveau de littératie en santé
- Connaissance/recours adapté aux ressources du secteur médico-social disponibles





18^E CONGRÈS MÉDECINE GÉNÉRALE FRANCE



Organisé par



Contact: gimenez.laetitia.lg@gmail.com



INTRODUCTION

Epidémiologie
des cancers



3



2022

20 millions de nouveaux cas
9,7 millions de décès



2022

2,6 millions de nouveaux cas
1,2 millions de décès



433 136 nouveaux cas (**2023**)
171 630 décès (**2022**)



INTRODUCTION

La lutte contre le
cancer en France



Les plans cancers nationaux

- Premier plan (2003-2007)
- Deuxième plan (2009-2013)
- Troisième plan (2014-2019)
- Stratégie décennale de lutte contre les cancers (2021-2030)



La structuration territoriale des soins

- Niveau local : structures de médecine de proximité au sein d'un « bassin de santé » > soins de premier recours
- Niveau régional : cancéropôles (CHU, CLCC) > soins lourds ou spécifiques



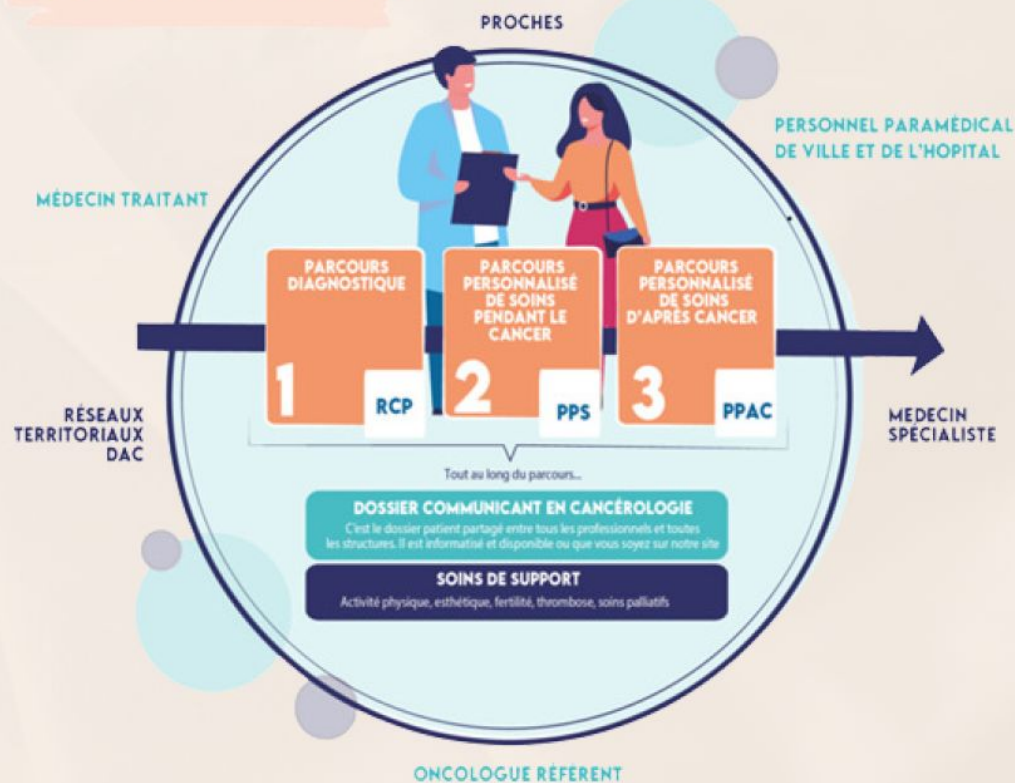


INTRODUCTION

Le parcours de
soins des patient.e.s
atteint.e.s de
cancer



PARCOURS DE SOINS






INTRODUCTION

Rôle du MG traitant
dans le parcours de
soins

En théorie...



6

Coordination du parcours

Prévention

Dépistage



Annonce

Prise en soin

Après cancer




INTRODUCTION

Rôle du MG traitant
dans le parcours de
soins

En théorie...



