



HAL
open science

Continuité des soins en médecine générale : transitions hôpital-ville

Aline Hurtaud

► **To cite this version:**

Aline Hurtaud. Continuité des soins en médecine générale : transitions hôpital-ville. Médecine humaine et pathologie. Université Paris-Est, 2020. Français. NNT : 2020PESC0065 . tel-03561993

HAL Id: tel-03561993

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-03561993>

Submitted on 8 Feb 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THESE DE DOCTORAT

DE L'UNIVERSITE PARIS EST CRETEIL

École Doctorale de Santé Publique Paris Saclay – Paris Est
Spécialité : Santé publique - épidémiologie

**CONTINUITÉ DES SOINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE :
TRANSITIONS HÔPITAL-VILLE**

**CONTINUITY OF CARE IN GENERAL PRACTICE:
HOSPITAL-TO-HOME TRANSITIONS**

Aline Hurtaud

Thèse présentée et soutenue à Créteil, le 2 décembre 2020

Composition du jury :

Pr Olivier SAINT-LARY - PU Médecine Générale, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines	Président
Pr Nelly AGRINIER - PU-PH Santé Publique, Université de Nancy	Rapporteuse
Pr David DARMON - PU Médecine Générale, Université de Nice Côte d'Azur	Rapporteur
Pr Cyrille COLIN - PU-PH Santé Publique, Université de Lyon	Examineur
Pr Florence CANOUÏ-POITRINE - PU-PH Santé publique, Université Paris-Est Créteil	Directrice de thèse
Pr Pascal CLERC - PA Médecine Générale, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines	Co-directeur de thèse

RÉSUMÉ

En médecine générale, la continuité des soins est associée à une meilleure qualité des soins et à la satisfaction des patients. Deux transitions hôpital - ville - la sortie d'hospitalisation d'une personne âgée et le diagnostic d'un cancer - ont été identifiées comme des situations à risque de rupture de cette continuité des soins. L'objectif de la thèse était d'évaluer la continuité des soins et ses ruptures, dans le contexte de la médecine générale en France, ainsi que de rechercher ses déterminants.

Une cohorte prospective de 71 patients âgés sortant de l'hôpital et leur médecin généraliste a été constituée (Champagne-Ardenne, 2016-2017). Les caractéristiques du courrier de sortie (continuité informationnelle) et des consultations de sortie d'hospitalisation en médecine générale (continuité longitudinale) ont été étudiées. Une seconde cohorte de 2 853 patients suivis par 96 médecins généralistes a été constituée à partir de l'Observatoire de la Médecine Générale (France, 2001-2010). La régularité des consultations des patients a été comparée avant et après le diagnostic du cancer (continuité longitudinale). La proportion et les caractéristiques des patients (âge, sexe, comorbidités, antécédent de troubles psychiques) suivis pour une prise en charge psychologique après cancer en médecine générale ont été décrites à partir d'une cohorte de 4 330 patients (111 médecins généralistes, continuité longitudinale).

En sortie d'hospitalisation de personnes âgées, notre travail a confirmé un risque de rupture de la continuité informationnelle des soins, du fait du retard de transmission du courrier de sortie. Une rupture de la continuité longitudinale des soins était également constatée : moins d'un médecin généraliste sur deux avait été informé de la sortie, et le rendez-vous de consultation était laissé à l'initiative des patients. Les patients âgés revus sans courrier transmis avaient un risque augmenté de réhospitalisation précoce. Après le diagnostic de cancer, nos travaux ont montré une rupture de la continuité longitudinale des soins chez environ un quart des patients. Ceux ayant des comorbidités ou un cancer métastatique étaient moins à risque de rupture. Quatre patients sur dix étaient suivis en médecine générale pour des troubles psychiques après le diagnostic d'un cancer, notamment les femmes et des patients jeunes. Les médecins généralistes assuraient une forte continuité pour les patients qui avaient une prise en charge psychologique avant le cancer : 82 % d'entre eux étaient encore suivi après le diagnostic.

En conclusion, ces travaux confirment le risque de rupture pour les patients âgés en sortie d'hospitalisation et les patients avec un cancer, et ouvrent sur des perspectives d'amélioration des pratiques cliniques en faveur d'une meilleure continuité des soins, et des perspectives de recherches complémentaires.

Mots clés : continuité des soins, médecine générale, cancer, âgés, sortie d'hospitalisation, troubles psychiques

ABSTRACT

In general practice, continuity of care (COC) is associated with better quality of care and patients' satisfaction. Two types of hospital-to-home transition – the hospital discharge of elderly people and the cancer diagnosis – were identified as situations at risk of possible loss of COC. The aim of the thesis was to assess the COC and its possible loss in general practice; and to search for its determinants.

A prospective cohort of 71 elderly patients discharged from hospital and of their general practitioner was carried out (region of Champagne-Ardenne, 2016-2017). The characteristics of the discharge summaries (informational continuity), and of the post-discharge consultation in general practice (longitudinal continuity), were studied. A second cohort of 2 853 patients (96 general practitioners) was carried out from the "Observatoire de la Médecine Générale" (France, 2001-2020). The regularity of patients' consultations was compared before and after cancer diagnosis (longitudinal continuity). The proportion and the characteristics of the patients (age, sexe, comorbidities, mental disorders) followed up for psychological care after cancer in general practice were described from a cohort of 4 330 patients (111 general practitioners, longitudinal continuity).

For elderly patients at hospital discharge, our work confirmed a risk of loss of informational COC, due to the late transmission of discharge summaries. A loss of longitudinal COC has also been ascertained: less than one in two general practitioners had been informed of the discharge, and the initiative of the post-discharge consultation appointment was left to the patients. Elderly patients reviewed without any discharge summary had an increased risk of early rehospitalization. After cancer diagnosis, our work showed a loss of longitudinal COC in about a quarter of the patients. Those with comorbidities or metastatic cancer were less at risk of loss of COC. Four patients out of ten were followed up in general practice for mental disorders after cancer diagnosis, particularly women and young patients. General practitioners ascertained a high degree of continuity for the patients who had mental disorders before their cancer: 82% of them were still followed after their diagnosis.

As a conclusion, these works confirm that elderly patients after hospital discharge and patients with cancer are at risk of loss of continuity. There are perspectives for improvement of clinical practices with better continuity of care, and for complementary researches.

Keywords: continuity of patient care, general practice, neoplasm, aged, patient discharge, mental disorders

FINANCEMENTS

Cette thèse n'a bénéficié d'aucun financement spécifique.

Cette thèse a bénéficié du soutien matériel et logistique de l'équipe **CEpiA**.

Clinical Epidemiology and Ageing : Gériatrie, Soins Primaires et Santé publique (CEpiA)
Université Paris-Est Creteil
Institut Mondor de Recherche Biomédicale (IMRB) – Inserm U955
Sur Internet : <http://www.cepia.team/>

L'Observatoire de la Médecine générale a été financé par la Société Française de Médecine Générale (SFMG) et par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

REMERCIEMENTS

À MES DIRECTEURS DE THESE

Au Pr Florence CANOÛI-POITRINE

Tu m'as fait l'honneur d'accepter la direction ce travail de Thèse, mais tu m'as aussi aidée à intégrer votre équipe de recherche et plus encore. Merci pour ta persévérance à mes côtés tout au long de ce marathon, ta gentillesse et ta spontanéité ; merci aussi pour ta grande expertise, ta pédagogie, ta rigueur et ton objectivité. Sans toi, je n'y serais pas arrivée.

Au Pr Pascal CLERC

Tu m'as fait l'honneur d'accepter la codirection de cette Thèse. Tu m'as aidée à déchiffrer les mystères de l'Observatoire de la Médecine Générale. Merci pour ton éclairage expérimenté des rôles du médecin généraliste, et ta vision moderne de ses rôles à venir.

AUX MEMBRES DU JURY

Au Pr Olivier SAINT-LARY

Tu me fais l'honneur et l'amitié de présider ce travail de Thèse. Merci de m'avoir montré le chemin de l'Université, d'en avoir éclairé chacune des étapes, et de continuer à ouvrir les voies. J'ai eu le plaisir de participer à la première du Master 2 Recherche de Paris-Sud, expérience riche et déjà utile pour l'encadrement des internes de médecine générale à Reims, et je suis donc ravie de te retrouver au terme du Doctorat.

Au Pr Nelly AGRINIER

Vous me faites l'honneur d'être la rapporteure de ce travail de Thèse. Nos chemins s'étaient croisés à Nancy, avec le Master 1 de Santé Publique, puis mes deux années de clinicat au sein du DUMG de Nancy, et je suis donc honorée de vous retrouver au terme du Doctorat.

Au Pr David DARMON

Tu me fais l'honneur et l'amitié d'être le rapporteur de ce travail de Thèse. Alors que les trains de nuit Reims-Nice ne roulent plus depuis 2011, je suis contente d'avoir cependant réussi à rester proche de toi, des tiens, de nos amis communs. J'espère que nos responsabilités à venir ne contribueront qu'à renforcer nos amitiés.

Au Pr Cyrille COLIN

Vous me faites l'honneur de juger ce travail de Thèse. Votre expertise sur l'évaluation médico-économique des organisations innovantes, et l'amélioration de la qualité et de la sécurité des parcours de soins, sera particulièrement pertinente pour ce travail.

À L'ECOLE DOCTORALE

Merci pour votre accompagnement administratif, pédagogique et votre compréhension quand la distance entre Reims et Créteil a parfois semblé infranchissable.

AUX MEMBRES DU LABORATOIRE D'ACCUEIL

Merci à toute l'équipe de **CEpiA**.

Merci à Sylvie, Étienne, Marie, Nadia, pour m'avoir accueillie tout naturellement à vos côtés. Merci à Lauriane, Sonia, Claudia, Cédric et Anne, vous qui m'avez accueillie avec tout autant de simplicité, et m'avez fait une place sur un coin de bureau à chaque fois que j'en ai eu besoin. Merci enfin à Emmanuelle et à Richard, sans qui Stata® ne serait qu'une liste insondable de codes.

Merci à Vincent, pour ta bienveillance et ton soutien en me présentant à l'équipe CEpiA, entre autres, et à Émilie et Julien, pour nos sympathiques échanges.

DÉDICACES

À MA FAMILLE

Merci à tous pour votre amour et votre soutien.

Xavier, bien sûr, pour ta patience pourtant la moindre de tes qualités, pour ton amour et ton aide du quotidien. Lise et Rémi, « left and right », pour toujours me rappeler qu'il n'y a pas que le travail dans la vie.

Maman, surtout, car tu m'aides encore à terminer mes devoirs même après mes 40 ans ; merci pour ta disponibilité multitâche. Guilaine, gardienne de l'agenda familial. Pierrette, peut-être vais-je bientôt avoir le temps de lire un roman ? Stéphane, mon frangin.

Gabi, merci pour ta bonne humeur indéfectible, ta disponibilité en toutes circonstances, et ta curiosité sur le monde.

Merci à Jocelyne et ma belle-famille, puisque je suis 50 % Ohl depuis bientôt 10 ans.

À MES AMIS

Merci à tous pour le plaisir passé et futur d'être ensemble. Vous êtes tous si différents et avez chacun votre place à part entière. Il y a les amis depuis 35 ans, ceux qui ont traversé la crise d'adolescence, ceux qui ont aidé à tenir les années de médecine, ceux avec qui on a fondé des liens quasi familiaux, les amis atteints de la même folie, ceux qui sont là pour faire la fête, ceux qu'on retrouve à la sortie de l'école, ceux qui changent de vie ou de lieu mais dont l'amitié reste inchangée... Chacun se reconnaîtra, parfois plusieurs fois !

À MES COLLÈGUES

Au cabinet comme à la faculté, merci pour tous les moments de partage et de collaboration.

SOMMAIRE

RÉSUMÉ	2
ABSTRACT	3
FINANCEMENTS	4
REMERCIEMENTS	5
DÉDICACES	8
SOMMAIRE	9
LISTE DES TABLEAUX	11
LISTE DES FIGURES	12
ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS	13
VALORISATION SCIENTIFIQUE	14
RÉSUMÉ SUBSTANTIEL	15
INTRODUCTION	19
CONCEPTS DE LA CONTINUITÉ DES SOINS	20
<i>DÉFINIR LA CONTINUITÉ DES SOINS</i>	20
<i>MESURER LA CONTINUITÉ DES SOINS</i>	24
<i>LA CONTINUITÉ DES SOINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE</i>	25
<i>CONTINUITÉ DES SOINS ET SANTÉ PUBLIQUE</i>	28
LA TRANSITION HÔPITAL-VILLE : DES SITUATIONS À RISQUE DE RUPTURE DE LA CONTINUITÉ DES SOINS	33
<i>FRAGMENTATION DU SOIN</i>	33
<i>EN SORTIE D'HOSPITALISATION DES PERSONNES ÂGÉES</i>	34
<i>AU DIAGNOSTIC D'UN CANCER</i>	36
OBJECTIFS	41
MATÉRIELS ET MÉTHODES	43
<i>OBSERVATOIRE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE (2001-2010)</i>	44
<i>COHORTE EN CHAMPAGNE-ARDENNE (2016-2017)</i>	45
RÉSULTATS	46
CONTINUITÉ DES SOINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE ET SORTIE D'HOSPITALISATION DES PERSONNES ÂGÉES	46
<i>INTRODUCTION</i>	47
<i>MÉTHODE</i>	48
<i>RÉSULTATS</i>	52
<i>DISCUSSION</i>	60
<i>CONCLUSION</i>	64
RÉSULTATS	65
DISCONTINUITÉ DES SOINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE AU DIAGNOSTIC DE CANCER	65
<i>INTRODUCTION</i>	66
<i>MÉTHODE</i>	67
<i>RÉSULTATS</i>	72
<i>DISCUSSION</i>	84
<i>CONCLUSION</i>	91

RÉSULTATS	92
PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE AU DIAGNOSTIC DE CANCER	92
<i>INTRODUCTION</i>	93
<i>MÉTHODES</i>	95
<i>RÉSULTATS</i>	98
<i>DISCUSSION</i>	112
<i>CONCLUSION</i>	120
DISCUSSION ET PERSPECTIVES`	121
<i>PRINCIPAUX RÉSULTATS</i>	122
<i>PERSPECTIVES POUR LE SOIN</i>	127
<i>PERSPECTIVES POUR LA RECHERCHE</i>	134
BIBLIOGRAPHIE	140
ANNEXES	152
<i>ANNEXE 1 – Article “Real-life implementation of guidelines on the hospital-to-home transition for older patients”</i>	152
<i>ANNEXE 2 – Article “Continuity of care in general practice at cancer diagnosis (COOC-GP study)”</i>	158

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Définitions des dimensions ou niveaux de la continuité des soins extraits de Haggerty et al. (Etats-Unis - 2003) et Saultz (Grande-Bretagne - 2003) (5,7).

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des médecins participants

Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques et médicales des patients inclus

Tableau 4 : Fréquence des informations figurant dans le courrier de sortie d'hospitalisation

Tableau 5 : Fréquence des problèmes à prendre en charge par le médecin généraliste à l'issue de la consultation post-hospitalisation

Tableau 6 : Fréquence des prises en charge proposées à l'issue de la consultation post-hospitalisation

Tableau 7 : Déterminants de la réhospitalisation à 30 jours après sortie d'hospitalisation des patients âgés de 75 ans et plus (analyse univariée)

Tableau 8 : Déterminants de la réhospitalisation à 30 jours après sortie d'hospitalisation des patients âgés de 75 ans et plus (analyse multivariée)

Tableau 9 : Caractéristiques des patients durant la période de référence

Tableau 10 : Distribution des patients selon la fréquence du suivi avec le médecin généraliste durant la période de référence

Tableau 11 : Fréquence du suivi pendant les périodes étudiées par rapport à la période de référence.

Tableau 12 : Déterminants de la rupture de continuité des soins, pendant le trimestre précédant le diagnostic de cancer (analyse univariée)

Tableau 13 : Déterminants de la rupture de continuité des soins pendant l'année suivant le diagnostic de cancer (analyse univariée)

Tableau 14 : Déterminants d'une rupture de la continuité des soins (régression logistique multivariée)

Tableau 15 : Libellés diagnostiques et classes de médicaments ATC utilisés pour le critère de jugement principal

Tableau 16 : Caractéristiques des patients à l'inclusion

Tableau 17 : Caractéristiques des consultations et des diagnostics recueillis au cours des six trimestres de suivi

Tableau 18 (A) : Dix classes de médicaments les plus prescrites dans la cohorte

Tableau 18 (B) : Distribution du nombre de prescriptions selon les 14 groupes anatomiques de la Classification ATC et certains sous-groupes d'intérêt, au cours des 18 mois de suivi.

Tableau 19 : Détail des effectifs de patients ayant eu une prise en charge psychologique par le médecin généraliste (diagnostics et/ou prescriptions) au cours des six trimestres de suivi

Tableau 20 : Détail des consultations avec un diagnostic psychologique et des prescriptions de psychotrope au cours des six trimestres de suivi

Tableau 21 : Comparaison des caractéristiques des patients ayant ou pas eu une prise en charge psychologique en médecine générale après diagnostic du cancer

Tableau 22 : Patients consultant pour une prise en charge psychologique en médecine générale, parmi ceux ayant consulté pour une prise en charge psychologique après cancer et parmi ceux ayant un antécédent de troubles psychiques, au cours des six trimestres de suivi

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Schéma de l'étude COOC-GP

Figure 2 : Diagramme de flux des patients dans l'étude COOC-GP

Figure 3 : Nombre moyen de consultations et proportion de patients vus au moins une fois en consultation par trimestre

Figure 4 : Diagramme de flux des patients dans l'étude COOC-G-psy

Figure 5 : Relations entre les différentes des dimensions de la continuité des soins en médecine générale – flèches sombres selon Saultz (1), flèches claires selon l'hypothèse de causalité inverse

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

AIT	Accident ischémique transitoire
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) Classification System
AUC	Area under the (Roc) Curve
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CEpiA	Clinical Epidemiology and Ageing : Gériatrie, Soins Primaires et Santé publique
CIM-10	Classification internationale des maladies – 10 ^e version
CISP2	Classification internationale des soins primaires – 2 ^e version
CLCC	Les Centres de lutte contre le cancer
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNGE	Collège national des généralistes enseignants
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COOC-GP	Continuity of Care in Cancer Patients in General Practice
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
DCC	Dossier communicant de cancérologie
DMP	Dossier Médical Partagé
DUMG	Département Universitaire de Médecine Générale
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
HAS	Haute Autorité de Santé
IC	Intervalle de confiance
IMRB	Institut Mondor de Recherche Biomédicale
Insee	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin
MCO	Médecine – Chirurgie – Obstétrique
MG	Médecin généraliste
OMS	Organisation mondiale de la santé
OR	Odds ratio
SFMG	Société Française de Médecine Générale
WONCA	World Organization of Family Doctors, Europe

Articles publiés

Hurtaud A, Lallier F, Heidet M, Arnoult C, Dramé M, Canouï-Poitrine F. Real-life implementation of guidelines on the hospital-to-home transition for older patients: a cohort study in general practice *Age Ageing*. 2019 Dec 1;49(1):46-51. doi: 10.1093/ageing/afz143. PMID: 31763676
IF 2019 : 4,902

Hurtaud A, Aubin M, Ferrat E, Lebreton J, Pauillaud E, Bastuji-Garin S, Chouaid C, Boissault P, Clerc P*/ Canouï-Poitrine F * (*equally). Continuity of care in general practice at cancer diagnosis (COOC-GP study): a national cohort study of 2853 patients. *Br J Gen Pract*. 2019 Feb;69(679):e88-e96. doi: 10.3399/bjgp19X700805. Epub 2019 Jan 14
IF 2017 : 3,26

Communications

Hurtaud A, Aubin M, Ferrat E, Lebreton J, Paillaud E, Audureau E, Bastuji-Garin S, Chouaid C, Boissault P, Clerc P, Canouï-Poitrine F. Continuity of care in general practice at cancer diagnosis (COOC-GP study): a national cohort study of 2853 patients. *EPICLIN* 12 / 25èmes Journées des statisticiens des CLCC, Nice, mai 2018 (Poster commenté)

Hurtaud A, Lorient M, Arnoult C, Dramé M, Clerc P, Canouï-Poitrine F. Retour d'hospitalisation des patients âgés : utilité d'une consultation systématique précoce en médecine générale ? Congrès national du CNGE, Tours novembre 2018 (Poster commenté)

RÉSUMÉ SUBSTANTIEL

INTRODUCTION

La continuité des soins est un concept complexe qui s'appuie sur une relation de confiance réciproque entre un patient et un soignant, et qui est installée dans le temps. Elle peut être décrite dans plusieurs dimensions, principalement informationnelle, longitudinale et interpersonnelle, et mesurée avec des approches nombreuses et diverses.

La continuité des soins est au cœur de la médecine générale ; elle est inscrite dans ses compétences professionnelles. En médecine générale, la continuité des soins est associée à une meilleure qualité des soins et à la satisfaction des patients, et diverses politiques publiques ont cherché à l'inciter.

Malgré ces constats, les sociétés occidentales évoluent vers des soins davantage fractionnés entre de nombreux acteurs. La sortie d'hospitalisation d'une personne âgée, et le moment du diagnostic d'un cancer sont des situations à risque de rupture de la continuité des soins en médecine générale en lien avec une transition hôpital - ville.

OBJECTIFS DE LA THÈSE

L'objectif principal de ce travail de thèse était d'évaluer la continuité des soins et ses ruptures dans le contexte de la médecine générale. Dans ce but, deux situations de transition hôpital - ville ont été identifiées comme à risque de rupture : la sortie d'hospitalisation des personnes âgées, et le diagnostic d'un cancer.

Les objectifs secondaires étaient de décrire les caractéristiques des consultations en médecine générale dans ces situations à risque de rupture de la continuité des soins, et de rechercher des déterminants associés à une meilleure continuité des soins, en lien avec le patient ou le médecin.

MÉTHODES

Ce travail repose sur l'analyse de deux cohortes de patients suivis en médecine générale, en France.

La première cohorte est celle de l'Observatoire de la médecine générale, constituée à l'initiative de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) entre 1993 et 2012. Il s'agit d'une cohorte prospective, basée sur un recueil des données de consultation d'un échantillon de 129 médecins généralistes français, dans leur pratique habituelle. Nichée dans cette cohorte, une cohorte de patients ayant eu au moins un diagnostic de cancer au cours de la période 2001 à 2010 a été identifiée et suivie au moins 1 an après le diagnostic de cancer. Cette cohorte avait pour objectif d'explorer la continuité des soins, dans le contexte de la médecine générale, au moment du diagnostic d'un cancer.

La seconde cohorte est une cohorte prospective, multicentrique, de patients âgés suivis en médecine générale et sortant d'une hospitalisation. Un échantillon représentatif des médecins généralistes d'une région a été contacté entre novembre 2016 et mai 2017. Chaque médecin généraliste a inclus le premier patient âgé de 75 ans ou plus, dont il était le médecin traitant, sortant d'une hospitalisation en service aigu de chirurgie ou de médecine, et consultant pour la première fois dans les 30 jours suivant la sortie. Cette cohorte avait pour objectif d'explorer la continuité des soins, dans le contexte de la médecine générale, au moment d'une sortie d'hospitalisation chez des patients âgés.

RÉSULTATS

Dans un premier travail, nos résultats révèlent que les recommandations sur les transitions hôpital - ville sont insuffisamment respectées en France concernant les sujets âgés de 75 ans et plus. Les principales causes de rupture de la continuité des soins identifiées étaient : le retard de transmission du courrier de sortie et son caractère

inadapté pour la prise en charge des patients (continuité informationnelle), l'absence d'information directe du médecin généraliste de la sortie, l'absence d'organisation d'une consultation systématique avec le médecin généraliste (continuité longitudinale), et l'absence de planification de la sortie du patient entre l'hôpital et la ville (continuité de gestion).

Dans une seconde étude, nos résultats montrent qu'au moment du diagnostic d'un cancer, le médecin généraliste assure une continuité des soins pour la plupart des patients : trois quarts d'entre eux voient plus souvent leur médecin généraliste qu'à leur habitude. Cependant, environ un quart des patients ayant un suivi habituel perdent transitoirement contact avec leur médecin traitant, en particulier ceux qui n'ont ni comorbidité ni métastases. L'âge et le sexe des patients, le type de cancer, ou les caractéristiques du médecin généraliste, n'étaient pas associés à cette situation de rupture de la continuité des soins.

Enfin, dans une troisième étude, nous montrons que les médecins généralistes aident quatre patients sur dix à faire face au diagnostic d'un cancer. Ces patients sont plutôt plus jeunes, plutôt des femmes et ont eu plus souvent un suivi psychologique antérieur. Une forte continuité des soins psychologiques est assurée auprès des patients qui étaient déjà suivis psychologiquement par le médecin avant la survenue du cancer. Durant les six mois suivant le diagnostic de cancer, la fréquence des consultations avec le médecin généraliste était triplée, environ une sur sept comportant un diagnostic psychologique et une sur dix une prescription de psychotrope.

CONCLUSION

Ces travaux sur la continuité des soins en médecine générale, au moment de transitions entre l'hôpital et la ville, ont confirmé le risque de rupture pour les patients âgés en sortie

d'hospitalisation et les patients avec un cancer. Ces résultats permettent d'envisager des perspectives d'amélioration des pratiques cliniques en faveur d'une meilleure continuité des soins, dans ses différentes dimensions. L'amélioration de la continuité informationnelle s'appuierait sur les outils numériques de communication et leur interopérabilité. L'amélioration de la continuité longitudinale pourrait bénéficier d'une meilleure intégration du médecin généraliste dans les parcours de soins des patients à risque de rupture. Les perspectives de recherche ouvrent en particulier sur l'évaluation médico-économique des mesures mises en œuvre.

INTRODUCTION

DÉFINIR LA CONTINUITÉ DES SOINS

La continuité des soins est un concept dont la définition n'est pas consensuelle, malgré des publications sur ce sujet depuis le milieu des années 70 (2–5). Sa définition et sa conceptualisation ont pu différer, selon qu'elles ont été portées par des disciplines médicales ou paramédicales différentes, ou selon qu'elles étaient appréhendées du point de vue des patients, des médecins, ou celui des institutions. A partir d'une revue de la littérature, Haggerty *et al.* a proposé en 2003 de retenir deux éléments de définition qu'elle considérait comme fondamentaux et transdisciplinaires : la continuité des soins est un concept qui est centré sur le patient et qui se construit au fil du temps (6). La continuité des soins rend compte de la relation établie entre un patient et un soignant, au cours d'un temps de soins qui dépasse une entrevue ou une consultation. Il s'agit d'une connaissance réciproque autour d'une histoire partagée de soin. Haggerty *et al.* met en avant l'expérience perçue de la continuité des soins par l'individu. La revue Cochrane de 2012 par Aubin *et al.* reprenait cette définition donnée par Reid, Haggerty et McKendry dans un rapport pour la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé en 2002 : la continuité des soins est « la manière dont un patient fait l'expérience des soins au cours du temps, comme cohérents et interconnectés »(7).

Le concept de continuité des soins peut être décomposé en multiples dimensions. Haggerty *et al.* proposait de retenir trois dimensions principales : la continuité informationnelle (informational continuity), la continuité relationnelle (relational continuity) et la continuité de gestion (management continuity) (6). Les définitions proposées étaient :

- Pour la continuité informationnelle : l'utilisation d'informations sur les événements du passé et les considérations personnelles pour délivrer des soins courants appropriés à chaque individu ;
- Pour la continuité relationnelle, ou longitudinale : une relation thérapeutique durable entre un patient et un ou plusieurs professionnels de santé ;
- Pour la continuité de gestion : une gestion cohérente et logique d'un problème de santé qui réponde aux besoins de changement du patient.

La définition retenue par la revue Cochrane en 2012 au sujet de la continuité des soins des patients ayant un cancer reprenait ces trois dimensions : « la continuité est le résultat d'un bon flux d'information, de bonnes habiletés interpersonnelles, et d'une bonne coordination du soin » (7).

En 2003, Saultz a également proposé la définition de trois niveaux de continuité : la continuité informationnelle (informational continuity), la continuité longitudinale (longitudinal continuity), et la continuité interpersonnelle (interpersonal continuity) (1).

A la différence de Haggerty *et al.*, il définissait la continuité longitudinale comme l'existence d'un lieu de soins accessible et familier pour le patient (a « medical home ») : le patient y reçoit la plupart de ses soins, y compris des soins de prévention, de manière coordonnée par une équipe de soignants qui en assure la qualité. Saultz décrivait une hiérarchie implicite entre ces trois dimensions : la continuité informationnelle est nécessaire pour qu'une continuité longitudinale puisse exister, et la continuité longitudinale est un préalable la mise en place d'une relation patient-soignant (continuité interpersonnelle). Pour cet auteur, la dimension « continuité de gestion » relevait davantage du concept de coordination des soins que de la continuité des soins. Le tableau 1 compare les dimensions proposées par Haggerty *et al* et les niveaux de la continuité des soins proposés par Saultz.

D'autres dimensions de la continuité des soins ont été étudiées : la continuité géographique (autour du lieu de soin du patient), la continuité interdisciplinaire ou en équipe (autour des besoins de soins multidisciplinaires du patient), ou la continuité familiale (autour des problèmes de santé connus des membres d'une famille) (8,9). Saultz les considère comme des sous-dimensions possibles des trois dimensions principales précédemment décrites (1).

La continuité des soins ne doit pas être confondue avec le concept de permanence des soins, qui vise à organiser les professionnels de santé pour répondre par des moyens structurés et régulés aux demandes de soins non programmés des patients. La notion de soins personnalisés, centrés sur la personne dans le respect de ses valeurs et de sa volonté (« patient-centered care »), ne doit pas non plus être confondue avec la notion de traitements personnalisés (« targeted treatments »), qui sont centrés sur la maladie, en particulier sur les caractéristiques tumorales en oncologie.

Tableau 1 : Définitions des dimensions ou niveaux de la continuité des soins extraits de Haggerty *et al.* (États-Unis - 2003) et Saultz (Grande-Bretagne - 2003) (1,6).

Continuité	Haggerty <i>et al.</i> (6)	Saultz Hierarchical Definition of Continuity of Care (1)
Informationnelle	“The use of information on past events and personal circumstances to make current care appropriate for each individual.”	“An organized collection of medical and social information about each patient is readily available to any health care professional caring for the patient. A systemic process also allows accessing and communicating about this information among those involved in the care.”
Longitudinale		“In addition to informational continuity, each patient has a “medical home” where the patient receives most health care, which allows the care to occur in an accessible and familiar environment from an organized team of providers. This team assumes responsibility for coordinating the quality of care, including preventive services.”
Management	“A consistent and coherent approach to the management of a health condition that is responsive to a patient’s changing needs.”	
Interpersonnelle / relationnelle	“Relational continuity : An ongoing therapeutic relationship between a patient and one or more providers”	“Interpersonal : In addition to longitudinal continuity, an ongoing relationship exists between each patient and a personal physician. The patient knows the physician by name and has come to trust the physician on a personal basis. The patient uses this physician for basic health services and depends on the physician to assume personal responsibility for the patient’s overall health care. When the personal physician is not available, a coverage arrangement assures that longitudinal continuity occurs”

MESURER LA CONTINUITÉ DES SOINS

En miroir de ces définitions non consensuelles, de nombreuses méthodes de mesures ont été développées pour quantifier la continuité des soins. Dans une revue systématique de la littérature en 2006, Jee *et al.* avait identifié 32 indicateurs classés en 5 catégories : 2 indicateurs mesuraient une durée, 17 une densité, 8 une dispersion, 1 une séquence et 4 une estimation subjective des soins (10). Les indicateurs les plus utilisés étaient des indicateurs de densité, dont le « Usual Provider Continuity » index, rapport du nombre de consultations avec le médecin traitant désigné, sur le nombre total de consultations médicales (11). Une plus forte densité de soins réalisés par le médecin traitant se traduit par une plus forte continuité des soins. Les indicateurs de dispersion étaient également souvent utilisés, et principalement le « Continuity of care index ». Celui-ci mesure la dispersion entre les différents professionnels vus par le patient, le score étant le plus élevé (égal à 1) lorsque le patient voit toujours le même professionnel à chaque consultation.

Parmi ces nombreuses méthodes de mesure de la continuité des soins, Saultz opposait les méthodes qui nécessitent la désignation d'un professionnel référent, à celles qui ne le nécessitent pas. Par exemple, le « Sequential continuity index », qui mesure la probabilité que deux consultations consécutives soient réalisées avec le même médecin, ne permet pas de savoir si ce professionnel était bien celui qu'aurait désigné le patient (12). Saultz estimait que beaucoup d'auteurs extrapolaient des conclusions quant à la continuité interpersonnelle des soins, à partir de mesures de continuité longitudinale (1).

Le nombre et la diversité des méthodes de mesure utilisées dans les publications sont le reflet de la complexité du concept de continuité des soins. Salisbury C *et al.* insistait sur l'importance de mesurer séparément les différentes dimensions de la continuité des

soins, car il s'agit de concepts distincts mais reliés (13) : une continuité longitudinale auprès d'un nombre minimum de professionnels de santé, des liens durables entre patients et professionnels, et des soins bien coordonnés entre professionnels. D'après cet auteur, l'importance de la continuité des soins viendrait du sens de la responsabilité qu'elle engendre chez les médecins. Les méthodes de mesure de la continuité des soins déjà décrites étaient peu adaptées pour explorer les dimensions informationnelles et longitudinales de la continuité des soins sur des données recueillies en médecine générale.

LA CONTINUITÉ DES SOINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE

La continuité des soins est au cœur des caractéristiques de la médecine générale, définies par la Société européenne de médecine générale – médecine de famille (WONCA - World Organization of Family Doctors, Europe) en 2002 : le médecin généraliste « a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient. » (La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille 2002. <http://www.woncaeurope.org>). On retrouve dans le détail de cette définition, les différentes dimensions de la continuité des soins. La continuité longitudinale y est décrite comme une « approche (qui) doit être constante (permettant de) fournir des soins durant une période substantielle de la vie (des) patients, durant plusieurs épisodes de maladie. ». La continuité relationnelle est l'« histoire de la relation médecin-patient ». Enfin, la continuité informationnelle est centrée sur le « dossier médical, (...) mémoire des consultations ». La place particulièrement importante du dossier médical est liée à l'exercice de soins sur une longue durée, « dès la naissance (et parfois même avant)

jusqu'à la mort (et parfois après) ». Guthrie *et al.* rappelait en 2008, que les médecins généralistes restent les mieux placés pour assurer des soins globaux, la coordination et la défense des patients les plus complexes (14). C'est la définition de la continuité des soins selon Saultz qui, étant plus proche des compétences professionnelles en médecine générale, a été utilisée pour ce travail.

La continuité des soins en médecine générale est valorisée par les patients et par les médecins généralistes. En Angleterre, environ deux tiers d'un échantillon de médecins et de patients interrogés par questionnaire, considéraient le principe d'avoir un médecin traitant personnel comme « très important » ou « extrêmement important » (15). Kearley *et al.* a montré que les médecins et les patients considéraient comme particulièrement important le fait d'avoir des soins personnalisés, dans les situations de cancer incurable, de problèmes familiaux ou psychologiques, ou de multi morbidité. La relation médecin-patient est depuis longtemps étudiée par les sciences sociales, et est décrite historiquement comme une relation « médecin-malade », naturellement asymétrique. Dans « Sociologie et anthropologie : quels apports pour la médecine générale » en 2007, les auteurs relataient que les médecins généralistes sont « plus directement confrontés aux dimensions sociales, aux paroles et aux désirs (des patients ; ils) sont particulièrement exposés quotidiennement à des maux personnifiés », ce qui renforce l'importance des relations interpersonnelles mises en jeu (16).

En Europe comme aux États-Unis, la continuité des soins interpersonnelle a été associée dans la littérature à une meilleure satisfaction globale des patients (17). La continuité interpersonnelle permet au patient de ne pas avoir à répéter son histoire, favorise son implication dans la décision partagée et son adhésion aux soins ; la continuité interpersonnelle permet l'installation d'un sentiment de confiance du patient et de responsabilité du médecin dans les soins actuels et futurs (14,18). En France en 2015, une

enquête qualitative auprès personnes âgées de plus de 72 ans, confirmait que la dimension la plus importante dans la prise en charge, selon eux, concernait la qualité de la relation entretenue avec leurs professionnels de santé (19). Au Québec en 2004, les déterminants d'une meilleure continuité relationnelle perçue par les patients était une offre de rendez-vous en soirée, des liens formels et opérationnels avec d'autres établissements, l'attachement du médecin avec la communauté desservie par la clinique et le fait d'assurer une continuité informationnelle vers le médecin référent du patient (après ajustement sur l'âge, le niveau d'étude et « l'utilisation des praticiens »). (20) La continuité relationnelle perçue était diminuée pour les médecins voyant en consultation plus de 3,4 patients par heure et plus de 50 % sans rendez-vous.

Les médecins généralistes considèrent la continuité interpersonnelle avec les patients comme utile dans leur journée de travail, en particulier pour les patients avec des problèmes graves, chroniques, complexes ou psychologiques (21). Ils la décrivent comme un fondement de leur exercice : assurer des soins continus fait partie de leur rôle, par opposition à l'exercice hospitalier (21,22). Voir un patient connu permettrait au médecin de se sentir meilleur dans sa pratique (21). C'est également une source de satisfaction des médecins généralistes dans leur travail (22). Dans une étude en Norvège, le fait de connaître le patient participait au processus de décision des médecins généralistes interrogés pour trois-quarts de leurs consultations, lorsque les patients étaient déjà connus, et pour deux-tiers de l'ensemble des consultations(23). Dans presque tous les cas, connaître le patient était considéré par les médecins comme une aide à la décision, et a contrario, ne pas le connaître comme un obstacle. Nous n'avons pas identifié d'études quantitatives précisant les déterminants des patients et/ou des médecins de la continuité des soins.

Depuis les années 80, la littérature a montré des associations positives entre continuité des soins et résultats cliniques ou économiques. La revue systématique de Cabana *et al.* en 2004 (menée sur 1 essai randomisé, 5 études de cohortes et 12 études transversales entre 1966 et 2002), concluait qu'une continuité des soins élevée augmentait la satisfaction des patients et les soins préventifs administrés et diminuait les hospitalisations et les passages aux urgences, particulièrement pour les patients souffrant d'affections chroniques (24). La revue systématique de Sans-Corralès *et al.* en 2006 (menée sur 1 essai randomisé, 2 études de cohortes, 12 études transversales -40 599 patients et 297 soignants - et 5 revues systématiques) retrouvait également une amélioration des critères cliniques étudiés et une réduction des coûts en lien avec une continuité des soins plus élevée (25). La continuité des soins en médecine générale a été par exemple associée à une réduction des hospitalisations non programmées. Dans un essai contrôlé randomisé en double aveugle chez des vétérans américains de plus de 55 ans, Wasson *et al.* a montré que les patients affectés systématiquement au même médecin généraliste avaient entre autres un risque réduit de recours aux urgences hospitalières (20 contre 39 %, $p=0,002$) et une durée d'hospitalisation plus courte (15,5 contre 25,5 jours, $p=0,008$) (26). Dans une étude sur la base de données de remboursement Medicaid dans le Delaware aux États-Unis, une meilleure continuité avec le médecin référent était associée à un risque réduit d'hospitalisation non programmée l'année suivante (odds ratio à 0,75 - IC 95 % [0,66 ; 0,87]) (27). L'étude transversale de Hansen *et al.* en 2013 en Norvège, confirmait qu'une meilleure continuité des soins avec le médecin généraliste était associée à moins d'hospitalisation et moins de recours aux consultations d'autres spécialistes (28).

