

Améliorer la concertation entre les oncologues et les médecins généralistes par un système de vidéoconférence.

Marc Jamouille, MD, PhD , Collaborateur aux Département des Sciences cliniques de l'Université de Liège, médecin de famille à Charleroi marc.jamouille@gmail.com

Descripteurs :

Vidéoconférence, Coordination des soins, Télémédecine, Médecine générale, Oncologie

Résumé

La concertation entre les médecins de famille et les médecins spécialistes est considérée comme très importante dans notre système de santé. Malgré la bonne volonté des acteurs, les sessions de concertation organisées actuellement en oncologie ne sont en pratique pas fréquentées par les médecins traitants en raison essentiellement de difficultés logistiques. En proposant de recourir à la vidéoconférence à la demande, organisée par l'hôpital et mise à disposition des médecins de famille, on espère augmenter la participation des médecins de famille aux séances de concertation organisées au sein de l'hôpital. Le document fait un état succinct de la question et de l'état actuel de la validation du processus. Il aborde les aspects techniques, éthiques et organisationnels à rencontrer pour mettre en place cette nouvelle forme de communication entre médecins oncologues et médecins généralistes

Abstract :

The consultation between family physicians and specialists is considered very important in our health system. In spite of the good will of the actors, the consultation sessions currently organized in oncology are in practice not attended by the treating physicians mainly because of logistical difficulties. By proposing the use of videoconferencing on demand, organized by the hospital and made available to family doctors, it is hoped to increase the participation of family physicians in the consultation sessions organized within the hospital. The document makes a succinct statement of the issue and the current state of process validation. It addresses the technical, ethical and managerial aspects to be met in order to implement this new form of communication between oncologists and general practitioners

Introduction

Importance de la concertation

En oncologie, l'approche multidisciplinaire dans le diagnostic et le traitement de maladie complexe est devenue la règle (1) mais elle ne doit pas se limiter à la seule maladie cancéreuse. La comorbidité, les habitudes de santé, le contexte de vie du patient doivent y être intégrés (2). L'intérêt de la discussion de cas par vidéoconférence remonte déjà à 1995 (3) et est maintenant entré dans les habitudes médico-chirurgicales (4) mais se développe plus lentement dans le sud

de l'Europe (5). La vidéoconférence trouve naturellement sa place dans la télémédecine et ses caractéristiques organisationnelles et techniques sont documentées (6) (7)

Appelée « Case conferencing » aux USA, que ce soit en face à face ou par téléphone ou vidéoconférence, elle doit permettre une approche globale et intégrée entre les différents dispensateurs de soins hospitaliers et extrahospitaliers et y inclut éventuellement le patient et ses supports (8). Son rôle est d'identifier et clarifier non seulement les techniques thérapeutiques mais aussi les besoins de la personne et les objectifs du traitement, définir les rôles et responsabilités, résoudre les conflits, organiser la mise en place des solutions proposées (2).

Cette approche multidisciplinaire a un impact substantiel sur le processus décisionnel, améliore la gestion des cas, peut réorienter le traitement et incite les participants à discuter des stratégies et des procédures de soins (9).

La réglementation Belge

L'assureur belge (INAMI) ne précise pas le contenu scientifique d'une concertation oncologique multidisciplinaire (COM) mais en précise les modalités et, dans le cadre de la médecine à l'acte, les conditions de remboursement (10). Après la première COM, une « consultation de longue durée » est prévue pour le médecin généraliste ou le médecin spécialiste traitant afin de discuter du résultat avec le patient. Sur justification écrite plusieurs COM peuvent prendre place successivement et sont financées dans des conditions bien définies.

Le point de vue éthique

En 2004, le Conseil national de l'ordre des médecins belges a rendu un avis sur la consultation multidisciplinaire en oncologie (11). En essence, le Conseil recommande que le patient soit toujours dûment préalablement examiné, informé, son médecin traitant impliqué, son consentement sollicité et obtenu avant la concertation. Il donne une place facultative au médecin traitant en stipulant que « *le médecin spécialiste et/ou généraliste traitant ou référent constitue avec au moins deux autres médecins qualifiés, la base de la structure de la consultation multidisciplinaire* » en ajoutant la restriction que « *le médecin traitant commet une faute en ne suivant pas l'avis de la COM après en avoir informé le patient* ». Bien que le Conseil souhaite que la Concertation « *se déroule au mieux des possibilités de chacun des médecins concernés* » il n'évoque pas le fait que le médecin doit être physiquement présent. Ceci laisse donc le champ libre à une présence virtuelle par téléphone ou vidéoconférence.