7






INTRODUCTION

Rôle du MG traitant
dans le parcours de
soins

*En pratique, les
failles...*



A l'international

- Peu de consultations du MG en cas d'effets indésirables des traitements
- Recours majoritaire à l'oncologue en cas d'urgence
- Absence du MG durant la phase active des traitements

En France

- 10 % MG participent aux RCP
- 53% reçoivent le compte rendu de RCP
- 38 % MG reçoivent le PPS



Manque de transmission d'information en provenance des hôpitaux ou des
médecins spécialistes dans les délais utiles
Recours aux soins d'urgence évitable




INTRODUCTION

Rôle du MG traitant
dans la parcours de
soins

*En pratique, les
leviers...*



A l'international

- Corrélation positive entre implication majorée du MG en phase active de traitement et qualité de vie des patient.e.s
- Effet positif de l'implication du MG sur la satisfaction des patient.e.s, majoré pour les sous-groupes vulnérables
- Souhait par les patient.e.s d'un rôle de "défenseur" du MG

En France

- Fort souhait d'implication des MG dans le parcours de soins
- Souhait des MG d'amélioration de leur formation et de la communication avec l'oncologue



MG insuffisamment sollicité > répercussions sur l'organisation des soins et la satisfaction des patient.e.s, voire leur qualité de vie

Assurer le statut de pierre angulaire du MG malgré des moyens de coordination actuels non optimisés



Identifier les outils existants adaptés à la pratique du MG pour l'aider à améliorer la prise en soin des patient.e.s atteint.e.s de cancer

Expérimenter et proposer de nouveaux modèles de coordination des soins impliquant les MG



HYPOTHÈSES





OBJECTIF

Étudier les différentes modalités de coordination des soins entre médecine générale et hôpital dans la prise en soin des patient.e.s atteint.e.s de cancer en phase active de traitement

Évaluer un nouveau modèle de coordination construit à partir de l'analyse des modalités existantes





OBJECTIF

Etape 1

Réaliser un état de l'art international afin d'identifier les outils de coordination des soins entre médecine générale et hôpital

Etape 2

Construire et tester, via un essai clinique contrôlé randomisé, une consultation structurée de retour à domicile pour les patient.e.s atteint.e.s de cancer métastatique en France : étude CREDO





METHODES

Partie 1

Etat de l'art international

Thèse de Jonathan Vasseur et Sandra Roques

Publication **European Journal of Cancer Care**, 2020

"Scoping review" selon les critères PRISMA

Bases de données : MEDLINE via PubMed, The Cochrane Library et Web Of Science

Critères d'inclusion

Trois étapes sélection des articles réalisées de manière indépendante

Extraction de données selon la méthode P.I.C.O

Évaluation méthodologique et de la qualité de l'étude

Évaluation du niveau de preuve selon les 3 niveaux définis par les critères HAS



METHODES

Partie 2

Protocole de l'essai CREDO

"Scoping review" > importance d'un **MG « leader »** pour humaniser la
coordination des soins

Hypothèse : **consultation structurée de « retour à domicile »** entre patient,
MG traitant et MG DESC > faciliter la coordination des soins entre la médecine
générale et l'hôpital

Deuxième étape : construire, mettre en place et évaluer l'**étude CREDO**

Financement PREPS

Publication du protocole, **BMJ Open 2023**



METHODES

Partie 2

Protocole de l'essai CREDO

Essai clinique multicentrique, randomisé, ouvert et prospectif

Deux centres de soins spécialisés en cancérologie d'Occitanie: IUCT à **Toulouse** et CH d'**Auch**

Critères d'inclusion

- > 18 ans
- Cancer solide métastatique
- 1er cycle de chimiothérapie métastatique
- Retour à domicile après le traitement