La continuité des soins améliore aussi les soins de prévention. Christakis *et al.* a montré, à partir de données de remboursement aux États-Unis, qu'une meilleure continuité des soins était associée à un meilleur taux de vaccination rougeole-oreillons-rubéole (odds ratio à 1,36 - IC 95 % [1,22 ; 1,52] chez les enfants de 15 mois ayant une continuité élevée par rapport tercile le plus faible de continuité des soins), en particulier auprès des enfants de familles précaires (29). Avoir un médecin traitant était associé à une plus forte probabilité qu'un patient obèse ait tenté de perdre du poids, à l'issue d'un dépistage des risques cardiovasculaires ne retrouvant ni hypertension ni hypercholestérolémie (30). Enfin, dans deux études utilisant de larges bases de données, l'une américaine publiée en 2010 et l'autre française en 2013, une plus forte continuité des soins longitudinale en médecine générale était associée à un risque de décès réduit (31,32). Dans l'étude américaine, chez 5 457 patients identifiés dans Medicare avec une moyenne d'âge de 77 ans, le risque de mortalité était significativement réduit pour tous les niveaux de continuité des soins : hazards ratios ajustés égaux respectivement à 0,31, 0,39, 0,46, et 0,62 (tous les $p < 0,0001$), pour les catégories de temps passé en continuité des soins de 1 %-33 %, 34 %-67 %, 68 %-99 %, et 100 % (32). Dans l'étude française, Leleu *et al.* a montré sur un échantillon de 325 742 patients issus de la base de données de remboursement de l'Assurance maladie des travailleurs salariés, que chaque augmentation de 0,1 de l'index de continuité des soins était associée à une réduction du risque de décès (hazard ratio à 0,96 - IC 95 % [0,95 ; 0,96]). Une revue systématique publiée en 2018, incluant 22 études dont 7 sur des populations européennes, concluait qu'une plus forte continuité des soins médicaux primaires ou secondaires était le plus souvent associée à un taux de mortalité plus bas (33). La revue systématique de Baker *et al.* publiée en 2020 portant sur la continuité des soins en soins primaires et la mortalité amenait des conclusions concordantes (34).

En France, des politiques publiques ont logiquement été instaurées pour favoriser la continuité des soins. Elles ont concerné en premier lieu les médecins généralistes, qui restent en France les médecins de proximité. En 2018, l'Ordre des médecins recensait 87 801 médecins généralistes, représentant 4 médecins sur 10 parmi les médecins en activité régulière (35). En 2016, malgré une démographie en baisse, 95 % de la population française accédait à un médecin généraliste en moins de 9 minutes, selon les estimations de l'Insee sur l'accès aux services de la vie courante (36).

Ainsi, les missions du médecin généraliste de premier recours ont été précisées dans la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Certaines de ces missions relèvent des trois dimensions de la continuité des soins. Le médecin généraliste assure la continuité informationnelle en tenant « la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ». Il assure aussi la continuité longitudinale des soins « en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé » et contribue « au suivi des maladies chroniques ». Enfin, il assure la continuité de gestion car il a pour mission de « s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ». Le statut de médecin

D'autres mesures d'incitation à la continuité des soins ont été soutenues. Le libre choix du praticien, rappelé dans la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé (article L. 1110-8 du code de la santé publique), favorise l'établissement d'une relation de soin durable, choisie par le patient, et donc la continuité interpersonnelle. L'incitation financière des patients au parcours coordonné via la désignation d'un médecin traitant, qui concernait initialement tout assuré ou ayant droit majeur de 16 ans (Article L162-5-3 du code de la sécurité sociale), favorise la continuité longitudinale des soins auprès d'un praticien habituel (« usual provider »). Une incitation

financière des praticiens, sous la forme d'un « forfait patientèle médecin traitant », favorise également cette organisation et la continuité des soins par les médecins, y compris pour les enfants. Après sa mise en place en 2005, 70 % des patients avaient déclaré leur médecin traitant l'année suivante, 85 % l'avait fait en 2008, en choisissant un médecin généraliste dans 99,5 % des cas ; en 2019, de l'ordre de 5 % des français n'ont pas choisi de médecin traitant (37). Dans notre système de santé, l'existence d'un statut de médecin traitant favorise l'accès des patients à des soins personnalisés, en temps opportun, et capables de résoudre plus de 80 % des problèmes de santé sans recours à des soins secondaires (38). La continuité des soins assurée par le médecin traitant contribue à la qualité des services en santé en réduisant le gaspillage des ressources, en coordonnant la prise en charge des maladies chroniques, en assurant des soins de prévention et de surveillance à l'échelle communautaire. Cependant, le fait d'avoir un médecin traitant attribué n'est pas en soi suffisant pour garantir une bonne continuité des soins mais en constitue un élément clé (39).

D'autres mesures facilitant la continuité informationnelle entre les différents acteurs des soins ont été développées au cours des 10 dernières années. Depuis la loi du 10 août 2011 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, les informations concernant une personne prise en charge par un professionnel de santé au sein d'une maison ou d'un centre de santé, sont réputées confiées par la personne aux autres professionnels de santé de la structure qui la prennent en charge. Par le décret n°2016-914 du 4 juillet 2016 relatif au dossier médical partagé (DMP), ce dossier médical numérique universel a été créé pour favoriser la prévention, la qualité, la continuité et la prise en charge coordonnée des soins des patients. En 2020, le déploiement du DMP n'est pas effectif pour une large majorité des patients français ; fin 2019, environ 8 millions de

DMP auraient été ouverts mais leur utilisation est encore loin d'être intégrée aux pratiques des professionnels de santé. Par ailleurs, la Haute Autorité de Santé produit régulièrement des recommandations concernant la continuité des soins, en particulier la continuité d'information entre les professionnels de santé et/ou entre la ville et l'hôpital, sans que leur mise en œuvre ne soit évaluée. Au cours des 5 dernières années, on peut citer pour exemple : le dossier de liaison d'urgence (pour les résidents d'EHPAD), une fiche de liaison pédicurie-podologue, une guide de conciliation des traitements médicamenteux (en cancérologie), l'organisation des parcours des patients en sortie d'hospitalisation (patients relevant de soins palliatifs), une fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » en Médecine – Chirurgie – Obstétrique (MCO).

FRAGMENTATION DU SOIN

Malgré les mesures incitatives précédemment citées, l'évolution des systèmes de soins et des sociétés occidentales n'est pas spontanément favorable à une meilleure continuité des soins. Guthrie *et al.* pointait en 2008 plusieurs facteurs contribuant à une fragmentation croissante des soins, et à une diminution de la continuité (14). L'augmentation des mobilités des patients, comme des professionnels de santé, et la multiplication des exercices en groupes de praticiens, sont des circonstances moins favorables à l'installation d'une relation patient-soignant sur une longue période de vie. La part de plus en plus importante consacrée au soin des maladies chroniques, amène un grand nombre de patients à recourir à de multiples intervenants, et dans de multiples lieux de soins, souvent entre ville et hôpital.

Au cœur de ces soins fragmentés, les patients comme les médecins généralistes expérimentent des situations de rupture de la continuité des soins, qui font obstacle à la qualité des soins et à la relation médecin-patient. Nous avons identifié dans la littérature, et dans notre expérience personnelle de médecin traitant, deux situations à haut risque de rupture de la continuité des soins, et qui serviront de trame à notre travail : au moment du diagnostic d'un cancer, et au retour d'hospitalisation d'une personne fragile, notamment du fait de l'âge.

Situation exemplaire : Madame C.

Madame C. Marcelle, 90 ans, vivait dans un foyer logement pour personnes âgées depuis de nombreuses années. Elle avait des troubles cognitifs modérés, mais elle restait relativement autonome pour se lever, se coucher, se laver et s'habiller, etc. Elle prenait ses repas du midi avec les autres résidents et avait pour seule sortie des petites courses alimentaires au commerce de proximité pour le repas du soir. Elle était capable de converser simplement mais n'avait pas de relations sociales. Elle avait pour seule famille une petite nièce qui vivait dans une autre région et qui lui rendait visite une à deux fois par mois, pour des courses et la gestion de ses factures. Une aide à domicile venait deux fois par semaine pour le ménage. Sans besoin ressenti, elle était restée plus de cinq ans sans contacter un médecin avant que je ne reprenne son suivi en tant que médecin traitant. Peu de temps après, à la suite d'une chute non traumatique entre son appartement et le restaurant de la résidence, nous avons organisé une courte hospitalisation pour bilan gériatrique. Deux ou trois semaines plus tard, alors que je restais sans nouvelles de la patiente, j'ai reçu un courrier du service de dermatologie m'informant que la patiente n'avait pas honoré son rendez-vous. J'en ai déduit qu'elle n'était plus hospitalisée, et je me suis rendue en visite à son domicile : la patiente allait bien, et je retrouvai rapidement la convocation pour ce rendez-vous au milieu de ses courriers non ouverts, en attente de la prochaine visite de sa nièce. Comme aucun mode de transport n'était prévu, la patiente n'aurait pas pu s'y rendre. J'ai donc chargé ma secrétaire d'organiser une nouvelle consultation en dermatologie, ainsi qu'un aller-retour en ambulance ; nous avons informé les coordinateurs de son foyer logement. Quelques semaines plus tard, je suis appelée par le personnel de la résidence, alerté par l'absence

de Madame C au repas ; elle toussait et était restée au lit. En effet, en visite, j'ai diagnostiqué une probable pneumopathie ; la patiente était fébrile, confuse, et justifiait d'une réhospitalisation urgente. Le responsable de la résidence m'a alors interpellée pour me dire que cela n'est pas étonnant, vu ce qui s'était passé deux jours auparavant. Son récit m'a appris que Mme C avait été conduite comme prévu par les ambulanciers en consultation de dermatologie à l'hôpital, mais qu'après les soins, elle n'avait pas été immédiatement prise en charge par les ambulanciers et, laissée seule dans un couloir, avait pris l'initiative de monter dans un bus, dans lequel elle était restée assise jusqu'à la fin du service du chauffeur. C'est ce dernier qui, la voyant perdue, avait interrogé la dame sur sa destination et l'avait de lui-même reconduite à la résidence. Quelques semaines plus tard, je recevais le compte-rendu de son hospitalisation initiale en gériatrie, mentionnant une prise de rendez-vous en dermatologie pour le traitement par cryothérapie d'une lésion du doigt.

Dans le cas de Madame C., patiente ayant des troubles cognitifs, la transition entre l'hôpital et la ville n'avait pas permis d'assurer une continuité des soins autour de la consultation en dermatologie. Cette rupture a été à l'origine d'une réhospitalisation, sans lien avec le premier séjour.

Continuité des soins en médecine générale et sortie d'hospitalisation

La sortie d'hospitalisation est un moment critique du parcours de soins, particulièrement à risque de rupture dans la continuité habituelle des soins en médecine générale, notamment pour les patients âgés (40). Le risque de nouvelle hospitalisation dans les semaines ou mois qui suivent la sortie est augmenté (41). En France, le taux de réhospitalisation précoce, c'est-à-dire dans les 30 jours suivant la sortie d'hospitalisation, a été estimé en 2008 à 14,2 % chez les patients de 75 ans et plus (42). Des revues

systématiques et méta-analyses ont montré une réduction du risque de réhospitalisation par des interventions complexes sur la transition hôpital-domicile : éducation des patients et de leur entourage, conciliation médicamenteuse, envoi le jour de la sortie d'un document de transmission standardisé, coordination de la sortie et visite à domicile par une infirmière ou un travailleur social (43–46). Leur effet est mesurable jusqu'à un an après la sortie (45,47,48). Une étude américaine a montré une réduction de 12 à 24 % du risque de réhospitalisation précoce chez les patients bénéficiaires du Medicare qui avaient consulté un médecin de soins primaires dans les 7 jours suivant leur sortie d'hospitalisation (49).

En France, la Haute Autorité de Santé (HAS) a émis en 2013 des recommandations sur les conditions optimales de la transition hôpital - domicile. Elle préconisait des interventions multiples aux 3 temps de la transition : un repérage dès l'admission des patients à haut risque de réhospitalisation, la préparation de la sortie avec l'équipe de soins primaires, et un suivi rapproché par le médecin généraliste (MG), dès la première semaine suivant la sortie, avec transmission des documents le jour de la sortie (50,51).

AU DIAGNOSTIC D'UN CANCER

Situation exemplaire : Madame D. Monique

Madame D. Monique, 69 ans, est suivie depuis 7 ans pour un cancer du sein diagnostiqué au stade d'emblée métastatique. Nous avons fait ce diagnostic ensemble, le jour où elle a consulté pour un écoulement nauséabond du sein gauche. L'examen clinique avait dû être négocié avec beaucoup d'empathie, ce soir-là, tant la levée du déni était douloureuse. Elle avait en effet depuis plus d'un an cette masse du sein, qu'elle avait pris pour un hématome

du fait d'un choc initial sur sa poitrine, mais qui était devenu au fil des mois une volumineuse tumeur nécrotique ; mais elle n'avait pas consulté. Après le diagnostic, elle était prise en charge conjointement par un gynécologue et un oncologue, et m'avait rarement consultée, les spécialistes du cancer ayant pris la main sur la coordination de ses soins, centrés sur le cancer. Récemment, elle m'a appelée pour une visite à domicile urgente : elle était épuisée et tolérait très mal sa chimiothérapie. « Mais quelle chimiothérapie ? » lui ai-je demandé. J'ai vérifié dans son dossier médical, mais les derniers documents ne mentionnaient pas de nouveau traitement. Les récents contrôles d'imagerie montraient une progression lente mais inexorable de ses lésions métastatiques, osseuses mais aussi hépatiques et pulmonaires, malgré l'hormonothérapie et plusieurs lignes de chimiothérapie. La patiente m'a informée qu'elle venait d'avoir, la veille, sa deuxième cure d'une nouvelle chimiothérapie ; elle en ignorait le nom (il s'agissait d'une 5ème ligne). Heureusement, j'ai pu joindre par téléphone son oncologue qui m'a informée de la nature du traitement et des effets indésirables attendus ; il s'est excusé qu'aucune information ne me soit parvenue ; c'était la première fois en 7 ans que nous échangeons au sujet de cette patiente. Je l'ai questionné sur l'éventualité d'une prise en charge palliative ; l'oncologue jugeait que la patiente n'était pas prête à discuter de cette échéance. Au domicile de la patiente, je la trouvais très changée car je ne l'avais pas revue depuis plusieurs mois, d'humeur triste, et il m'a fallu beaucoup de temps pour reconstituer son histoire médicale récente. Après prise en charge des effets indésirables de son traitement, j'ai pu aborder avec elle l'éventualité d'un arrêt des traitements actifs et la patiente regrettait de ne pas avoir pu aborder plus tôt cette question.

Dans le cas de Madame D, atteinte d'un cancer très avancé, la transition entre l'hôpital et la ville n'a pas permis d'assurer une continuité des soins autour de la décision de reprise

d'une chimiothérapie, ni de la mise en place d'un soutien psychologique adapté. Cette rupture a été à l'origine d'une prise en charge à domicile en situation de crise.

Continuité des soins en médecine générale et cancer

La survenue d'un cancer est une situation typique à risque de rupture dans la continuité habituelle des soins en médecine générale.

Le diagnostic d'un cancer fait le plus souvent intervenir un médecin généraliste, notamment pour réaliser les premiers examens de diagnostic et référer au spécialiste d'organe ou au spécialiste du cancer. Dans une cohorte au Danemark, la trajectoire diagnostique des cancers passait dans 79% des cas par les soins primaires (52). Ensuite, la prise en charge initiale du cancer est souvent centrée sur des équipes hospitalières pluridisciplinaires, notamment pendant la phase active de traitement. Dans le cas de Mme D. il s'agissait : du gynécologue pour la mastectomie, de l'oncologue pour la chimiothérapie, du radiothérapeute pour l'irradiation de la cicatrice de mastectomie et des métastases. Ses soins faisaient aussi intervenir : radiologues, biologistes, infirmières, perruquier, et d'autres, incluant des approches dites « complémentaires » (coupeur de feu, naturopathe, etc.). Cette phase active des traitements dure habituellement de quelques mois à deux ans, mais peut durer plusieurs années, comme dans le cas de Mme D. Au moment de la guérison, de la rémission ou de soins palliatifs, il est souvent attendu que le médecin traitant reprenne la pleine coordination des soins, alors qu'il a été mis à l'écart auparavant ; cela n'est pas sans poser des difficultés pour le médecin et pour le patient. Au cours d'entretiens avec des patients atteints de cancer et leur médecin traitant, Anvik *et al.* mettait en lumière la faible coordination entre première et seconde lignes de soins autour du cancer : un nouveau diagnostic est une situation qui devrait induire

davantage de coordination, mais dans le cas du cancer, c'est tout le contraire, les patients sont souvent soustraits à la surveillance du médecin généraliste (53).

Oeffinger *et al.* a discuté les freins à la mise en place d'un modèle de soins partagé avec les soins primaires pour le suivi des patients ayant un cancer : les oncologues considéraient les médecins généralistes comme trop peu engagés ou familiers avec les soins du cancer, et la gestion des comorbidités comme moins essentielle à la santé des patients (54). Il en résultait une déconnexion plus ou moins transitoire du suivi par le médecin traitant. Dans une enquête qualitative auprès de médecins anglais en 2005, Farquhar *et al.* montrait que, pendant la phase active du traitement d'un cancer, les médecins généralistes pensaient devoir mettre en retrait leur suivi habituel, pour ne pas alourdir le fardeau de soins du patient, au risque de perdre le contact (55). Ils pensaient que leur rôle était celui de défendre le patient, de le soutenir moralement et d'intervenir en situation de crise. Dans sa revue de littérature selon la méthode Cochrane en 2012, Aubin *et al.* listait aussi de nombreux obstacles à la continuité des soins dans la situation du cancer, incluant une communication insuffisante entre spécialistes du cancer, médecins généralistes et patients, ainsi que des défauts dans la coordination entre professionnels ou dans le plan de soins, ou encore un manque de recommandations cliniques spécifiques (7).

Alors que diagnostic et traitements du cancer restent centrés sur les médecins spécialistes hospitaliers, le recours au médecin généraliste dépend de l'organisation du système de soins, des rôles respectifs attribués aux acteurs du système, et des habitudes des patients. En France, organiser le parcours de soins des patients ayant un cancer a été affiché comme une priorité des politiques de santé publique depuis les années 2000, et la prise en compte du rôle des médecins généralistes y a été croissante. Le premier « Plan cancer » de 2003, ne mentionnait le médecin généraliste que comme un acteur dont il fallait favoriser l'intégration dans les réseaux de cancérologie. En 2009-2013, le « Plan cancer » fixait

comme axe principal de « renforcer le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre notamment une meilleure vie pendant et après la maladie. »

Résumé du contexte :

La continuité des soins est un concept complexe qui s'appuie sur une relation de confiance réciproque entre un patient et un soignant, et qui est installée dans le temps. Elle peut être décrite dans plusieurs dimensions, principalement informationnelle, longitudinale et interpersonnelle, et mesurée avec des approches nombreuses et diverses.

La continuité des soins est au cœur de la médecine générale ; elle est inscrite dans ses compétences professionnelles. En médecine générale, la continuité des soins est associée à une meilleure qualité des soins et à la satisfaction des patients, et diverses politiques publiques ont cherché à l'inciter.

Malgré ces constats, les sociétés occidentales évoluent vers des soins davantage fractionnés entre de nombreux acteurs. La sortie d'hospitalisation d'une personne âgée, et le moment du diagnostic d'un cancer, illustrent le risque de rupture de la continuité des soins en médecine générale en lien avec une transition hôpital - ville.

OBJECTIFS

L'**objectif principal** de ce travail de thèse était d'évaluer la continuité des soins et ses ruptures, dans le contexte de la médecine générale.

Dans ce but, deux situations de transition hôpital - ville ont été identifiées comme à risque de rupture : la sortie d'hospitalisation des personnes âgées, et le diagnostic d'un cancer.

Les **objectif secondaires** étaient de décrire les caractéristiques des consultations en médecine générale dans ces situations à risque de rupture de la continuité des soins, et de rechercher des déterminants associés à une meilleure continuité des soins, en lien avec le patient ou le médecin.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Ce travail repose sur l'analyse de deux cohortes de patients suivis en médecine générale, en France.

OBSERVATOIRE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE (2001-2010)

La première cohorte est celle de l'Observatoire de la médecine générale, constituée à l'initiative de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) entre 1993 et 2012. Il s'agit d'une cohorte prospective, basée sur un recueil des données de consultation en continu d'un échantillon d'environ 150 médecins généralistes français, dans leur pratique habituelle. Durant la période d'inclusion, ils ont recueilli pour chaque consultation des données standardisées sur les caractéristiques et les diagnostics des patients. Les médecins généralistes participants de ce réseau étaient bénévoles, et globalement représentatifs de la population des médecins généralistes de France, bien qu'une comparaison avec les données du Ministère de la Santé ait montré que les médecins travaillant dans les zones rurales étaient sous représentés (56).

Nichée dans cette cohorte, une cohorte de patients ayant eu au moins un diagnostic de cancer au cours de la période 2001 à 2010 a été identifiée. Les données de consultations des 5 840 patients concernés ont été extraites à partir de 1998, pour être en mesure d'identifier les nouveaux cas de cancer ainsi que les comorbidités de ces patients, et jusqu'en 2011, afin de suivre la cohorte au moins 1 an après le diagnostic de cancer. La base de données ainsi constituée comportait 188 975 consultations, 595 260 diagnostics et 849 659 lignes de prescriptions.

Cette cohorte avait pour objectif d'explorer la continuité des soins, dans le contexte de la médecine générale, au moment du diagnostic d'un cancer.

La seconde cohorte est une cohorte prospective, multicentrique, de patients âgés suivis en médecine générale et sortant d'une hospitalisation. Un échantillon de médecins généralistes en exercice a été tiré au sort dans l'annuaire téléphonique de la région Champagne-Ardenne, pour constituer un échantillon représentatif de la répartition territoriale des médecins généralistes dans la région. Pour des raisons logistiques, l'effectif cible de médecins généralistes à inclure avait été fixé à 100, et 306 médecins ont donc été contactés entre novembre 2016 et mai 2017, pour tenir compte d'un taux de réponse attendu de l'ordre d'un praticien sur trois. Chaque médecin généraliste devait inclure le premier patient âgé de 75 ans ou plus, dont il était le médecin traitant, sortant d'une hospitalisation en service aigu de chirurgie ou de médecine (hospitalisation de jour, séances de traitement ou soins externes non inclus) et consultant pour la première fois dans les 30 jours suivant la sortie.

Cette cohorte avait pour objectif d'explorer la continuité des soins, dans le contexte de la médecine générale, au moment d'une sortie d'hospitalisation chez des patients âgés.

RÉSULTATS

CONTINUITÉ DES SOINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE ET SORTIE D'HOSPITALISATION DES PERSONNES ÂGÉES

INTRODUCTION

La sortie d'hôpital est une étape critique de la trajectoire de santé des personnes âgées (75 ans et plus) et est associée à un risque de réhospitalisation non programmée. Dans de nombreux pays, le taux de réhospitalisation à 30 jours est utilisé par les autorités comme indicateur de qualité des soins et d'économie en santé (57). Une revue de la littérature publiée en 2011 montrait que 27% des réhospitalisations à 30 jours étaient évitables, même si cette proportion variait notablement d'une étude à l'autre (de 5 à 79%) (58). En France, le taux de réhospitalisation à 30 jours chez les patients de 75 ans et plus a été rapporté à 18% en 2015 (59).

Une variété de stratégies pour améliorer la continuité des soins dans cette étape de transition a été proposée dans la littérature (46,60,61). L'une d'elles s'appuie sur l'amélioration de la coordination entre les équipes hospitalières et les professionnels de soins primaires. Plusieurs études aux États-Unis ont montré que l'intervention d'un professionnel de santé de soins primaires dans les 7 jours suivant la sortie d'hospitalisation était associée à un moindre risque de réhospitalisation à 30 jours (49,62). Dans une étude française chez des patients après un infarctus du myocarde, un rendez-vous avec le médecin généraliste dans les quelques semaines suivant la sortie d'hospitalisation réduisait le risque de réhospitalisation jusqu'à 50% (63).

Plusieurs pays ont émis des recommandations pour améliorer les transitions entre l'hôpital et le domicile et pour standardiser le courrier de sortie d'hospitalisation (64-66) (10-12). En 2013, les autorités françaises ont émis des recommandations sur la continuité des soins au moment de la transition hôpital-domicile pour les patients âgés de 75 ans et plus. Ces recommandations portaient notamment sur la transmission rapide d'un courrier de sortie d'hospitalisation au médecin traitant du patient (continuité des soins

informationnelle), et sur un examen médical à domicile par le généraliste au cours de la première semaine (continuité des soins longitudinale) (67).

L'objectif principal de cette étude observationnelle en soins courants était d'évaluer la continuité des soins, dans ses différentes dimensions, au moment de la sortie d'hospitalisation de patients de plus de 75 ans. Dans la dimension informationnelle de la continuité des soins, les objectifs étaient d'évaluer, d'après les recommandations françaises, le niveau de conformité de la transmission des courriers de sortie d'hospitalisation et leur complétude. Dans la dimension longitudinale de la continuité des soins, les objectifs étaient d'évaluer le niveau de conformité de la réalisation d'une visite médicale précoce, d'en préciser le contenu et l'intérêt en sortie d'hospitalisation.

Les objectifs secondaires étaient de déterminer le taux de réhospitalisation à 30 jours et les facteurs de risque associés.

MÉTHODE

Schéma d'étude et populations

Cette étude de cohorte prospective, multicentrique, en médecine générale, a été conduite entre novembre 2016 et mai 2017.

Un échantillon de médecins généralistes en exercice a été tiré au sort dans l'annuaire téléphonique de la région Champagne-Ardenne. L'échantillon était représentatif de la répartition territoriale des médecins généralistes dans la région. Pour des raisons logistiques, l'effectif cible de médecins généralistes à inclure a été fixé à 100. Avec un taux de réponse attendu de l'ordre d'un praticien sur trois, 306 médecins généralistes ont été invités à compléter un questionnaire postal. Des relances ciblées ont été réalisées 4

semaines plus tard. Chaque médecin généraliste devait inclure le premier patient dont il était le médecin traitant et qui répondait aux critères d'inclusion de l'étude : patient de 75 ans ou plus, sortant d'une hospitalisation en service aigu de chirurgie ou de médecine (hospitalisation de jour, séances de traitement ou soins externes non inclus) et consultant pour la première fois dans les 30 jours suivant sa sortie. Les médecins participants étaient interrogés de nouveau 6 semaines plus tard par téléphone pour déterminer le taux de réhospitalisation à 30 jours.

Éthique et réglementations

Les patients participants ont donné un consentement éclairé oral (en présence d'une personne de confiance si nécessaire) à leur médecin généraliste. Les données de chaque patient étaient collectées anonymement, à partir du dossier médical, par les médecins généralistes. Les données concernant les médecins étaient rendues anonymes à la fin de l'étude. Le registre des données de l'étude a reçu l'autorisation de la CNIL (Paris, référence 2123494). Dans le respect de la législation française au moment de la mise en œuvre de cette étude non interventionnelle, l'approbation d'un comité d'éthique n'était pas nécessaire et n'a pas été recherchée.

Recueil des données

Les données ont été recueillies pendant la première consultation post-hospitalisation. Elles comprenaient les caractéristiques des médecins généralistes et des patients. La polymédication était définie comme l'administration quotidienne de 5 classes médicamenteuses ou plus, et la polymédication à haut risque, comme une polymédication incluant au moins un médicament à haut risque iatrogène parmi une liste issue de la littérature (51,68). Les critères de fragilité suivants étaient relevés : dénutrition, escarres,

démence ou troubles cognitifs, dépression ou troubles de l'humeur, cancer métastatique, insuffisance d'organe (cardiaque, rénale, pulmonaire), et antécédent d'hospitalisation non programmée au cours des 6 mois précédents (69). Le statut socio-économique des patients était défini comme défavorisé si le MG notait l'existence d'un isolement social ou familial ou une précarité financière. La perte d'indépendance était définie par la nécessité d'une aide humaine ou matérielle pour les actes de la vie quotidienne ou pour marcher, ou un risque de chutes.

Le questionnaire d'étude interrogeait les conditions de réalisation de la consultation post-hospitalisation : délai entre la sortie d'hospitalisation et la consultation, problèmes à gérer par le médecin généraliste, disponibilité et mode de transmission du courrier de sortie d'hospitalisation. Le contenu et la pertinence des courriers de sortie était précisés selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) et à partir de la littérature sur les attentes des médecins généralistes au sujet des documents de sortie d'hospitalisation (42,70). Les rubriques considérées comme obligatoires par la HAS sont notamment : le motif d'hospitalisation, la synthèse médicale du séjour, les actes techniques, examens complémentaires et biologiques, les traitements médicamenteux incluant la justification des modifications, la suite à donner au séjour incluant les rendez-vous prévus, les soins paramédicaux prescrits et les intervention médicosociales. Les éléments de l'évaluation gériatrique standardisée menée à l'hôpital ont été identifiés : évaluations nutritionnelle, cognitive, thymique, fonctionnelle et sociale, ainsi que l'éducation thérapeutique du patient ou de l'aidant (71). Une liste de problèmes pouvant être rencontrés en soins primaires à la sortie d'hospitalisation, fondée sur les critères d'Halfon, a été incluse dans le questionnaire (48).

En cas de réhospitalisation à 30 jours, la date, l'indication de la réhospitalisation et le type d'entrée était interrogés.

Analyses statistiques

Un analyse descriptive de l'échantillon des médecins généralistes, de celui des patients, et des conditions de réalisation de la consultation post-hospitalisation, a été réalisée. Nous avons choisi d'exprimer les durées de séjour et les délais de consultation en médianes, dans le cas d'une distribution graphique non gaussienne de ces variables. Les données manquantes n'ont pas été imputées.

Les déterminants d'une réhospitalisation à 30 jours ont été identifiés avec les modèles de régression logistique appropriés pour les événements rares : « Firth logit » penalised maximum likelihood logistic regression. La régression logistique de Firth utilise une fonction de vraisemblance pénalisée qui permet d'éviter les biais d'échantillonnage liés aux échantillons de petite taille ou au faible nombre d'événements, comme cela était prévisible dans notre cohorte sur la réhospitalisation.

Les variables citées dans la littérature ou considérées comme pertinentes cliniquement ont été testées dans un modèle de régression logistique univariée avec un seuil de significativité de $p < 0,20$. Après vérification des corrélations entre variables, les variables d'intérêt ont été incluses dans un modèle de régression logistique multivariée en utilisant une approche manuelle pas à pas. Les résultats de la régression logistique étaient exprimés en odds ratio (OR) (intervalle de confiance à 95% : IC95%). Toutes les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata (version 14.4, StataCorp, College Station, TX, USA). À l'exception des analyses univariées, le seuil de signification statistique était fixé à $p < 0,05$.

RÉSULTATS

Population d'étude

Soixante-treize médecins généralistes (24%) ont répondu à l'invitation de l'étude mais deux d'entre eux n'ont pas pu être inclus : l'un a refusé de participer et l'autre était retraité. À six semaines, un médecin généraliste et son patient étaient perdus de vue. Par conséquent, 71 médecins généralistes ont été inclus dans l'analyse (tableau 2). L'âge moyen des médecins était de 49 ans ; 44 étaient des hommes (62%) et 27 (38%) exerçaient en milieu rural. Les caractéristiques des 71 patients sont résumées dans le tableau 3. Leur moyenne d'âge \pm écart type était de $84,2 \pm 5,4$ ans ; 37 étaient des hommes (52%), 67 (94%) vivaient à domicile et 16 (22%) avaient des troubles cognitifs.

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des médecins participants

Caractéristiques	Participants		Champagne-Ardenne*
	n = 71	(%)	(%)
Âge (moyenne \pm écart type [mini-maxi])	48,6 \pm 10,6 ans	[28 - 69]	51,9 ans
Sexe			
Homme	44	(62,0)	(62,7)
Femme	27	(38,0)	(37,3)
Type d'exercice			
Urbain	44	(62,0)	
Rural	27	(38,0)	
Département d'exercice			
Marne	30	(42,2)	(45,6)
Ardennes	20	(28,2)	(21,8)
Aube	13	(18,3)	(19,8)
Haute-Marne	8	(11,3)	(12,8)

*Données du Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2016 (médecins en activité libérale ou mixte) (15)

Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques et médicales des patients inclus

Caractéristiques	n = 71	(%)
Âge (ans)		
75-84	37	(52,1)
≥ 85	34	(47,9)
Sexe		
Homme	37	(52,1)
Lieu de vie		
À domicile	67	(94,4)
Maison de retraite	4	(5,6)
Facteurs de risque de réhospitalisation à 30 jours		
Deux maladies chroniques ou plus	64	(90,1)
Polymédication (≥ 5 classes de médicaments)	56	(78,9)
Polymédication à haut risque	66	(93,0)
Insuffisance d'organe	40	(56,3)
Troubles de l'humeur ou dépression	21	(29,6)
Troubles cognitifs	16	(22,5)
Dénutrition	14	(19,7)
Escarres	3	(4,2)
Cancer métastasé	3	(4,2)
Perte d'indépendance		
Oui	53	(74,7)
dont marche difficile ou risque de chutes	11	(15,5)
dont besoin d'aide humaine ou matérielle	13	(18,3)
dont deux critères ou plus	29	(40,9)
Médicaments à haut risque iatrogène	66	(93,0)
Antihypertenseurs	53	(80,3)
Diurétiques	39	(59,1)
Statines	26	(39,4)
Antalgiques de palier 2 ou 3	25	(37,9)
Anticoagulants	25	(37,9)
Psychotropes	20	(30,3)
Anti arythmiques	19	(28,8)
Antidiabétiques oraux / insulines	18	(27,3)
Antibiotiques	7	(10,6)
Traitements de la démence	5	(7,6)
Double antiagrégant plaquettaire	3	(4,5)
Anti inflammatoires non stéroïdiens	2	(3,0)
Contexte socio-économique		
Défavorisé*	9	(12,7)
Hospitalisation dans les 6 mois précédents	35	(49,3)

* Isolement social ou familial, ou précarité financière (perçus par le médecin généraliste)

Consultation de sortie d'hospitalisation avec le médecin généraliste

L'intervalle médian [mini - écart interquartile - maxi] entre la sortie d'hospitalisation et la consultation post-hospitalisation avec le médecin généraliste était de 4 [1-2-13-35] jours. Quarante-six patients (65 % [IC 95%] : 53-76 %) ont vu leur médecin généraliste dans les 7 jours suivant la sortie d'hospitalisation. Le rendez-vous avait été fixé à la demande du patient, de sa famille ou de son aidant dans 64 cas (90 %) et par le médecin généraliste dans les autres cas.

Trente-quatre médecins généralistes (48 %) avaient été informés de la sortie d'hospitalisation avant la consultation : 22 (65 %) avaient été informés par la famille du patient ou ses aidants, 11 (32 %) par l'équipe hospitalière et 1 (3 %) par le patient lui-même. Soixante-six médecins généralistes (93 %) n'avaient eu aucune communication directe avec l'équipe hospitalière concernant l'hospitalisation.

La durée d'hospitalisation était en médiane de 9 jours (min = 3 ; max = 139). Quarante-huit patients (69 %) ont été hospitalisés plus de 7 jours.

Soixante-sept patients (94 %) avaient une ordonnance de l'hôpital à leur sortie. Dans ces cas, 40 ordonnances (63 %) avaient une validité inférieure à 1 mois et, selon les médecins généralistes, 17 ordonnances (27 %) ne reprenaient pas l'ensemble des traitements du patient.

Courrier de sortie d'hospitalisation

Au moment de la consultation de sortie d'hospitalisation, 27 médecins généralistes (38 % ; [IC 95 %]: 27-50 %) n'avaient pas reçu le courrier de sortie d'hospitalisation du patient. Un courrier de sortie était disponible pour 24 des 46 patients (52 %) qui ont été vus en consultation dans les 7 jours suivant la sortie d'hospitalisation, et pour 20 des 25 (80 %) patients vus plus de 7 jours après. Parmi les 44 courriers de sortie reçus, 23 (52 %)

ont été apportés par le patient, 13 (30 %) avaient été adressés au médecin généraliste par messagerie sécurisée et 8 (18 %) par voie postale. Les courriers étaient manuscrits pour 10 patients (25 %) et provisoires dans 16 cas (38 %). Trente-quatre des 44 médecins ayant reçu un courrier de sortie (77 %) considéraient que ce document était pertinent pour la prise en charge du patient. Le contenu des courriers de sortie est décrit dans le tableau 4.

Tableau 4: Fréquence des informations figurant dans le courrier de sortie d'hospitalisation

Type d'information	n=44	(%)
Diagnosics principal et secondaires	43	(97,7)
Évolution pendant l'hospitalisation	34	(77,3)
Détails du traitement de sortie avec la posologie	34	(77,3)
Résultats des principaux examens réalisés utiles à la prise en charge	31	(71,5)
Plan de traitement ou de surveillance / suivi conseillé ou proposé	23	(52,3)
Destination du patient à la sortie	18	(40,9)
Justification des modifications thérapeutiques	15	(34,1)
État fonctionnel du patient à la sortie	15	(34,1)
Informations données au patient / à l'aidant sur sa pathologie	8	(18,2)
Information destinée au médecin traitant sur le pronostic du patient	6	(13,6)

Suivi et réhospitalisation à 30 jours

Au moment de la consultation post-hospitalisation avec le médecin généraliste, 49 patients (69 %) avaient au moins un problème médical, administratif ou organisationnel à prendre en charge. Les problèmes les plus fréquents étaient un défaut d'organisation de la sortie d'hospitalisation, pour un quart des patients, et un effet indésirable médicamenteux pour plus d'un patient sur six (tableau 5). Cinq patients (7 %) ont été réhospitalisés immédiatement (c'est-à-dire le même jour). Plus d'un tiers des patients a eu un changement ou une optimisation des traitements, un quart a bénéficié d'une

réévaluation des aides à domicile, et pour un patient sur cinq un suivi ou une surveillance a été reprogrammé (tableau 6).

Tableau 5 : Fréquence des problèmes à prendre en charge par le médecin généraliste à l'issue de la consultation post-hospitalisation

Problème à prendre en charge	N = 71	(%)
Défaut d'organisation de la sortie / sortie en fin de semaine	18	(25,4)
Effet indésirable médicamenteux / iatrogénie	13	(18,3)
Défaut de prise en charge après la sortie (relais paramédical, etc.)	10	(14,1)
Rechute / aggravation d'une pathologie chronique	9	(12,7)
Problématique sociale	9	(12,7)
Sortie avec erreur diagnostique ou traitement inapproprié	9	(12,7)
Sortie prématurée (pathologie non stabilisée)	6	(8,5)
Complication non chirurgicale	5	(7,0)
Autres*	4	(1,4)

* Procédures administratives, défaut de compréhension ou comportement inapproprié du patient, infections

Tableau 6 : Fréquence des prises en charge proposées à l'issue de la consultation post-hospitalisation

Modalités de prise en charge	N = 71	(%)
Modification / optimisation des traitements	25	(35,2)
Réévaluation des aides à domicile	16	(25,5)
Planification du suivi et/ou de la surveillance	15	(21,1)
Éducation thérapeutique du patient et/ou de l'aidant	7	(9,9)
Informations / explications sur l'hospitalisation	7	(9,9)
Réhospitalisation	5	(7,0)
Aucune	3	(4,2)

Le taux de réhospitalisation à 30 jours était de 18,6 %, soit 13 des 70 patients, dont 6 (46 %) ont été réhospitalisés via le service des urgences. Le délai moyen \pm écart type entre la sortie d'hospitalisation et la réhospitalisation était de 13 ± 9 jours. La durée moyenne

± écart type du séjour hospitalier était comparable entre les patients réhospitalisés et les patients non réhospitalisés dans les 30 jours : 17 ± 18 jours [IC 95% : 6–28]) chez les réhospitalisés contre 23 ± 31 jours [IC 95% : 15–32] chez les patients non réhospitalisés, $P = 0,9$.

Selon les médecins généralistes, le motif principal de réhospitalisation était une sortie d'hospitalisation inappropriée (4 patients n'étaient pas stabilisés, 1 était sortie sans organisation suffisante), une récurrence ou aggravation de la maladie (5 patients), une complication en lien avec le précédent séjour (1 patient a eu un effet indésirable médicamenteux), un défaut de prestation de soins après la sortie (1 patient) ou un motif indépendant de la précédente hospitalisation (1 patient).

Les résultats de l'analyse univariée des déterminants de la réhospitalisation à 30 jours sont présentés dans le tableau 7. Trois variables étaient significativement associées au seuil de $p < 0,20$, avec la réhospitalisation à 30 jours : l'antécédent d'hospitalisation au cours des 6 mois précédents, la disponibilité du courrier de sortie d'hospitalisation au moment de la consultation post-hospitalisation, et l'âge du médecin généraliste.

Tableau 7 : Déterminants de la réhospitalisation à 30 jours après sortie d'hospitalisation des patients âgés de 75 ans et plus (analyse univariée)

Déterminants	Réhospitalisation à 30 jours						
	Non (n=58)		Oui (n=13)		OR*	IC 95%**	p
	n	(%)	n	(%)	Brut		
Caractéristiques des patients							
Âge (ans)							
75-84	6	(46,2)	31	(53,6)	Réf	[0,43-4,42]	0,60
≥ 85	7	(53,8)	27	(46,4)	1,37		
Lieu de vie							
Domicile personnel	13	(100,0)	54	(93,1)	Réf	[0,22-8,69]	0,59
Maison de retraite	0	(0,0)	4	(6,9)	0,44		
Perte d'autonomie							
Non	6	(46,2)	12	(20,7)	Réf	[0,60-2,73]	0,53
Oui	7	(53,8)	46	(79,3)	1,28		
Besoin d'aides pour les activités du quotidien							
Non	12	(92,3)	29	(50,0)	Réf	[0,25-2,71]	0,75
Oui	1	(7,7)	29	(50,0)	0,82		
Troubles cognitifs							
Non	12	(92,3)	43	(74,1)	Réf	[1,15-2,90]	0,57
Oui	1	(7,7)	15	(25,9)	0,65		
Troubles de l'humeur, dépression							
Non	9	(69,2)	41	(70,7)	Réf	[0,48-5,48]	0,43
Oui	4	(30,8)	17	(29,3)	1,63		
Polypathologie (≥ 2 pathologies)							
Non	3	(23,1)	4	(6,9)	Réf	[0,22-74,72]	0,35
Oui	10	(76,9)	54	(93,1)	4,01		
Polymédication à haut risque							
Non	1	(7,7)	4	(6,9)	Réf	[0,10-4,92]	0,72
Oui	12	(92,3)	54	(93,1)	0,70		
Situation sociale							
Bonne	0	(0,0)	9	(15,5)	Réf	[0,14-3,28]	0,63
Pauvre	13	(100,0)	49	(84,5)	0,68		

*OR : Odds Ratio, **IC 95% : Intervalle de Confiance à 95%

Tableau 7 : suite

Déterminants	Réhospitalisation à 30 jours						
	Non (n=58)		Oui (n=13)		OR*	IC 95%**	p
	n	(%)	n	(%)	Brut		
Caractéristiques des médecins généralistes							
Âge des médecins (ans)							
≤ 50	8	(61,5)	29	(50,0)	Réf	[0,12-1,47]	0,18
> 50	5	(38,5)	29	(50,0)	0,43		
Genre des médecins							
Homme	6	(46,2)	38	(65,5)	Réf	[0,47-4,78]	0,52
Femme	7	(53,8)	20	(34,5)	1,47		
Caractéristiques des hospitalisations							
Hospitalisation / 6 derniers mois							
Non	10	(76,9)	26	(44,8)	Réf	[1,03-14,26]	0,05
Oui	3	(23,1)	32	(55,2)	3,82		
Durée du séjour hospitalier (jours)							
≤ 7	5	(38,5)	17	(29,8)	Réf	[0,41-5,89]	0,51
> 7	8	(61,5)	40	(70,2)	1,56		
Continuité des soins hôpital - ville							
Courrier de sortie disponible							
Non	9	(69,2)	18	(31,0)	Réf	[0,09-1,01]	0,05
Oui	4	(30,8)	40	(69,0)	0,30		
Délai entre sortie et consultation (jours)							
≤ 7	10	(76,9)	36	(62,1)	Ref	[0,14-1,97]	0,34
> 7	3	(23,1)	22	(37,9)	0,53		
Problème(s) pris en charge par le médecin							
Non	6	(46,2)	16	(27,6)	Ref	[0,37-5,31]	0,62
Oui	7	(53,8)	42	(72,4)	1,41		

*OR : Odds Ratio, **IC 95% : Intervalle de Confiance à 95%

Dans le modèle multivarié, l'antécédent d'hospitalisation au cours des 6 mois précédents était indépendamment associé à un risque augmenté de réhospitalisation à 30 jours, et la disponibilité d'un courrier de sortie d'hospitalisation était indépendamment associée à un risque réduit de réhospitalisation à 30 jours (tableau 8).

Tableau 8 : Déterminants de la réhospitalisation à 30 jours après sortie d'hospitalisation des patients âgés de 75 ans et plus (analyse multivariée)

Déterminants	Réhospitalisation à 30 jours	
	OR* ajusté	IC 95%**
Hospitalisation / 6 derniers mois		
Non	Réf	
Oui	4,51	[1,14-17,86]
Courrier de sortie disponible		
Non	Réf	
Oui	0,25	[0,07-0,91]

* OR : Odds Ratio, ** IC 95% : Intervalle de Confiance à 95%

Parmi les médecins généralistes participants, 58 (81,7 %) estimaient qu'une consultation systématique du médecin traitant, dans les 7 jours suivant une sortie d'hospitalisation chez les patients âgés, était pertinente pour éviter une réhospitalisation précoce.

DISCUSSION

Les résultats de cette étude en vie réelle suggèrent que le non-respect des recommandations françaises en vigueur à propos de la transition hôpital - ville, pourrait être associé à la réhospitalisation à 30 jours des patients âgés. Deux tiers des participants de l'étude ont consulté leur médecin traitant dans les 7 jours suivant la sortie d'hospitalisation, mais les courriers de sortie n'étaient pas disponibles pour la moitié des patients, et cette absence de courrier de sortie était associée à un risque augmenté de réhospitalisation à 30 jours.

Étudier la mise à disposition du courrier de sortie d'hospitalisation du point de vue des médecins généralistes était une approche pertinente, car les critères hospitaliers de qualité des soins ne permettent pas de savoir si les courriers de sortie sont effectivement reçus par les médecins généralistes. Cependant, le courrier de sortie n'est qu'un des éléments de la continuité informationnelle des soins en sortie d'hospitalisation et ne permet pas de la représenter entièrement. La proportion de patients vus par leur médecin généraliste dans les 7 jours avait peu de risque d'être surestimée, car 90 % des rendez-vous avaient été pris à l'initiative des patients eux-mêmes ou de leur familles/aidants. Des données de fragilité auraient permis de produire une description plus détaillées des patients de l'étude et auraient autorisé des comparaisons avec d'autres études, mais n'étaient pas disponibles (72).

Il apparaît que les recommandations françaises sur la transition hôpital - ville, pour les patients âgés de 75 ans et plus, sont insuffisamment appliquées – particulièrement au sujet de la transmission des courriers de sortie d'hospitalisation à l'attention des médecins généralistes. Dans une revue systématique de 2007, Kripalani *et al.* a montré que seulement une faible proportion des courriers de sortie (12-34 %) étaient disponibles lors de la première consultation post-hospitalisation, et que plus de la moitié des courriers de sortie étaient reçus au bout d'environ une semaine (40). La revue de la littérature de Clanet *et al.* en 2015 montrait que plus des deux-tiers des médecins généralistes ne recevait pas à temps le courrier de sortie d'hospitalisation (70).

Des courriers de sorties en retard ou incomplets sont des obstacles majeurs à la continuité et à la qualité des soins (73–75). La disponibilité du courrier de sortie d'hospitalisation au moment de la consultation, qui relève de la continuité informationnelle, a été associée à une diminution du risque de réhospitalisation dans plusieurs études (74,76).

Au sein des courriers de sortie d'hospitalisation, la pertinence et la disponibilité des informations pourraient être améliorées. Dans notre étude, aucun des courriers de sortie ne contenait l'ensemble des informations recommandées par les autorités françaises ou par le Transitions of Care Consensus de 2009 (66). Dans l'étude de Witherington *et al.*, des informations précises sur les modifications thérapeutiques manquaient dans deux-tiers des courriers de sortie (76). Presque la moitié des patients dans l'étude de Moore *et al.* avait subi au moins une erreur médicale en rapport avec la discontinuité des soins (73). Kripalani *et al.* a rapporté que 24 % des médecins généralistes considéraient leur prise en charge altérée du fait de l'absence ou des manquements dans les courriers de sortie (71). Dans notre étude sur les consultations post-hospitalisation, 70 % des médecins généralistes ont relevé au moins un problème affectant leur patient. Dans plus d'un quart des cas, les ordonnances de sortie étaient jugées incomplètes par le médecin généraliste, cette évaluation subjective incluant l'omission d'une prescription, l'absence de justification d'une non-prescription, un désaccord sur une prescription ou déprescription. Plus d'un quart des patients avaient eu une sortie d'hospitalisation jugée insuffisamment préparée. Cela suggère que peu de sorties d'hospitalisation sont planifiées individuellement ; la continuité longitudinale des soins et la continuité de gestion sont insuffisamment mises en œuvre. Une revue de littérature de la Cochrane Collaboration en 2016 précisait qu'une planification structurée de sortie d'hospitalisation pouvait être associée à une moindre incidence des réhospitalisations non programmées (77). L'importance du courrier de sortie pourrait être relativisée par l'anticipation de la sortie d'hospitalisation, et l'organisation d'une conciliation globale entre l'équipe hospitalière et l'équipe de soins primaires, incluant systématiquement le médecin traitant. Une part de la continuité informationnelle des soins pourrait être automatisée via l'archivage dans un dossier patient communiquant (en France, le Dossier Médical

Partagé), des éléments factuels de la prise en charge tels que les actes techniques, les résultats d'examens complémentaires ou biologiques, ou la notification des événements indésirables.

L'échantillon des médecins généralistes dans notre étude était représentatif de la population cible en termes d'âge moyen, de sexe et de répartition géographique (78). Le faible taux de participation des médecins généralistes (23 %) n'était pas inattendu, compte-tenu du contexte de soins en France, de la longueur des questionnaires, du schéma prospectif de l'étude et de la faible densité de médecins généralistes dans la région de l'étude (79). Les caractéristiques des patients étaient comparables à celles d'autres études françaises, à l'exception d'une proportion d'hommes plus élevée dans notre population (69,80). De même, le taux de réhospitalisation à 30 jours observé dans l'étude était comparable à ceux rapportés en France. Ces éléments rendent la validité externe de l'étude acceptable.

Cette étude réalisait une approche parcellaire de la continuité des soins en sortie d'hospitalisation des patients âgés. De nombreux autres éléments qui participent à la continuité des soins informationnelle pour ces patients au retour à domicile n'ont pas été étudiés : informations transmises au patient lui-même et à ses aidants, aux autres professionnels de santé intervenant au domicile, et aux aides à domicile par exemple.

CONCLUSION

Nos résultats révèlent que les recommandations sur les transitions hôpital - ville sont insuffisamment respectées en France.

Les principales causes de rupture de la continuité des soins identifiées étaient : le retard de transmission du courrier de sortie et son caractère inadapté pour la prise en charge des patients (continuité informationnelle), l'absence d'information directe du médecin généraliste de la sortie, l'absence d'organisation d'une consultation systématique avec le médecin généraliste (continuité longitudinale), et l'absence de planification de la sortie du patient entre l'hôpital et la ville (continuité de gestion).

RÉSULTATS

DISCONTINUITÉ DES SOINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE AU DIAGNOSTIC

DE CANCER

INTRODUCTION

Souvent, quand un cancer est diagnostiqué, les médecins généralistes et les patients ont le sentiment de perdre contact l'un avec l'autre (53,55,81–83). Durant cette période, ce sont le plus souvent les médecins spécialistes et les équipes hospitalières de cancérologie qui ont la charge de piloter les investigations et les traitements du cancer. Certains patients peuvent alors penser que les médecins hospitaliers assument la prise en charge globale de leurs soins, en lieu et place de leur médecin traitant (84). Certains médecins généralistes pensent légitime de se mettre en retrait, pour ne pas alourdir le fardeau de soins du patient (42). Cependant, une revue systématique de 2016 a montré que médecins généralistes et patients sont favorables à ce que les médecins généralistes aient un plus grand rôle dans le suivi du cancer (85). Des patients canadiens atteints d'un cancer pulmonaire auraient voulu que leur médecin généraliste soit plus impliqué, dans tous les aspects du soin, et à toutes les phases du cancer (81,86).

Du point de vue des médecins généralistes, la continuité des soins est fondamentalement intégrée à leur fonction professionnelle, et participe à la satisfaction dans leur travail (21,87). Durant les phases de traitement du cancer, les médecins généralistes ne sont pas inactifs et ils rapportent que leur rôle est de fournir un soutien moral et une aide en situation de crise (55). Si les patients et les médecins perçoivent une rupture de la continuité des soins au moment du diagnostic d'un cancer, de manière concordante dans différentes études qualitatives, cela n'a jusqu'alors pas été étudié à partir de données quantitatives. Une étude danoise de 2012 a même suggéré le contraire : les patients ayant un cancer avaient un taux de consultation en médecine générale plus élevé que les patients sans cancer (88). Dans cette publication portant sur un registre national de 127 210 adultes au moment du diagnostic d'un cancer, les auteurs quantifiaient la totalité

de la consommation de soins en médecine générale et spécialisée, mais n'investiguait pas la continuité des soins.

Cette étude avait pour objectif principal de vérifier l'existence d'une rupture de continuité des soins en médecine générale, au moment du diagnostic d'un cancer, et dans l'année qui suit. L'objectif secondaire était d'identifier d'éventuels déterminants de cette rupture.

MÉTHODE

Schéma d'étude

Il s'agissait d'une analyse post-hoc d'une étude de cohorte prospective, basée sur les données de l'Observatoire de la médecine générale de la Société Française de Médecine Générale (SFMG). De 1993 à 2012, 129 médecins généralistes français ont inclus prospectivement chaque consultation des patients, dans leur pratique habituelle, et ont fourni des données sur les caractéristiques et diagnostics des patients. Ces données étaient standardisées avec les items du Dictionnaire des Résultats de Consultation, et leurs correspondantes selon la 10^e version de la classification internationale des maladies (CIM-10) et la 2^e version de la classification internationale des soins primaires (CISP2) (89). Les médecins généralistes participant à ce réseau étaient installés dans 11 des 22 régions françaises. Ils étaient largement représentatifs de la population des médecins généralistes de France, bien qu'une comparaison avec les données du Ministère de la Santé ait montré que les médecins travaillant dans les zones rurales étaient sous représentés (56).

À partir de cette cohorte, notre étude sur la continuité des soins en médecine générale au diagnostic de cancer (Continuity of Care in Cancer Patients in General Practice, COOC-GP

study) s'est focalisée sur les patients adultes, diagnostiqués avec un cancer entre le 1er janvier 2000 et le 31 décembre 2010. La date de la première consultation au cours de laquelle le diagnostic de cancer a été enregistré, a été utilisée comme proxy de la date de diagnostic du cancer.

La période étudiée pour chaque patient était de 18 mois avant le diagnostic et jusqu'à 12 mois après le diagnostic. La période de 1 an allant de 18 mois à 6 mois avant le diagnostic du cancer a été considérée comme la période de référence pour le suivi de chaque patient (figure 1). Au cours des 6 mois juste avant le diagnostic de cancer, il existe une augmentation connue de la consommation moyenne de soins en médecine générale en lien avec le cancer (88). Les patients qui ne consultaient pas de manière habituelle le médecin généraliste étaient exclus ; ceci a été défini comme les patients « n'ayant eu aucune consultation pendant la période de référence d'un an, ou durant l'année précédant le diagnostic ».

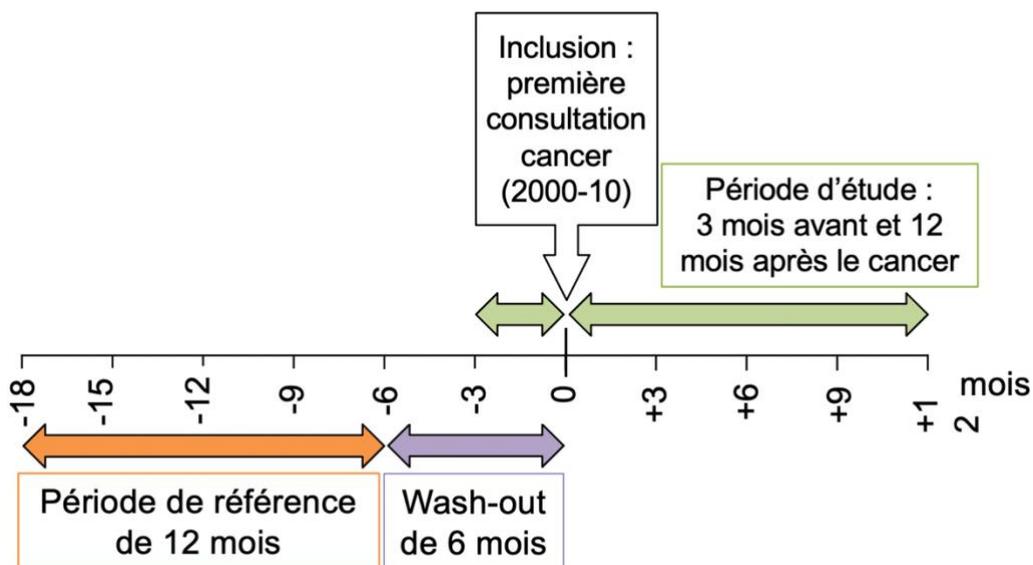


Figure 1 : Schéma de l'étude COOC-GP

Éthique et réglementation

Cette étude a été approuvée par la Société Française de Médecine Générale (French Society for General Practice) et a reçu un accord de la CNIL (Paris, référence 311668).

Données

Les données collectées incluaient les caractéristiques démographiques du patient et du médecin généraliste, la description de la première consultation mentionnant le diagnostic de cancer dans le dossier médical du médecin généraliste, et les dates des autres consultations.

Le site tumoral était classé par groupes : sein, appareil génital féminin, appareil génital masculin, système digestif (groupe de référence), peau, système respiratoire, lymphome-leucémie et autres sites tumoraux.

Les patients étaient décrits comme « vivants en zone rurale » ou non, pour tenir compte de la différence d'accès aux soins secondaires, à partir du lieu d'exercice du médecin généraliste, avec un seuil définissant les zones rurales inférieur à 2000 habitants.

Un score de comorbidité a été généré en utilisant les comorbidités de l'Index de comorbidité de Charlson, documentées avant le diagnostic du cancer, et combinées en utilisant la pondération proposée par Bannay *et al.* (90,91). L'index de Charlson modifié par Bannay recense 12 comorbidités avec les pondérations suivantes :

- insuffisance cardiaque congestive = 2
- maladie périphérique vasculaire = 1
- maladie vasculaire cérébrale = 1
- démence = 2
- maladie pulmonaire chronique = 1
- insuffisance hépatique = 2
- insuffisance rénale modérée ou sévère = 1
- hémiplégie = 2

- toute tumeur (incluant leucémie ou lymphome) = 2
- maladie du foie modérée à sévère = 3
- tumeur métastatique solide = 11
- HIV/SIDA = 1.

Le score minimum est de 0 ; le score minimal des patients ayant un cancer est de 2 ; le score maximum théorique serait de 29.

La continuité des soins a été estimée en mesurant l'intervalle maximum (en jours) entre deux consultations, pour refléter la régularité habituelle des consultations du patient.

L'intervalle mesuré a été également codé comme une variable catégorielle :

- suivi fréquent : intervalle compris entre 0 et 91 jours (0 – 3 mois)
- suivi régulier : intervalle compris entre 92 et 182 jours (> 3 – 6 mois)
- suivi occasionnel : intervalle supérieur ou égal à 183 jours (> 6 mois).

Ces catégories ont été déterminées en tenant compte : du conditionnement limité des médicaments en France (84-90 jours au plus), de la durée de prescription maximale de 6 mois pour les patients atteints de problèmes de santé chroniques, et d'une moyenne connue de sept consultations par patient et par an en France (92).

Le critère de jugement principal était la rupture de la continuité longitudinale des soins, définie comme un intervalle plus long entre deux consultations avec le médecin généraliste dans les périodes étudiées, par comparaison à la période de référence. La rupture de la continuité des soins identifiait ainsi une période inhabituellement longue sans contact entre le patient et son médecin traitant.

Les patients qui sont décédés au cours des 12 mois après le diagnostic de cancer ont été identifiés dans la base de données et par un recueil d'informations complémentaires auprès des investigateurs initiaux. Les données de ces patients ont été censurées à la date

de décès. Dans les analyses de sensibilité, ce résultat a été testé avec une marge de 20 % et de 30 jours au-dessus de l'intervalle le plus long ; tous les patients perdus de vue ont été considérés comme ayant eu une rupture de la continuité des soins. Ces marges ont été choisies pour prendre en compte le fait qu'il y a une durée maximale d'un mois pour les prescriptions données à la sortie de l'hôpital, ou pour une pharmacie qui délivrerait exceptionnellement sans nouvelle prescription.

La relation habituelle entre le patient et le médecin généraliste a aussi été estimée par le nombre de consultations par patient par trimestre, et par la proportion des patients vus au moins une fois par trimestre.

La continuité des soins a été mesurée durant le trimestre précédant le diagnostic du cancer pour observer la période des procédures diagnostiques, et durant l'année d'après pour observer la gestion du cancer et la période de traitements.

Analyse statistique

L'âge a été codé en 4 classes : 18–49 ans, 50–64 ans, 65–74 ans et ≥ 75 ans, pour distinguer les patients en âge de participer aux dépistages des cancers en France (50 à 74 ans pour les cancers du sein et du colon) et les personnes âgées (≥ 75 ans). Le score de comorbidité de chaque patient a été codé en une variable à 3 classes :

- absence de métastase et aucune comorbidité : score = 2 ;
- absence de métastase, avec comorbidité(s) : score = 3 à 12 ;
- cancer métastatique (avec ou sans comorbidité) : score ≥ 13 .

Le test *t* de Student et le test de Wilcoxon (signed-rank) pour données appariées ont été utilisés pour comparer l'intervalle maximal entre deux consultations, et la distribution des fréquences de consultations, entre la période de mesure et la période de référence.

Les différences entre les groupes avec un suivi fréquent, régulier et occasionnel, ont été testées en utilisant un test du Chi² ou une analyse de variance selon les cas, et le test Cuzick, test de tendance non paramétrique (93).

Les facteurs associés avec la rupture de continuité de soins ont été analysés séparément durant les deux périodes d'études, avec des modèles de régression logistique univariée et multivariée. Les variables avec une valeur de $p \leq 0,2$ en analyse univariée ont été introduites dans l'analyse multivariée, après que des corrélations entre variables ont été testées (V de Cramér et R² de Pearson) ; les confusions ont aussi été testées. La fréquence du suivi durant la période de référence y a été utilisée comme variable continue (c'est-à-dire le nombre de jours entre deux consultations par patient) et exprimée en mois. La variabilité entre médecins généralistes a été testée dans des modèles mixtes hiérarchiques. Les capacités de discrimination du modèle multivarié ont été vérifiées par l'analyse de l'aire sous la courbe ROC.

Pour toutes les analyses, la version 14.4 de Stata (StataCorp, College Station, TX, USA) a été utilisée et la pertinence statistique a été établie à $p < 0,05$.

RÉSULTATS

Caractéristiques de la population

Sur la période de l'étude, la population des médecins généralistes comprenait 96 médecins, pratiquant dans 11 des 22 régions de France ; 84 (87,5 %) étaient des hommes et 65 (67,7 %) avaient un cabinet de groupe.

Des 4 690 patients éligibles, 2 853 ont été inclus (figure 2). Les patients avaient une moyenne d'âge de 66,1 ans (écart type 13,9 ans) ; 1 440 (50,5 %) étaient des femmes, 389 (13,6 %) avait une maladie métastatique, et 769 patients (27,0 %) avaient au moins une comorbidité. Les caractéristiques des patients sont présentées dans le tableau 9.

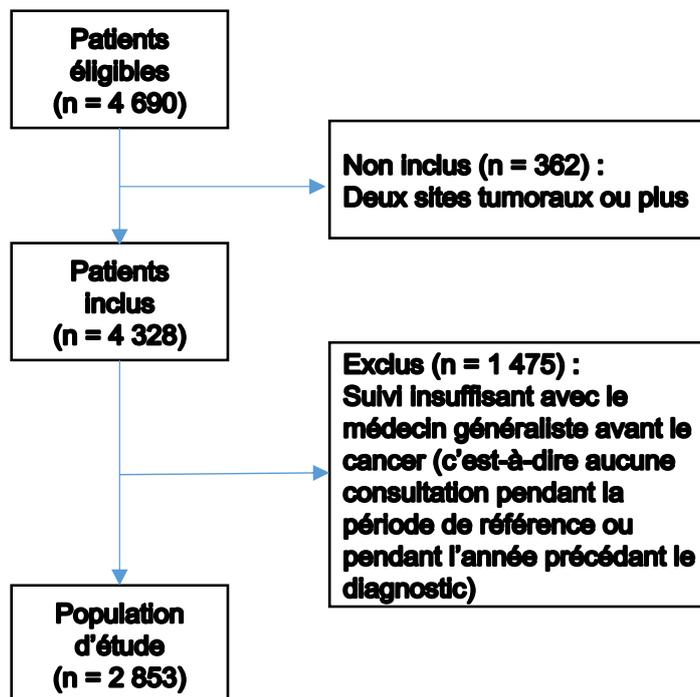


Figure 2 : Diagramme de flux des patients dans l'étude COOC-GP.

Tableau 9 : Caractéristiques des patients durant la période de référence

		Population d'étude	
		N= 2 853	
Âge : moyenne (ans) [min-max]		66,09 ±13,92 [18-110]	
Score de comorbidité : moy. ±ET [min-max]		3,96 ±3,90 [2-19]	
		N	(%)
Groupes d'âge (ans)			
	18-49	352	(12,34)
	50-64	880	(30,84)
	65-74	747	(26,18)
	≥ 75	874	(30,63)
Score de comorbidité (catégories)			
	2	1813	(63,55)
	3-12	651	(22,82)
	≥13 (métastatique)	389	(13,63)
Sexe			
	Femmes	1440	(50,47)
Site tumoral (N=2 430)			
	Sein	548	(22,55)
	Appareil génital / féminin	128	(5,27)
	Appareil génital / masculin	463	(19,05)
	Système digestif	444	(18,27)
	Peau	254	(10,45)
	Système respiratoire	221	(9,09)
	Lymphome, leucémie	102	(4,20)
	Autres localisations	270	(11,11)
Visite à domicile (à l'inclusion)		430	(15,07)
Habitant en zone rurale (N= 2 317)		857	(35,80)
Niveau de vie : médiane (en 2013, N=2 337)			
	1er quartile	757	(32,39)
	2e quartile	450	(19,25)
	3e quartile	558	(23,88)
	4e quartile	572	(24,48)

Les patients avec un suivi « fréquent » durant la période de référence (0 – 3 mois), étaient significativement plus âgés, avaient davantage de comorbidités, de visites à domicile au diagnostic du cancer, et un niveau de vie médian plus faible, par comparaison aux patients avec un suivi « régulier » ou « occasionnel » ; il n'y avait pas de différence selon le sexe du

patient. Au final, 46 patients sont morts pendant l'année suivant le diagnostic du cancer. Parmi les 249 patients (8,7 %) n'ayant eu aucune consultation pendant les 12 mois après le diagnostic, 1 était mort, 11 étaient vivants (avec au moins une consultation au-delà de la période étudiée) et 237 étaient perdus de vue.

Il existait des différences entre les patients inclus et les patients exclus, en termes de comorbidités (score de $4,0 \pm 3,9$, min - max [2-19] *versus* $2,9 \pm 2,9$, min - max [2-15], $p < 0.01$) et d'âge ($66,1 \text{ ans} \pm 13,9$ *versus* $63,7 \text{ ans} \pm 15,0$; $p < 0.01$): le suivi avec le médecin généraliste était moins fréquent pour les patients jeunes et ceux ayant peu de comorbidités. Il existait également des différences entre patients inclus et patients exclus, en termes de visites à domicile (15,1 % *versus* 22,2 %; $p < 0.01$), de sexe du médecin (9,6 % *versus* 13,0 % de femmes; $p < 0.01$), d'âge du médecin ($51,4 \text{ ans} \pm 7,6$ *versus* $50,5 \text{ ans} \pm 7,2$; $p < 0.01$), pour les sites tumoraux « peau » et « appareil respiratoire » (8,9 % *versus* 3,4 % and 7,7 % *versus* 10,2 %; $p < 0.01$). Les patients inclus et les patients exclus ne différaient pas en termes de sexe ($p = 0,78$), de lieu de vie rural ($p = 0,88$) ou d'exercice en groupe du médecin ($p = 0,56$).

Durant la période de référence, la fréquence du suivi a pu être déterminée pour 2 749 patients : 697 (25,3 %) des patients avaient un suivi fréquent (consultations espacées d'au maximum 0 à 3 mois inclus), 1 134 (41,3 %) avaient un suivi régulier (consultations espacées d'au maximum 3 à 6 mois inclus), et 918 (33,4 %) avaient un suivi occasionnel (consultations espacées d'au minimum de 6 mois). Le tableau 10 présente la distribution des patients selon leurs caractéristiques descriptives et la fréquence de leur suivi avec le médecin généraliste. Les patients avec des consultations fréquentes pendant la période de référence étaient en moyenne plus âgés, avaient plus de comorbidités et avaient

proportionnellement plus de visites à domicile que les patients avec des consultations régulières ou occasionnelles ; il n'y avait pas de différences selon le sexe.

Le tableau 11 détaille la distribution de la fréquence du suivi (selon l'intervalle maximal entre consultations consécutives) durant les périodes étudiées, par rapport à la période de référence. Parmi les 903 patients (31,7 %) qui n'étaient pas perdus-de-vue après le cancer, mais dont le suivi était insuffisant durant la période de référence, 555 (61,5 %) et 279 (30,9 %) avaient respectivement un suivi « fréquent » et « régulier » avec le médecin généraliste pendant l'année suivant le diagnostic de cancer.

Tableau 10 : Distribution des patients selon la fréquence du suivi avec le médecin généraliste durant la période de référence

	Intervalle maximal entre consultations consécutives durant la période de référence						p	p de tendance ^c
	0-3 mois "fréquent"		3-6 mois "régulier"		> 6 mois "occasionnel"			
	Moy. ±ET [min-max]		Moy. ±ET [min-max]		Moy. ±ET [min-max]			
Âge : moyenne (ans)	69,04 ±14,06 [18-102]		68,01 ±12,75 [20-98]		62,23±13,98 [19-110]		<,001 ^a	<,001
Score de comorbidité : moy. ±ET [min-max]	4,33 ±4,10 [2-19]		3,81 ±3,71 [2-18]		3,78±3,89 [2-16]		<,001 ^a	<,001
	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
Groupes d'âge (ans)								
18-49	67	(9,61)	98	(8,64)	159	(17,32)		
50-64	167	(23,96)	335	(29,54)	340	(37,04)	<,001 ^b	<,001
65-74	182	(26,11)	307	(27,07)	241	(26,25)		
≥ 75	281	(40,32)	394	(34,74)	178	(19,39)		
Score de comorbidité (categories)								
2	379	(54,38)	702	(61,90)	658	(71,68)	<,001 ^b	<,001
3-12	212	(30,42)	296	(26,10)	135	(14,71)		
≥13 (métastatique)	106	(15,21)	136	(11,99)	125	(13,62)		
Sexe								
Femmes	349	(50,07)	584	(51,50)	454	(49,46)	0,64 ^b	0,75
Site tumoral (N=2 430)								
Sein	128	(21,59)	227	(23,38)	171	(22,06)		
Appareil génital / féminin	34	(5,73)	48	(4,94)	40	(5,16)		
Appareil génital / masculin	110	(18,55)	172	(17,71)	159	(20,52)		
Appareil digestif	108	(18,21)	184	(18,84)	137	(17,68)	0,51 ^b	0,39
Peau	65	(10,96)	117	(12,05)	67	(8,65)		
Appareil respiratoire	62	(10,46)	78	(8,03)	68	(8,77)		
Lymphome, leucémie	22	(3,71)	43	(4,43)	34	(4,39)		
Autres localisations	64	(10,79)	102	(10,50)	99	(12,77)		
Visite à domicile	140	(20,09)	176	(15,52)	98	(10,06)	<,001 ^b	<,001
Habitant en zone rurale (N= 2 317)	203	(36,06)	343	(35,36)	290	(36,99)	0,78 ^b	0,68
Niveau de vie : médiane (en 2013, N=2 337)								
1er quartile	223	(39,26)	292	(29,80)	242	(30,67)	0,001 ^b	0,01
2e quartile	104	(18,31)	201	(20,51)	145	(18,38)		
3e quartile	102	(17,96)	251	(25,61)	205	(25,98)		
4e quartile	139	(24,47)	236	(24,08)	197	(24,97)		

Tests statistiques: ^a Test Anova - ^b Test Chi carré de Pearson - ^c Test non paramétrique de tendance entre des groupes ordonnés (Cuzick 1985)

Tableau 11 : Fréquence du suivi pendant les périodes étudiées par rapport à la période de référence.

Intervalle maximal entre deux consultations (mois):	Durant le trimestre avant cancer								<i>p</i>
	0-3 mois "fréquent"		3-6 mois "régulier"		> 6 mois "occasionnel"		Total		
	n	(%) ^a	n	(%) ^a	n	(%)	n ^c	(%)	
Durant la période de référence									
0-3 mois, "fréquent"	491	(70,4)*	143	(20,5)	63	(9,1)	697	(25,4)	
3-6 mois, "régulier"	530	(46,7)	468	(41,3)	136	(12,0)	1134	(41,2)	< 0,001 ^b
> 6 mois, "occasionnel"	278	(30,3)	316	(34,4)	324	(35,3)	918	(33,4)	
Total	1299	(47,3)	927	(33,7)	523	(19,0)	2749	(100,0)	
Durant l'année après cancer									
0-3 mois, "fréquent"	487	(74,1)*	159	(24,2)	11	(1,7)	657	(26,0)	
3-6 mois, "régulier"	579	(54,2)	436	(40,8)	53	(5,0)	1068	(42,3)	< 0,001 ^b
> 6 mois, "occasionnel"	418	(58,7)	310	(38,7)	74	(9,2)	802	(31,7)	
Total	1484	(58,7)	905	(35,8)	138	(5,5)	2527	(100,0)	

Tests statistiques: ^a Pourcentage en ligne - ^b Test de Wilcoxon (matched-pairs signed-ranks) - ^c

Nombre de patients ayant eu au moins une consultation sur la période

*Parmi les patients ayant un suivi « fréquent » durant la période de référence, 70,4 % gardaient un suivi « fréquent » durant le trimestre avant cancer et 74,1 % durant l'année après le diagnostic de cancer.

Analyse de la rupture de la continuité des soins

Au cours des périodes étudiées, le nombre moyen de consultations s'échelonnait de 1,2 à 1,7 par patient par trimestre (courbe), et la proportion de patients vus au moins une fois par trimestre s'échelonnait de 63 % à 76 % (histogrammes, figure 3). La figure 3 montre un pic de fréquence de consultations par patient au premier trimestre après le diagnostic du cancer. La proportion de patients vus au moins une fois par trimestre augmente aussi globalement jusqu'au trimestre après le diagnostic, avec toutefois un creux notable au trimestre précédant le diagnostic de cancer (-6,8 % en valeur absolue).

L'intervalle maximal moyen entre deux consultations consécutives était plus court, de manière significative, durant le premier trimestre après le diagnostic du cancer, en comparaison avec la période de référence : 122,9 jours (IC 95 % = 119,7 - 26,1) *versus* 203,1 jour (IC 95 % = 194,2 - 212,0 ; n= 2 794, $p < 0,001$). L'intervalle maximal moyen entre deux consultations consécutives était également plus court, de manière significative, durant l'année suivant le cancer : 90,8 jours (IC 95 % = 89,0 - 92,7) *versus* 195,7 jours (IC 95 % CI = 186,8 - 204,7 ; n = 2527, $p < 0,001$).

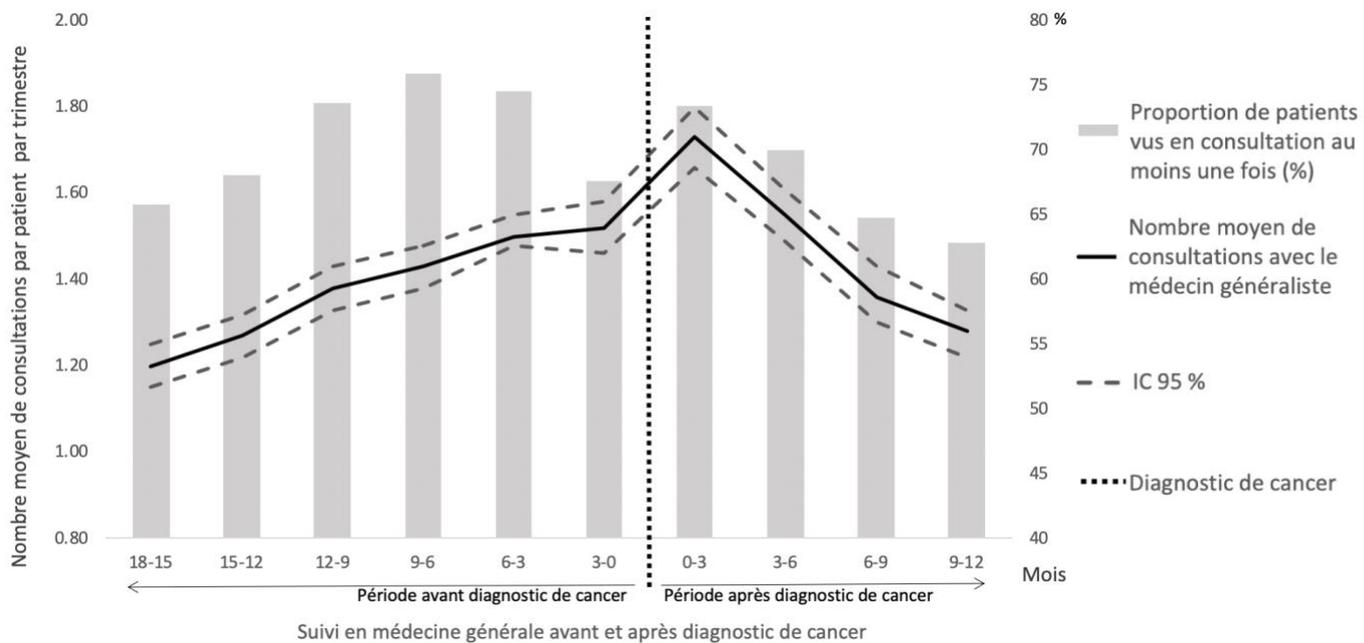


Figure 3 : Nombre moyen de consultations et proportion de patients vus au moins une fois en consultation par trimestre

Parmi les 2853 patients, 768 (26,9 %) ont eu une rupture de continuité des soins durant le trimestre précédant le diagnostic (IC 95 % = 25,3 - 28,6), et parmi les 2616 patients ayant eu un suivi durant l'année suivant le diagnostic, 583 (22,3 %) ont eu une rupture de soins durant l'année suivant le diagnostic (IC 95 % = 20,7 - 23,9).