Randomisation en deux groupes : groupe standard ou groupe CREDO

Consultation de "retour à domicile" en trois étapes, 1 an de suivi

Critère de jugement principal : nombre d'hospitalisations non programmées



METHODES

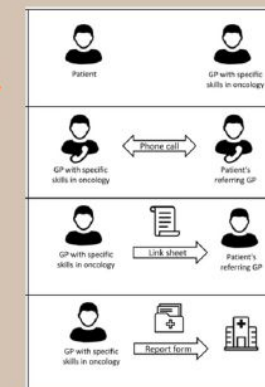
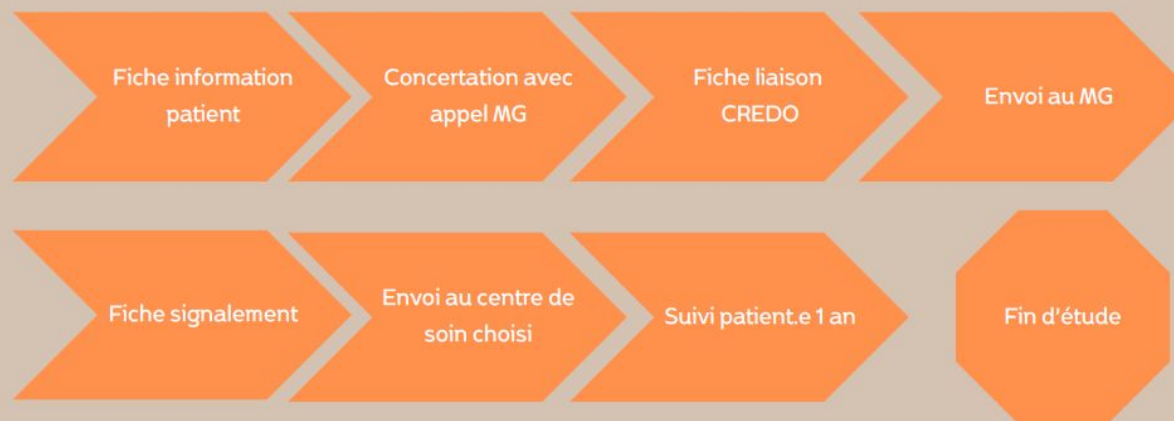
Partie 2

Protocole de l'essai CREDO

Bras standard



Bras CREDO





METHODES

Partie 2

Protocole de l'essai CREDO

Critère de jugement principal : processus de définition et identification



Base clinique CREDO > hospitalisations programmées déclaratives
Base PMSI-SNDS > toutes hospitalisations effectives

①

Étape d'appariement direct > identification patient.e.s base CREDO / base PMSI-SNDS

②

Correspondance dates des hospitalisations base CREDO / base PMSI-SNDS

③

Identification hospitalisations programmées / non programmées

④

Vérification du type d'hospitalisations selon les codes diagnostiques PMSI-SNDS



Définition **hospitalisation non programmée** "vérifiée"

Liées à des complications de la maladie

Liées aux effets indésirables des traitements

Admissions directes en lien avec la maladie

Total : 9438 hospitalisations programmées et 1466 hospitalisations non programmées



METHODES

Partie 2

Protocole de l'essai CREDO

. Critères de jugement secondaires

- Nombre de consultations MG
- Satisfaction du patient (questionnaire ad-hoc CREDO)
- Qualité de vie du patient (questionnaire EORTC QLQ-C30)
- Fardeau de l'aidant informel (Zarit Burden Interview)

Calcul du **nombre de sujets nécessaires** estimé à 824

Plan d'analyses statistiques et médico-économiques

Seuil alpha < 0,05, logiciel R®

Éthique

- Enregistrement sur ClinicalTrials.gov
- Approbation par comité éthique, CPP et ANSM