Dans l'analyse de sensibilité, avec une marge de 30 jours ou de 20 %, respectivement 15,4 % (IC 95% = 14,0 - 16,7) et 18,1 % (IC 95% = 16,7 - 19,5) des patients ont eu une rupture de la continuité des soins durant le trimestre précédant le diagnostic ; respectivement 9,5 % (IC 95% = 8,4 - 10,7) et 13,9 % (IC 95% = 12,6 - 15,3) durant l'année suivant le diagnostic. Prenant en compte la rupture de continuité des soins pour les patients perdus de vue, cette proportion équivalait à 28,5 % (IC 95% = 26,8 - 30,2) dans l'année suivant le diagnostic de cancer. Parmi ces patients qui ont expérimenté une rupture de la continuité des soins dans l'année suivant le diagnostic, 329 (56,4 %) ont aussi expérimenté une rupture de la continuité des soins durant le trimestre précédant le diagnostic.

La variabilité entre médecins généralistes n'était pas significative dans les deux modèles hiérarchiques testés ($p = 0,18$ dans l'année suivant le diagnostic, $p = 0,23$ dans le trimestre précédent) ; de ce fait, des modèles logistiques non hiérarchiques, plus parcimonieux, ont été utilisés.

En analyse univariée, durant le trimestre précédant le diagnostic du cancer, le site de la tumeur et la plus grande fréquence du suivi durant la période de référence étaient associés avec une rupture de la continuité des soins (tableau 12) ; les caractéristiques des médecins généralistes n'étaient pas statistiquement associées à la rupture. Durant la période de l'année suivant le diagnostic du cancer, un âge plus élevé, le sexe, le site de la tumeur, un plus haut score de comorbidité, et la fréquence du suivi durant la période de référence, étaient associés à une rupture de la continuité des soins ($p < 0,2$, tableau 13).

Tableau 12 : Déterminants de la rupture de continuité des soins, pendant le trimestre précédant le diagnostic de cancer (analyse univariée)

	Rupture de continuité (N=768)		Absence de rupture de continuité (N=2 085)		OR ^a	[IC 95%]	p ^b
	Moy. ±ET		Moy. ±ET				
	N	(%)	N	(%)			
Âge du patient : moy. (ans)	66,33	±14,37	66,00	±13,75	1,00	[0,99-1,00]	0,57
Âge du médecin : moy. (ans)	51,20	±7,82	51,5	±27,59	0,99	[0,98-1,00]	0,32
Groupe d'âge du patient (ans)							0,77
18-49	97	(12,63)	255	(12,23)	Réf.	-	
50-64	226	(29,43)	654	(31,37)	0,91	[0,69-1,20]	
65-74	202	(26,30)	545	(26,14)	0,97	[0,73-1,29]	
≥ 75	243	(31,64)	631	(30,26)	1,01	[0,77-1,34]	
Sexe du patient							0,23
Homme	366	(47,66)	1 047	(52,34)	Réf.	-	
Femme	402	(52,34)	1 038	(49,78)	1,11	[0,94-1,31]	
Score de comorbidité (catégories)							0,33
2	500	(65,10)	1313	(62,97)	Réf.	-	
3-12	175	(22,79)	476	(22,83)	0,97	[0,79-1,18]	
≥ 13 (métastatique)	93	(12,11)	296	(14,20)	0,83	[0,64-1,06]	
Site tumoral							0,16
Sein	158	(24,31)	390	(21,91)	1,15	[0,86-1,52]	
Appareil génital / féminin	43	(6,62)	85	(4,78)	1,43	[0,94-2,18]	
Appareil génital / masculin	117	(18,00)	346	(19,44)	0,96	[0,71-1,29]	
Appareil digestif	116	(17,85)	328	(18,43)	Réf.	-	
Peau	76	(11,69)	178	(10,00)	1,21	[0,86-1,70]	
Appareil respiratoire	57	(8,77)	164	(9,21)	0,98	[0,68-1,42]	
Lymphome, leucémie	20	(3,07)	82	(4,60)	0,69	[0,40-1,17]	
Autres localisations	63	(9,69)	207	(11,63)	0,69	[0,40-1,17]	
Fréquence du suivi durant la période de référence							<0,001
0 - 3 mois, "fréquent"	350	(45,67)	347	(17,52)	Réf.	-	
3 - 6 mois, "régulier"	317	(41,28)	817	(41,24)	0,39	[0,32-0,47]	
> 6 mois, "occasionnel"	101	(13,15)	817	(41,24)	1,22	[0,87-1,17]	
Sexe du médecin							0,38
Homme	700	(91,15)	1 878	(90,07)	Réf.	-	
Femme	68	(8,85)	207	(9,93)	0,88	[0,66-1,17]	
Médecin exerçant en groupe							0,83
Oui	556	(72,40)	1 518	(72,81)	0,98	[0,81-1,18]	
Non	212	(27,60)	567	(27,19)	Réf.	-	

Tableau 12 (suite) : Déterminants de la rupture de continuité des soins, pendant le trimestre précédant le diagnostic de cancer (analyse univariée)

	Rupture de continuité (N=768)		Absence de rupture de continuité (N=2 085)		OR ^a	[IC 95%]	p ^b
	N	(%)	N	(%)			
	Vie en milieu rural						
Non	404	(62,15)	1 133	(64,97)	Réf.	-	
Oui	246	(37,85)	611	(35,03)	1,13	[0,94–1,36]	

Tests statistiques: ^a régression logistique univariée - ^b test de Wald - OR: odds ratio; IC 95% : intervalle de confiance à 95 %

Tableau 13 : Déterminants de la rupture de continuité des soins pendant l'année suivant le diagnostic de cancer (analyse univariée)

	Rupture de continuité (N=768)		Absence de rupture de continuité (N=2 085)		OR ^a	[IC 95%]	p ^b
	Moy. ±ET		Moy. ±ET				
	Âge du patient : moy. (ans)	67,6	±13,2	65,9			
Âge du médecin : moy. (ans)	51,5	±7,9	51,5	±7,4	1,00	[0,99–1,01]	0,98
	N	(%)	N	(%)			
Groupe d'âge du patient (ans)							0,09
18-49	56	(9,61)	256	(12,59)	Réf.	-	
50-64	169	(28,99)	631	(31,04)	1,22	[0,88–1,71]	
65-74	160	(27,44)	530	(26,07)	1,38	[0,98–1,94]	
≥ 75	198	(33,96)	616	(30,30)	1,47	[1,06–2,04]	
Sexe du patient							0,10
Homme	273	(46,83)	1 030	(50,66)	Réf.	-	
Femme	310	(53,17)	1 003	(49,34)	1,17	[0,97–1,40]	
Score de comorbidité (catégories)							0,02
2	379	(65,01)	1 262	(62,08)	Réf.	-	
3–12	145	(24,87)	475	(23,36)	1,02	[0,82–1,26]	
≥ 13 (métastatique)	59	(10,12)	296	(14,56)	0,66	[0,49–0,90]	

Tableau 13 (suite) : Déterminants de la rupture de continuité des soins pendant l'année suivant le diagnostic de cancer (analyse univariée)

	Rupture de continuité (N=768)		Absence de rupture de continuité (N=2 085)		OR ^a	[IC 95%]	p ^b
	Moy. ±ET		Moy. ±ET				
	N	(%)	N	(%)			
Site tumoral							0,03
Sein	120	(24,84)	385	(21,74)	1,16	[0,85–1,59]	
Appareil génital / féminin	33	(6,83)	83	(4,69)	1,48	[0,93–2,37]	
Appareil génital / masculin	92	(19,05)	347	(19,59)	0,99	[0,71–1,38]	
Appareil digestif	86	(17,81)	321	(18,13)	Réf.	-	
Peau	60	(12,42)	183	(10,33)	1,22	[0,84–1,78]	
Appareil respiratoire	29	(6,00)	173	(9,77)	0,63	[0,40–0,99]	
Lymphome, leucémie	21	(4,35)	76	(4,29)	1,03	[0,60–1,77]	
Autres localisations	42	(8,70)	203	(11,46)	0,77	[0,51–1,16]	
Fréquence du suivi durant la période de référence							
0 – 3 mois, "fréquent"	347	(59,52)	312	(15,95)	Réf.	-	<0,001
3 – 6 mois, "régulier"	216	(37,05)	856	(43,76)	0,23	[0,18–0,28]	
> 6 mois, "occasionnel"	20	(3,43)	788	(40,29)	0,02	[0,01–0,04]	
Sexe du médecin							
Homme	534	(91,60)	1 837	(90,36)	Réf.	-	0,36
Femme	49	(8,40)	196	(9,64)	0,86	[0,62–1,19]	
Médecin exerçant en groupe							
Oui	168	(28,82)	548	(26,96)	Réf.	-	0,38
Non	415	(71,18)	1 485	(73,04)	0,91	[0,74–1,12]	
Vie en milieu rural							
Non	319	(65,77)	1 090	(63,85)	Réf.	-	0,44
Oui	166	(34,23)	617	(36,15)	0,92	[0,74–1,14]	

Tests statistiques : ^a régression logistique univariée - ^b test de Wald - OR: odds ratio; IC 95% : intervalle de confiance à 95 %

Dans l'analyse multivariée, une plus grande fréquence du suivi durant la période de référence était le seul déterminant significatif. Après ajustement sur la fréquence du suivi durant la période de référence, la probabilité de rupture de continuité des soins a diminué avec l'augmentation du score de comorbidité et avec le statut métastatique (tableau 14).

La capacité discriminante de ces modèles était correcte et bonne (AUC 0,73 durant le trimestre précédant le diagnostic et AUC 0,83 dans l'année suivant le cancer, (données non présentées)) (94).

Tableau 14 : Déterminants d'une rupture de la continuité des soins (régression logistique multivariée)

		Rupture de la continuité		Absence de rupture de la continuité		OR ^a	[IC 95%]
		Moy. ±ET		Moy. ±ET			
Trimestre avant cancer (N= 2 539)	Fréquence du suivi durant la période de référence (exprimée en unité de 1 mois)	3,59 ±2,21		7,87 ±8,80		0,73	[0,71-0,76]
	Fréquence du suivi durant la période de référence (exprimée en unité de 1 mois)	2,91 ±1,82		7,50 ±8,25		0,51	[0,48-0,55]
Year after cancer (N=2 539)		N	(%)	N	(%)		
	Score de comorbidité (catégories)						
	2	379	(65,01)	1 208	(61,76)	<i>Réf.</i>	-
	3-12	145	(24,87)	469	(23,98)	0,61	[0,48-0,79]
	≥ 13 (métastatique)	59	(10,12)	279	(14,26)	0,49	[0,35-0,70]

Tests statistiques : ^a régression logistique multivariée - OR: odds ratio; IC 95% : intervalle de confiance à 95 %

DISCUSSION

Principaux résultats

Cette étude a confirmé que le diagnostic d'un cancer est associé à une augmentation globale du nombre et de la fréquence des consultations en médecine générale, autour du moment du diagnostic et dans l'année qui suit. Elle a démontré également qu'environ trois-quarts des patients n'ont pas eu de rupture de la continuité des soins avec leur médecin généraliste. Cependant, 27 % auraient expérimenté une telle rupture durant le

trimestre précédant le diagnostic, et 22 % dans l'année qui suit le diagnostic de cancer. Parmi les patients qui ont eu une rupture de continuité des soins dans l'année suivant le diagnostic, 56 % l'ont aussi vécu durant le trimestre précédant le diagnostic. Le risque de rupture de la continuité des soins dans l'année après le diagnostic semblait plus faible pour les patients qui présentaient des comorbidités ou un cancer métastatique. L'âge et le sexe des patients, le site de la tumeur, ou les caractéristiques du médecin généraliste, n'ont pas été associés à une rupture de la continuité des soins.

Forces et limites

À notre connaissance, il s'agit de la première étude explorant l'effet du diagnostic d'un cancer sur la continuité des soins, dans le suivi habituel des patients en médecine générale. De nombreuses études ont exploré la continuité des soins du point de vue des patients (53,81,84) ; d'autres études ont exploré le point de vue des médecins généralistes, par des méthodes qualitatives (53,55,95,96). À ce jour, aucune étude n'avait quantifié la rupture de continuité des soins, à partir d'une base de données nationale en médecine générale. La large cohorte des patients inclus dans cette étude a permis d'obtenir des estimations précises de l'effet du diagnostic d'un cancer. Cependant il faut rester prudent dans leur généralisation hors du contexte français ou d'un contexte offrant des soins comparables.

Parmi les multiples dimensions de la continuité des soins, cette étude a utilisé une nouvelle approche évaluant la continuité des soins longitudinale, basée sur la fréquence du suivi, c'est-à-dire le rythme des consultations patient - médecin généraliste, et l'intervalle maximal entre deux consultations consécutives (1). Cette approche de la continuité des soins en médecine générale met en lumière l'impact clinique potentiel sur

le suivi des patients et sur la coordination des soins ambulatoires, et reflète le risque de déclin de la relation médecin-patient préexistante. Cependant, il n'est pas possible de conclure si cette période autour du diagnostic de cancer est associée à un risque de rupture de la continuité des soins du point de vue des patients ou du point de vue global du système de santé. La comparaison des résultats avec d'autres études est de ce fait limitée ; cependant, Salisbury *et al.* estimait qu'explorer la continuité des soins du point de vue des médecins généralistes était pertinent (13).

L'âge médian au diagnostic de cancer dans cette cohorte était cohérent avec les données épidémiologiques françaises disponibles sur la même période à partir de registres de cancers, soit 67 ans chez les hommes et 64 ans chez les femmes (97). Cette cohorte comportait relativement plus de femmes que d'hommes, celles-ci représentant 50 % des patients inclus, contre 43 % des cancers incidents en 2005 en France. Ce constat peut être expliqué par le fait que les femmes françaises consultent habituellement plus souvent leur médecin généraliste que les hommes (98).

Le nombre moyen de consultations ($8,3 \pm 5,7$) dans cette cohorte durant les 18 mois précédant le diagnostic de cancer, était plus faible que celui mesuré durant les deux années précédant un cancer dans une large cohorte anglaise de médecins généralistes : $15,3 \pm 13,7$ consultations chez des patients avec un cancer du sein, $16,6 \pm 13,1$ chez des patients avec un cancer colorectal et $19,9 \pm 14,3$ avec un cancer pulmonaire (99). Ce constat peut être lié aux différences entre les systèmes de santé, notamment l'absence de rôle de « gatekeeping » pour les médecins généralistes en France jusqu'en 2006. Pendant la période de 12 mois utilisée comme référence, le nombre moyen de consultations par patient et la proportion de patients vus au moins une fois semblaient augmenter sensiblement (figure 3). Il n'est pas exclu que la date d'inclusion choisie comme proxy du

diagnostic soit significativement postérieure à la date réelle du diagnostic du cancer, ce qui aurait justifié du choix d'une période de référence davantage en amont du cancer.

L'exclusion des patients avec un suivi insuffisant était nécessaire pour étudier la continuité des soins entre les patients et leur médecin généraliste. Les patients exclus de l'étude étaient probablement vus occasionnellement par le médecin généraliste, à la place d'un collègue, ou étaient des patients qui ne venaient pas habituellement voir leur praticien (relativement plus jeunes et sans comorbidité). Dès lors, l'extrapolation des résultats devrait être limitée aux patients qui ont été vus au moins une ou deux fois au cours des 18 mois précédant le diagnostic de cancer. Dans leurs études, Leleu *et al.* et Wolinsky *et al.* avaient également exclus les patients ayant des contacts trop espacés avec leur médecin généraliste, définis comme un intervalle entre consultations supérieur à 6 et 8 mois, respectivement (31,32).

Davantage de consultations en médecine générale autour du diagnostic de cancer

Notre étude a montré que le diagnostic de cancer entraîne une augmentation globale de la consommation de soins en médecine générale. Dans une étude danoise, les patients qui avaient été diagnostiqués avec un cancer ont été vus plus souvent par un médecin généraliste que les patients sans cancer, avec un maximum de consultations durant le mois juste avant le diagnostic (presque 60 % contre approximativement 25 % pour les patients sans cancer) (88). Nos résultats montrent une progression similaire du nombre de consultations avec le médecin généraliste, avec un pic décalé au cours du premier trimestre après le diagnostic du cancer. Dans une autre étude, sur 65 337 patients avec un cancer en Angleterre, un tiers déclarait avoir eu un contact avec leur médecin généraliste dans les deux semaines précédentes (100). Ces résultats confirment que les

médecins généralistes sont particulièrement impliqués au moment du diagnostic d'un cancer pour répondre aux besoins des patients, incluant : la conduite de consultations et de visites à domicile ; l'apport d'un soutien psychologique ; la gestion de la douleur, de l'anxiété, des comorbidités, et des effets secondaires des traitements ; et enfin de l'aide en cas de problématiques familiales ou économiques (53,55,86). Selon la plupart des patients, le médecin généraliste est le médecin de confiance pour assumer la responsabilité de leur santé, dans sa globalité et dans la durée. Il a été démontré que les patients souhaitent voir « leur » médecin généraliste, médecin traitant, quand ils font face à des problèmes chroniques ou psychologiques, de façon à ce qu'ils n'aient pas à répéter l'ensemble de leur histoire à chaque consultation (22). Ce constat peut être aisément transposé à la situation des patients qui ont un cancer.

Un quart des patients ayant un cancer perd contact avec son médecin généraliste

En dépit du nombre globalement accru des consultations, approximativement un quart des patients ont perdu contact avec leur médecin généraliste au moment du diagnostic de leur cancer : ils n'ont pas vu leur médecin généraliste pendant une période plus longue qu'au cours de 12 mois de suivi habituel. Ces données reflètent ce que les médecins généralistes perçoivent subjectivement, c'est-à-dire : « quand les patients ont un cancer, ils arrêtent de me voir », « à partir du moment où le diagnostic est posé, je suis complètement hors-jeu » (53,83). Bien que l'existence d'une rupture de la continuité des soins telle que perçue par les médecins généralistes soit corroborée par nos résultats, paradoxalement trois-quarts des patients ne perdent pas contact avec leur médecin généraliste.

Certaines des études évaluant la continuité des soins au diagnostic du cancer ont avancé des hypothèses sur les causes d'une telle rupture. Les équipes hospitalières d'oncologie font probablement trop peu d'incitations systématiques à revoir le médecin traitant : l'étude d'Allgar *et al.*, en Angleterre, a montré que seulement la moitié des patients avec un cancer recevait l'information de contacter leur médecin généraliste à la sortie de l'hôpital, et que la moitié de ces derniers le faisaient (100). Les patients avec un cancer ressentent le besoin d'un suivi hospitalier : une analyse bibliographique a trouvé que les patients se sentaient plus confiants avec un suivi basé à l'hôpital, car cela signifiait pour eux un accès direct à l'expertise oncologique et aux examens complémentaires si nécessaire (101). Enfin, les patients avec un cancer peuvent ne pas ressentir le besoin d'un suivi en médecine générale : dans une étude canadienne concernant des patients avec un cancer du poumon, certains patients n'identifiaient pas le rôle que leur médecin généraliste pouvait jouer au regard de leur cancer, particulièrement s'ils n'avaient pas d'autres problèmes de santé (86). Certains patients valorisaient l'implication de leur médecin généraliste dans le suivi du cancer, mais d'autres pensaient que leur médecin était trop occupé, manquait de connaissances spécifiques ou n'était pas intéressé par ce suivi. Certains patients pouvaient également avoir perdu confiance en leur médecin généraliste, du fait d'insuffisances ressenties durant le diagnostic ou le recours aux spécialistes.

Implications pour la pratique médicale et la recherche

La rupture de la continuité des soins, qui a concerné certains des patients autour du moment du diagnostic du cancer et dans l'année après, a pu affecter de manière négative leur relation patient-médecin généraliste, ainsi que la réalisation de soins préventifs, ou la gestion des maladies chroniques. Du point de vue du médecin généraliste, le cancer peut

être considéré comme la simple survenue d'un nouvel état morbide dans l'histoire médicale du patient. Cependant, cet événement est spécifique car il est le plus souvent associé à d'importants changements qui affectent la prise en charge par le médecin généraliste : interventions de multiples professionnels de santé, traitements successifs à risque d'effets secondaires sévères, altération parfois importante du statut médical, social et psychologique du patient. Après une durée inhabituellement longue sans revoir un patient ayant un cancer, il peut être complexe et difficile pour le médecin généraliste de reprendre le suivi de ce patient, vis-à-vis du cancer et des autres maladies. Dans l'étude présentée ici, les comorbidités et le statut métastatique étaient indépendamment associés à une probabilité réduite de rupture de continuité des soins dans l'année suivant le diagnostic du cancer. Les patients qui ont des comorbidités existantes, quand ils sont diagnostiqués avec un cancer, étaient probablement davantage habitués à faire confiance à leur médecin généraliste pour prendre en charge tous les soins concernant leur santé (22). Il n'est pas du rôle spécifique des oncologues de prendre en charge la multi morbidité des patients ayant un cancer, même si la prise en compte des comorbidités est indispensable au choix des traitements du cancer. L'oncogériatrie s'est développée dans cet objectif pour les patients âgés. On ne sait pas si les patients qui consultent leur médecin généraliste aussi souvent qu'auparavant autour du diagnostic du cancer, le font du fait de leur cancer, ou pour assurer le suivi d'autres pathologies, ou encore pour les deux. En situation de soins palliatifs, le médecin traitant a souvent un rôle central auprès du patient à domicile (85).

La continuité des soins est une valeur fondamentale pour les médecins généralistes et pour la plupart des patients, notamment ceux qui ont des pathologies chroniques. Des recherches qualitatives complémentaires pourraient être conduites pour mieux

comprendre de quoi les médecins généralistes ont besoin pour être mieux impliqués dans les soins du cancer, et de quoi les patients auraient besoin pour mieux impliquer leur médecin traitant. Après la phase de traitement, la plupart des cancers exigent ou exigeront un suivi à long terme par le médecin généraliste, avec une gestion de la maladie semblable à celle d'autres maladies chroniques. Préserver la continuité des soins patient-médecin généraliste pourrait être un atout pour tous les patients avec un cancer, dans la phase de diagnostic et de traitement. Par exemple, il pourrait être utile de vérifier que de tels patients ont nommé un médecin généraliste comme médecin traitant, et d'inciter les spécialistes du cancer à adresser leurs patients vers le médecin généraliste périodiquement. Il serait également intéressant de mieux définir le rôle des médecins généralistes au sein des équipes prenant en charge le cancer, et d'en informer les patients.

CONCLUSION

Nos résultats montrent qu'au moment du diagnostic d'un cancer, le médecin généraliste assure une continuité des soins pour la plupart des patients : trois quarts d'entre eux voient plus souvent leur médecin généraliste qu'à leur habitude.

Cependant, environ un quart des patients ayant un suivi habituel perdent transitoirement contact avec leur médecin traitant, en particulier ceux qui n'ont ni comorbidité ni métastases. L'âge et le sexe des patients, le type de cancer, ou les caractéristiques du médecin généraliste, n'étaient pas associés à cette situation de rupture de la continuité des soins.

RÉSULTATS

PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE AU DIAGNOSTIC DE CANCER

INTRODUCTION

Les troubles psychiques sont particulièrement fréquents chez les patients ayant un cancer par rapport à la population générale. Hopwood *et al.* en 2000 retrouvait, parmi des anglais ayant un cancer du poumon traités par chimiothérapie ou radiothérapie, 33 % de patients dépressifs, 34 % de patients anxieux, un patient sur cinq ayant les deux affections (102). Zabora *et al.* en 2001 aux USA retrouvait également une prévalence de la détresse psychologique à 35 %, dans une large cohorte de patients suivis pour un cancer (103). Dans l'étude de Gouraud *et al.* en France en 2019, chez des patients de plus de 70 ans atteints d'un cancer, 32 % avaient une dépression (104). Dans une méta-analyse en 2011, Mitchell *et al.* estimait qu'un trouble de l'humeur survenait chez 38 % des patients avec un cancer (105). Dans ce contexte, la prise en charge psychologique fait partie des soins de support recommandés en cancérologie. En population générale en France en 2005, la prévalence des troubles dépressifs au cours des 12 derniers mois était estimée à 6,7 %, celle des troubles anxieux à 9,8 % (106).

Le rôle du médecin généraliste pour la prise en charge psychologique des patients ayant un cancer est mis en avant par l'ensemble des protagonistes dans la littérature : patients, oncologues et médecins généralistes eux-mêmes (15,53,55,86,107). D'après eux, ce rôle est important à toutes les phases du cancer : au diagnostic, pendant la phase de traitement, au cours du suivi après rémission ou en situation de soins palliatifs (86). Des patients ont décrit le rôle du médecin généraliste comme celui d'apporter chaleur, encouragement et soutien émotionnel (107) ; d'autres apprécient en lui un réconfort familial, compréhensif et rapidement accessible (108). Vue leur prévalence, la prise en charge des troubles psychiques chez les patients ayant un cancer apparaît donc particulièrement importante

pour le médecin généraliste, en parallèle des soins spécifiques au cancer et de la gestion des maladies chroniques préexistantes.

Cependant, il existe de nombreux obstacles potentiels à la réalisation effective d'une prise en charge psychologique par le médecin généraliste auprès des patients ayant un cancer. Pour un quart de ces patients, notre précédent travail a montré qu'ils perdent contact au moins transitoirement avec leur médecin traitant, au cours de la première année suivant le diagnostic (109). D'autres patients peuvent avoir perdu confiance en leur médecin traitant, notamment s'ils lui reprochent un retard diagnostique ou une orientation non efficiente. Dans l'étude de Norman *et al.*, environ 30 % des patients le relataient et étaient plus à même de changer de médecin traitant (107). Il n'est pas certain que la prise en charge psychologique apportée par le médecin généraliste au patient ayant un cancer soit plus efficace que celle apportée par l'équipe hospitalière. Dans un essai randomisé pour le suivi de patientes ayant un cancer du sein en rémission, les scores de dépression, anxiété et qualité de vie étaient comparables entre les groupes suivis par le médecin généraliste ou par le spécialiste du cancer (110).

L'objectif principal de ce travail était de déterminer la proportion de patients ayant une prise en charge psychologique en médecine générale après le diagnostic d'un cancer, et de décrire les patients concernés. Les objectifs secondaires étaient de décrire les caractéristiques des consultations en médecine générale avant et après le diagnostic d'un cancer, et le suivi des patients ayant une prise en charge psychologique antérieure au cancer.

MÉTHODES

Schéma d'étude

Le schéma de l'étude COOC-G-psy était le même que celui de l'étude COOC-GP précédemment décrite (Continuity of Care in Cancer Patients in General Practice). Il s'agissait d'une analyse a posteriori d'une cohorte prospective basée sur les données de l'Observatoire de la Médecine Générale (SFMG). La population éligible était constituée des patients adultes consultant avec un diagnostic de cancer entre le 1^{er} janvier 2000 et le 31 décembre 2010.

Pour ce second volet de l'étude COOC-GP, la période d'étude a été définie pour chaque patient à partir de 12 mois avant le diagnostic du cancer et jusqu'à 6 mois après, dans le but d'observer les conséquences à court terme de ce diagnostic. Les patients étaient exclus s'ils n'avaient pas un suivi disponible durant les 18 mois de l'étude, si leur dossier médical mentionnait un autre cancer avant la date d'inclusion (second cancer), ou s'ils n'avaient eu aucune consultation sur les 6 mois suivant le diagnostic de cancer (perdus de vue).

Éthique et réglementation

Cette étude a été approuvée par la Société Française de Médecine Générale (French Society for General Practice) et a reçu un accord de la CNIL (Paris, référence 311668).

Données

Les données collectées étaient : les caractéristiques démographiques du patient et du médecin généraliste à l'inclusion, les dates des consultations sur la période étudiée, les diagnostics et prescriptions associés à chaque consultation. Le site de la tumeur était classé en 8 groupes : seins, appareil génital féminin, appareil génital masculin, appareil

digestif (groupe pris comme référence), peau, appareil respiratoire, lymphome et leucémie, et autres sites.

Pour tenir compte de la différence d'accès aux soins secondaires ou aux soins paramédicaux, le lieu d'exercice du médecin généraliste était défini comme rural ou non, avec un seuil définissant les zones rurales inférieur à 2 000 habitants.

Un score de comorbidités a été construit selon l'index de comorbidité de Charlson modifié par Bannay, à partir des données médicales disponibles jusqu'au diagnostic de cancer (90,91). Cet index de comorbidité recense 12 comorbidités avec les pondérations telles que citées dans notre précédent travail. Le score minimal chez les patients avec un cancer est de 2 (soit aucune autre comorbidité) et le score maximal théorique est de 29. Le statut métastatique à l'inclusion a aussi été recueilli séparément.

Le critère de jugement principal était la prise en charge psychologique réalisée par le médecin généraliste. Elle était identifiée par les diagnostics de consultations et les prescriptions réalisés au cours des 6 mois suivant le diagnostic de cancer. Les consultations avec un diagnostic d'ordre psychologique ont été identifiées avec les cinq libellés diagnostiques précisés dans le tableau 15, issus du Dictionnaire des résultats de consultation (SFMG) (89). Les prescriptions relatives aux situations psychologiques ont été identifiées avec trois classes de médicaments ATC (Classification internationale Anatomique, Thérapeutique et Chimique) (tableau 15). Les autres diagnostics d'ordre psychiatrique, ainsi que les autres traitements psycholeptiques et psychoanaleptiques, n'ont pas été pris en compte du fait d'un suivi plus spécifique en psychiatrie pour ces patients. Un antécédent de troubles psychiques suivis par le médecin généraliste était recherché, en utilisant les mêmes diagnostics et prescriptions, relevés au cours d'une période de référence allant de 6 à 12 mois avant le diagnostic de cancer.

L'ensemble des données a été recueilli pour chaque trimestre de la période d'étude : trimestres 1 à 4 pour l'année avant le cancer, et trimestres 5 et 6 après diagnostic du cancer.

Tableau 15 : Libellés diagnostiques et classes de médicaments ATC utilisés pour le critère de jugement principal

Libellés diagnostiques	Classes de médicaments ATC
Insomnie	
Réaction à une situation éprouvante	N05B - Anxiolytiques
Anxiété – angoisse	N05C - Hypnotiques et sédatifs
Humeur dépressive	N06A - Antidépresseurs
Dépression	

Analyse statistique

Les caractéristiques de la population ont été décrites. Les variables quantitatives et qualitatives ont été exprimées respectivement en moyennes \pm écarts types, effectifs et pourcentages.

L'âge du patient au diagnostic de cancer a été codé en 4 groupes : 18–49 ans, 50–64 ans, 65–74 ans et \geq 75 ans. Le score de comorbidité de chaque patient a été codé en une variable à 2 catégories :

- absence de métastase et aucune comorbidité : score = 2 ;
- comorbidité(s) et/ou métastase(s) : score \geq 3.

Les critères de jugement principal et secondaires ont été décrits globalement et par trimestre. Les caractéristiques des patients avec un suivi psychologique ont été comparées à celles des patients sans suivi psychologique : les variables non appariées ont

été comparées, selon les cas, avec un test t de Student, ou un test du Chi² ; les variables qualitatives appariées ont été comparées avec un test de McNemar.

Une analyse multivariée des déterminants associés à la prise en charge psychologique après cancer sera réalisée (non encore réalisée au moment de l'écriture du manuscrit).

Les tests statistiques étaient bilatéraux et le seuil de significativité était $p < 0,05$.

Pour toutes les analyses, la version 15.0 de Stata (StataCorp, College Station, TX, USA) a été utilisée.

RÉSULTATS

Caractéristiques de la population

Sur la période de l'étude, la population des médecins généralistes comprenait 111 praticiens. Ils avaient un âge moyen de $50,7 \pm 7,1$ ans (106 répondants) ; 98 sur 110 (89,1 %) étaient des hommes ; 68 sur 111 (61,3 %) exerçaient en cabinet de groupe et 18 sur 82 (22,0 %) en milieu rural.

Des 5 803 patients éligibles, 4 330 ont été inclus (figure 4). Les patients avaient un âge moyen de $65,9 \pm 13,9$ ans ; 2 116 (51,2 %) étaient des hommes, 1 335 (30,8 %) avaient au moins une comorbidité, et 638 (14,7 %) un statut métastatique. Les caractéristiques des patients sont précisées dans le tableau 16. La comparaison avec les patients exclus ne retrouvait pas de différence significative en termes de sexe ($p = 0,13$), de site tumoral ($p = 0,09$), ou de statut métastatique ($p = 0,41$) ; les patients exclus étaient en moyenne plus jeunes de 1,2 ans (64,7 *versus* 65,9 - $p < 0,01$) et avaient moins souvent d'autres comorbidités que le cancer (83,1 %) par rapport aux patients inclus (69,2 % - $p < 0,01$).

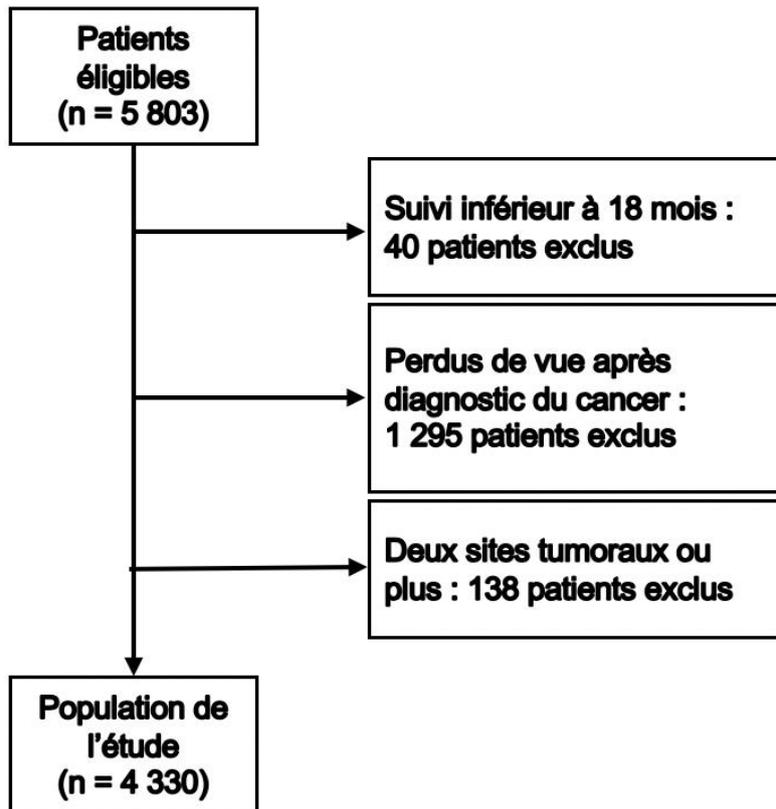


Figure 4 : Diagramme de flux des patients dans l'étude COOC-G-psy

Tableau 16 : Caractéristiques des patients à l'inclusion

		Population d'étude	
		N= 4 430	
Âge (ans) : moyenne ± ET [min-max]		65,9 ±13,9 [18-110]	
		N	(%)
Sexe			
	Homme	2 216	(51,2)
Score de comorbidité*			
	2	2 995	(69,2)
	≥ 3	1 335	(30,8)
Cancer métastatique			
	Oui	638	(14,7)
Site tumoral (N=3 619)			
	Sein	770	(21,3)
	Appareil digestif	645	(17,8)
	Appareil génital / masculin	638	(17,6)
	Autres sites	417	(11,5)
	Appareil respiratoire	380	(10,5)
	Peau	342	(9,5)
	Appareil génital / féminin	242	(6,7)
	Lymphome, leucémie	185	(5,1)
Antécédent de troubles psychiques			
	Oui	1 012	(23,4)

* Index de comorbidité de Charlson modifié par Bannay's (90,91).

Consultations et prescriptions avant et après diagnostic de cancer

Durant la période de 18 mois de suivi de la cohorte, 113 439 diagnostics ont été effectués au cours de 39 710 consultations. Le tableau 17 présente, pour les six trimestres étudiés, les caractéristiques des consultations et des diagnostics recueillis.

Tableau 17 : Caractéristiques des consultations et des diagnostics recueillis au cours des six trimestres de suivi

	Semestre*1	Semestre*2	Semestre*3	Semestre*4	Semestre*5	Semestre*6
	N (%)					
Nombre de consultations (N=39 710)	4 286	4 547	5 173	5 728	12 825	7 151
Patients vus en consultation						
Aucune consultation	2 070 (47,8)	1 948 (45,0)	1 770 (40,9)	1 779 (41,1)	0 (0,0)	1 052 (24,3)
Au moins une fois	2 260 (52,2)	2 382 (55,0)	2 560 (59,1)	2 551 (58,9)	4 330 (100,0)	3 278 (75,7)
Lieu de consultation (au diagnostic)						
Au cabinet	3 561 (83,1)	3 763 (82,8)	4 200 (81,2)	4 540 (79,3)	10 211 (79,6)	5 929 (82,9)
En visite à domicile	725 (16,9)	784 (17,2)	973 (18,8)	1 188 (20,7)	2 614 (20,4)	1 222 (17,1)
Nombre de diagnostics par consultation						
1	1 508 (35,3)	1 552 (34,1)	1 951 (37,7)	2 486 (43,4)	4 429 (34,5)	2 495 (34,9)
2	899 (21,5)	937 (20,6)	1 069 (20,7)	1 235 (21,6)	3 093 (24,1)	1 545 (21,6)
3	577 (13,1)	663 (14,6)	670 (12,9)	690 (12,0)	1 853 (14,5)	978 (13,7)
4 ou plus	1 302 (30,1)	1 395 (30,7)	1 317 (28,7)	1 317 (23,0)	3 450 (26,9)	2 133 (29,8)
Nombre de consultations par patient (moyenne ±ET [min-max])	0,99 ±1,35 [0-15]	1,05 ±1,34 [0-15]	1,19 ±1,44 [0-16]	1,32 ±1,63 [0-15]	2,96 ±1,95 [1-30]	1,65 ±1,75 [0-20]

*Semestres 1 à 4 : avant cancer ; semestre 5 et 6 : après cancer

En moyenne, les consultations qui comprenaient 1 à 2 diagnostics représentaient 58,4 % des consultations (1 diagnostic pour 14 421 (36,3 %), 2 pour 8 778 (22,1 % consultations) ; 11 080 consultations (27,9 %) comportaient 4 diagnostics et plus. Le nombre moyen de consultations par patient augmentait, comme la proportion de patients vus au moins une fois, à partir du diagnostic du cancer ; le maximum était observé au cours du trimestre 5.

Sur la même période d'étude, 146 502 prescriptions ont été enregistrées pour 4 183 patients et 32 472 consultations ayant donné lieu à une prescription, soit une médiane de 3 prescriptions par consultation (interquartiles : 1-2-6-48). 7 238 consultations (18,2 %) n'ont donné lieu à aucune prescription médicamenteuse. Les anxiolytiques, les antidépresseurs et les hypnotiques, figuraient parmi les 10 classes médicamenteuses les plus prescrites, respectivement en 2^e, 8^e et 9^e positions (tableau 18(A)). La part des prescriptions concernant les trois classes de psychotropes étudiées était de 8,1 %. En rassemblant les classes de médicaments par groupes anatomiques selon la Classification ATC, les traitements du système cardio-vasculaire et les antalgiques apparaissaient plus souvent prescrits que les classes de psychotropes étudiées (tableau 18(B)).

Tableau 18 (A) : Dix classes de médicaments les plus prescrites dans la cohorte

Libellé	Classification		
	ATC3	N	(%)*
Autres analgésiques et antipyrétiques	N02B	6 206	(4,24)
Anxiolytiques	N05B	5 322	(3,63)
Opioides	N02A	4 956	(3,38)
Hypocholestérolémiants et hypotriglycéridémiants	C10A	4 582	(3,13)
Antithrombotiques	B01A	4 442	(3,03)
Bétabloquants	C07A	3 866	(2,64)
Médicaments pour l'ulcères gastro-duodénal et le reflux gastro-oesophagien	A02B	3 537	(2,41)
Antidépresseurs	N06A	3 313	(2,26)
Hypnotiques et sédatifs	N05C	3 243	(2,21)
Laxatifs	A06A	3 006	(2,05)

* Pourcentages de la totalité des prescriptions réalisées

Tableau 18 (B) : Distribution du nombre de prescriptions selon les 14 groupes anatomiques de la Classification ATC et certains sous-groupes d'intérêt, au cours des 18 mois de suivi.

	N	(%)*
A : Tractus digestif et métabolisme	19 748	(13,48)
A10 : Médicaments du diabète	2 840	(1,94)
B : Sang et organes hématopoïétiques	5 494	(3,75)
C : Système cardiovasculaire	31 293	(21,36)
C02 : Antihypertenseurs	790	(0,53)
C03 : Diurétiques	4 619	(3,15)
C07 : Agents bêta-bloquants	4 255	(2,90)
C08 : Inhibiteurs des canaux du calcium	3 047	(2,08)
C09 : Agents agissant sur le système rénine-angiotensine	5 408	(3,70)
C10 : Hypolipidémiants	4 582	(3,13)
D : Médicaments dermatologiques	4 410	(3,01)
G : Système génito urinaire et hormones sexuelles	2 798	(1,91)
H : Hormones systémiques, hormones sexuelles exclues	3 370	(2,30)
J : Antiinfectieux généraux à usage systémique	4 014	(2,74)
L : Antinéoplasiques et immunomodulateurs	2 124	(1,45)
M : Système musculo- squelettique	7 047	(4,81)
N : Système nerveux	27 029	(18,45)
N02 : Analgésiques	11 351	(7,75)
N05 : Psycholeptiques	9 351	(6,38)
N06 : Psychoanaleptiques	4 105	(2,80)
P : Antiparasitaires, insecticides	117	(0,08)
R : Système respiratoire	10 548	(7,20)
S : Organes sensoriels	1 304	(0,89)
V : Divers & Z	27 206	(18,57)

* Pourcentages de la totalité des prescriptions réalisées

Prise en charge psychologique par le médecin généraliste

Au cours des 18 mois de suivi, 526 patients (12,2 %) ont consulté au moins une fois pour une insomnie, 341 (7,9 %) pour une anxiété, 297 (6,9 %) pour une humeur dépressive, 234 (5,4 %) pour une dépression et 490 (11,3 %) pour une réaction à une situation

éprouvante. Au total, 1 443 (33,3 %) patients ont consulté au moins une fois pour un diagnostic psychologique. Sur la même période, 1004 patients (29,8 %) ont eu au moins une prescription d'anxiolytiques, 610 (18,1 %) d'hypnotiques-sédatifs et 545 (16,2 %) d'antidépresseurs. Au total, 1 904 (44,0 %) patients ont eu au moins une prescription parmi les psychotropes étudiés. En tenant compte à la fois des diagnostics et des prescriptions, 2 139 (49,4 %) patients ont consulté leur médecin généraliste pour une prise en charge psychologique au cours de la période des 18 mois étudiés.

Les tableaux 19 et 20 détaillent ces résultats pour chacun des 6 trimestres du suivi.

Le trimestre 5 était marqué par les plus fortes proportions de patients ayant eu une prise en charge psychologique par le médecin généraliste : 931 (21,50 %) ont eu au moins un diagnostic psychologique, et 1 357 (31,34 %) au moins une prescription de psychotrope. Au cours du semestre suivant le diagnostic du cancer (trimestres 5 et 6), 1793 (41,41 %) patients ont eu une prise en charge psychologique par le médecin traitant, contre 1 012 (33,65 %, N=3 007) avant le cancer (trimestres 1 et 2). Insomnie et réaction à une situation éprouvante étaient les diagnostics les plus fréquents dans le semestre suivant le diagnostic de cancer, touchant respectivement 12,1 % et 11,3 % des patients.

Tableau 19 : Détail des effectifs de patients ayant eu une prise en charge psychologique par le médecin généraliste (diagnostics et/ou prescriptions) au cours des six trimestres de suivi

	Trimestre*1	Trimestre*2	Trimestre*3	Trimestre*4	Trimestre*5	Trimestre*6
	N (%)					
Patients avec au moins une PeC psychologique (diagnostic ou prescription)	753 (30,9)	821 (32,0)	868 (31,8)	869 (31,9)	1 562 (36,1)	1 176 (35,3)
Patients avec au moins un diagnostic psychologique	435 (17,8)	463 (18,1)	500 (18,3)	511 (18,8)	931 (21,5)	695 (20,9)
Insomnie	169 (6,9)	173 (6,75)	192 (7,0)	180 (6,6)	310 (7,2)	233 (7,0)
Anxiété	94 (3,9)	96 (3,74)	117 (4,3)	102 (3,7)	169 (3,9)	133 (4,0)
Humeur dépressive	83 (3,4)	85 (3,32)	94 (3,4)	89 (3,3)	174 (4,0)	141 (4,2)
Dépression	69 (2,8)	75 (2,93)	77 (2,8)	69 (2,5)	140 (3,2)	113 (3,4)
Situation éprouvante	71 (2,9)	82 (3,20)	88 (3,2)	131 (4,8)	252 (5,8)	143 (4,3)
Patients avec au moins une prescription de psychotrope	655 (26,9)	725 (28,3)	748 (27,4)	736 (27,0)	1 357 (31,3)	1 009 (30,3)
Anxiolytiques	396 (17,4)	441 (18,5)	443 (17,7)	453 (18,8)	817 (21,1)	597 (19,9)
Hypnotiques et sédatifs	260 (11,4)	265 (11,1)	285 (11,4)	261 (10,8)	512 (13,2)	385 (12,8)
Antidépresseurs	228 (10,0)	238 (10,00)	259 (10,3)	239 (9,9)	474 (12,2)	379 (12,6)
Effectif total des patients	2 438 (100,00)	2 564 (100,00)	2 729 (100,00)	2 724 (100,00)	4 330 (100,00)	3 327 (100,00)

*Trimestres 1 à 4 : avant cancer ; trimestre 5 et 6 : après cancer – Effectifs = patients/trimestre – PeC : prise en charge

Tableau 20 : Détail des consultations avec un diagnostic psychologique et des prescriptions de psychotrope au cours des six trimestres de suivi

	Trimestre*1	Trimestre*2	Trimestre*3	Trimestre*4	Trimestre*5	Trimestre*6
	N (%)					
Consultations avec au moins un diagnostic psychologique	729 (17,0)	742 (16,3)	823 (15,9)	803 (14,0)	1 827 (14,2)	1 176 (16,5)
Insomnie	241 (5,6)	233 (5,1)	262 (5,1)	248 (4,3)	525 (4,1)	331 (4,6)
Anxiété	149 (3,5)	142 (3,1)	170 (3,3)	143 (2,5)	304 (2,4)	208 (2,9)
Humeur dépressive	119 (2,8)	123 (2,7)	140 (2,7)	123 (2,2)	310 (2,4)	213 (3,0)
Dépression	107 (2,5)	124 (2,7)	118 (2,3)	114 (2,0)	270 (2,1)	182 (2,6)
Situation éprouvante	113 (2,6)	120 (2,6)	133 (2,6)	175 (3,1)	418 (3,3)	225 (3,2)
Total des consultations	4286 (100,00)	4 547 (100,00)	5 173 (100,00)	5 728 (100,00)	12 825 (100,00)	7 151 (100,00)
Prescriptions avec au moins un psychotrope	1 510 (7,8)	1 593 (7,9)	1 615 (7,6)	1 488 (7,5)	3 823 (9,6)	2 244 (8,5)
Anxiolytiques	703 (3,6)	716 (3,6)	733 (3,5)	696 (3,5)	1 532 (3,8)	942 (3,6)
Hypnotiques et sédatifs	412 (2,1)	434 (2,2)	441 (2,1)	397 (2,0)	932 (2,3)	627 (2,4)
Antidépresseurs	395 (2,1)	443 (2,2)	441 (2,1)	395 (2,0)	1 359 (3,4)	675 (2,6)
Total des prescriptions	19 300 (100,00)	20 032 (100,00)	21 266 (100,00)	19 952 (100,00)	39 951 (100,00)	26 301 (100,00)

*Trimestres 1 à 4 : avant cancer ; trimestres 5 et 6 : après cancer

Patients ayant une prise en charge psychologique par le médecin généraliste

Les patients qui étaient pris en charge psychologiquement par le médecin généraliste au cours des deux trimestres après le diagnostic du cancer, étaient en moyenne plus jeunes (médiane 66 *versus* 68 ans, $p = 0,004$), étaient davantage des femmes ($p < 0,001$), et avaient déjà eu une prise en charge psychologique un an auparavant ($p < 0,001$). Il n'y avait pas de différence significative quant au niveau des comorbidités, au statut métastatique ou à l'exercice rural du médecin (tableau 21).

Le tableau 22(A) présente les effectifs et proportions des patients consultant au moins une fois pour une prise en charge psychologique par trimestre, selon que ceux-ci ont consulté pour une prise en charge psychologique après cancer ou non. Parmi les patients ayant reçu une prise en charge psychologique après cancer, 46,5 % avaient déjà eu une prise en charge psychologique 6 à 12 mois avant. Par ailleurs, ceux qui avaient un antécédent de troubles psychiques avaient un nombre de consultations pour ce motif significativement plus élevé que les patients sans antécédents : ils consultaient respectivement $2,02 \pm 2,45$ [IC 95% : 1,85-2,18] et $1,38 \pm 1,74$ [IC 95% : 1,27-1,49] fois en moyenne au cours des trimestres 5 et 6.

Le tableau 22(B) présente les effectifs et proportions des patients consultant au moins une fois pour une prise en charge psychologique par trimestre, selon que ceux-ci avaient ou non un antécédent de troubles psychiques. Parmi les patients qui avaient un antécédent de troubles psychiques aux trimestres 1 ou 2, 82,4 % ont eu au moins une prise en charge psychologique après le diagnostic de cancer.

Tableau 21 : Comparaison des caractéristiques des patients ayant ou pas eu une prise en charge psychologique en médecine générale après diagnostic du cancer

Prise en charge psychologique en médecine générale après cancer					
	Non (N = 2 537)		Oui (N = 1 793)		<i>p</i>
Âge : moy ±ET (ans)	66,5 ±13,8		65,2 ±14,1		0,004
	N	(%)	N	(%)	<i>p</i>
Groupes d'âge (ans)					
18-49	296	(11,7)	251	(14,0)	<0,001
50-64	752	(29,6)	601	(33,5)	
65-74	701	(27,6)	420	(23,4)	
≥ 75	788	(31,1)	521	(29,1)	
Sexe					
Homme	1 437	(56,6)	779	(43,4)	<0,001
Femme	1 100	(43,4)	1 014	(56,6)	
Score de comorbidité					
2	1 776	(70,0)	1 219	(68,0)	0,16
≥ 3	761	(30,0)	574	(32,0)	
Cancer métastatique					
Oui	378	(14,9)	260	(14,5)	0,71
Non	2 159	(85,1)	1 533	(85,5)	
Médecin rural					
Oui	679	(35,3)	443	(32,4)	0,08
Non	1 243	(64,7)	922	(67,6)	
Antécédent psychique					
Oui	178	(7,0)	834	(46,5)	<0,001
Non	2 359	(93,0)	959	(53,5)	

Tableau 22 (A) : Prise en charge psychologique en médecine générale au cours des six trimestres de suivi, en fonction de la prise en charge psychologique reçue après cancer (trimestres 5 et 6)

	Trimestre*1	Trimestre*2	Trimestre*3	Trimestre*4	Trimestre*5	Trimestre*6
	N (%)					
Chez les patients ayant eu une prise en charge psychologique après cancer						
PeC psychologique = 0	439 (40,5)	447 (38,6)	482 (39,7)	511 (41,6)	231 (12,9)	299 (20,3)
PeC psychologique ≥ 1	644 (59,5)	710 (61,4)	732 (60,3)	718 (58,4)	1 562 (87,1)	1 176 (79,7)
Chez les patients n'ayant pas eu de prise en charge psychologique après cancer						
PeC psychologique = 0	1 246 (92,0)	1 296 (92,1)	1 379 (91,0)	1 344 (89,9)	2 537 (100,0)	1 852 (100,0)
PeC psychologique ≥ 1	109 (8,0)	111 (7,9)	136 (9,0)	151 (10,1)	0 (0,0)	0 (0,0)

*Trimestres 1 à 4 : avant cancer ; trimestres 5 et 6 : après cancer – Effectifs = patients/trimestre – PeC : prise en charge

Tableau 22 (B) : Prise en charge psychologique en médecine générale au cours des six trimestres de suivi, en fonction de l'antécédent de troubles psychiques (trimestres 1 et 2)

	Trimestre*1	Trimestre*2	Trimestre*3	Trimestre*4	Trimestre*5	Trimestre*6
	N (%)					
Chez les patients ayant un antécédent de troubles psychiques						
PeC psychologique = 0	128 (14,5)	117 (12,5)	209 (23,8)	225 (28,5)	252 (24,9)	214 (25,3)
PeC psychologique ≥ 1	753 (85,5)	821 (87,5)	669 (76,2)	565 (71,5)	760 (75,1)	632 (74,7)
Chez les patients n'ayant pas d'antécédent de troubles psychiques						
PeC psychologique = 0	1 557 (100,0)	1 626 (100,0)	1 652 (89,2)	1 630 (84,3)	2 516 (75,8)	1 937 (78,1)
PeC psychologique ≥ 1	0 (0,0)	0 (0,0)	199 (10,8)	304 (15,7)	802 (24,2)	544 (21,9)

*Trimestres 1 à 4 : avant cancer ; trimestres 5 et 6 : après cancer – Effectifs = patients/trimestre - PeC : prise en charge

Principaux résultats

Les médecins généralistes intervenaient pour une prise en charge psychologique auprès de 4 patients sur 10 dans les 6 mois suivant le diagnostic d'un cancer, en particulier au cours des 3 premiers mois. Les patients concernés étaient plutôt plus jeunes, plutôt des femmes, et presque un sur deux avait déjà eu une prise en charge psychologique un an auparavant. Au cours du trimestre suivant le diagnostic d'un cancer, la part des prises en charge psychologiques dans l'activité des médecins généralistes dans le suivi de ces patients représentait 14 % des consultations et près de 10 % des prescriptions. Quarante-deux pour cent des patients qui avaient un antécédent de troubles psychiques étaient suivis pour ce motif après le diagnostic de cancer, et ils consultaient plus souvent que les patients sans antécédents. Après le diagnostic d'un cancer, les rencontres médecin – patient étaient, quel qu'en soit le motif, près de 3 fois plus fréquentes qu'un an auparavant, sans modification du nombre de diagnostics par consultation.

Forces et limites

Cette étude est, à notre connaissance, la première étude quantitative en médecine générale permettant de décrire la prise en charge psychologique des patients au diagnostic d'un cancer. Les études antérieures ont exploré ce rôle de soutien psychologique au travers du questionnement global de la place du médecin généraliste dans le suivi des patients ayant un cancer (53,55,86,107). La large cohorte des patients inclus dans cette étude a permis d'obtenir une description fine des consultations et prescriptions réalisées par les médecins généralistes, en réponses aux troubles psychiques associés au diagnostic de cancer. L'âge médian au diagnostic dans cette

cohorte était cohérent avec les données épidémiologiques françaises disponibles sur la même période à partir de registres de cancers, soit 67 ans chez les hommes et 64 ans chez les femmes (97). Cette cohorte comportait proportionnellement plus de femmes par rapport à la part des femmes dans les cancers incidents en 2005 en France : respectivement 49 % *versus* 43 %. La surreprésentation des femmes dans les cabinets de médecine générale est connue (98). La généralisation des résultats hors du contexte français doit tenir compte de l'organisation globale du système de santé, incluant l'accessibilité des professionnels de santé - généralistes, psychiatres et psychologues notamment - aussi bien en termes démographique que financière.

Au cœur de la prise en charge psychologique, la définition du soutien psychologique est floue et n'est pas intégrée aux cadres nosologiques de la psychiatrie ou des psychothérapies. Pourtant, d'après Vidit en 2001, « ce terme de « suivi psychologique » s'il garde incontestablement un contour assez flou au plan conceptuel doit restituer aussi quelque chose de la réalité clinique à laquelle ces praticiens sont confrontés en même temps qu'est esquissée l'approche théorique et pratique qu'ils sont obligés de développer pour tenter de prendre en charge ou à défaut de contenir ces cas souvent délicats toujours difficiles quand ce n'est pas franchement désespérés. » (111). Ainsi, les dossiers médicaux et les résultats de consultation observés ne permettaient pas de rendre compte de l'ensemble de la prise en charge psychologique par le médecin généraliste, en dehors de l'identification d'un diagnostic ou d'une prescription. En médecine générale, un soutien psychologique peut être réalisé en partie au fil de l'entretien médical, dans le contexte d'une consultation pour un autre motif, y compris à propos du cancer, au cours d'un appel téléphonique, ou encore en consultation pour un membre de la famille. Ces formes de soutien ne sont pas systématiquement identifiées comme des actions de soin par le médecin ; elles font appel à une approche relationnelle empathique, au « care », et ne

pouvaient pas être quantifiées dans notre étude. Le médecin peut davantage les considérer comme des échanges avec le patient, dans le cadre de la continuité relationnelle – interpersonnelle pour faire face à la maladie. Il est probable que certains patients ont été exclusivement suivis par un psychologue ou un psychiatre au cours de la période étudiée, de sorte que notre étude sous-estime la proportion de patients ayant eu un soutien psychologique autour du diagnostic du cancer, puisque le médecin généraliste ne l'aura pas systématiquement enregistré dans sa consultation. Enfin, nous n'avons pas pu rechercher dans les dossiers médicaux certains facteurs de vulnérabilité psychologique connus au cours des premiers mois après diagnostic d'un cancer : problèmes de couple, antécédents d'idées suicidaires, changements de vie récents, faible soutien familial, *etc.* (112).

Rôle confirmé de prise en charge psychologique

La prévalence de troubles psychiques relevée dans notre étude est particulièrement élevée : un patient sur deux a eu au moins une intervention relative à une prise en charge psychologique par le médecin généraliste au cours de la période de 18 mois de l'étude. Un tiers des patients de cette cohorte avait déjà eu au moins une prise en charge psychologique identifiée entre six et douze mois avant le diagnostic du cancer. La prévalence des troubles psychiques en France a été estimée en 2005 à 38,4 % au cours de la vie et 14,5 % au cours de l'année précédente, mais cette prévalence ne prenait pas en compte les insomnies ou les réactions à une situation éprouvante, fréquentes dans notre cohorte (106). La prévalence de ces troubles psychiques dans la population générale de la base de données de l'Observatoire de la médecine générale entre 2000 et 2009 était estimée à 2,8-3,3 % pour l'insomnie et 3,4-4,6 % pour les réactions à une situation éprouvante, contre respectivement 12,1 % et 11,3 % dans notre cohorte, confirmant la

fréquence augmentée de ces troubles psychiques après diagnostic d'un cancer (<http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>, consulté le 29/08/2020).

Au cours du semestre suivant le diagnostic de cancer, la prévalence des troubles psychiques observée dans notre étude était de 41 % des patients, ce qui semble cohérent avec les données publiées. Dans l'étude de Farber *et al.* en 1985 au Canada, 34 % des patients nouvellement diagnostiqués avaient au moins un score psychologique augmenté (113). Dans une étude similaire en 1987 auprès de patients américains vus dans les mois suivant le diagnostic d'un cancer, Stefanek *et al.* estimait qu'environ un tiers d'entre eux avait une anxiété, ou une dépression modérée à sévère (114). Au sein d'une large cohorte de patients américains avec un cancer, Zabora *et al.* estimait que 35 % des patients étaient en détresse psychologique. Enfin, Derogatis *et al.* en 1983 avait identifié des troubles psychiques chez 47 % des patients ayant un cancer. La comparaison entre études est rendue difficile par les différentes définitions des troubles mesurés et l'évolution de leurs dénominations (115,116).

Les résultats de notre étude confirme le fort investissement des médecins généralistes pour répondre à la souffrance psychologique de leurs patients, quand ceux-ci doivent faire face au diagnostic d'un cancer. Ces résultats viennent préciser quantitativement les données qualitatives de la littérature. Le médecin généraliste est un acteur de premier recours qui offre, autant que de besoin, accessibilité et disponibilité : des patients canadiens en phase terminale décrivaient le suivi par leur médecin traitant comme un temps à la fois bénéfique et symboliquement important (117). Dans l'étude de Aubin *et al.*, également au Canada, plus de 80 % des patients et des médecins interrogés s'accordaient sur le rôle du médecin généraliste pour le soutien psychologique du patient, y compris dans les phases de diagnostic et de traitement du cancer (86). Dans l'étude de Gilbert *et al.*

en 1994, 84 % des médecins généralistes rapportaient avoir systématiquement un rôle de soutien émotionnel auprès de leurs patients cancéreux (118). Sisler *et al.* rappelait que l'approche clinique centrée sur le patient, telle qu'utilisée en médecine générale, est adaptée pour explorer les émotions et la santé psychique des patients (82).

Dans notre étude, les médecins généralistes assuraient une importante continuité des soins pour les soins psychologiques de leurs patients, avec plus de 80 % des patients antérieurement suivis psychologiquement qui ont été également suivis après le diagnostic du cancer. Dans une étude en Norvège auprès de 2 239 patients non cancéreux recrutés en médecine générale, 34 % déclaraient avoir déjà consulté leur médecin traitant pour une dépression, et parmi eux 39 % déclaraient avoir été traités exclusivement par leur médecin généraliste (119).

Profils des patients concernés

Les patients ayant eu une prise en charge psychologique en médecine générale au cours du semestre suivant le diagnostic du cancer étaient plutôt des femmes. Ce résultat est cohérent avec la prédominance féminine constatée, d'une part dans la fréquentation des cabinets médicaux, et d'autre part pour les différents troubles psychiques en population générale entre 2000 et 2010 : environ 2 fois plus de femmes que d'hommes étaient concernées par les diagnostics d'anxiété, dépression, humeur dépressive et réaction à une situation éprouvante, en consultations de médecine générale (<http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>, consulté le 29/08/2020). Dans l'étude de Hetlevik *et al.*, 66 % des patients ayant consulté leur médecin généraliste pour dépression étaient des femmes et 79 % avaient moins de 60 ans (119). Les patients ayant eu une prise en charge psychologique dans notre étude étaient également en moyenne plus jeunes. Nous n'avons pas identifié de différence significative selon le niveau des

comorbidités ou le statut métastatique ; cependant, notre étude portait sur des patients dont le diagnostic était récent, avec une large majorité de patients sans métastases ni comorbidités. Dans la méta-analyse de Mitchell et al. en 2011, la dépression chez les patients avec un cancer n'était pas associée à l'âge, au sexe ou au contexte clinique (105). Dans notre cohorte, les patients recevaient une prise en charge psychologique par le médecin généraliste sans différence entre zones rurales et urbaines. À partir des données de la DREES en 2015, on peut estimer qu'en France, pour 100 médecins généralistes en exercice, on compte de l'ordre de 13 psychiatres et 48 psychologues, dont la majorité exerce en milieu hospitalier et en zone urbaine (<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/>, consulté le 29/08/2020). Les patients trouvent donc auprès du médecin généraliste une relative égalité d'accès aux soins psychologiques, y compris hors des villes (120).

Insomnie et réaction à une situation éprouvante étaient les diagnostics les plus fréquents dans le semestre suivant le diagnostic de cancer, touchant respectivement 12,1 % et 11,3 % des patients de notre cohorte. Le diagnostic de réaction à une situation éprouvante rejoint dans la littérature celui de troubles de l'adaptation. Selon Mitchell et al., la prévalence de ces troubles serait de 19,4 % et celle de l'anxiété de 10,3 %. Au cours du trimestre suivant le diagnostic du cancer, trente-et-un pour cent des patients ont eu au moins une prescription de psychotropes, dont 21 % d'anxiolytiques et 12 % d'antidépresseurs, ce qui était supérieur à la proportion de patients identifiés comme anxieux (4 %) ou dépressifs (7 % incluant l'humeur dépressive). Ces prescriptions peuvent cependant répondre à plusieurs des situations diagnostiques identifiées : les anxiolytiques pour l'anxiété, mais aussi en cas de réaction à une situation éprouvante ou d'insomnie, les antidépresseurs pour la dépression, mais aussi certaines formes d'anxiété. Dans l'étude de Kadan-Lottick et al. sur une cohorte américaine de patients cancéreux en

2005, 8,3 % avaient reçu des anxiolytiques et 22,3 % des antidépresseurs, ces différences pouvant relever de l'évolution de recommandations thérapeutiques ou d'habitudes de prescription différentes entre pays (121). La proportion importante de patients ayant eu une prescription de psychotropes dans notre étude est à interpréter en tenant compte des habitudes françaises de prescription dans les années 2000, qui ont fait ensuite l'objet de recommandations et incitations pour leur réduction. Les remboursements des hypnotiques ont diminué de 28 % et ceux des anxiolytiques de 6 % sur la période 2012-2017 (122).

Une partie émergée de l'iceberg ?

Malgré le nombre important de patients pris en charge, il n'est pas exclu que certains patients ayant eu besoin d'une prise en charge psychologique n'aient pas été identifiés par les médecins généralistes.

La dépression peut être sous-diagnostiquée en médecine générale, en comparaison à la prévalence de 6 à 15 % relevée dans la littérature (105,115,123). Au cours d'un cancer, il est souvent difficile de faire la part du rôle de la dépression, du cancer ou de ses traitements, dans certains symptômes fréquemment retrouvés en cas de dépression ou de cancer, tels que la fatigue, les troubles du sommeil, une perte d'appétit, un amaigrissement (124). Chez les personnes âgées, l'identification de la dépression est encore plus complexe car il existe davantage de plaintes somatiques que de manifestations de tristesse (125). Dans l'étude de Gouraud *et al.*, chez environ 1 000 patients d'âge médian de 79 ans, 20 % avaient un profil de dépression sévère et 12 % de dépression modérée, soit une prévalence comparable aux patients plus jeunes. Dans notre cohorte, les patients recevant une prise en charge psychologique après cancer étaient en moyenne plus jeunes : les patients âgés dépressifs pourraient être moins souvent pris en

charge par leur médecin traitant pour ce motif. Pourtant, identifier la dépression chez les patients atteints de cancer serait particulièrement important car la dépression est indépendamment associée à une moindre survie de ces patients, en particulier chez les personnes âgées (104,126,127).

On peut également faire l'hypothèse que les médecins ne prennent en charge que les patients qui en font la demande, ou ceux qui ont la plus grande détresse perçue. Dans l'étude de Hetlevik *et al.* en population générale, 15,2 % des patients déclaraient avoir vécu une dépression sans avoir cherché d'aide auprès de leur médecin traitant (119). Dans une étude au Danemark, chez des patients non cancéreux ayant des troubles psychiques, ceux qui percevaient un besoin de soutien psychologique et ceux qui avaient une détresse sévère étaient plus à même d'être identifiés par leur médecin généraliste comme ayant une anxiété ou une dépression (128). Dans l'étude de Ford *et al.* en Angleterre en 1994, la détresse des patients à l'annonce du diagnostic de cancer était sous-évaluée par les oncologues, avec des aptitudes inégales entre médecins (129). Dans la cohorte de Kadan-Lottick *et al.* aux Etats-Unis, publiée en 2005, seulement 35 % des patients qui avaient déjà consulté un psychiatre ou un psychologue avant le cancer, l'avaient fait de nouveau après leur diagnostic, alors qu'un antécédent de troubles psychiques est associé à un risque augmenté de récurrence après le diagnostic de cancer (121). Parmi ces patients, ceux qui avaient parlé de leur santé mentale à un professionnel de santé n'avaient pas été adressés à un professionnel spécialisé ou eu une proposition de traitement dans 37 % des cas ; plus d'un patient sur deux ayant un diagnostic de trouble psychiatrique après le cancer n'avait pas eu accès à des soins spécialisés.

Enfin, les patients qui sont en rupture de continuité des soins avec leur médecin traitant au moment de la survenue du cancer, tels qu'identifiés dans notre précédente étude, peuvent se trouver privés de l'opportunité d'évoquer avec lui leurs souffrances face au

cancer (109). *A contrario*, ces patients peuvent ne pas ressentir le besoin d'en discuter, et donc ne pas consulter. On ignore les besoins de prise en charge psychologique des patients qui n'ont pas été inclus dans notre étude du fait de l'absence de toute consultation avec le médecin généraliste dans les six mois suivant le diagnostic de cancer. En pratique, les patients pris en charge par les équipes spécialisées de cancérologie sont rarement adressés vers leur médecin traitant, manquant peut-être une opportunité de mieux répondre à leurs besoins de prise en charge psychologique. McWhinney *et al.* montrait que, alors que 98 % des patients déclaraient avoir un médecin traitant, seulement 31 % avaient un rendez-vous prévu avec celui-ci.

CONCLUSION

Nos résultats montrent que les médecins généralistes aident 4 patients sur 10 à faire face au diagnostic d'un cancer. Ces patients sont plutôt plus jeunes, plutôt des femmes et ont eu plus souvent un suivi psychologique antérieur. Une forte continuité des soins psychologiques est assurée auprès des patients qui étaient déjà pris en charge psychologiquement par le médecin avant la survenue du cancer.

Durant les 6 mois suivant le diagnostic de cancer, la fréquence des consultations avec le médecin généraliste était triplée, environ 1 sur 7 comportant un diagnostic psychologique et 1 sur 10 une prescription de psychotropes.

DISCUSSION ET PERSPECTIVES`

PRINCIPAUX RÉSULTATS

L'**objectif principal** de ce travail de thèse était d'évaluer la continuité des soins, son risque de rupture et ses déterminants, dans le contexte de la médecine générale, dans deux situations de transition hôpital - ville à risque.

Dans le cas des sorties d'hospitalisation des personnes âgées, notre travail a confirmé l'existence d'un risque de rupture de la continuité des soins, en particulier la **continuité informationnelle**. Nous avons observé, dans une cohorte en vie réelle, une transmission incomplète des informations utiles au médecin généraliste pour la continuité des soins en sortie d'hospitalisation, et dans un délai inadapté. La consultation de sortie d'hospitalisation est l'occasion pour le médecin généraliste de sécuriser la transition hôpital - ville, de suivre et de réévaluer les diagnostics. Chez les patients âgés poly pathologiques, il s'agit notamment d'optimiser les thérapeutiques dans la durée en maîtrisant le risque iatrogénique, et d'organiser le suivi par plusieurs spécialistes (consultations, examens complémentaires) (41). Cependant, dans notre étude, une ordonnance sur quatre ne reprenait pas l'ensemble des traitements du patient, ce qui est source d'erreurs et de iatrogénie. D'après les contenus décrits, les courriers de sortie d'hospitalisation reçus par les médecins traitants étaient avant tout centrés sur le récit du séjour intra-hospitalier : la plupart comportait essentiellement des éléments factuels descriptifs de la prise en charge hospitalière réalisée. *A contrario*, la transmission des informations spécifiquement utiles à la continuité des soins vers l'équipe de soins primaires était insuffisamment réalisée (75). La moitié au moins des courriers de sortie ne précisaient pas de plan de soin, la justification des modifications thérapeutiques, ou les éléments de communication transmis au patient. L'absence de courrier de sortie, symbole

de la rupture de la continuité informationnelle des soins, semblait associée au risque de réhospitalisation précoce et donc à une augmentation de la morbidité des patients.

La rupture de la **continuité longitudinale** était également prégnante en sortie d'hospitalisation des personnes âgées : moins d'un médecin généraliste sur deux avait été informé de la sortie du patient avant la consultation observée, et moins d'un médecin généraliste sur six avait été prévenu directement par l'équipe hospitalière. L'absence d'information directe du médecin généraliste de la sortie d'hospitalisation fait obstacle à ce que ce dernier assure son rôle de coordinateur des soins à domicile. Cela fait également obstacle à ce qu'il mette à profit sa connaissance du contexte psycho-social du patient pour assurer un retour à domicile dans les meilleures conditions possibles. L'absence d'organisation d'une consultation systématique avec le médecin généraliste par l'équipe hospitalière constitue, de fait, une rupture de la continuité longitudinale des soins, en postulant la sortie d'hospitalisation comme une fin en soi.

Les patients prenaient souvent l'initiative de la continuité de leurs soins : deux tiers d'entre eux avaient pris un rendez-vous de consultation avec leur médecin traitant dans les 7 jours suivant la sortie d'hospitalisation. Les patients âgés se tournent en priorité vers leur médecin traitant pour échanger à propos de leurs soins, obtenir du réconfort, organiser avec lui l'articulation des différents intervenants : ils mettent en avant la qualité de leur **relation** avec celui-ci (19). À la sortie d'une hospitalisation, ils peuvent avoir un sentiment d'abandon, et aimeraient qu'on les accompagne dans la transition que constitue le retour au domicile. Si pour le patient la sortie d'hospitalisation constitue un transfert du milieu hospitalier vers son milieu de vie habituel, sur le plan des soins elle constitue un transfert de l'équipe hospitalière vers l'équipe de soins primaires, dont le médecin

traitant est le pilote. L'absence de planification de la sortie du patient aboutit encore trop souvent à un retour à domicile chaotique, en particulier lorsque le patient n'est plus autonome : domicile mal préparé, interventions d'aides à domicile non prévues ou insuffisantes, médicaments non disponibles en pharmacie ou remplacés au risque d'une confusion du patient, oubli des traitements ne relevant pas de la spécialité du service hospitalier, absence de plan de surveillance, etc. La récente méta-analyse de Facchinetti *et al.*, à propos de 8 920 patients, a confirmé que les interventions sur la continuité des soins étaient associées à des taux plus bas de réhospitalisation à 1 mois : 13 % des patients étaient réhospitalisés dans le groupe intervention, contre 16 % dans le groupe témoin (risque relatif 0,84 (IC 95% : 0,71-0,99) (130). Dans les études incluses, du fait de contextes de soins différents, une majorité des visites à domiciles étaient réalisées par des infirmières spécialisées.

Dans le cas du diagnostic d'un cancer, nos travaux ont aussi démontré l'existence d'une rupture de la **continuité longitudinale** des soins. Elle concernait environ un quart des patients qui avaient auparavant un suivi habituel avec le médecin traitant. Certains patients étaient moins à risque de rupture, en particulier ceux ayant des comorbidités. En l'absence d'une description exhaustive des motifs des consultations dans l'année suivant le diagnostic, on peut faire l'hypothèse que ces patients continuaient de consulter régulièrement leur médecin traitant pour la prise en charge de leurs comorbidités, lesquelles n'étaient pas suivies par l'équipe d'oncologie. Les comorbidités représentent un poids important chez les patients âgés ayant eu un cancer et elles sont associées à leur mortalité : Seo *et al.* en 2004 retrouvait en moyenne 3 comorbidités associées à un antécédent de cancer dans une population américaine de patients âgés (79 ans en moyenne) (131). Brotzman et Robertson, en 1998, mettaient en avant l'importance pour

les médecins généralistes d'assurer la prise en charge des problèmes de santé chroniques et des soins de prévention qui, sans eux, pourraient être négligés face au cancer (132).

Une autre hypothèse serait que ces patients, pris en charge de manière régulière par leur médecin traitant pour des pathologies chroniques, avaient établi avec celui-ci une relation de confiance qui légitimait davantage son intervention dans leur parcours de soins, en parallèle ou en partenariat avec les soins du cancer. Dans l'étude de Aubin *et al.* auprès de patients ayant un cancer pulmonaire, 88 % d'entre eux continuaient de consulter leur médecin traitant au cours de leur prise en charge cancérologique, mais principalement après les traitements (81). Dans cette cohorte, la prise en charge entre le service d'oncologie et le médecin généraliste était décrite comme majoritairement « parallèle » (parallel pattern of care), plutôt que « partagée » (shared care pattern), selon les définitions proposées par Norman *et al.* (117).

Dans notre étude, ni les autres caractéristiques des patients, ni les caractéristiques des médecins généralistes, n'apparaissent comme des déterminants de la continuité des soins après le diagnostic d'un cancer. Ainsi, au moment du diagnostic d'un cancer, la **continuité relationnelle** des soins en médecine générale pourrait constituer un déterminant d'une meilleure continuité longitudinale. Cette hypothèse reprend la notion d'imbrication des différentes dimensions de la continuité des soins selon Saultz (1). Saultz relatait la nécessaire continuité d'information pour assurer une continuité longitudinale des soins, elle-même constituant le socle d'une continuité interpersonnelle (figure 5, flèches sombres). L'hypothèse de causalité inverse serait alors plausible, c'est-à-dire qu'une continuité interpersonnelle bien établie favoriserait le maintien d'une continuité longitudinale des soins, par les patients comme par les médecins, elle-même favorisant une meilleure continuité informationnelle (figure 5, flèches claires).