METHODES

Partie 2

*Etude ancillaire à
l'essai CREDO*

21

Thèse Anastasia Bonnet

Publication **BMC Primary Care**, 2022

Étude ancillaire > répondre à un des objectifs secondaires de CREDO

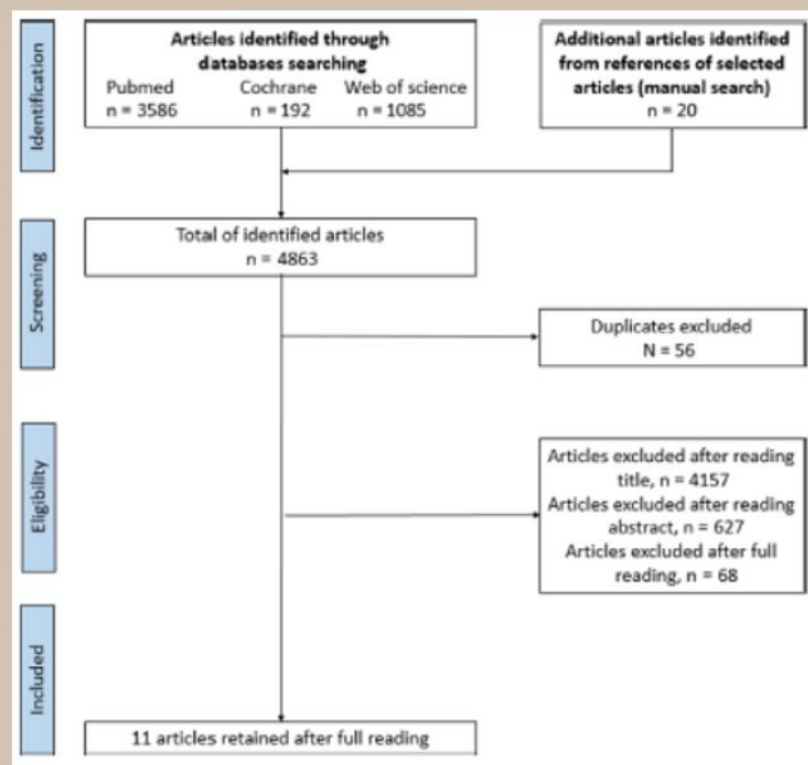
Objectif : explorer la **satisfaction des MG traitants** concernant la concertation CREDO, dans la phase d'interaction entre MG traitant et MG DESC (2ème temps)

Étude observationnelle transversale et multicentrique

Population d'étude : **MG traitants** des patient.e.s inclus.e.s dans le groupe CREDO, entre juillet 2017 et février 2019

Hétéro-passation téléphonique du questionnaire

Analyses statistiques descriptives et comparatives, seuil alpha < 0,05, logiciel BiostaTGV®



RÉSULTATS

Partie 1

État de l'art international



11 articles inclus

Canada (2), Australie (2), Royaume-Uni (2), Danemark (2), France (1) et plusieurs pays (1)

4 types de modalités de coordination recensés

- **Transmission d'informations** aux MG : Jefford et al. 2008 ; Rougé-Bugat et al. 2015 ; Luker et al. 2000 et Jiwa et al. 2014
- Création d'un **outil informatisé** : Kendall et al. 2013
- Rôle de l'**IDEC en cancérologie** : Wulff et al. 2013
- **Système de coordination multifactoriel** : Sisler et al. 2008 ; Brouwers et al. 2016 ; Nielsen et al. 2003 ; Kousgaard et al. 2003 et Aubin et al. 2012



RÉSULTATS

Partie 1

État de l'art international





Caractéristiques de l'échantillon global

- 645 patient.e.s : 324 groupe standard et 321 groupe CREDO
- 64 % femmes
- Age moyen = 60,9 ans
- 50 % retraité.e.s
- 41 % niveau d'éducation élevé
- 87 % présence d'un.e aidant.e
- Peu de dépendance: 63 % ADL à 6 ; 32 % IADL à 8 et 48 % Zarit burden > 60
- 36 % de décès dans l'année



RÉSULTATS

Partie 2

Résultats principaux de CREDO





Critère de jugement principal : hospitalisations non programmées

Comparaison entre les deux groupes ($p = 0,55$)

- Groupe standard : moyenne par patient sur 1 an de suivi = 2,11 HNP (SD : 2,58)
- Groupe CREDO : moyenne par patient sur 1 an de suivi = 2,43 HNP (SD : 2,23)



RÉSULTATS

Partie 2

*Résultats principaux
de CREDO*





Caractéristiques de l'échantillon selon le nombre d'HNP/an (0, 1-2 ou 3 et +)