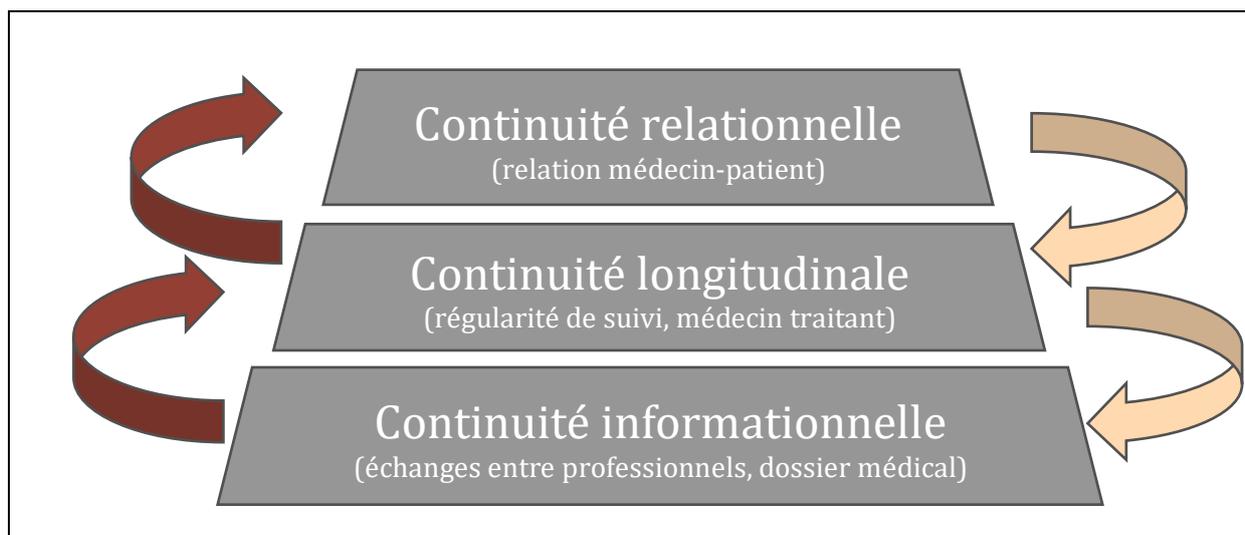


Figure 5 : Relations entre les différentes des dimensions de la continuité des soins en médecine générale – flèches sombres selon Saultz (1), flèches claires selon l’hypothèse de causalité inverse

Notre recherche sur la prise en charge psychologique en médecine générale après diagnostic d’un cancer interroge à la fois la **continuité longitudinale** et la **continuité relationnelle** des soins. La proportion de patients suivis pour ces troubles par leur médecin généraliste était cohérente avec la proportion de patients ayant eu ce diagnostic en milieu hospitalier dans la littérature (103,113,114,133). Cela plaide en faveur d’une forte implication des médecins généralistes dans leur rôle de prise en charge psychologique face au cancer, ceux-ci répondant en consultation à la majorité des patients qui sont en demande d’aide. Il est logique qu’une grande partie des patients se tournent vers leur médecin traitant pour faire le lien entre, d’une part les soins liés au cancer dispensés en milieu hospitalier, et d’autre part leur contexte médical, familial et socio-professionnel, souvent bien connu de leur médecin généraliste. Compte-tenu des résultats de notre étude COOC-GP, certains patients ont probablement été en rupture de continuité pour leurs soins psychologiques dans les mois suivant le diagnostic d’un cancer, comme

nous l'avons constaté pour la continuité de l'ensemble des soins auprès du généraliste chez un quart des patients de cette cohorte (109). Cependant, les résultats de notre étude étaient plutôt en faveur d'une bonne continuité des soins psychologiques. Les médecins généralistes qui avaient suivi des patients pour des troubles psychiques un an avant le diagnostic de cancer, continuaient de voir en consultation ces patients pour répondre à l'augmentation de leur demande de soins après ce diagnostic. Sans préjuger des motifs des consultations réalisées après le diagnostic de cancer, nous avons constaté que les médecins généralistes répondaient par leur disponibilité en triplant la fréquence de leurs consultations à cette période du parcours des patients.

PERSPECTIVES POUR LE SOIN

Lors des transitions hôpital - ville, nos travaux semblent confirmer l'existence de ruptures de la continuité des soins. Ces ruptures interpellent quant au risque de moindre qualité des soins prodigués, eu égard aux bénéfices cliniques démontrés dans la littérature, et appellent à des mesures de correction.

La garantie d'une **continuité informationnelle** des soins entre l'hôpital et la ville, en particulier pour les patients identifiés comme à risque de réhospitalisation ou de rupture de la continuité, devrait être une priorité (51). Alors que notre société a évolué vers une diffusion immédiate de l'information via les réseaux de téléphonie portable et l'internet, il est difficile pour un médecin généraliste d'admettre que, comme pour deux patients sur 10 dans notre étude, le courrier de sortie mettra plus d'un mois à lui parvenir après la sortie d'hospitalisation. Des outils de transmission électronique sécurisés pour des

données de santé ont été largement développés en médecine générale au cours des vingt dernières années, plus récemment dans les centres hospitaliers, mais des difficultés d'interopérabilité ont longtemps persisté (134). Ce n'est qu'en 2015 que les premières solutions de logiciels professionnels compatibles avec la messagerie sécurisée de santé « **MSSanté** » sont apparues et que les premiers établissements hospitaliers ont pu candidater au déploiement de cet espace de confiance numérique en santé. Ceci met en lumière le fait que la continuité des soins entre l'hôpital et la ville était absente des fondamentaux de ces systèmes à leur création. Dans leur article en 2020, Clerc et Certain désignaient les systèmes d'information médicale en soins primaires comme des « impensés » (135). L'interopérabilité, nécessaire à la continuité informationnelle des soins au quotidien, n'existe pas non plus entre logiciels des différentes professions des soins primaires (infirmier-ères, diététicien-nes, pharmacien-nes, etc.) (136). Le **DMP**, dossier médical partagé, est reconnu pour son intérêt en faveur de la coordination des soins par trois quarts des médecins généralistes, selon un sondage mené pour l'Assurance Maladie en 2019 (137). Cependant, il peine encore à intégrer les pratiques professionnelles, puisque moins d'un sur deux l'utilisait. Son interopérabilité est balbutiante en médecine générale, parfois inexistante pour d'autres spécialités ambulatoires et pour les hôpitaux. Le DMP n'a pas vocation à être un support réactif et opérationnel de la continuité des soins au retour d'une prise en charge hospitalière complexe. Ainsi, il est prévu que le DMP contienne : les comptes rendus hospitaliers et radiologiques, les résultats d'analyses de biologie, les antécédents et allergies, les actes importants réalisés, et les médicaments prescrits et délivrés en pharmacie (<https://www.dmp.fr>). Son alimentation gagnerait à être automatisée à partir des logiciels métiers ambulatoires comme hospitaliers, en particulier pour les actes techniques et les examens complémentaires dont la biologie. Les informations les plus

utiles au médecin généraliste pour la continuité des soins au retour à domicile d'un patient âgé en sortie d'hospitalisation n'y figureront pas, et le médecin ne sera pas alerté de la sortie par ce moyen. Ces informations utiles, incluant les diagnostics principaux et la liste exhaustive des traitements, devraient idéalement être transmises le jour de la sortie sous la forme d'un courrier synthétique, à l'attention du médecin traitant, et dans le but que ce dernier puisse assurer la continuité de la prise en charge. Ce « document de sortie d'hospitalisation », ou encore « lettre de sortie », « lettre de liaison à la sortie », pourrait être plus justement renommé « **courrier de transition hôpital - domicile** », afin d'explicitier qu'il réalise la continuité des soins vers une autre équipe de soins, et non pas comme l'aboutissement de la prise en charge hospitalière (75,138). Il diffère du compte rendu d'hospitalisation, qui est plus exhaustif mais non opérationnel, les deux types de documents étant parfois confondus par les équipes hospitalières. Le courrier de sortie fait partie des indicateurs de qualité des soins hospitaliers depuis plusieurs années, avec une transmission le jour de la sortie au médecin traitant imposée depuis 2016 (Décret n°2016-995 du 20 juillet 2016). Cependant, sa réalisation par les praticiens hospitaliers apparaît encore chronophage, déconnectée du séjour du patient puisque trop souvent réalisée *a posteriori*, et en concurrence avec les soins à apporter aux nouveaux patients hospitalisés. Dans ce contexte, réaliser deux courriers différents peut sembler non réaliste, mais de nombreuses améliorations techniques pourraient encore être soutenues à l'hôpital pour automatiser sa mise en œuvre. Une incitation forte à la réalisation de ces objectifs de qualité des soins serait à construire, s'appuyant davantage sur des critères objectifs cliniques (taux de réception du courrier par le médecin traitant le jour de la sortie, taux de réhospitalisation à 30 jours, par exemple), plutôt que sur des critères intermédiaires (présence du courrier daté du jour de la sortie dans le dossier, remise du courrier au patient) (138). Du côté des soins primaires, le développement des **équipes de soins**

primaires et des maisons de santé pluri professionnelles, s'appuyant sur un dossier patient partagé, vise à soutenir la continuité informationnelle des soins (136). Par ce biais, les pharmaciens d'officines pourraient devenir destinataires du courrier de sortie, incluant l'ordonnance de sortie et la justification des modifications thérapeutiques, afin qu'il puisse mettre en œuvre les prescriptions médicamenteuses dans le contexte de vie du patient ; les infirmier-ères pourraient également être destinataires des prescriptions médicamenteuses ou non médicamenteuses relevant de leur intervention auprès du patient dès sa sortie. À l'avenir, le développement de Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pourrait soutenir à l'échelle territoriale la consolidation de cette indispensable continuité des soins entre l'hôpital et la ville.

Dans le cas du diagnostic et de la prise en charge initiale d'un cancer, la continuité informationnelle est également réputée insuffisante. Cette situation est favorisée par le nombre des informations à transmettre (séjours hospitaliers, multiples examens complémentaires et consultations spécialisées, séances itératives de chimiothérapie ou radiothérapie, réunions de concertation pluridisciplinaire, etc.), et le nombre des intervenants concernés. Les cibles des plans cancers successivement formulées depuis 2009 relevaient ces difficultés : « conforter la fonction de proximité du médecin traitant pendant la phase thérapeutique aiguë » et « partager les données médicales entre professionnels de santé » (mesures 18.1 et 18.3 ; plan cancer 2009-2013) ; « passer d'un parcours de soins en cancérologie à un parcours de santé assurant une continuité de la prise en charge, sans rupture » (plan cancer 2014-2019). Face à l'échec de la communication entre soins primaires et secondaires autour du cancer, Kousgaard *et al.* a montré que la transmission au médecin généraliste d'une information simple et structurée à propos de la prise en charge était utile, améliorant ses connaissances et sa

satisfaction (139). Même s'ils pensent légitime d'être en retrait au cours de la phase active des traitements du cancer, les médecins généralistes se savent sollicités en situation de crise (55). Cela renforce la nécessité d'une bonne continuité informationnelle autour du diagnostic et du traitement du cancer, afin que le médecin généraliste dispose à tout moment des informations pertinentes et à jour. Ainsi, le médecin traitant devrait pouvoir être informé le jour-même de toute modification de la stratégie thérapeutique ou de la survenue d'un effet indésirable majeur. Dans une étude à Toulouse, Rougé-Bugat *et al.* a montré que l'envoi par les oncologues d'une **fiche d'information synthétique**, adaptée au médecin généraliste, pour la gestion des effets indésirables des chimiothérapies, avait permis de réduire le recours aux hospitalisations non programmées chez ces patients (140). Une telle pratique pourrait être généralisée.

En parallèle, la **continuité longitudinale** en médecine générale pourrait être systématiquement favorisée au moment des transitions hôpital - ville. Comme le recommande déjà la HAS, tout patient âgé ayant eu une hospitalisation au moins égale à 24 heures, ou tout patient à risque élevé de réhospitalisation précoce, devrait se voir proposer un **rendez-vous systématique avec le médecin traitant** dans la semaine suivant la sortie d'hospitalisation (50,51). Cette recommandation pourrait aussi s'avérer pertinente pour toute hospitalisation non programmée, y compris un recours aux services d'urgences non suivi d'hospitalisation, afin d'assurer une réévaluation clinique et thérapeutique. La programmation de ce rendez-vous, au cabinet ou en visite selon la situation clinique du patient, relèverait de la responsabilité de l'équipe hospitalière assurant la sortie vers le domicile. Ce rendez-vous systématique permettrait de réduire le risque de rupture de la continuité des soins longitudinale, et pourrait indirectement inciter l'équipe hospitalière à transmettre rapidement les informations utiles au médecin

traitant (continuité informationnelle). Dans les situations les plus complexes, lorsque sont intriqués des problèmes médicaux et sociaux, ou lorsqu'une diminution significative de l'autonomie du patient est apparue pendant l'hospitalisation, la continuité de suivi par un même professionnel pendant et après l'hospitalisation est recommandée par la HAS (51). Dans ces cas, la **planification** systématique de la sortie du patient avec l'ensemble de l'équipe de soins primaires, ainsi que les aides à domicile le cas échéant, devrait être la norme. Dans le contexte de soins français, la continuité de gestion peut être assurée par des infirmières libérales formées aux pratiques avancées, des équipes mobiles de gériatrie pour les patients âgés, des gestionnaires de cas (par exemple une MAIA, méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie, pour les patients ayant des troubles cognitifs), des coordonnateurs de réseaux (par exemple un coordinateur d'intervention en médecine générale, qui peut être en lien avec une coordinatrice d'intervention en milieu hospitalier - <https://www.cimg-grand-reims.fr/> consulté le 27/09/2020) ou encore des travailleurs sociaux. Le médecin traitant devrait cependant rester systématiquement associé à ces transitions hôpital-domicile. Depuis 2010 en France, l'Assurance maladie a mis en place le service de retour à domicile après hospitalisation « **Prado** », initialement pour accompagner les sorties précoces de maternité (141). Dans ce dispositif initial, construit vers la réduction de la durée de séjour hospitalier, la liaison est faite exclusivement avec une sage-femme à domicile, le médecin traitant n'étant ni mentionné dans le programme, ni informé de la prise en charge de sa patiente et du nouveau-né dont il assurera probablement le suivi médical ultérieur. Une continuité de gestion est donc mise en place au détriment de la continuité des soins avec le médecin traitant ; les soins sont organisés de manière séquentielle (117). Le service Prado a été progressivement étendu aux hospitalisations en chirurgie, à certaines pathologies chroniques (insuffisance cardiaque et BPCO), et tout récemment en 2020 aux

personnes de 75 ans et plus, et aux patients hospitalisés pour un accident vasculaire cérébral (AIT ou AVC). Le médecin traitant y est cité comme interlocuteur privilégié mais en 2019, d'après l'Assurance maladie, seulement un médecin généraliste sur six aurait déjà été concerné par ce dispositif. À ce jour, la multiplicité des intervenants potentiels autour de la sortie d'hospitalisation des patients âgés ou complexes, bien que répondant à un besoin concret que nos travaux ont confirmé, rend la lisibilité et la coordination des parcours plutôt nébuleuse, du point de vue du médecin traitant.

En cancérologie, l'accompagnement du parcours de soins oncologiques du patient par une **infirmière coordinatrice en cancérologie** améliore l'expérience des soins par les patients à la découverte d'un cancer (142). Mais trop souvent ces nouveaux métiers sont développés parallèlement à l'action du médecin traitant, avec peu voire pas de coordination avec les équipes de soins primaires, l'accompagnement étant centré sur le cancer et les soins secondaires voire tertiaires. Ces acteurs de la coordination ne peuvent se substituer à l'action du médecin traitant, qui reste pour la plupart des patients leur référent naturel et de proximité pour une prise en charge globale et accessible des soins. Proposer à tous les patients une **consultation systématique** avec le médecin généraliste à chaque étape clé de la prise en charge du cancer favoriserait là aussi la continuité des soins hôpital - ville : après l'annonce diagnostique, après chaque modification du projet thérapeutique, après une hospitalisation, etc. Cela permettrait de soutenir la continuité informationnelle, et de réduire le risque de rupture de la continuité longitudinale des soins en médecine générale, en particulier chez les patients sans comorbidités qui étaient les plus à risque dans l'étude COOC-GP. Concernant les patients âgés de plus de 65 ans, ceux-ci semblaient moins souvent suivis par leur médecin traitant pour des troubles psychiques, alors que ces patients ne sont pas moins souvent atteints de troubles psychiques en lien avec le cancer (104). Un repérage spécifique et systématique de la

dépression au cours du suivi de tout patient avec un cancer nouvellement diagnostiqué a été proposé dans la littérature, à l'aide d'échelles simples et validées (143). En particulier chez les personnes âgées, ce repérage mériterait d'être organisé dans le parcours du patient atteint d'un cancer et proposé aux médecins généralistes, aux équipes de soins primaires, autant qu'aux équipes hospitalières, en coopération avec les soins de support accessibles en oncologie ou en ville. La prise en charge psychologique par le médecin généraliste a l'intérêt, pour certains patients, de s'inscrire davantage dans leur environnement psycho-social. L'orchestration de la prise en charge des patients atteints d'un cancer met en lien de nombreux professionnels, acteurs d'un même parcours de soins à cheval entre l'hôpital et la ville, et nécessite de concevoir de nouveaux outils structurant cette coopération ou de nouvelles interopérabilités. Le **Dossier communicant de cancérologie** (DCC) a été pensé en 2010 dans l'objectif de partager les informations pertinentes entre professionnels de santé hospitaliers et libéraux autour du patient cancéreux, en lien avec le DMP (144,145). En 2020, le déploiement du DCC est encore incomplet, et son accessibilité pour le médecin traitant n'est pas généralisée, mais il est porteur de solutions en faveur d'une meilleure continuité des soins dans les transitions hôpital - ville autour du cancer.

PERSPECTIVES POUR LA RECHERCHE

Une partie des recherches devrait en particulier explorer l'efficacité des dispositifs mis en place en vue d'une meilleure continuité des soins, au regard des économies réalisées

pour notre système de santé, notamment par la réduction des hospitalisations évitables et des examens redondants.

Notre travail n'a pas permis d'explorer la **continuité relationnelle** des soins dans les transitions hôpital - ville. La littérature a montré que les patients sont attachés à la continuité relationnelle avec leur médecin généraliste (17). Pourtant, les dispositifs favorisant la continuité des soins en sortie d'hospitalisation proposent souvent l'intervention de nouveaux professionnels, non connus des patients, tels qu'infirmières de pratiques avancées, gestionnaires de cas ou coordonnateurs spécialisés. Il serait intéressant de questionner la perception des interventions de ces nouveaux acteurs par les patients, comme intrusives ou au contraire complémentaires de leurs soignants habituels, car cela n'est pas encore documenté. Dans la littérature, notamment dans d'autres contextes qu'en France, les programmes de transition hôpital - ville pour les personnes âgées ont principalement été construits en s'appuyant sur d'autres acteurs que le médecin traitant, probablement du fait d'un coût plus élevé et d'une moindre accessibilité des médecins généralistes dans ces systèmes de santé. En France, les compétences des médecins généralistes en matière de coordination des acteurs du soin, leur connaissance globale des problèmes médico-sociaux et familiaux des patients, leur accessibilité pour un accompagnement personnalisé des malades ou un soutien psychologique, en font en théorie un acteur clé de la transition hôpital - ville. En pratique, l'importance relative de la continuité relationnelle des soins en médecine générale est questionnée dans la littérature depuis les années 80, car de nombreux systèmes de soins voient évoluer l'exercice des médecins généralistes vers des modes d'exercice en groupes, voire pluri professionnels (4). Ces organisations visent à améliorer l'accessibilité des soins primaires, mais il en résulte une plus grande difficulté pour les patients à voir toujours le

même médecin. Des recherches ultérieures devront donc montrer si l'intervention du médecin traitant au moment des transitions hôpital - ville, seul ou en coordination avec une équipe de soins primaires organisée autour d'une mission de continuité des soins, est efficiente.

Sur le plan de la **continuité informationnelle**, et face au respect insuffisant des recommandations en sortie d'hospitalisation des personnes âgées dans notre étude, des recherches futures devraient porter sur les moyens d'augmenter la mise en œuvre de ces recommandations, notamment quant au contenu et à la rapidité de transmission au médecin généraliste du courrier de sortie. Dans les situations des patients les plus complexes, les organisations hospitalières et ambulatoires les plus efficaces devraient être recherchées, ainsi que leur coordination en vue de planifier la sortie des patients. Pour les patients âgés ou à risque, des critères de jugement reconnus, tels que la réhospitalisation non programmée à 30 voire à 90 jours, la mortalité toutes causes, ou le délai d'entrée en institution, devraient être utilisés en priorité. D'autres critères seraient également pertinents : la satisfaction du patient et de ses aidants, ou des critères médico-économiques tels que le nombre de journées d'hospitalisation.

Sur le plan de la **continuité longitudinale**, notre étude COOC-GP portait sur les données de la SFMG datant de la période 2000-2010. Depuis, la réforme du médecin traitant (instituée par la loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004) a pu avoir pour effet d'augmenter la continuité des soins des patients en médecine générale, y compris autour du diagnostic d'un cancer, mais n'a pas été, à notre connaissance, documenté. *A contrario*, la diminution de 7 % des effectifs des médecins généralistes en activité régulière depuis 2010, selon l'estimation du Conseil de l'Ordre des Médecins, contribue à

mettre davantage en tension l'accessibilité du médecin généraliste, ce qui peut altérer la continuité longitudinale des soins. Il serait donc intéressant de pouvoir étudier le risque de rupture de la continuité des soins au moment des transitions hôpital – ville, sur des données plus récentes. D'autres recherches sont nécessaires pour préciser davantage les déterminants associés à la rupture de la continuité des soins et donc le profil des patients à risque de rupture, pour mettre en place des dispositifs personnalisés et stratifiés selon le profil de risque. Dans notre étude, seules la présence de métastases et la présence de comorbidités étaient associées à un moindre risque de rupture de la continuité des soins en médecine générale au diagnostic d'un cancer. Des études devraient être conçues pour explorer plus finement les déterminants de ces ruptures, notamment parmi les déterminants socio-professionnels du patient, et ceux du parcours de soins, afin d'en favoriser le repérage et la prévention.

Une partie de ces travaux devrait chercher à inclure des patients qui consultent habituellement peu leur médecin traitant, car la plupart des études portant sur la continuité des soins sélectionnait *a priori* des patients ayant un suivi régulier afin d'attester de la continuité des soins. Par exemple, dans l'étude de Leleu *et al.* en 2013, les patients ne voyant pas un médecin généraliste tous les 6 mois au moins étaient exclus (31). Au diagnostic d'un cancer, chez ces patients qui consultent habituellement peu leur médecin traitant, ou chez les patients antérieurement suivis mais identifiés comme à risque de rupture, il serait intéressant d'évaluer la satisfaction associée à un suivi téléphonique par le médecin traitant, par comparaison à un suivi systématique en consultations ou aux soins usuels.

À partir des données disponibles de la SFMG, l'exploration de la continuité des soins, du risque de rupture, et de la prise en charge psychologique en médecine générale, pourrait être menée autour d'autres diagnostics impliquant une transition hôpital – ville, pour

déterminer s'il y existe un effet spécifique du cancer. Il serait par exemple intéressant d'observer la continuité des soins autour de la survenue d'un accident vasculaire cérébral. Chez les patients ayant un cancer, une description de la fréquence des consultations portant sur les comorbidités (diabète, maladies cardiovasculaires) pourrait être faite en comparaison avec la période avant cancer, afin de déterminer quelle est l'attitude des médecins généralistes pour le suivi des maladies chroniques, en parallèle des soins du cancer ; une recherche similaire pourrait porter sur les actes de prévention et de dépistage, qui pourraient être délaissés au profit des soins du cancer.

Pour les patients âgés sortant d'hospitalisation, de multiples dispositifs sont déjà en place. Procéder à leur évaluation dans le contexte de soins français semble tout d'abord indispensable, notamment en termes de coût-efficacité. Tester l'efficacité de la prise d'un rendez-vous systématique avec le médecin traitant, par le service hospitalier, avant la sortie d'hospitalisation de tout patient âgé de plus de 75 ans, pourrait être une première intervention simple et peu coûteuse à organiser. Vérifier si la prise d'un rendez-vous systématique avec le médecin traitant est associée à une transmission plus rapide et systématique du courrier de sortie le serait également. Pour les patients les plus complexes, et devant la multiplicité des parcours de coordination possibles en sortie d'hospitalisation, une comparaison sur des critères de réhospitalisation précoce et de coût des soins devrait être réalisée entre l'intervention d'un coordinateur de transition hôpital - ville (qui pourrait être une infirmière de pratiques avancées), et l'organisation d'une consultation systématique avec le médecin traitant dans la semaine suivante avec transmission immédiate du courrier de sortie.

À l'avenir, sur la majorité des questions portant sur la continuité des soins hôpital - ville, il pourrait être intéressant d'observer voire de comparer les différentes organisations

mises en place au sein des futures CPTS, en tenant compte des caractéristiques sociodémographiques des territoires.

En conclusion, ces travaux sur la continuité des soins en médecine générale, au moment de transitions entre l'hôpital et la ville, ont confirmé un risque de rupture pour les patients âgés en sortie d'hospitalisation et les patients avec un cancer. Ces résultats permettent d'envisager des perspectives d'amélioration des pratiques cliniques en faveur d'une meilleure continuité des soins, dans ses différentes dimensions, en médecine générale. L'amélioration de la continuité informationnelle s'appuierait sur les outils numériques de communication et leur interopérabilité. L'amélioration de la continuité longitudinale pourrait bénéficier d'une meilleure intégration du médecin généraliste dans les parcours de soins des patients à risque de rupture. Les perspectives de recherche ouvrent en particulier sur l'évaluation médico-économique des mesures mises en œuvre.

BIBLIOGRAPHIE

1. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med*. 2003;1(3).
2. Hansen MF. Continuity of care in family practice. Part 3: measurement and evaluation of continuity of care. *J Fam Pract*. 1975;2(6):439–44.
3. Wall EM. Continuity of care and family medicine: definition, determinants, and relationship to outcome. *J Fam Pract*. 1981;13(5):655–64.
4. Freeman G. Continuity of Care in General Practice: a Review and Critique. *Fam Pract*. 1984;1(4):245–52.
5. Rogers J, Curtis P. The concept and measurement of continuity in primary care. *Am J Public Health*. 1980;70(2):122–7.
6. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003;327(7425):1219–21.
7. Aubin M, Giguère A, Martin M, Verreault R, Fitch MI, Kazanjian A, et al. Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(7):CD007672.
8. Hennen BK. Continuity of care in family practice. Part 1: dimensions of continuity. *J Fam Pract*. 1975;2(5):371–2.
9. Murata PJ. A visit-based quantitative measure of family care. *J Fam Pract*. 1993;36(1):39–44.
10. Jee SH, Cabana MD. Indices for continuity of care: a systematic review of the literature. *Med Care Res Rev*. 2006;63(2):158–88.
11. Sidaway-Lee K, Gray DP, Evans P. A method for measuring continuity of care in day-to-day general practice: a quantitative analysis of appointment data. *Br J Gen Pract*. 2019;69(682):e356–62.
12. Pilotto LS, McCallum J, Raymond C, McGilchrist C, Veale BM. Sequential continuity of care by general practitioners: which patients change doctor? *Med J Austr*. 1996;164(8):463–6.
13. Salisbury C, Sampson F, Ridd M, Montgomery AA. How should continuity of care in primary health care be assessed? *Br J Gen Pract*. 2009;59(561):e134–41.
14. Guthrie B, Saultz J, Freeman G, Haggerty J. Continuity of care matters. *BMJ*. 2008;337(aug07 1):a867–a867.
15. Kearley K, Freeman G, Heath A. An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. *Br J Gen Pract*. 2001;51(470):712–8.

16. Société Française de Médecine Générale. Sociologie et anthropologie : quels apports pour la médecine générale. [Internet]. Documents de recherche en médecine générale; vol. 64. Issy Les Moulineaux; 2007. URL : <https://docplayer.fr/12915920-Societe-francaise-sociologie-et-anthropologie-quels-apports-pour-la-medecine-generale-documents-de-recherches-en-medecine-generale.html> [consulté le 15/11/2020].
17. Saultz JW, Albedaiwi W. Interpersonal Continuity of Care and Patient Satisfaction: A Critical Review. *Ann Fam Med*. 2004;2(5):445–51.
18. Mainous AG, Baker R, Love MM, Gray DP, Gill JM. Continuity of care and trust in one's physician: evidence from primary care in the United States and the United Kingdom. *Fam Med*. 2001;33(1):22–7.
19. Stéphanie G, Zeynep O. La satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins : une approche qualitative exploratoire. Questions d'économie de la santé [Internet]. 2016;214. URL : <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-lasante/214-la-satisfaction-des-personnes-agees-en-termes-de-prise-en-charge-medicale-et-de-coordination-des-soins.pdf> [consulté le 30/09/2020].
20. Haggerty J, Pineault R, Beaulieu M-D, Brunelle Y, Goulet F, Rodrigue J, et al. Continuité et accessibilité des soins de première ligne au Québec : barrières et facteurs facilitants. 2004.
21. Ridd M, Shaw A, Salisbury C. 'Two sides of the coin'—the value of personal continuity to GPs: a qualitative interview study. *Fam Pract*. 2006;23(4):461–8.
22. Guthrie B, Wyke S. Personal continuity and access in UK general practice: a qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of when and how they matter. *BMC Fam Pract*. 2006;7:11.
23. Hjortdahl P. The Influence of General Practitioners' Knowledge about their Patients on the Clinical Decision-Making Process. *Scand J Prim Health*. 1992;10(4):290–4.
24. Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract*. 2004;53(12):974–80.
25. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badia J, Pasarín-Rua MI, Iglesias-Pérez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract*. 2006;23(3):308–16.
26. Wasson JH, Sauvigne AE, Mogielnicki RP, Frey WG, Sox CH, Gaudette C, et al. Continuity of outpatient medical care in elderly men. A randomized trial. *JAMA*. 1984;252(17):2413–7.
27. Mainous AG, Gill JM. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: is site of care equivalent to a primary clinician? *Am J Public Health*. 1998;88(10):1539–41.
28. Hansen AH, Halvorsen PA, Aaraas IJ, Førde OH. Continuity of GP care is related to reduced specialist healthcare use: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract*. 2013;63(612):e482–9.

29. Christakis DA, Mell L, Wright JA, Davis R, Connell FA. The association between greater continuity of care and timely measles-mumps-rubella vaccination. *Am J Public Health*. 2000;90(6):962–5.
30. Mainous AG, Diaz VA, Koopman RJ, Everett CJ. Having a regular physician and attempted weight loss after screening for hypertension or hypercholesterolemia. *Int J Obesity*. 2004;29(2):223–7.
31. Leleu H, Minvielle E. Relationship between longitudinal continuity of primary care and likelihood of death: analysis of national insurance data. *PLoS One*. 2013;8(8):e71669.
32. Wolinsky FD, Bentler SE, Liu L, Geweke JF, Cook EA, Obrizan M, et al. Continuity of care with a primary care physician and mortality in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2010;65(4):421–8.
33. Gray DJP, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*. 2018;8(6):e021161.
34. Baker R, Freeman GK, Haggerty JL, Bankart MJ, Nockels KH. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. *Brit J Gen Pract*. 2020;70(698):bjgp20X712289.
35. Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. 2018. 165p https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf [consulté le 30/09/2020]
36. Barbier M, Toutin G, Levy D. L'accès aux services, une question de densité des territoires. *Insee Première* [Internet]. 2016;(1579):4. URL : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/version-html/1908098/ip1579.pdf> [consulté le 06/09/2020].
37. L'assurance maladie. Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention [Internet]. 2009. URL : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjnp_oW_nvfrAhUKCRoKHd3WDssQFjABegQICxAE&url=https%3A%2F%2Fwww.ameli.fr%2Ffileadmin%2Fuser_upload%2Fdocuments%2FBilan_medecin_traitant_Vdef2.pdf&usg=AOvVaw3KUn0NyfAC_UQtGUwZP_17 [consulté le 20/09/2020].
38. Santé O mondiale de la, mondiale O de C et de DÉ et la B internationale pour la reconstruction et le développement /La B. La qualité des services de santé : un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle. OMS, editor. 2019.
39. Gray DJP, Sidaway-Lee K, Evans P, Harding A. Having a named doctor in general practice is not enough to improve continuity of care. *BMJ*. 2019;367:16106.
40. Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, Coleman EA. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: A review of key issues for hospitalists. *J Hosp Med*. 2007;2(5):314–23.

41. Haute Autorité de Santé. Note méthodologique et de synthèse documentaire. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires [Internet]. 2015. URL : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiTo rTE_n_frAhWRFxOKHd8oC9AQFjAAegQIBRAB&url=https%3A%2F%2Fwww.has-sante.fr%2Fupload%2Fdocs%2Fapplication%2Fpdf%2F2015-04%2Fnote_methodologique_polypathologie_de_la_personne_agee.pdf&usg=AOvVaw0 M mK2fxHsCsrSVFuTiEE [consulté le 20/09/2020].
42. Lanièce I, Couturier P, Dramé M, Gavazzi G, Lehman S, Jolly D, et al. Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. *Age Ageing*. 2008;37(4):416–22.
43. Rennke S, Nguyen OK, Shoeb MH, Magan Y, Wachter RM, Ranji SR. Hospital-initiated transitional care interventions as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2013;158(5 Pt 2):433–40.
44. Allen J, Ottmann G, Roberts G. Multi-professional communication for older people in transitional care: a review of the literature. *Int J Older People Nurs*. 2012;8(4):253–69.
45. Parker SG, Peet SM, McPherson A, Cannaby AM, Abrams K, Baker R, et al. A systematic review of discharge arrangements for older people. *Health Technol Asses*. 2002;6(4):1–183.
46. Verhaegh KJ, MacNeil-Vroomen JL, Eslami S, Geerlings SE, Rooij SE de, Buurman BM. Transitional Care Interventions Prevent Hospital Readmissions For Adults With Chronic Illnesses. *Health Affair*. 2014;33(9):1531–9.
47. Shepperd S, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL. *Cochrane Database Syst Rev*. 1996;1(1):CD000313.
48. Halfon P, Egli Y, Melle G van, Chevalier J, Wasserfallen J-B, Burnand B. Measuring potentially avoidable hospital readmissions. *J Clin Epidemiol*. 2002;55(6):573–87.
49. Shen E, Koyama SY, Huynh DN, Watson HL, Mittman B, Kanter MH, et al. Association of a Dedicated Post-Hospital Discharge Follow-up Visit and 30-Day Readmission Risk in a Medicare Advantage Population. *JAMA Intern Med*. 2017;177(1):132.
50. Haute Autorité de Santé. Note méthodologique et synthèse documentaire. « Sortie d’hospitalisation supérieure à 24 heures - Établissement d’une check-list » [Internet]. 2015. URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-05/note_documentaire_check-list_sortie_hospitalisation_web.pdf [consulté le 20/09/2020].
51. Haute Autorité de Santé. Note méthodologique et de synthèse bibliographique. « Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées? » [Internet]. 2013. URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/annexe_methodo_rehospitalisations_evitables_vf.pdf [consulté le 20/09/2020].
52. Jensen H, Tørring ML, Larsen MB, Vedsted P. Existing data sources for clinical epidemiology: Danish Cancer in Primary Care cohort. *Clin Epidemiol*. 2014;6.

53. Anvik T, Holtedahl KA, Mikalsen H. “When patients have cancer, they stop seeing me”--the role of the general practitioner in early follow-up of patients with cancer--a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2006;7:19.
54. Oeffinger KC, McCabe MS. Models for Delivering Survivorship Care. *J Clin Oncol*. 2006;24(32):5117–24.
55. Farquhar MC, Barclay SIG, Earl H, Grande GE, Emery J, Crawford RAF. Barriers to effective communication across the primary/secondary interface: examples from the ovarian cancer patient journey (a qualitative study). *Eur J Cancer Care*. 2005;14(4):359–66.
56. Rosman S, Vaillant ML, Pelletier-Fleury N. Gaining insight into benzodiazepine prescribing in General Practice in France: a data-based study. *BMC Fam Pract*. 2011;12(1):28.
57. Kristensen SR, Bech M, Quentin W. A roadmap for comparing readmission policies with application to Denmark, England, Germany and the United States. *Health Policy*. 2015;119(3):264–73.
58. Walraven C van, Bennett C, Jennings A, Austin PC, Forster AJ. Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. *CMAJ*. 2011;183(7):E391–402.
59. Direction générale de l’offre de soins (DGOS). Les réhospitalisations à 30 jours (RH30). Guide méthodologique de calcul de l’indicateur et présentation des principaux résultats. [Internet]. 2018. URL : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjyGi1P3rAhUMXxoKHRz1AGIQFjACegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fwww.scansante.fr%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fcontent%2F396%2Fvf_rh30_2018_03_20.pdf&usg=AOvVaw0ILQ1aCvJdv68NVCs7ydW [consulté le 22/09/2020].
60. Bryant-Lukosius D, Carter N, Reid K, Donald F, Martin-Misener R, Kilpatrick K, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: a systematic review. *J Eval Clin Pract*. 2015;21(5):763–81.
61. Leppin AL, Gionfriddo MR, Kessler M, Brito JP, Mair FS, Gallacher K, et al. Preventing 30-day hospital readmissions: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Jama Intern Med*. 2014;174(7):1095–107.
62. Carnahan JL, Slaven JE, Callahan CM, Tu W, Torke AM. Transitions From Skilled Nursing Facility to Home: The Relationship of Early Outpatient Care to Hospital Readmission. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18(10):853–9.
63. Bricard D, Or Z. Does an Early Primary Care Follow-up after Discharge Reduce Readmissions for Heart Failure Patients? [Internet]. Irdes; 2018 [cited 2020 Sep 22]. Available from: <https://www.irdes.fr/english/working-papers/073-does-an-early-primary-care-follow-up-after-discharge-reduce-readmissions-for-heart-failure-patients.pdf>
64. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. The SIGN discharge document [Internet]. Edinburgh; 2012. URL : <https://www.sign.ac.uk/media/1066/sign128.pdf> [consulté le 22/09/2020]

65. Health Information and Quality Authority. National Standard for Patient Discharge Summary Information [Internet]. Dublin: 2013. 42 p. URL : <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjTrfGq2P3rAhXBxIUKHezDDVYQFjAAegQIBxAB&url=https%3A%2F%2Fwww.hiqa.ie%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2F2017-01%2FNational-Standard-Patient-Discharge-Summary.pdf&usg=AOvVaw2rc-atZqwpUhOLJnsUivQ6> [consulté le 22/09/2020].
66. National Health Service England. Quick Guide: Improving Hospital Discharge into the Care Sector [Internet]. URL : <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwil6vE2f3rAhVP1xoKHdbkD0oQFjAAegQIBhAB&url=http%3A%2F%2Fwww.nhs.uk%2FNHSEngland%2Fkeogh-review%2FDocuments%2Fquick-guides%2FQuick-Guide-Improving-hospital-discharge-into-the-care-sector.pdf&usg=AOvVaw3RwaMX7-IoK5UkjTiCXfSa> [consulté le 22/09/2020].
67. Snow V, Beck D, Budnitz T, Miller DC, Potter J, Wears RL, et al. Transitions of Care Consensus Policy Statement American College of Physicians-Society of General Internal Medicine-Society of Hospital Medicine-American Geriatrics Society-American College of Emergency Physicians-Society of Academic Emergency Medicine. *J Gen Intern Med.* 2009;24(8):971–6.
68. Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé (AFSSAPS). Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. [Internet] 2005. URL : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiZif_r2_3rAhVGrxoKHc7DDtAQFjAAegQIBxAB&url=https%3A%2F%2Fwww.anism.sante.fr%2Fvar%2Fanism_site%2Fstorage%2Foriginal%2Fapplication%2F9641eb3f4a1e67ba18a6b8aec3f1985.pdf&usg=AOvVaw0TwPK6CTnwcWEHkh5oEF8c [consulté le 22/09/2020].
69. Burger A, Mecili M, Vogel T, Andrès E. Médicaments et classes thérapeutiques à risque iatrogène : études de données françaises et américaines. *Médecine thérapeutique.* 2012;(17):10.
70. Clanet R, Bansard M, Humbert X, Marie V, Raginel T. [Systematic review of hospital discharge summaries and general practitioners' wishes]. *Vandoeuvre-lès-nancy: Santé Publique France.* 2015;27(5):701–11.
71. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in Communication and Information Transfer Between Hospital-Based and Primary Care Physicians: Implications for Patient Safety and Continuity of Care. *JAMA.* 2007;297(8):831.
72. Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. The Incidence and Severity of Adverse Events Affecting Patients after Discharge from the Hospital. *Ann Intern Med.* 2003;138(3):161.
73. Moore C, Wisnivesky J, Williams S, McGinn T. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. *J Gen Intern Med.* 2003;18(8):646–51.
74. Walraven C, Seth R, Austin PC, Laupacis A. Effect of discharge summary availability during post-discharge visits on hospital readmission. *J Gen Intern Med.* 2002;17(3):186–92.