Population characteristics	All	0 UH	1 – 2 UH	p-value **	3 et + UH	p-value **
N = 645						
Patients	645	181	278		186	
Sex (N, %)						
Women	413 (64.0%)	129 (71%)	186 (67%)	0.38	98 (53%)	0.004
Age, mean (SD)	60.9 (12.7)	60.4 (12.5)	61.1 (12.8)	0.36	61.2 (12.7)	0.39
Study arm, (N, %)						
Credo group	321 (49.8%)	86 (48%)	144 (52%)	0.42	91 (49%)	0.87
Patient's occupation (N, %)						
Employee	206 (32%)	66 (36%)	93 (33%)	> 0.9	47 (25%)	0.09
Retired	325 (50%)	88 (49%)	140 (50%)		97 (52%)	
Liberal profession	51 (8%)	13 (7%)	21 (8%)		17 (9%)	
Unemployed	36 (6%)	7 (4%)	13 (5%)		16 (9%)	
Others	27 (4%)	7 (4%)	11 (4%)		9 (5%)	
Education – patient (N, %)						
No degree	87 (13%)	26 (15%)	36 (13%)	0.75	25 (14%)	0.25
BEP/CAP	181 (29%)	46 (25%)	72 (26%)		63 (34%)	
HS diploma	87 (13%)	29 (16%)	35 (12%)		23 (12%)	
Higher education	262 (41%)	75 (41%)	122 (44%)		65 (35%)	
NA	28 (4%)	5 (3%)	13 (5%)		10 (5%)	



RÉSULTATS

Partie 2

Résultats principaux de CREDO



Caractéristiques de l'échantillon selon le nombre d'HNP/an (0, 1-2 ou 3 et +)

Caregiver presence (N, %)	562 (87%)	158 (87%)	244 (88%)	0.89	160 (86%)	0.84
Zarit score (N, %)				0.52		0.62
< 40 – high burden	1 (<0.5%)	0 (0%)	1 (<1%)		0 (0%)	
[40 – 60] – medium burden	11 (2%)	2 (1%)	5 (2%)		4 (2%)	
> 60 – small burden	308 (48%)	95 (52%)	126 (45%)		87 (47%)	
NA	325 (50%)	84 (47%)	146 (53%)		95 (51%)	
ADL score (N, %)				0.04		< 0.001
< 3 – Major dependency to totally	12 (2%)	0 (0%)	7 (3%)		5 (3%)	
[3 – 6] – Medium dependency	80 (12%)	14 (8%)	28 (10%)		38 (20%)	
6 – Independent	407 (63%)	130 (72%)	170 (61%)		107 (58%)	
NA	146 (23%)	37 (20%)	73 (26%)		36 (19%)	
IADL score (N, %)						
[0 – 4] – Major dependency to totally	56 (9%)	9 (5%)	25 (9%)	0.12	22 (12%)	< 0.001
[4 – 8] – Medium dependency	135 (21%)	39 (22%)	49 (18%)		47 (25%)	
8 – Independent	208 (32%)	75 (41%)	91 (33%)		42 (23%)	
NA	246 (38%)	58 (32%)	113 (40%)		75 (40%)	
EQ-5D* index at baseline, mean (SD)	0.66 (0.27)	0.54 (0.52)	0.49 (0.54)	0.37	0.40 (0.61)	0.09
NA	(24%)	(27%)	(30%)		(26%)	
Number of scheduled hospitalizations during the study year (total)	9438	2784	4080	0.25	2574	0.14
Mean per patient (SD)	14.6 (10.4)	15.4 (10.1)	14.7 (11.0)		13.8 (9.8)	
Number of deaths during the study year (N,%)	235 (36%)	36 (20%)	106 (38%)	<0.001	93 (50%)	<0.001

* The five-level EuroQol five-dimensional questionnaire (EQ-5D-5L) is a preference-based measure of health-related quality of life (HRQOL), which yields an index score anchored at 0 (dead) and 1 (full health); p-value ** compared to 0 UH group



RÉSULTATS

Partie 2

Résultats principaux de CREDO



Consultations MG

Comparaison entre les deux groupes ($p = 0,35$)

Groupe standard : 9,2 fois en moyenne sur 1 an de suivi [IC95% 7,6 ; 11,6]

Groupe CREDO : 9,0 fois en moyenne sur 1 an de suivi [IC95% 8,1 ; 9,9]