75. Haute Autorité de Santé. Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24h - Référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité des soins en sortie d'hospitalisation [Internet]. 2014. URL : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1777670/fr/document-de-sortie-contenu-metier [consulté le 23/09/2020].
76. Witherington EMA, Pirzada OM, Avery AJ. Communication gaps and readmissions to hospital for patients aged 75 years and older: observational study. *Qual Saf Health Care*. 2008;17(1):71–5.
77. Pérez T, Moriarty F, Wallace E, McDowell R, Redmond P, Fahey T. Prevalence of potentially inappropriate prescribing in older people in primary care and its association with hospital admission: longitudinal study. *BMJ*. 2018;363:k4524.
78. Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM). Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. 2016. URL : <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiDi-PQk4DsAhVKxIUkHZ8MAX8QFjAAegQIBxAB&url=https%3A%2F%2Fwww.conseil-national.medecin.fr%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fexternal-package%2Fanalyse%2F1j2jckd%2Fatlas%20de%20la%20demographie%20medicale%202016.pdf&usg=AOvVaw1uNobe6i7AujF-PSkG94iZ> [consulté le 23/09/2020].
79. Sebo P, Maisonneuve H, Cerutti B, Fournier JP, Senn N, Haller DM. Rates, Delays, and Completeness of General Practitioners' Responses to a Postal Versus Web-Based Survey: A Randomized Trial. *J Med Internet Res*. 2017;19(3):e83.
80. Gauthier J, Kisterman JP, Chapalain F, Texier A, Manckoundia P. [Early rehospitalization of persons aged 75 years or older admitted to a post-emergency general medicine department: Rates and predictive factors]. *Rev Med Interne*. 2016;37(8):521–8.
81. Aubin M, Vézina L, Verreault R, Fillion L, Hudon E, Lehmann F, et al. Family physician involvement in cancer care follow-up: the experience of a cohort of patients with lung cancer. *Ann Fam Med*. 2010;8(6):526–32.
82. Sisler J, Brown J, Physician S-M. Family physicians' roles in cancer care. Survey of patients on a provincial cancer registry. *Can Fam Physician*. 2004;50:889-96.
83. Chicoulaa B, Balardy L, Stillmunkes A, Mourey L, Oustric S, Bugat M-ER. French general practitioners' sense of isolation in the management of elderly cancer patients. *Fam Pract*. 2016;33(5):551–6.
84. McWhinney IR, Hoddinott SN, Bass MJ, Gay K, Shearer R. Role of the family physician in the care of cancer patients. *Can Fam Physician*. 1990;36:2183–6.
85. Meiklejohn JA, Mimery A, Martin JH, Bailie R, Garvey G, Walpole ET, et al. The role of the GP in follow-up cancer care: a systematic literature review. *J Cancer Surviv*. 2016;10(6):990–1011.
86. Aubin M, Vézina L, Verreault R, Fillion L, Hudon E, Lehmann F, et al. Patient, primary care physician and specialist expectations of primary care physician involvement in cancer care. *J Gen Intern Med*. 2012;27(1):8–15.

87. Stokes T, Tarrant C, Mainous AG, Schers H, Freeman G, Baker R. Continuity of care: is the personal doctor still important? A survey of general practitioners and family physicians in England and Wales, the United States, and The Netherlands. *Ann Fam Med*. 2005;3(4):353–9.
88. Christensen KG, Fenger-Grøn M, Flarup KR, Vedsted P. Use of general practice, diagnostic investigations and hospital services before and after cancer diagnosis - a population-based nationwide registry study of 127,000 incident adult cancer patients. *BMC Health Serv Res*. 2012;12(1):224.
89. Ferru P, Kandel O. *Dictionnaire des Résultats de Consultation (Dictionary of Consultation Results)*. Révision. Paris: Société Française de Médecine Générale; 2004.
90. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie RC. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40(5):373–83.
91. Bannay A, Chaignot C, Blotière P-OO, Basson M, Weill A, Ricordeau P, et al. The Best Use of the Charlson Comorbidity Index With Electronic Health Care Database to Predict Mortality. *Med Care*. 2016;54(2):188–94.
92. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). Doctors' consultations [Internet]. 2018 URL : <https://data.oecd.org/healthcare/doctors-consultations.htm> [consulté le 07/01/2019].
93. Cuzick J. A method for analysing case-control studies with ordinal exposure variables. *Biometrics*. 1985;41(3):609–21.
94. Božikov J, Zaletel-Kragelj L. Test validity measures and receiver operating characteristic (ROC) analysis. In: *Methods and tools in public health*. Lage: Hans Jacobs Verlag; 2010. p. 749–770.
95. Guassora AD, Jarlbaek L, Thorsen T. Preparing general practitioners to receive cancer patients following treatment in secondary care: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2015;15(1):202.
96. Mitchell GK, Burridge LH, Colquist SP, Love A. General Practitioners' perceptions of their role in cancer care and factors which influence this role. *Health Soc Care Community*. 2012;20(6):607–16.
97. Institut national du cancer (INCa). La situation du cancer en France en 2011 [Internet]. Boulogne-Billancourt: INCa; 2011 p. 320. (Collection Rapports & synthèses). URL : http://www.unicancer.fr/sites/default/files/Situation_cancer_2011_15112011.pdf [consulté le 23/09/2020].
98. Montaut A. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes - Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008 [Internet]. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES); 2010 p. 8. (Études et résultats). No.717. URL : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er717-2.pdf> [consulté le 23/09/2020].

99. Ridd MJ, Ferreira DL, Montgomery AA, Salisbury C, Hamilton W. Patient-doctor continuity and diagnosis of cancer: electronic medical records study in general practice. *Br J Gen Pract.* 2015;65(634):e305-11.
100. Allgar VL, Neal RD. General practitioners' management of cancer in England: secondary analysis of data from the National Survey of NHS Patients – Cancer. *Eur J Cancer Care.* 2005;14(5):409–16.
101. Lewis RA, Neal RD, Williams NH, France B, Hendry M, Russell D, et al. Follow-up of cancer in primary care versus secondary care: systematic review. *Br J Gen Pract.* 2009;59(564):e234–47.
102. Hopwood P, Stephens RJ. Depression in Patients With Lung Cancer: Prevalence and Risk Factors Derived From Quality-of-Life Data. *J Clin Oncol.* 2000;18(4):893–893.
103. Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology.* 2001;10(1):19–28.
104. Gouraud C, Paillaud E, Martinez-Tapia C, Segaux L, Reinald N, Laurent M, et al. Depressive Symptom Profiles and Survival in Older Patients with Cancer: Latent Class Analysis of the ELCAPA Cohort Study. *Oncol.* 2019;24(7):e458–66.
105. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol.* 2011;12(2):160–74.
106. Lépine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). *L'encéphale.* 2005;31(2):182–94.
107. Norman A, Sisler J, Hack T, Harlos M. Family physicians and cancer care. Palliative care patients' perspectives. *Can Fam Physician.* 2001;47:2009–12, 2015–6.
108. Hickner J, Kent S, Naragon P, Hunt L. Physicians' and patients' views of cancer care by family physicians: a report from the American Academy of Family Physicians National Research Network. *Fam Med.* 2007;39(2):126–31.
109. Hurtaud A, Aubin M, Ferrat E, Lebreton J, Paillaud E, Audureau E, et al. Continuity of care in general practice at cancer diagnosis (COOC-GP study): a national cohort study of 2853 patients. *Br J Gen Pract.* 2019;69(679):e88–96.
110. Grunfeld E, Mant D, Yudkin P, AdewuyiDalton R, Cole D, Stewart J, et al. Routine follow-up of breast cancer in primary care: randomized trial. *Rehabilitation Oncol.* 1997;15(3):24.
111. Vidit JP. Qu'est-ce que le suivi psychologique ? *Cahiers de psychologie clinique* [Internet]. 2001;(17):63–80. URL : <https://www.cairn-int.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2001-2-page-63.htm> [consulté le 15/11/2020].

112. Weisman AD, Worden JW. The Existential Plight in Cancer: Significance of the First 100 Days. *Int J Psychiatry*. 1977;7(1):1–15.
113. Farber JM, Weinerman BH, Kuypers JA. Psychosocial Distress in Oncology Outpatients. *J Psychosoc Oncol*. 2008;2(3–4):109–18.
114. Stefanek ME, Derogatis LP, Shaw A. Psychological distress among oncology outpatients Prevalence and severity as measured with the Brief Symptom Inventory. *Psychosomatics*. 1987;28(10):530–9.
115. Sellick SM, Crooks DL. Depression and cancer: an appraisal of the literature for prevalence, detection, and practice guideline development for psychological interventions. *Psycho Oncol*. 1999;8(4):315–33.
116. Massie MJ. Prevalence of Depression in Patients With Cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2004;(32):57–71.
117. Norman A, Sisler J, Hack T, Harlos M. Family physicians and cancer care. Palliative care patients' perspectives. *Can Fam Physician*. 2001;47(10):2009–12.
118. Gilbert R, Willan AR, Richardson S, Sellick S. Survey of family physicians: what is their role in cancer patient care? *Can J Oncol*. 1994;4(3):285–90.
119. Hetlevik Ø, Garre-Fivelsdal G, Bjorvatn B, Hjørleifsson S, Ruths S. Patient-reported depression treatment and future treatment preferences: an observational study in general practice. *Fam Pract*. 2019;36(6):771–7.
120. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). La répartition géographique des professionnels de santé de premier recours. In: *Portrait des professionnels de santé* [Internet]. 2016. p. 8. URL : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjdqZOKn8HrAhXLBGMBHfxtDkQQFjAAegQIARAB&url=https%3A%2F%2Fdrees.solidarites-sante.gouv.fr%2FIMG%2Fpdf%2Ffiche6-3.pdf&usg=AOvVaw06M47XcoYcQ_6jqT3wV8BB [consulté le 27/09/2020].
121. Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Block SD, Zhang B, Prigerson HG. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer. *Cancer*. 2005;104(12):2872–81.
122. Caisse nationale de l'Assurance Maladie. Médicaments remboursés par l'ensemble des régimes de l'assurance maladie au cours de l'année 2017 [Internet]. 2017 [cited 2020 Nov 15]. URL : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Medic_AM_annuel_2017_tous_regimes.zip [consulté le 15/11/2020].
123. Ng CG, Boks MPM, Zainal NZ, de Wit NJ. The prevalence and pharmacotherapy of depression in cancer patients. *J Affect Disorders*. 2011;131(1–3):1–7.
124. Dantzer R, Meagher MW, Cleeland CS. Translational approaches to treatment-induced symptoms in cancer patients. *Nat Rev Clin Oncol*. 2012;9(7):414–26.

125. Hegeman JM, Kok RM, Mast RC van der, Giltay EJ. Phenomenology of depression in older compared with younger adults: Meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2012;200(4):275–81.
126. Pinquart M, Duberstein PR. Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychol Med*. 2010;40(11):1797–810.
127. Satin JR, Linden W, Phillips MJ. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients. *Cancer*. 2009;115(22):5349–61.
128. Sinnema H, Terluin B, Volker D, Wensing M, Balkom A van. Factors contributing to the recognition of anxiety and depression in general practice. *BMC Fam Pract*. 2018;19(1):99.
129. Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Can oncologists detect distress in their out-patients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations? *Br J Cancer*. 1994;70(4):767–70.
130. Facchinetti G, D'Angelo D, Piredda M, Petitti T, Matarese M, Oliveti A, et al. Continuity of care interventions for preventing hospital readmission of older people with chronic diseases: A meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2019;101:103396.
131. Seo PH, Pieper CF, Cohen HJ. Effects of cancer history and comorbid conditions on mortality and healthcare use among older cancer survivors. *Cancer*. 2004;101(10):2276–84.
132. Brotzman GL, Robertson RG. Role of the primary care physician after the diagnosis of cancer: The Importance of the Team Approach. *Prim Care Clin Office Pract*. 1998;25(2):401–6.
133. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, et al. The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients. *JAMA*. 1983;249(6):751–7.
134. Agence française de la santé numérique (ASIP Santé). Messageries sécurisées de santé [Internet]. 2018 p. 25. (Dossier de presse). URL : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiBr9DAk4XsAhWkzoUKHbUtA3wQFjAEegQIARAB&url=https%3A%2F%2Fesante.gouv.fr%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2Fmedia_entity%2Fdocuments%2FDOSSIER_DE_PRESSE_MSSANTE_FEVRIER%25202018.pdf&usg=AOvVaw3d7cmrEGmLb78WmeNvrWj3 [consulté le 27/09/2020].
135. Clerc P, Certain M-H. Innovation territoriale aux Mureaux. *Revue française des affaires sociales*. 2020;1:263–80.
136. Naiditch M. Difficultés d'usage des logiciels pluriprofessionnels au sein des MSP et mode de régulation du marché des logiciels médicaux : quels liens ? *Revue française des affaires sociales*. 2020;1:237–62.
137. L'assurance maladie. L'adoption du DMP progresse - Dossier de presse [Internet]. 2019. URL : <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiK8cOtoIXsAhVLLBoKHSAYBd0QFjAAegQIBxAB&url=https%3A%2F%2Fassurance->

[maladie.ameli.fr/content/download/13-09-19-dix-mois-apres-son-lancement-ladoption-du-dmp-progresse&usg=AOvVaw04p2d10KIO8ogje4Bcl0CC](https://www.ameli.fr/content/download/13-09-19-dix-mois-apres-son-lancement-ladoption-du-dmp-progresse&usg=AOvVaw04p2d10KIO8ogje4Bcl0CC) [consulté le 25/09/2020].

138. Haute Autorité de Santé. Fiche descriptive de l'indicateur de qualité et de sécurité des soins « Qualité de la lettre de liaison à la sortie » en MCO. 2019.

139. Kousgaard KR, Nielsen JD, Olesen F, Jensen AB. General practitioner assessment of structured oncological information accompanying newly referred cancer patients. *Scand J Prim Health*. 2009;21(2):110–4.

140. Rougé-Bugat ME. Place du médecin généraliste dans la nouvelle organisation des soins en cancérologie. Thèse de doctorat : Pharmacologie : Université Toulouse III Paul Sabatier : 2014.

141. L'assurance maladie. Prado, le service de retour à domicile [Internet]. 2020. URL : https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado#text_19369 [consulté le 27/09/2020].

142. Hendren S, Fiscella K. Patient Navigation Improves the Care Experience for Patients With Newly Diagnosed Cancer. *J Clin Oncol*. 2013;32(1):3–4.

143. Meijer A, Roseman M, Milette K, Coyne JC, Stefanek ME, Ziegelstein RC, et al. Depression Screening and Patient Outcomes in Cancer: A Systematic Review. *PLoS One*. 2011;6(11):e27181.

144. Institut National du Cancer (INCa). Le dossier communicant de cancérologie [Internet]. 2019. URL : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Le-dossier-communicant-de-cancerologie> [consulté le 27/09/2020].

145. Agence française de la santé numérique (ASIP Santé), Institut National du Cancer (INCa). Dossier communicant de cancérologie (DCC) et dossier médical personnel (DMP) [Internet]. 2010. URL : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwim7Y2et4nsAhUFXRoKHRjhC9AQFjACegQIAxAB&url=https%3A%2F%2Fwww.e-cancer.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F98961%2F1078820%2Ffile%2FINCa_ASIPsante_Cadre_National_DCC_DMP.pdf&usg=AOvVaw2vGX6HdR6W47e0D6b6w0FF [consulté le 27/09/2020].

ANNEXE 1 – Article “Real-life implementation of guidelines on the hospital-to-home transition for older patients”

Age and Ageing 2019; 00: 1–6
doi: 10.1093/ageing/afz143
Published electronically

© The Author(s) 2019. Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society. All rights reserved. For permissions, please email: journals.permissions@oup.com

RESEARCH PAPER

Real-life implementation of guidelines on the hospital-to-home transition for older patients: a cohort study in general practice

ALINE HURTAUD¹, FRANÇOIS LALLIER², MATTHIEU HEIDET³,
CHARLINE ARNOULT², MOUSTAPHA DRAMÉ⁴, FLORENCE CANOUI-POITRINE¹

¹Clinical Epidemiology and Ageing Unit, Université Paris-Est Créteil, Créteil, France

²General Practice Department, University of Reims-Champagne-Ardenne, Reims Cedex 51086, France

³SAMU 94 Emergency Medical Services, University Hospital Henri Mondor, Créteil, France

⁴Department of Clinical Research and Innovation, University Hospitals of Martinique, Martinique, France

Address correspondence to: Florence Canoui-Poitrine, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Hôpital Henri-Mondor, Public Health Department, 55 Av. Du Maréchal de Lattre de Tassigny, Créteil Cedex 94010, France.
Tel: +33149813674. Email: florence.canoui-poitrine@aphp.fr

Abstract

Background: hospital discharge is a critical event for older patients. The French guidelines recommended the swift transmission of a discharge summary to the general practitioner (GP) and a primary care consultation within 7 days. The relevance and feasibility of these guidelines have not previously been assessed.

Objective: to perform a real-life assessment of compliance with French guidelines on the transmission of discharge summaries and post-discharge medical reviews and to examine these factors' association with 30-day readmissions.

Design: a prospective multicentre cohort study.

Setting: primary care (general practice) in France.

Subjects: a sample of GPs and the same number of patients aged 75 or over having consulted within 30 days of hospital discharge.

Methods: the main endpoints were the proportion of discharge summaries available and the proportion of patients consulting their GP within 7 days. The 30-day readmission rate was also measured. Factors associated with these endpoints were assessed in univariate and multivariate analyses.

Results: seventy-one GPs (mean \pm standard deviation age: 49 ± 11 ; males: 62%) and 71 patients (mean age: 84 ± 5 ; males: 52%; living at home: 94%; cognitive disorders: 22%) were included. Forty-six patients (65%, [95% confidence interval [CI]]: 53–76) consulted their GP within 7 days of hospital discharge. At the time of the consultation, 27 GPs (38% [95% CI]: 27–50) had not received the corresponding hospital discharge summary. Discharge summary availability was associated with a lower risk of 30-day readmission (adjusted odds ratio [95% CI] = 0.25 [0.07–0.91]).

Conclusions: compliance with the French guidelines on hospital-to-home transitions is insufficient.

Keywords: aged, general practice, continuity of patient care, patient discharge, patient readmission, older people

Key points

- Two thirds of the patients aged 75 years or older consulted their GP within 7 days of leaving hospital.
 - At the time of the post-discharge consultation, 38% of the GPs had not received the patient's hospital discharge summary.
 - The absence of a hospital discharge summary was associated with an increased risk of readmission.
 - Hospital discharge summaries lack some important items of information—particularly with regard to plans for long-term treatments.
-

Introduction

Hospital discharge is a critical stage in the healthcare trajectory of older patients (aged 75 years or over) and is associated with a risk of unplanned readmission. In many countries, the 30 days readmission rate is used by the authorities as an indicator of healthcare quality and cost savings [1]. A literature review published in 2011 found that 27% of 30-day readmissions were avoidable although this proportion varied markedly from one study to another (from 5 to 79%) [2]. In France, the 30-day readmission rate amongst patients aged 75 or over was reportedly 18% in 2015 [3].

A variety of strategies for improving transitional care have been proposed in the literature [4–6]. One of these relates to improved co-ordination between hospital wards and primary care providers. Several studies in the USA have shown that the intervention of a primary care clinician within 7 days of hospital discharge is associated with a lower risk of 30-day readmission [7, 8]. In a French study of patients with heart failure, an appointment with a general practitioner (GP) within a few weeks of hospital discharge reduced the risk of readmission by 50% [9].

Many countries have issued guidelines on improving hospital-to-home transitions and on standardising the hospital discharge summary [10–12]. In 2013, the French health authorities issued guidelines on healthcare continuity during the hospital-to-home transition for patients aged 75 and over. The guidelines notably recommend the rapid transmission of a hospital discharge summary to the patient's GP and a medical review at home by the GP in the first week [13].

The objectives of the present real-life observational study were thus to (i) assess the level of compliance with French guidelines on the transmission of hospital discharge summaries and the post-discharge medical review of patients over 75 years old, (ii) determine the content and value of post-discharge medical reviews and the completeness of hospital discharge summaries, and (iii) examine risk factors associated with 30-day readmission.

Methods

Study design and populations

A prospective, multicentre, cohort study in general practice was carried out between November 2016 and May 2017.

A random sample of practising GPs was drawn from the phone directory in Champagne-Ardenne (north-eastern France). The sample was geographically representative of the GPs' distribution throughout the region. For logistic reasons, the target number of GPs was set to 100. With an expected response rate of about one in three, 306 GPs were invited to fill out a postal questionnaire. Targeted reminders were sent out 4 weeks later. Each GP was asked to include his/her first registered patient meeting the study's inclusion criteria: age 75 or over, discharge from an acute surgical or medical ward (not including ambulatory care, treatment sessions or scheduled day hospitalisation) and a first consultation within

30 days of discharge. Respondents were phoned 6 weeks later and asked to report on the 30-day readmission rate.

Ethical approval

The participating patients gave their verbal, informed consent (in the presence of a person of trust, if necessary) to the GPs. Each patient's data were collected anonymously from medical records by the GP, and GPs' data were anonymised at the end of the study. The study database was registered with the French National Data Protection Commission (CNIL Paris, France; reference: 2123494). In line with French legislation at the time of this non-interventional study, approval by an independent ethics committee was neither required nor sought.

Data collection

The data were collected during the post-discharge consultation; they included the GPs' and the patient's characteristics. Polymedication was defined as the daily administration of five or more drug classes and high-risk polymedication as polymedication that included one or more high-risk iatrogenic drugs listed in the literature [14, 15]. The following frailty factors were noted: malnutrition, bedsores, dementia or cognitive disorders, depression or mood disorders, metastatic cancer, organ failure (heart, kidney or lung) and non-scheduled hospitalisations in the six previous months [16]. The patient's socio-economic status was defined as deprived if the GP noted the presence of social or family isolation or financial insecurity. Loss of independence was defined as a requirement for human or material assistance in the performance of activities of daily living, ability to walk and a risk of falls.

The study questionnaire probed the conditions under which post-discharge consultations took place: the time interval between discharge and consultation, problems dealt with by the GP and the availability and mode of transmission of discharge summaries. The content and relevance of the discharge summaries were specified according to the French health authorities' guidelines and the literature on GPs' expectations of discharge documents [17–19]. The components of comprehensive geriatric assessment conducted in hospital were collected as follows: nutritional, functional, social and mood assessments, cognitive status and patient education [20]. A list of problems that can be encountered in ambulatory care at hospital discharge (based on Halfon's criteria) was included in the questionnaire [21]. In the event of 30-day readmission, the date, the indication for readmission and the type of hospitalisation were requested.

Statistical analyses

A descriptive analysis was carried out for the GP and patient samples and the conditions under which post-discharge consultations or visits took place. Missing data were not imputed. Determinants of 30-day readmission were identified in logistic regression models that were appropriate

Real-life implementation of guidelines on the hospital-to-home transition for older patients

for rare events: 'Firth logit' penalised maximum likelihood logistic regression. Variables cited in the literature or considered to be clinically relevant were tested in a univariate logistic regression model with a significance threshold of $P < 0.20$. After identification of the correlations between variables, the significant variables were then included in a multivariate logistic regression model by using a stepwise manual approach. The logistic regression results were expressed as the odds ratio (OR) [95% confidence interval (CI)]. All statistical analyses were performed with Stata software (version 14.2, StataCorp, College Station, TX, USA). With the exception of the univariate analyses, the threshold for statistical significant was set to $P < 0.05$.

Results

The study population

Seventy-three GPs (24%) replied to the study invitation but two could not be included: one refused to participate and the other had retired. At 6 weeks, one GP and patient were lost to follow-up. Hence, 71 GPs were included in our analysis (mean \pm SD age: 48.6 \pm 10.6; 44 males (62%); 27 (38%) in a rural practice). The characteristics of the 71 patients (37 males (52%)) are summarised in Table 1: the mean \pm SD age was 84.2 \pm 5.4, 67 (94%) were living at home and 16 (22%) had cognitive disorders.

Post-discharge consultations with the GP

The median (interquartile range) time interval between discharge and the consultation with the GP was 4 [2–13] days (range: 1–35). Forty-six patients (65% [95% CI]: 53–76%) saw their GP within 7 days of discharge. The appointment was made by the patient, their family or carers in 64 cases (90%) and by the GP in the remaining cases. Thirty-four GPs (48%) had been informed of the hospital discharge prior to the consultation: 22 (65%) had been informed by the patients' family or carers, 11 (32%) by hospital staff and 1 (3%) by the patient. Sixty-six GPs (93%) did not have any direct communication with hospital staff concerning the hospitalisation.

The mean \pm SD (range; median) duration of hospitalisation was 22.1 days \pm 29.0 (3–139; median: 9 days); 48 patients (69%) had been hospitalised for more than 7 days. Sixty-seven patients (94%) had received a prescription from the hospital on discharge. In these cases, 40 prescriptions (63%) were valid for less than a month, and 17 prescriptions (27%), according to GPs, did not include all the patient's treatments.

Hospital discharge summaries

At the time of the post-discharge consultation, 27 GPs (38%; [95% CI]: 27–50%) had not received the patient's hospital discharge summary. Summaries were available for 24 of the 46 patients (52%) who were seen within 7 days of discharge, and for 20 of the 25 (80%) seen more than 7 days after

Table 1. Sociodemographic and medical characteristics of the patients on inclusion

Characteristics	n = 71	(%)
Age (years)		
75–84	37	(52.1)
≥ 85	34	(47.9)
Sex		
Male	37	(52.1)
Residence		
Home	67	(94.4)
Potential risk factors for 30-day readmission		
Two or more chronic diseases	64	(90.1)
Polymedication (≥ 5 drug classes)	56	(78.9)
High-risk polymedication	66	(93.0)
Organ failure	40	(56.3)
Mood disorders or depression	21	(29.6)
Cognitive disorders	16	(22.5)
Malnutrition	14	(19.7)
Bedsore	3	(4.2)
Metastatic cancer	3	(4.2)
Loss of independence		
Yes	53	(74.7)
Difficulty walking or a risk of falls	11	(15.5)
Human or material assistance	13	(18.3)
Two or more criteria	29	(40.9)
High-risk iatrogenic drugs	66	(93.0)
Antihypertensives	53	(80.3)
Diuretics	39	(59.1)
Statins	26	(39.4)
Grade 2 or 3 analgesics	25	(37.9)
Anticoagulants	25	(37.9)
Psychotropic drugs	20	(30.3)
Antiarrhythmic drugs	19	(28.8)
Oral antidiabetes drugs/insulin	18	(27.3)
Anti-infectious drugs	7	(10.6)
Treatments for dementia	5	(7.6)
Dual platelet anti-aggregation therapy	3	(4.5)
Non-steroidal anti-inflammatories	2	(3.0)
Socio-economic context		
Deprived ^d	9	(12.7)
Hospitalisation in the previous 6 months	35	(49.3)

^dSocial or family isolation, or financial insecurity (as perceived by the GP).

discharge. Of the 44 discharge summaries received, 23 (25%) had been provided by the patient, 13 (30%) had been sent to the GP via a secure e-mail account, and eight (18%) had been sent by post. The summaries were hand-written for 10 patients (25%) and provisional in 16 cases (38%). Thirty-four of the 44 GPs having received a discharge summary (77%) considered that the document was relevant for patient care. The discharge summaries' contents are described in Table 2.

Follow-up and 30-day readmissions

At the time of the consultation with the GP, 49 patients (69%) were affected by at least one health, administrative or logistic problem to deal with (Table 3). The most frequent types of problem were a lack of organisation at discharge (for 18 patients (25%)) and an adverse drug reaction (for 13 patients (18%)). Five patients (7%) were readmitted to

Table 2. Frequency of information provided in hospital discharge summaries

Type of information	n = 44	(%)
Primary and secondary diagnoses	43	(97.7)
Course of disease during hospitalisation	34	(77.3)
Details of treatments at discharge, with dose levels	34	(77.3)
Results of the main examinations carried out and of relevance for continued care	31	(71.5)
Suggested treatment or follow-up plan	23	(52.3)
Patient's destination upon discharge	18	(40.9)
Rationale for changes in treatment	15	(34.1)
Patient's health status or functional status upon discharge	15	(34.1)
Information about the disease given to the patient/caregiver	8	(18.2)
Information about the patient's prognosis given to the GP	6	(13.6)
Components of the geriatric assessment		
Nutritional assessment	30	(42.9)
Cognitive status	17	(24.3)
Mood assessment	16	(22.9)
Functional assessment	26	(37.1)
Social assessment	23	(32.9)
Patient education	11	(26.8)

Table 3. Frequency of problems to be dealt with by the GP during post-discharge consultations

Problems to be dealt with	n	(%)
Lack of organisation at hospital discharge, or end-of-week discharge	18	(25.4)
Adverse drug reactions/iatrogenic events	13	(18.3)
Lack of follow-up care after discharge	10	(14.1)
Disease recurrence/aggravation	9	(12.7)
Social problems	9	(12.7)
Discharge with an erroneous diagnosis or an inappropriate treatment	9	(12.7)
Premature hospital discharge/non-stabilised disease	6	(8.5)
Non-surgical complications of the initial disease	5	(7.0)
Other reasons ^a	4	(1.4)

^aAdministrative procedures, lack of understanding or inappropriate behaviour by the patient, infections.

hospital immediately after their appointment with the GP (i.e. on the same day), 25 (35%) received a change in or an optimization of their treatments, 16 (23%) were reassessed for the provision of home help, 15 (21%) were given a follow-up and/or monitoring plan, 7 (10%) received patient education and 7 (10%) were given information/explanations about their previous hospitalisation.

The 30-day readmission rate was 18.6% (i.e. 13 of the 70 patients, of whom 6 (46%) were readmitted by the emergency department). The mean \pm SD time interval between hospital discharge and readmission was 13 \pm 9 days. The mean \pm SD length of stay was similar for patients who were readmitted (17 \pm 18 days; [95% CI: 6–28]) and those who were not (23 \pm 31 days [95% CI: 15–32]; $P = 0.9$).

4

According to the GPs, the main reason for readmission was inappropriate hospital discharge (four patients had not stabilised, one patient was discharged with poor organisation), disease recurrence or aggravation (five patients), complications from the previous hospital stay (one patient had an adverse drug reaction), lack of care provision after discharge (one patient) or reason not related to the previous stay (one patient).

In a univariate analysis, three variables (hospitalisation in the previous 6 months, discharge summary availability, and GP's age) were found to be significantly associated ($P < 0.20$) with 30-day readmission (Appendix 1). In the multivariate model, two determinants remained significant: hospitalisation in the previous 6 months was independently associated with a higher risk of 30-day readmission (adjusted OR [95% CI] = 4.51 [1.14–17.86]), and the availability of a hospital discharge summary was independently associated with a lower risk of 30-day readmission (adjusted OR [95% CI] = 0.25 [0.07–0.91]).

Discussion

The results of our real-life study suggest that non-compliance with the current French guidelines on the hospital-to-home transition is associated with 30-day hospital readmission for older patients. Two-thirds of the study participants had consulted their GP within 7 days of discharge, but discharge summaries were not available for half the patients, and this lack of availability was associated with a greater risk of 30-day readmission.

The sample of GPs studied here was representative of the target population in terms of mean age, sex and geographical location [22]. The low GP participation rate (24%) was not unexpected, given the context of French healthcare, the lengthy questionnaires, the prospective study design and low density of GPs in the study region [23]. The patients' characteristics were similar to those found in other French studies, except that the proportion of males was higher in our population [16, 24]. Likewise, the observed 30-day readmission rate was similar to those reported in France. Studying the availability of discharge summaries from the GPs' point of view was a valid approach, since hospital-based markers of healthcare quality do not indicate whether discharge summaries are indeed delivered to GPs. The proportion of patients seen by their GP within 7 days was unlikely to be overestimated, as 90% of the appointments were made by the patients themselves or their family/carers. Although the use of a simple-to-use frailty scale (such as the Clinical Frailty Scale) as a determinant for readmission risk might have improved our analyses, these data were not available. Furthermore, frailty data might have yielded a more detailed description of our patients and enabled comparisons with other studies [25].

It appears that the French guidelines on the hospital-to-home transition for patients aged 75 and over are not sufficiently well implemented—particularly with regard to

Real-life implementation of guidelines on the hospital-to-home transition for older patients

the transmission of hospital discharge summaries to GPs. In a systematic review in 2007, Kripalani *et al.* [19] found that only a low proportion (12–34%) of discharge summaries was available at the first post-discharge visit and that more than half the summaries took over a week to arrive. A literature review by Clanet *et al.* [17] in 2015 showed that more than two-thirds of GPs did not receive a discharge summary on time. Delayed or incomplete discharge summaries constitute a key obstacle to the continuity and quality of care [19, 26, 27]. In many studies, the availability of discharge summaries at the time of consultation was associated with a reduction in the risk of readmission [19, 27, 28].

The relevance and availability of the information in hospital discharge summaries could be improved. In the present study, none of the summaries included all the information recommended by the French health authorities or by the 2009 Transitions of Care Consensus Conference [12]. In a study by Witherington *et al.* [29], accurate information on changes in medication was missing in two-thirds of all discharge documents. Almost half of the patients in the study by Moore *et al.* [27] experienced at least one medical error related to a discontinuity in care. Kripalani *et al.* [19] reported that 24% of GPs considered that their follow-up care was negatively affected by the lack of or deficiencies in the discharge summaries. In our study of post-discharge consultations, 70% of the GPs noted the presence of at least one problem affecting the patient. In particular, over a quarter of the patients were not sufficiently organised at discharge. This suggests that probably few of the hospital discharges were individually planned. A 2016 Cochrane Collaboration review indicated that structured discharge planning might be associated with a lower incidence of unscheduled readmissions [30].

In conclusion, our present results revealed that the guidelines on hospital-to-home transitions are insufficiently implemented in a French setting. Further research is needed to examine effective ways of increasing levels of compliance with the French guidelines on the contents and speed to delivery to GPs of hospital discharge summaries.

Supplementary data: Supplementary data mentioned in the text are available to subscribers in *Age and Ageing* online.

Declaration of Conflicts of Interest: None.

Declaration of Funding: None.

References

1. Kristensen SR, Bech M, Quentin W. A roadmap for comparing readmission policies with application to Denmark, England, Germany and the United States. *Health Policy* 2015; 119: 264–73.
2. van Walraven C, Bennett C, Jennings A, *et al.* Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: A systematic review. *CMAJ* 2011; 183: E391–402.
3. DGOS. Les réhospitalisations à 30 jours (RH30)—Guide méthodologique de calcul de l'indicateur et présentation des principaux résultats. In: Direction générale de l'offre de soins—Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, 2018.
4. Bryant-Lukosius D, Carter N, Reid K, *et al.* The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: A systematic review. *J Eval Clin Pract* 2015; 21: 763–81.
5. Leppin AL, Gionfriddo MR, Kessler M, *et al.* Preventing 30-day hospital readmissions: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *JAMA Intern Med* 2014; 174: 1095–107.
6. Verhaegh KJ, MacNeil-Vroomen JL, Eslami S, *et al.* Transitional care interventions prevent hospital readmissions for adults with chronic illnesses. *Health Aff* 2014; 33: 1531–9.
7. Carnahan JL, Slaven JE, Callahan CM, *et al.* Transitions from skilled nursing facility to home: The relationship of early outpatient care to hospital readmission. *J Am Med Dir Assoc* 2017; 18: 853–9.
8. Shen E, Koyama SY, Huynh DN, *et al.* Association of a dedicated post-hospital discharge follow-up visit and 30-day readmission risk in a medicare advantage population. *JAMA Intern Med* 2017; 177: 132–5.
9. Bricard D, Or Z. Does an Early Primary Care Follow-up after Discharge Reduce Readmissions for Heart Failure Patients. Paris: Irdes, 2018.
10. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. The SIGN Discharge Document. Scottish Intercollegiate Guidelines Network: Edinburgh, 2012.
11. England NHS. Quick Guide: Improving Hospital Discharge into the Care Sector. NHS England Publications Gateway. Reference 04253:9.
12. Snow V, Beck D, Budnitz T, *et al.* Transitions of care consensus policy statement American College of Physicians-Society of General Internal Medicine-Society of Hospital Medicine-American Geriatrics Society-American College of Emergency Physicians-Society of Academic Emergency Medicine. *J Gen Intern Med* 2009; 24: 971–6.
13. HAS. Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées? 2013; 4.
14. AFSSAPS. Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé, 2005.
15. Burger A, Mecili M, Vogel T, André E. Médicaments et classes thérapeutiques à risque iatrogène: études de données françaises et américaines. *Médecine Thérapeutique* 2012; 17: 10.
16. Laniece I, Couturier P, Drame M, *et al.* Incidence and main factors associated with early unplanned hospital readmission among French medical inpatients aged 75 and over admitted through emergency units. *Age Ageing* 2008; 37: 416–22.
17. Clanet R, Bansard M, Humbert X, *et al.* Revue systématique Sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes. *Sante Publique* 2015; 27: 701–11.
18. HAS. Document de sortie d'hospitalisation > 24h - Référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité, à la sortie d'hospitalisation. vol. 4, 2014.
19. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, *et al.* Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: Implications for patient safety and continuity of care. *JAMA* 2007; 297: 831–41.

A. Hurtaud et al.

20. Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, *et al.* Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 9: CD006211.
21. Halfon P, Eggli Y, van Melle G, *et al.* Measuring potentially avoidable hospital readmissions. *J Clin Epidemiol* 2002; 55: 573–87.
22. CNOM. Atlas National CNOM 2016: Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2016.
23. Sebo P, Maisonneuve H, Cerutti B, *et al.* Rates, delays, and completeness of general practitioners' responses to a postal versus web-based survey: A randomized trial. *J Med Internet Res* 2017; 19: e83.
24. Gauthier J, Kisterman JP, Chapalain F, *et al.* Early rehospitalization of persons aged 75 years or older admitted to a post-emergency general medicine department: Rates and predictive factors. *Rev Med Interne* 2016; 37: 521–8.
25. Juma S, Taabazuing MM, Montero-Odasso M. Clinical frailty scale in an acute medicine unit: A simple tool that predicts length of stay. *Can Geriatr J* 2016; 19: 34–9.
26. Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, *et al.* The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med* 2003; 138: 161–7.
27. Moore C, Wisnivesky J, Williams S, McGinn T. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. *J Gen Intern Med* 2003; 18: 646–51.
28. van Walraven C, Seth R, Austin PC, Laupacis A. Effect of discharge summary availability during post-discharge visits on hospital readmission. *J Gen Intern Med* 2002; 17: 186–92.
29. Witherington EM, Pirzada OM, Avery AJ. Communication gaps and readmissions to hospital for patients aged 75 years and older: Observational study. *Qual Saf Health Care* 2008; 17: 71–5.
30. Goncalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson LM, *et al.* Discharge planning from hospital. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 1: CD000313.

Received 1 March 2019; editorial decision 6 August 2019

Research

Aline Hurtaud, Michèle Aubin, Emilie Ferrat, Julien Lebreton, Elena Paillaud, Etienne Audureau, Sylvie Bastuji-Garin, Christos Chouaid, Philippe Boishnault, Pascal Clerc and Florence Canoui-Poitrine

Continuity of care in general practice at cancer diagnosis (COOC-GP study):

a national cohort study of 2853 patients

Abstract

Background

At cancer diagnosis, it is unclear whether continuity of care (COC) between the patient and GP is safeguarded.

Aim

To identify patient-GP loss of COC around the time of, and in the year after, a cancer diagnosis, together with its determinants.

Design and setting

A post-hoc analysis of data from a prospective cohort of GPs in France, taken from a survey by the Observatoire de la Médecine Générale.

Method

A prospective GP cohort ($n = 96$) filed data on patients who were diagnosed with incident cancer between 1 January 2000 and 31 December 2010. COC was assessed by ascertaining the frequency of consultations and the maximal interval between them. (In France, patients see their referring/named GP in most cases.) A loss of COC was measured during the trimester before and the year after the cancer diagnosis, and the results compared with those from a 1-year baseline period before cancer had been diagnosed. A loss of COC was defined as a longer interval (that is, the maximum number of days) between consultations in the measurement periods than at baseline. Determinants of the loss in COC were assessed with univariate and multivariate logistic regression models.

Results

In total, 2853 patients were included; the mean age was 66.1 years. Of these, 1440 (50.5%) were women, 389 (13.6%) had metastatic cancer, and 769 (27.0%) had a comorbidity. The mean number of consultations increased up to, and including, the first trimester after diagnosis. Overall, 26.9% [95% confidence interval (CI) = 25.3 to 28.6] of patients had a loss of COC in the trimester before the diagnosis, and 22.3% [95% CI = 20.7 to 23.9] in the year after. Increasing comorbidity score was independently associated with a reduction in the loss of COC during the year after diagnosis [adjusted odds ratio (OR) comorbidity versus no comorbidity 0.61, 95% CI = 0.48 to 0.79]; the same was true for metastatic status [adjusted OR metastasis versus no metastasis 0.49, 95% CI = 0.35 to 0.70].

Conclusion

As COC is a core value for GPs and for most patients, special care should be taken to prevent a loss of COC around the time of a cancer diagnosis, and in the year after.

Keywords

cancer; cohort studies; continuity of care; diagnosis; general practice; neoplasm.

INTRODUCTION

Continuity of care (COC) is defined as an ongoing therapeutic relationship between a single practitioner and a patient, beyond specific episodes of illness or disease.¹ Salisbury *et al* referred to this as: ‘care from as few professionals as possible at repeated visits’.² In general practice, COC also integrates interpersonal (or relational) continuity, which implies reciprocal trust and responsibility for preventive and coordinated care.^{3,4}

COC is commonly valued by patients and GPs. Literature on COC in the general practice setting shows consistent associations with better economic, clinical, and patient-reported outcomes. Systematic reviews showed that sustained COC improved the quality of care, particularly for patients with chronic conditions,^{5,6} while in studies using large US and French databases, longitudinal COC in general practice was associated with a reduced death rate.^{7,8} From the GP’s point of view, personal COC is closely linked with their role, purpose, and satisfaction at work.^{9,10}

A recent systematic review concluded that GPs and patients supported GPs having a greater role in cancer follow-up.¹¹ Canadian patients with lung cancer wanted their GP to be more involved in all aspects of care and at

all cancer phases,^{12,13} and, in interviews, GPs have shown that they consider themselves to be providers of moral support and crisis management during the cancer treatment phase.¹⁴ However, as specialists and hospital cancer teams take the lead in diagnostic procedures and treatments, patients may consider *these* health professionals to be their regular physicians.¹⁵ Many qualitative studies found that GPs and patients perceive that they lose touch with each other when cancer is diagnosed.^{12,14,16–18}

Whether there is an actual loss of patient-GP COC around the time of cancer diagnosis has not been investigated using quantitative patient data. A recent survey suggested the opposite: in a population-based nationwide registry study of 127 210 Danish adults at cancer diagnosis, patients had a higher GP consultation rate than the population who did not have cancer;¹⁹ however, this study quantified total GP and specialist care consumption but did not investigate COC.

This article reports on an analysis of a large cohort of patients followed in general practice settings in France. The authors aimed to ascertain whether there was any loss of COC at cancer diagnosis and in the year afterwards, and to identify patient- and cancer-related determinants of that loss.

A Hurtaud, MD, GP, Clinical Epidemiology and Ageing Unit; **E Ferrat**, MD, PhD, GP, Medicine Faculty, General Practice Department; **J Lebreton**, MD, PhD, GP, Medicine Faculty, General Practice Department; **E Paillaud**, MD, PhD, geriatrician, Clinical Epidemiology and Ageing Unit; **E Audureau**, MD, PhD, epidemiologist, Clinical Epidemiology and Ageing Unit; **S Bastuji-Garin**, MD, PhD, epidemiologist, Clinical Epidemiology and Ageing Unit; **C Chouaid**, MD, PhD, respiratory physician, Clinical Epidemiology and Ageing Unit; **P Clerc**, MD, GP, Clinical Epidemiology and Ageing Unit; **F Canoui-Poitrine**, MD, PhD, epidemiologist, Clinical Epidemiology and Ageing Unit, Université Paris-Est Créteil, Créteil, France. **M Aubin**, MD, PhD, GP, Department of Family Medicine and Emergency Medicine, Université Laval, Quebec

City, Quebec, Canada. **P Boishnault**, MD, GP, Société Française de Médecine Générale, Issy-les-Moulineaux, France.

Address for correspondence

Florence Canoui-Poitrine, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Hôpital Henri-Mondor, Public Health Department, 55, av du Marechal de Lattre de Tassigny, 94010 Créteil Cedex, France.

Email: florence.canoui-poitrine@aphp.fr

Submitted: 1 June 2018; **Editor’s response:**

13 July 2018; **final acceptance:** 9 August 2018.

©British Journal of General Practice

This is the full-length article (published online 15 Jan 2019) of an abridged version published in print. Cite this version as: **Br J Gen Pract 2019; DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp19X700805>**

How this fits in

In qualitative studies, GPs and patients perceive that they lose touch with each other when cancer is diagnosed. This loss of continuity of care (COC) was investigated using quantitative data and it was found that there was a loss of patient-GP COC for approximately a quarter of the patients studied. Such a loss may negatively affect the relationship between the patient and GP, preventive care, or management of other chronic diseases.

METHOD

Study design

This was a post-hoc analysis of a prospective cohort study based on data from the Observatoire de la Médecine Générale (Observatory of General Practice, <http://omg.sfm.org>). From 1993 until 2012, 129 French GPs prospectively included every patient consultation in routine practice and provided standardised data on patient characteristics and diagnoses. The GPs are from 11 out of 22 different regions. The participants in this network were largely representative of the French GP population, although a comparison with data from the Ministry of Health showed that doctors working in rural areas were under-represented.²⁰

Using this cohort, the Continuité des Soins en Médecine Générale au Diagnostic de Cancer (Continuity of Care in Cancer Patients in General Practice, COOC-GP) study focused on adult patients diagnosed with an incident cancer between 1 January 2000 and 31 December 2010. The date of the first consultation in which the diagnosis was recorded was used as a proxy for the date of the cancer diagnosis. The period assessed for each patient was from 18 months before diagnosis until 12 months after diagnosis. The baseline period was considered to be the 1-year period from 18 months until 6 months before the cancer diagnosis; this was done to avoid the known increase in general practice care consumption related to the diagnosis.¹⁹ Patients were excluded if their usual consultations with a GP were too infrequent — this was defined as there being no consultation during the 1-year baseline period or during the year before diagnosis.

Data

The collected data included patient and GP demographic characteristics, a description of the first consultation with the diagnosis of cancer mentioned in the GP medical

record, and dates of other consultations. The tumour site was classified by group:

- breast;
- genital, female;
- genital, male;
- digestive system (the reference group);
- skin;
- respiratory system;
- lymphoma/leukaemia; and
- other locations.

Patients were described as 'living in rural areas' or not (because of the difference in access to secondary care); the threshold for rural areas was defined as <2000 inhabitants.

A baseline comorbid condition score was generated using the comorbidities of the Charlson comorbidity²¹ index documented before the cancer diagnosis, and combined using modified weights (0 = no comorbidity, 29 = maximum score).²² Bannay's modified Charlson index scores 12 comorbidities with the following weights:

- congestive heart failure = 2;
- peripheral vascular disease = 1;
- cerebrovascular disease = 1;
- dementia = 2;
- chronic pulmonary disease = 1;
- mild liver disease = 2;
- moderate or severe renal disease = 1;
- hemiplegia = 2;
- any tumour (including leukaemia and lymphoma) = 2;
- moderate or severe liver disease = 3;
- metastatic solid tumour = 11; and
- HIV/AIDS = 1.²²

The maximum score of 29 is only theoretical.

COC was estimated using the maximal interval, in days, between two consultations to reflect the patient's usual consultation regularity. It was coded as a categorical variable:

- frequent: 0–91 days (0–3 months);
- regular: 92–182 days (>3–6 months); and
- occasional: ≥183 days (>6 months).

These categories were chosen taking into account French regulatory drug packaging (28–30 days or 84–90 days), and there being a maximum 6-month prescription duration for patients with chronic conditions and a

mean of seven medical consultations per patient per year in France.²³

The main outcome was loss of COC, defined as a longer interval between consultations with the same GP in the measurement periods than in the baseline period. Patients who died were excluded. In the sensitivity analysis, this outcome was tested with a 30-day and a 20% margin above the longer interval; all patients lost to follow-up were considered a loss of COC. These margins were chosen by the authors to account for there being a 1-month maximum duration for prescriptions given at hospital discharge or for a pharmacy exceptionally dispensing without a new prescription.

The ongoing relationship between the patient and GP was also determined by the number of consultations per patient per trimester, and the proportion of patients seen at least once per trimester. COC was measured during the trimester before cancer diagnosis to observe the diagnostic procedures period, and the year after to observe the cancer management and treatment period. The Strengthening of Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) recommendations were adhered to.

Statistical analysis

Age was coded into four groups:

- 18–49 years;
- 50–64 years;
- 65–74 years; and
- ≥75 years.

Each patient's comorbidity score was coded as a three-class variable:

- no metastasis and no comorbidity: score 2;

- no metastasis with comorbidities: score 3–12;
- metastatic cancer: score ≥13.

The paired Student's *t*-test and Wilcoxon matched-pairs signed-rank test were used to compare the maximal interval between consultations and the distributions of the frequencies of consultations between the measurement period and baseline period respectively. Differences between groups with frequent, regular, or occasional consultations were tested using a χ^2 test or analysis of variance as appropriate, and the Cuzick test, a non-parametric test for trend across ordered groups.²⁴

Factors associated with loss of COC were analysed separately during the two study periods with univariate and multivariate logistic regression models. Variables with a *P*-value of <0.2 at univariate analysis were introduced in the multivariate analysis after correlations among variables were tested with Cramér's *V* and Pearson's *R*² statistics; confounding was also tested. The baseline frequency of consultations was used as a continuous variable (that is, number of days between two consultations per patient) and expressed in months. GPs' variability was tested in hierarchical mixed models. The discrimination abilities of the multivariate model were checked by area under the ROC curve (AUC) analysis. For all analyses, Stata version 14.2 was used and statistical significance was set at *P*<0.05.

RESULTS

Population characteristics

The GP population comprised 96 GPs, practising in 11 out of 22 regions in France; 84 (87.5%) were males and 65 (67.7%) had a joint practice.

From the 4690 eligible patients, 2853 were included (Figure 1). Patients had a mean age of 66.1 years (standard deviation 13.9 years), 1440 (50.5%) were females, 389 (13.6%) had metastatic disease (Table 1), and 769 (27.0%) had at least one comorbidity (data not shown). During the baseline period, the regularity of consultations was available for 2749 patients: 697 (25.3%) patients had frequent (0–3 months) consultations, 1134 (41.3%) had regular (>3–6 months) consultations, and 918 (33.4%) had occasional (>6 months) consultations (Table 1). Patients with frequent consultations at baseline were older, had more comorbidities, and, proportionally, had home visits more often than patients with regular or occasional consultations; there was no difference according to sex (Table 1).

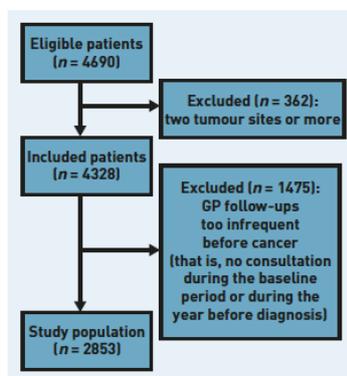


Figure 1. Flowchart of patients in the study.

Table 1. Patient characteristics and consultation frequency at baseline

	Study population, <i>n</i> = 2853	Maximum interval between consecutive GP consultations, <i>n</i> = 2749			<i>P</i> -value	<i>P</i> -value for trend ^a
		0–3 months 'frequent', <i>n</i> = 697	>3–6 months 'regular', <i>n</i> = 1134	>6 months 'occasional', <i>n</i> = 918		
Age in years						
Mean	66.09	69.04	68.01	62.2	<0.001 ^b	<0.001
SD	13.92	14.06	12.75	13.98		
Range	18–110	18–102	20–98	19–110		
Comorbidity score						
Mean	3.96	4.33	3.81	3.78	<0.001 ^b	<0.001
SD	3.90	4.10	3.71	3.89		
Range	2–19	2–19	2–18	2–16		
Age group, <i>n</i>(%)						
18–49 years	352 (12.34)	67 (9.61)	98 (8.64)	159 (17.32)		
50–64 years	880 (30.84)	167 (23.96)	335 (29.54)	340 (37.04)	<0.001 ^c	<0.001
65–74 years	747 (26.18)	182 (26.11)	307 (27.07)	241 (26.25)		
≥75 years	874 (30.63)	281 (40.32)	394 (34.74)	178 (19.39)		
Comorbidity score (category), <i>n</i>(%)						
2	1813 (63.55)	379 (54.38)	702 (61.90)	658 (71.68)	<0.001 ^c	<0.001
3–12	651 (22.82)	212 (30.42)	296 (26.10)	135 (14.71)		
≥13 (metastatic cancer)	389 (13.63)	106 (15.21)	136 (11.99)	125 (13.62)		
Sex, <i>n</i>(%)						
Male	1413 (49.53)	348 (49.93)	550 (48.5)	464 (50.54)	0.64 ^c	0.75
Female	1440 (50.47)	349 (50.07)	584 (51.50)	454 (49.46)		
Home visit inclusion, <i>n</i>(%)						
	430 (15.07)	140 (20.09)	176 (15.52)	98 (10.06)	<0.001 ^c	<0.001
Tumour site (<i>n</i> = 2430), <i>n</i>(%)						
		<i>n</i> = 593 ^d	<i>n</i> = 971 ^d	<i>n</i> = 775 ^d		
Breast	548 (22.55)	128 (21.59)	227 (23.38)	171 (22.06)		
Genital, female	128 (5.27)	34 (5.73)	48 (4.94)	40 (5.16)		
Genital, male	463 (19.05)	110 (18.55)	172 (17.71)	159 (20.52)		
Digestive system	444 (18.27)	108 (18.21)	184 (18.84)	137 (17.68)	0.51 ^c	0.39
Skin	254 (10.45)	65 (10.96)	117 (12.05)	67 (8.65)		
Respiratory system	221 (9.09)	62 (10.46)	78 (8.03)	68 (8.77)		
Lymphoma/leukaemia	102 (4.20)	22 (3.71)	43 (4.43)	34 (4.39)		
Other locations	270 (11.11)	64 (10.79)	102 (10.50)	99 (12.77)		
Living in rural areas (<i>n</i> = 2317)						
	857 (35.80)	<i>n</i> = 563 203 (36.06)	<i>n</i> = 970 343 (35.36)	<i>n</i> = 784 290 (36.99)	0.78 ^c	0.68
Standard of living^e (<i>n</i> = 2337), <i>n</i>(%)						
		<i>n</i> = 568	<i>n</i> = 980	<i>n</i> = 789		
1st quartile	757 (32.39)	223 (39.26)	292 (29.80)	242 (30.67)		
2nd quartile	450 (19.26)	104 (18.31)	201 (20.51)	145 (18.38)	0.001 ^c	0.01
3rd quartile	558 (23.88)	102 (17.96)	251 (25.61)	205 (25.98)		
4th quartile	572 (24.48)	139 (24.47)	236 (24.08)	197 (24.97)		

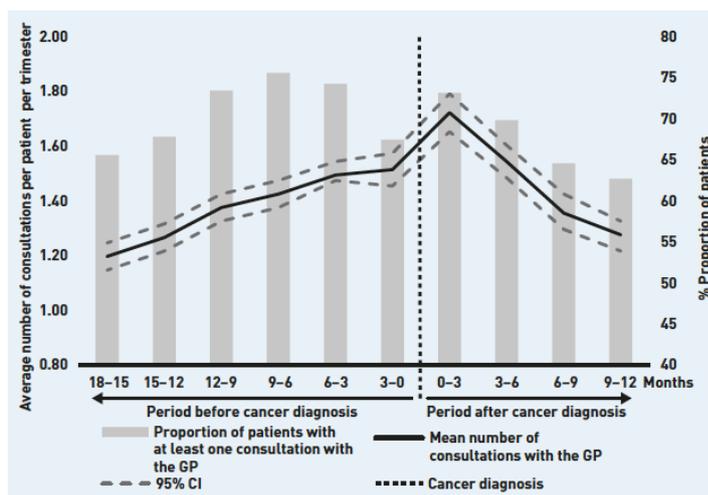
^aCuzick non-parametric test for trend across ordered groups. ^bAnalysis of variance test. ^cPearson χ^2 test. ^dAvailable data for this variable. ^eStandard of living: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques [National Institute for Statistics and Economic Studies] 2013 median standard of living for the GP's city of practice, used as a proxy of the patient's living conditions. SD = standard deviation.

Loss of COC

The mean number of consultations ranged from 1.2 to 1.7 per patient per trimester and the proportion of patients seen at least once per trimester ranged from 63% to 76% (Figure 2). A peak frequency of consultations occurred during the first trimester after the cancer diagnosis (Figure 2).

The mean maximal interval between consultations was statistically significantly shorter during the trimester before cancer diagnosis when compared with the baseline period (122.9 days [95% CI = 119.7 to 126.1] versus 203.1 days [95% CI = 194.2 to 212.0], *n* = 2794, *P* < 0.001) and during the year after (90.8 days [95% CI = 89.0 to 92.7]

Figure 2. Number of consultations and proportion of patients with at least one consultation with the GP per trimester.



versus 195.7 days [95% CI = 186.8 to 204.7], $n = 2527$, $P < 0.001$) (data not shown).

Overall, 768 (26.9%, $n = 2853$) patients experienced a loss of COC during the trimester before the diagnosis (95% CI = 25.3 to 28.6) and 583 (22.3%, $n = 2616$ patients with a follow-up) during the year after (95% CI = 20.7 to 23.9). In the sensitivity analysis, with a 30-day or 20% margin, 15.4% (95% CI = 14.0 to 16.7) and 18.1% (95% CI = 16.7 to 19.5) of patients, respectively, had a loss of COC during the trimester before the diagnosis and 9.5% (95% CI = 8.4 to 10.7) and 13.9% (95% CI = 12.6 to 15.3) during the year after (data not shown). Taking into account the loss of COC for patients lost to follow-up, this proportion equates to 28.5% (95% CI = 26.8 to 30.2) in the year after diagnosis. Among those patients who experienced a loss of COC in the year after diagnosis, 329 (56.4%) had also lost COC during the trimester before the diagnosis (data not shown).

There was no statistical significance in GPs' variability in the hierarchical models tested ($P = 0.18$ in the year after diagnosis, $P = 0.23$ in the trimester before) so non-hierarchical logistic models were tested.

During the trimester before the cancer diagnosis, in univariate analysis, both tumour site and a higher frequency of consultations at baseline were associated with a loss of COC (Table 2). GP characteristics were not statistically significant. In the univariate analysis of data relating to the year after the cancer diagnosis, increased age, sex, tumour site, higher comorbidity score, and frequency of consultations at baseline

were associated with a loss of COC ($P < 0.2$, Table 3). In the multivariate analysis, a higher frequency of consultations at baseline was the only significant determinant and, after adjustment for frequency of consultations at baseline, the probability of loss of COC decreased with increasing comorbidity score and with metastatic status (Table 4). The discriminative ability of these models was fair and good²⁵ (AUC 0.73 during the trimester before diagnosis and AUC 0.83 in the year after, [data not shown]).

DISCUSSION

Summary

The study presented here showed an overall increase in the number and frequency of GP consultations around the time of cancer diagnosis and in the year afterwards. It demonstrated that approximately three-quarters of patients did not experience a loss of COC with their GP — however, 27% did during the trimester before the diagnosis and 22% did in the year after. Of those who experienced a loss of COC in the year after diagnosis, 56% had also experienced loss of COC during the trimester before their diagnosis. The risk of loss of COC in the year after diagnosis was reduced for patients with comorbidities and with metastatic cancer. The age and sex of patients, tumour site, or GP characteristics were not associated with COC loss.

Strengths and limitations

To the authors' knowledge, this is the first study to explore the impact of a cancer diagnosis on COC in general practice

Table 2. Determinants of loss in continuity of care during the trimester before cancer diagnosis (univariate analysis)

	Loss of COC (n = 768)	No loss of COC (n = 2085)	OR ^a	95% CI	P-value ^b
Patient age in years					0.57
Mean	66.33	66.00	1.00	0.99 to 1.00	
SD	14.37	13.75			
GP age in years					0.32
Mean	51.20	51.5	0.99	0.98 to 1.00	
SD	7.82	27.59			
Patient age group, n (%)					0.77
18-49 years	97 (12.63)	255 (12.23)	Ref	-	
50-64 years	226 (29.43)	654 (31.37)	0.91	0.69 to 1.20	
65-74 years	202 (26.30)	545 (26.14)	0.97	0.73 to 1.29	
≥75 years	243 (31.64)	631 (30.26)	1.01	0.77 to 1.34	
Patient sex, n (%)					0.23
Male	366 (47.66)	1047 (50.22)	Ref	-	
Female	402 (52.34)	1038 (49.78)	1.11	0.94 to 1.31	
Comorbidity score (category), n (%)					0.33
2	500 (65.10)	1313 (62.97)	Ref	-	
3-12	175 (22.79)	476 (22.83)	0.97	0.79 to 1.18	
≥13 (metastatic cancer)	93 (12.11)	296 (14.20)	0.83	0.64 to 1.06	
Tumour site (n = 2430), n (%)	n = 650	n = 1780			0.16
Breast	158 (24.31)	390 (21.91)	1.15	0.86 to 1.52	
Genital, female	43 (6.62)	85 (4.78)	1.43	0.94 to 2.18	
Genital, male	117 (18.00)	346 (19.44)	0.96	0.71 to 1.29	
Digestive system	116 (17.85)	328 (18.43)	Ref	-	
Skin	76 (11.69)	178 (10.00)	1.21	0.86 to 1.70	
Respiratory system	57 (8.77)	164 (9.21)	0.98	0.68 to 1.42	
Lymphoma/leukaemia	20 (3.07)	82 (4.60)	0.69	0.40 to 1.17	
Other locations	63 (9.69)	207 (11.63)	0.69	0.40 to 1.17	
Frequency of consultations at baseline, n (%)					<0.001
0-3 months: frequent	350 (45.67)	347 (17.52)	Ref	-	
>3-6 months: regular	317 (41.28)	817 (41.24)	0.39	0.32 to 0.47	
>6 months: occasional	101 (13.15)	817 (41.24)	1.22	0.87 to 1.17	
GP sex, n (%)					0.38
Male	700 (91.15)	1878 (90.07)	Ref	-	
Female	68 (8.85)	207 (9.93)	0.88	0.66 to 1.17	
GP joint practice, n (%)					0.83
Yes	556 (72.40)	1518 (72.81)	0.98	0.81 to 1.18	
No	212 (27.60)	567 (27.19)	Ref	-	
Living in rural areas (n = 2394), n (%)	650	1744			0.20
No	404 (62.15)	1133 (64.97)	Ref	-	
Yes	246 (37.85)	611 (35.03)	1.13	0.94 to 1.36	

^aUnivariate logistic regression. ^bWald test. COC = continuity of care. OR = odds ratio. SD = standard deviation.

routine care. Several studies have explored COC from the patient's point of view^{12,15,16} and, in qualitative studies, the GP's point of view,^{14,16,26,27} but no known study has quantified the loss of COC using a national

GP database. The large cohort of patients included in this study enabled the provision of accurate estimations. However, care should be taken with generalisability outside of the French or comparable-care context.

Table 3. Determinants of loss in continuity of care during the year after cancer diagnosis (univariate analysis)

	Loss of COC (n= 583)	No loss of COC (n= 2033)	OR ^a	95% CI	P-value ^b
Patient age in years					
Mean	67.6	65.9	1.01	1.00 to 1.02	0.01
SD	13.2	13.9			
GP age in years					
Mean	51.5	51.5	1.00	0.99 to 1.01	0.98
SD	7.9	7.4			
Patient age group, n (%)					
18–49 years	56 (9.61)	256 (12.59)	Ref	–	0.09
50–64 years	169 (28.99)	631 (31.04)	1.22	0.88 to 1.71	
65–74 years	160 (27.44)	530 (26.07)	1.38	0.98 to 1.94	
≥75 years	198 (33.96)	616 (30.30)	1.47	1.06 to 2.04	
Patient sex, n (%)					
Male	273 (46.83)	1030 (50.66)	Ref	–	0.10
Female	310 (53.17)	1003 (49.34)	1.17	0.97 to 1.40	
Comorbidity score (category), n (%)					
2	379 (65.01)	1262 (62.08)	Ref	–	0.02
3–12	145 (24.87)	475 (23.36)	1.02	0.82 to 1.26	
≥13 (metastatic cancer) ^c	59 (10.12)	296 (14.56)	0.66	0.49 to 0.90	
Tumour site (n= 2254), n (%)					
	n= 483	n= 1771			0.03
Breast	120 (24.84)	385 (21.74)	1.16	0.85 to 1.59	
Genital, female	33 (6.83)	83 (4.69)	1.48	0.93 to 2.37	
Genital, male	92 (19.05)	347 (19.59)	0.99	0.71 to 1.38	
Digestive system	86 (17.81)	321 (18.13)	Ref	–	
Skin	60 (12.42)	183 (10.33)	1.22	0.84 to 1.78	
Respiratory system	29 (6.00)	173 (9.77)	0.63	0.40 to 0.99	
Lymphoma/leukaemia	21 (4.35)	76 (4.29)	1.03	0.60 to 1.77	
Other locations	42 (8.70)	203 (11.46)	0.77	0.51 to 1.16	
Frequency of consultations at baseline (n= 2539), n (%)					
	n= 583	n= 1956			<0.001
0–3 months: frequent	347 (59.52)	312 (15.95)	Ref	–	
>3–6 months: regular	216 (37.05)	856 (43.76)	0.23	0.18 to 0.28	
>6 months: occasional	20 (3.43)	788 (40.29)	0.02	0.01 to 0.04	
GP sex, n (%)					
Male	534 (91.60)	1837 (90.36)	Ref	–	0.36
Female	49 (8.40)	196 (9.64)	0.86	0.62 to 1.19	
GP joint practice, n (%)					
No	168 (28.82)	548 (26.96)	Ref	–	0.38
Yes	415 (71.18)	1485 (73.04)	0.91	0.74 to 1.12	
Living in rural areas, n (%)					
No	319 (65.77)	1090 (63.85)	Ref	–	0.44
Yes	166 (34.23)	617 (36.15)	0.92	0.74 to 1.14	

^aUnivariate logistic regression. ^bWald test. ^cWeight of metastasis in comorbidity score was 11 points. COC = continuity of care. OR = odds ratio. SD = standard deviation.

Among the multiple dimensions of COC, this study used a new approach to assessing personal COC based on the frequency of

patient–GP consultations. This study may also assess longitudinal COC, defined as a pattern of consultations *that occurs in the*

Table 4. Independent determinants of a loss in continuity of care (multivariate logistic regression)

	Loss of COC Mean (SD)	No loss of COC Mean (SD)	OR ^a	95% CI
Trimester before cancer (n=2539)				
Frequency of consultations at baseline (expressed by units of 1 month)	3.59 [2.21]	7.87 [8.80]	0.73	0.71 to 0.76
Year after cancer (n=2539)				
Frequency of consultations at baseline (expressed by units of 1 month)	2.91 [1.82]	7.50 [8.25]	0.51	0.48 to 0.55
Comorbidity score (category), n (%)				
2	379 [14.93]	1208 [47.58]	Ref	–
3–12	145 [5.71]	469 [18.47]	0.61	0.48 to 0.79
≥13 (metastatic cancer)	59 [2.32]	279 [10.99]	0.49	0.35 to 0.70

^aMultivariate logistic regression. COC= continuity of care. OR= odds ratio. SD= standard deviation.

Funding

The survey by the Observatoire de la Médecine Générale (Observatory of General Practice) was funded by the Société Française de Médecine Générale (French Society for General Practice) and Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (National Health Insurance Fund for Employees).

Ethical approval

This study was approved by the Société Française de Médecine Générale (French Society for General Practice) and received administrative authorisation from the Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (National Commission on Informatics and Liberty, approval no: 311668).

Provenance

Freely submitted; externally peer reviewed.

Competing interests

The authors have declared no competing interests.

Acknowledgements

The authors would like to thank Emmanuelle Boutin and Richard Layese for their statistical support, and Laura Smales for editorial support.

Discuss this article

Contribute and read comments about this article: bjgp.org/letters

same place, with the same medical record, and with the same professionals.⁴ These aspects of COC highlight the potential clinical impact on the patient's follow-up and the care coordination.

Excluded patients were probably seen occasionally by the GP instead of a colleague or were patients who do not usually come to see their physician; as such, extrapolation of the results should be limited to patients who had been seen at least once or twice over the 18 months before diagnosis.

Comparison with existing literature

In a Danish study, patients who had been diagnosed with cancer were seen by a GP more often than those who had not.¹⁹ The results presented here illustrate a similar pattern in the number of GP consultations. In another study, this time conducted in England, of 65 337 patients with cancer, a third declared having had contact with a GP in the previous 2 weeks.²⁸ These results concur with the notion that GPs are involved at the time of cancer diagnosis to meet patients' needs, including: conducting consultations or home visits; providing psychological support; managing pain, anxiety, comorbidities, and side effects of treatment; and help with family issues or economic problems.^{13,14,16} According to most patients, the GP is the doctor they trust to be responsible for them as a whole person over time. It has been demonstrated that patients wish to see 'their' GP when dealing with chronic or emotional problems so they do not have to repeat their whole story at each consultation;²⁹ this situation can also apply when patients have cancer.

Despite the overall increased number of consultations, approximately a quarter of patients with cancer did not see their GP during a longer period than they ever had during 12 months of usual follow-up. These data reflect what GPs subjectively perceive — namely: 'when patients have cancer, they stop seeing me',¹⁶ 'from the moment the diagnosis is made, I'm completely out of the game'.¹⁷ Although GP perceptions are borne out by these results in some instances, there is also a discrepancy with the fact that three-quarters of patients did not lose touch with the GP. Some studies assessing COC at a cancer diagnosis made assumptions about the causes of this loss of COC. A study conducted in England found that only half of patients with cancer were told to contact their GP post-discharge,²⁸ whereas a literature review found that patients with cancer felt more confident with hospital-based follow-up, as it meant they had possible access to expertise and tests if needed.³⁰ In a Canadian survey of patients with lung cancer, some patients did not identify the role their GP could play with regard to their cancer, especially if they had no other health problems.¹³

In the study presented here, comorbidities and metastatic status were found to be independently associated with reduced probability of loss of COC in the year after a diagnosis of cancer diagnosis. Patients who have existing comorbidities when they are diagnosed with cancer may be used to trusting their GP for all of their health care.²⁹

Implications for research and practice

The loss of COC that affected some patients around the time of their cancer diagnosis and in the year after may negatively affect the patient–GP relationship, preventive care, or management of other chronic diseases. COC is a core value for GPs and for most patients, notably those with chronic conditions. Further qualitative research could be conducted to better understand what GPs need to get more involved in cancer care. After the treatment phase, most cancers do, or will, require long-term follow-up by GPs, along with disease management — just as with other chronic diseases. Preserving patient–GP COC would be an asset for all patients with cancer, at the diagnostic and treatment phases; as such, it may be useful to ensure that such patients have named GPs, and to educate and support cancer specialists in referring patients to their GP periodically.

REFERENCES

1. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, *et al*. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003; **327**(7425): 1219–1221.
2. Salisbury C, Sampson F, Ridd M, Montgomery AA. How should continuity of care in primary health care be assessed? *Br J Gen Pract* 2009; DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp09X420257>.
3. Guthrie B, Saultz JW, Freeman GK, Haggerty JL. Continuity of care matters. *BMJ* 2008; **337**: a867.
4. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med* 2003; **1**(3): 134–143.
5. Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract* 2004; **53**(12): 974–980.
6. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gené-Badia J, *et al*. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam Pract* 2006; **23**(3): 308–316.
7. Leleu H, Mirvielle E. Relationship between longitudinal continuity of primary care and likelihood of death: analysis of national insurance data. *PLoS One* 2013; **8**(8): e71669.
8. Wolinsky FD, Bentler SE, Liu L, *et al*. Continuity of care with a primary care physician and mortality in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2010; **65**(4): 421–428.
9. Stokes T, Tarrant C, Mainous AG, *et al*. Continuity of care: is the personal doctor still important? A survey of general practitioners and family physicians in England and Wales, the United States, and the Netherlands. *Ann Fam Med* 2005; **3**(4): 353–359.
10. Ridd M, Shaw A, Salisbury C. 'Two sides of the coin': the value of personal continuity to GPs — a qualitative interview study. *Fam Pract* 2006; **23**(4): 461–468.
11. Meiklejohn JA, Mirmery A, Martin JH, *et al*. The role of the GP in follow-up cancer care: a systematic literature review. *J Cancer Surviv* 2016; **10**(6): 990–1011.
12. Aubin M, Vézina L, Verreault R, *et al*. Family physician involvement in cancer care follow-up: the experience of a cohort of patients with lung cancer. *Ann Fam Med* 2010; **8**(6): 526–532.
13. Aubin M, Vézina L, Verreault R, *et al*. Patient, primary care physician and specialist expectations of primary care physician involvement in cancer care. *J Gen Intern Med* 2012; **27**(1): 8–15.
14. Farquhar MC, Barclay SI, Earl H, *et al*. Barriers to effective communication across the primary/secondary interface: examples from the ovarian cancer patient journey (a qualitative study). *Eur J Cancer Care (Engl)* 2005; **14**(4): 359–366.
15. McWhinney IR, Hoddinott SN, Bass MJ, *et al*. Role of the family physician in the care of cancer patients. *Can Fam Physician* 1990; **36**: 2183–2186.
16. Arvik T, Høltedahl KA, Mikalsen H. When patients have cancer, they stop seeing me: the role of the general practitioner in early follow-up of patients with cancer — a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2006; **7**: 19.
17. Sisler JJ, Brown JB, Stewart M. Family physicians' roles in cancer care: survey of patients on a provincial cancer registry. *Can Fam Physician* 2004; **50**: 889–896.
18. Chicoulaa B, Balardy L, Stillmunkes A, *et al*. French general practitioners' sense of isolation in the management of elderly cancer patients. *Fam Pract* 2016; **33**(5): 551–556.
19. Christensen KG, Fenger-Gron M, Flarup KR, Vedsted P. Use of general practice, diagnostic investigations and hospital services before and after cancer diagnosis: a population-based nationwide registry study of 127 000 incident adult cancer patients. *BMC Health Serv Res* 2012; **12**: 224.
20. Rosman S, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Gaining insight into benzodiazepine prescribing in general practice in France: a data-based study. *BMC Fam Pract* 2011; **12**: 28.
21. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987; **40**(5): 373–383.
22. Bannay A, Chaignot C, Blotière PO, *et al*. The best use of the Charlson comorbidity index with electronic health care database to predict mortality. *Med Care* 2016; **54**(2): 188–194.
23. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Doctors' consultations*. 2018. <https://data.oecd.org/healthcare/doctors-consultations.htm> [accessed on 7 Jan 2019].
24. Cuzick J. A method for analysing case-control studies with ordinal exposure variables. *Biometrics* 1985; **41**(3): 609–621.
25. Božikov J, Zaletel-Kragelj L. Test validity measures and receiver operating characteristic (ROC) analysis. In: Zaletel-Kragelj L, Božikov J, eds. *Methods and tools in public health*. Laga: Hans Jacobs Verlag, 2010: 749–770.
26. Guassora AD, Jarlbaek L, Thorsen T. Preparing general practitioners to receive cancer patients following treatment in secondary care: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2015; **15**(1): 202.
27. Mitchell GK, BurrIDGE LH, Colquist SP, Love A. General practitioners' perceptions of their role in cancer care and factors which influence this role. *Health Soc Care Community* 2012; **20**(6): 607–616.
28. Allgar VL, Neal RD. General practitioners' management of cancer in England: secondary analysis of data from the National Survey of NHS Patients — Cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2005; **14**(5): 409–416.
29. Guthrie B, Wyke S. Personal continuity and access in UK general practice: a qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of when and how they matter. *BMC Fam Pract* 2006; **7**: 11.
30. Lewis RA, Neal RD, Williams NH, *et al*. Follow-up of cancer in primary care versus secondary care: systematic review. *Br J Gen Pract* 2009; DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp09X453567>.

CONTINUITÉ DES SOINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE : TRANSITIONS HÔPITAL-VILLE

En médecine générale, la continuité des soins est associée à une meilleure qualité des soins et à la satisfaction des patients. Deux transitions hôpital - ville - la sortie d'hospitalisation d'une personne âgée et le diagnostic d'un cancer - ont été identifiées comme des situations à risque de rupture de cette continuité des soins. L'objectif de la thèse était d'évaluer la continuité des soins et ses ruptures, dans le contexte de la médecine générale en France, ainsi que de rechercher ses déterminants.

Une cohorte prospective de 71 patients âgés sortant de l'hôpital et leur médecin généraliste a été constituée (Champagne-Ardenne, 2016-2017). Les caractéristiques du courrier de sortie (continuité informationnelle) et des consultations de sortie d'hospitalisation en médecine générale (continuité longitudinale) ont été étudiées. Une seconde cohorte de 2 853 patients suivis par 96 médecins généralistes a été constituée à partir de l'Observatoire de la Médecine Générale (France, 2001-2010). La régularité des consultations des patients a été comparée avant et après le diagnostic du cancer (continuité longitudinale). La proportion et les caractéristiques des patients (âge, sexe, comorbidités, antécédent de troubles psychiques) suivis pour une prise en charge psychologique après cancer en médecine générale ont été décrites à partir d'une cohorte de 4 330 patients (111 médecins généralistes, continuité longitudinale).

En sortie d'hospitalisation de personnes âgées, notre travail a confirmé un risque de rupture de la continuité informationnelle des soins, du fait du retard de transmission du courrier de sortie. Une rupture de la continuité longitudinale des soins était également constatée : moins d'un médecin généraliste sur deux avait été informé de la sortie, et le rendez-vous de consultation était laissé à l'initiative des patients. Les patients âgés revus sans courrier transmis avaient un risque augmenté de réhospitalisation précoce. Après le diagnostic de cancer, nos travaux ont montré une rupture de la continuité longitudinale des soins chez environ un quart des patients. Ceux ayant des comorbidités ou un cancer métastatique étaient moins à risque de rupture. Quatre patients sur dix étaient suivis en médecine générale pour des troubles psychiques après le diagnostic d'un cancer, notamment les femmes et des patients jeunes. Les médecins généralistes assuraient une forte continuité pour les patients qui avaient une prise en charge psychologique avant le cancer : 82 % d'entre eux étaient encore suivi après le diagnostic.

En conclusion, ces travaux confirment le risque de rupture pour les patients âgés en sortie d'hospitalisation et les patients avec un cancer, et ouvrent sur des perspectives d'amélioration des pratiques cliniques en faveur d'une meilleure continuité des soins, et des perspectives de recherches complémentaires.

Mots clés : continuité des soins, médecine générale, cancer, âgés, sortie d'hospitalisation, troubles psychiques