Comparaison selon le nombre d'HNP et le groupe de randomisation

	0 UH			1 – 2 UHs		p_value **		≥ 3 UHs		p_value **
Patients	181			278				186		
GP consultations, mean	7.2			8.5				12.2		
IC95%	6.3 ; 8.0			7.6 ; 9.4		0.07		8.9 ; 15.5		< 0.001
	Standard group	Credo group	p_value	Standard group	Credo group	p_value	Standard group	Credo group	p_value	
GP consultations, mean	7.6	6.7	0.11	8.0	9.0	0.47	13.3	11.2	0.33	
IC95%	6.5 ; 8.7	5.3 ; 8.0		6.9 ; 9.1	7.7 ; 10.2		6.9 ; 19.6	9.5 ; 12.9		

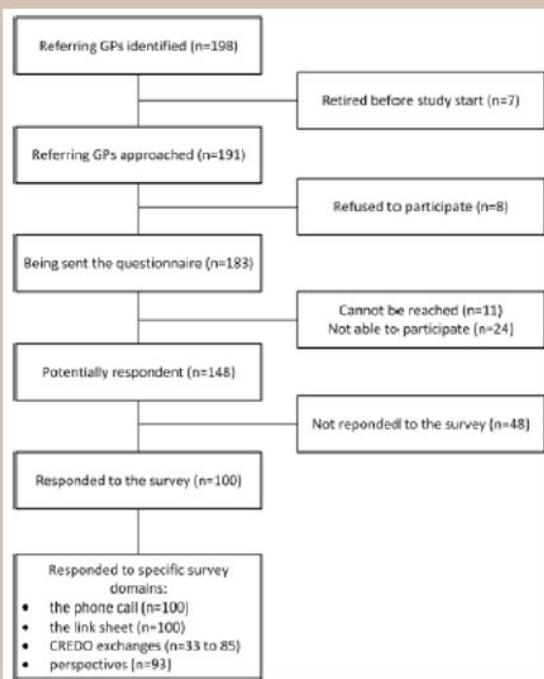
p_value^{**} compared to 0 UH group



RÉSULTATS

Partie 2

Résultats principaux de CREDO



100 réponses entre avril et septembre 2019

84,5 % MG > satisfaits de la consultation

50 % MG > nouvelles informations

75 % MG > impact positif sur leur pratique

94,4 % MG > type de concertation utile pour
améliorer la coordination médecine générale -
hôpital



RÉSULTATS

Partie 2

*Résultats étude
ancillaire de CREDO*





Caractéristiques de l'échantillon selon la satisfaction des échanges

Table 1 Characteristics of study participants and their satisfaction with CREDO exchanges

	Satisfied (n = 49)	Not satisfied (n = 9)	p-value	All respondents (n = 100) ¹
Gender			0.467 ¹	
Female	19 (79.2)	5 (20.8)		33
Male	30 (88.2)	4 (11.8)		67
Mean age (SD)	48.1 (11.6)	43.7 (11.5)	0.273 ²	49.9 (11.2)
Location of practice			0.999 ¹	
Urban	18 (85.7)	3 (14.3)		37
Semi-rural	19 (82.6)	4 (17.4)		35
Rural	12 (85.7)	2 (14.3)		28
Type of practice			0.157 ¹	
Sole practitioner	13 (92.9)	1 (7.1)		30
Group practice of several GPs	25 (89.3)	3 (10.7)		42
Group practice of several medical or paramedical specialties	5 (62.5)	3 (37.5)		15
Multidisciplinary Healthcare Center	6 (75)	2 (25)		13
University lecturer	13 (81.3)	3 (18.8)	0.696 ¹	28
Mean duration of practice (in years (SD))	16.2 (12.7)	12.6 (11.3)	0.458 ²	18.6 (12.4)
Degree or additional training in oncology	4 (77.8)	2 (22.2)	0.231 ¹	12

¹ Fisher's exact test ² Wilcoxon-Mann-Whitney test

^a Of the 100 respondents, 58 GPs answered the questions about satisfaction with CREDO exchanges



RÉSULTATS

Partie 2

*Résultats étude
ancillaire de CREDO*



DISCUSSION

Synthèse des résultats

Première étape du travail : état de l'art international

Identification de 4 types d'outils pour améliorer les échanges entre la médecine générale et l'hôpital dans la prise en soin des patient.e.s atteint.e.s de cancer en phase active de traitement

👁️ Besoin d'un MG « leader » pour humaniser la coordination des soins

Deuxième étape de ce travail, essai randomisé CREDO (« Concertation de REtour à DOmicile »)

Expérimentation de l'implication d'un équivalent de MG « leader »

👁️ Modèle non applicable en l'état au système de santé français

👁️ Mais concertation CREDO jugée pratique et efficace dans l'étude ancillaire de satisfaction des MG



DISCUSSION

Forces et limites

Etat de l'art

Forces

Respect des recommandations internationales PRISMA

Revue de la littérature grise

Intérêt d'étudier la coordination de soins, hétérogène et complexe



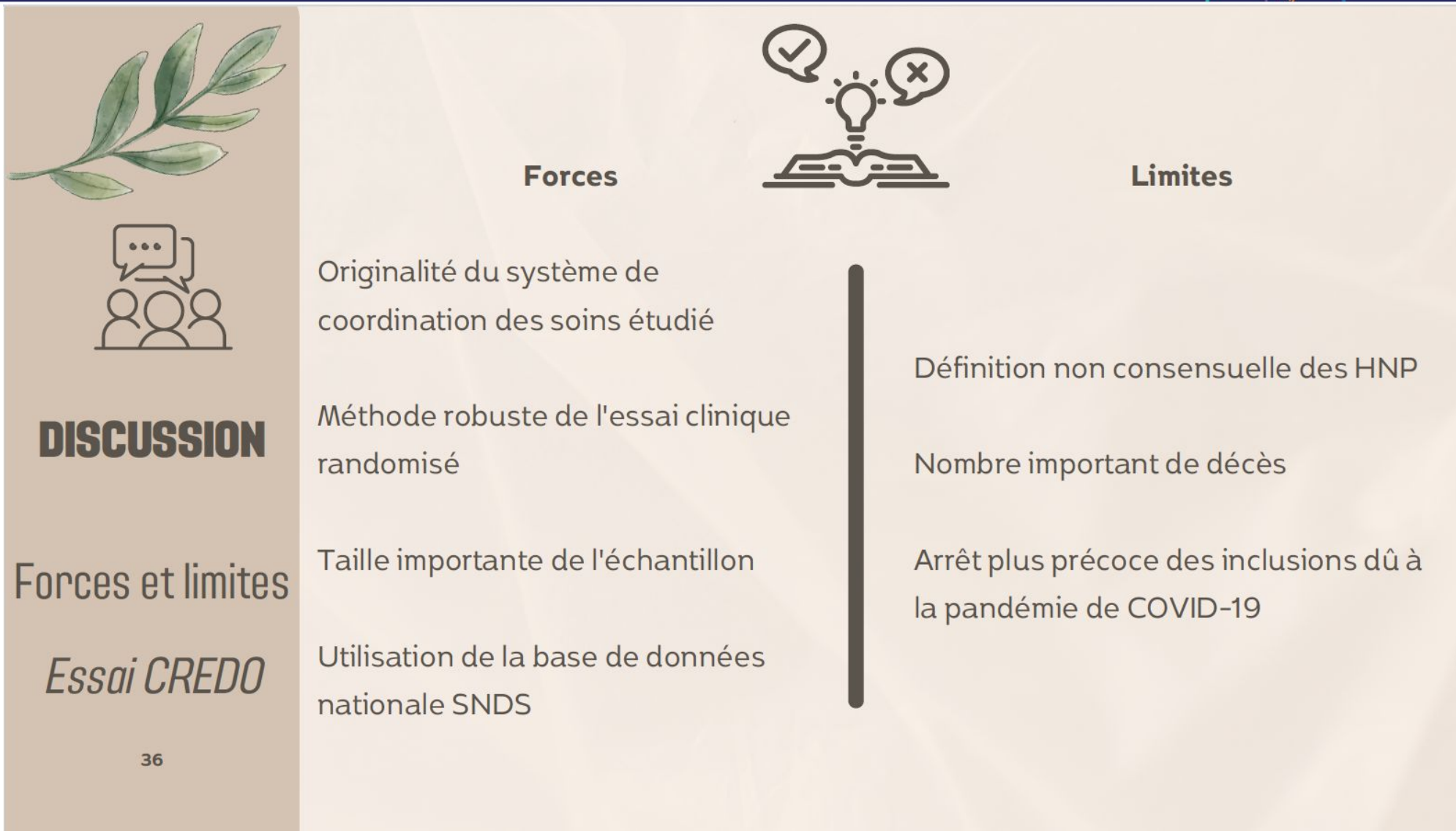
Limites

Hétérogénéité des méthodes

Restriction aux articles francophones et anglophones

Niveau de preuve moyen ou faible selon les critères HAS

Identification difficile d'un critère de jugement principal





DISCUSSION

Forces et limites

Étude ancillaire

Forces

Originalité de l'étude d'un dispositif de coordination des soins ville-hôpital du point de vue des MG

Taux de réponse de 50,5 % obtenu



Limites

Échantillon non représentatif de tous les MG traitants de CREDO, ni de tous les MG français

Longueur du questionnaire et période de diffusion en partie estivale

Biais de mémorisation, de désirabilité



DISCUSSION

Perspectives
actuelles des
modalités de
coordination

Les acteur.rice.s de la coordination

- Disparition du DESC d'oncologie depuis 2017
- Majoration du nombre de structures d'exercice coordonné (MSP et CPTS) > pertinence d'un "MG leader" ambulatoire ?
- Rôle limité des IDEC dans le lien ville-hôpital
- Émergence des IPA > potentiel rôle-clé
- Sous estimation du rôle d'aidant.e
- Stratégies d'"empowerment" patient.e



Les perspectives d'amélioration

- Organisation impliquant un **quatuor** MG - IPA de soins primaires - IPA de centre oncologique - oncologue
- Prendre en compte le **rôle de l'aidant.e** dès les premiers temps de la maladie

Arrêté du 12 avril 2017

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016

Feld, 2016

Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018

Observatoire sociétal des cancers, 2016

Gibson, 1991 ; Fayn, 2017



DISCUSSION

Perspectives
actuelles des
modalités de
coordination

Les outils de la coordination

- Dispositif d'annonce en cinq temps
- Différents documents standardisés : le PPS , les fiches de RCP et le PPAC +/- fiche de détection de fragilité sociale utilisé par les IDEC
- Dossier communicant de cancérologie (DCC)
- Centres de coordination en cancérologie (3C)
- Dispositifs d'appui à la coordination (DAC)



Les perspectives d'amélioration

- Importance des **outils de communication** notamment numériques et intérêt d'un **système multifactoriel** mais....
- ...nécessité d'**optimiser la visibilité et l'interaction** entre les supports existants à destination des MG pour une réelle appropriation



DISCUSSION

Perspectives
après mise à jour
“*scoping review*”

Mise à jour de la « *scoping review* »

- Rigueur méthodologique initiale non reproduite
- Du 01/01/2019 au 20/10/2024 : 358 nouveaux articles
- 6 articles retenus : **aucune modalité de coordination innovante**
- Mais mise en évidence du rôle majeur d’« **interprète** » du MG > évaluation de la compréhension du diagnostic, des options thérapeutiques et de leurs conséquences

Les perspectives d’amélioration

- Prise en compte **position sociale patient.e** et **niveau de littératie** en santé
- Connaissance/recours adapté aux ressources du **secteur médico-social** disponibles



Réduction des ISS





DISCUSSION

Les perspectives
de recherche

Pour CREDO

- Analyses médico-économiques
- Analyses complémentaires à partir du PMSI-SNDS
- Exploration plus précise du fardeau de l'aidant.e
- Analyse des données socio-démographiques via l'EDI



Pour les soins primaires

- Projet P4DP > analyses des pratiques des MG
- Expérimentation avec IPA
- Rôle des CPTS > expérimentation type *"patient traceur"*
- Apports de l'intelligence artificielle



Pornet et al., 2012

www.p4dp.fr

URPS Occitanie, 2021 ; HAS, 201

www.intelligence-artificielle-school.com