Il faut toutefois souligner que d'autres auteurs précisent que les décisions d'une COM n'ont rien d'obligatoires, ne doivent pas favoriser une surmédicalisation et doivent être clairement exposées au patient dont les préférences devraient être défendues, ce qui est parfaitement rencontré par la fonction de « patient's advocacy » du médecin de famille (12)

La situation sur le terrain en Belgique

Dans les textes réglementaires et publications belges sur le sujet, le terme médecin traitant ou médecin généraliste est cité et un remboursement spécifique lui est attribué pour assister à une COM. Le rôle qu'il pourrait y avoir n'est pas décrit et pour des raisons logistiques évidentes (temps disponible réduit – mobilité nulle dans les villes), les médecins généralistes n'assistent en pratique quasi jamais aux COM. Lors d'une session de formation continue récemment organisée dans un hôpital de Charleroi, les nombreux généralistes présents affichaient un intérêt certain pour une telle concertation sans pouvoir pratiquement y participer. Cet intérêt et l'impuissance des généralistes à le réaliser a d'ailleurs bien été mis en évidence par une étude qualitative conjointe des départements de médecine générale de Gand et Liège en 2014 (13).

Bien que la date et l'heure des COM soient annoncées par courrier aux médecins de famille des patients, les horaires des médecins oncologues ne peuvent jamais coïncider avec une disponibilité de temps pour un généraliste fort occupé. En ville il faut compter de 20 à 30 minutes pour se rendre sur place, trouver un parking s'il y en a, se perdre dans l'hôpital à la recherche de la salle de réunion et pour finir arriver trop tard. Cette aventure implique une perte de temps prohibitive qui rend en pratique la COM impossible pour un médecin traitant.

Pourtant selon un récent rapport du centre Belge d'Expertise en soins de Santé (KCE) (14), depuis l'introduction de codes de nomenclature spécifiques pour les COM en 2003, une augmentation rapide de leur utilisation a été constatée pour tous les types de cancer. Globalement, environ 87,5 % des patients atteints d'un cancer ont fait l'objet d'une réunion en COM en 2015 (contre 51 % en 2004 et 84 % en 2012). Ce rapport relève aussi que la participation des médecins généralistes aux réunions est très faible et souhaite qu'on mette en place les moyens de rencontrer ce problème en raison de son importance primordiale auprès du patient, d'autant plus, comme le souligne le rapport, que « *le traitement du cancer, aujourd'hui, ne vise plus uniquement l'efficacité technique mais aussi la qualité de vie du patient pendant et après son traitement.* » Il faut noter qu'un hôpital de Charleroi a mis en place un système de vidéoconférence en oncologie entre deux de ces sites mais sans y inviter les médecins de famille (15).

Objectif

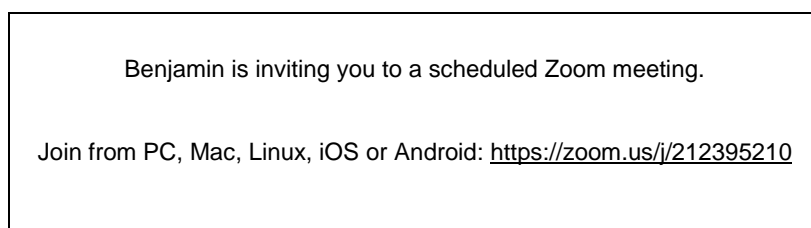
Trouver un moyen de rendre la concertation opérationnelle en recourant à une technique de communication en ligne de type vidéoconférence à la demande.

Méthode

Comme abordé dans l'introduction, la vidéoconférence s'est déjà imposée comme une technique de communication opérationnelle dans de nombreux pays (4). Les systèmes de vidéoconférence disponibles sur le marché sont très nombreux. Le grand public a pris l'habitude d'utiliser Skype et certains praticiens l'utilisent volontiers (4, 16). Toutefois ce type de système implique d'avoir déjà téléchargé le logiciel qui permet de la faire fonctionner, ce qui n'est pas forcément le choix de tous les praticiens. On donnera la préférence à un système qui ne demande rien d'autre qu'un accès Internet avec une bonne bande passante. La 4G suffit amplement. Un simple clic sur une URL envoyée par mail ou texto permet l'ouverture d'une session.

On expose ici le système Zoom® (<https://zoom.us/>) sans pour autant prétendre que ce système offre plus d'intérêt qu'un autre bien qu'il soit déjà largement implanté dans les milieux académiques. Ce système permet de rejoindre une réunion instantanée via une invitation par e-mail ou par texto, depuis n'importe quel navigateur (Chrome, Safari, IE/Edge, Firefox), depuis l'application d'ordinateur de bureau ou l'application mobile. Le participant reçoit une communication et une adresse comme montré ci-dessous.

Figure 1 Exemple d'invitation Zoom, reçue par mail



Il suffit de cliquer sur le lien pour se retrouver dans la salle de réunion virtuelle et voir les participants. Dans ces conditions, un médecin généraliste pourra participer à une COM même depuis sa voiture en utilisant son téléphone mobile. Les utilisateurs peuvent se connecter à une salle de réunion ou même être dans des villes ou des pays différents. La réunion peut ou non être enregistrée. Le système permet l'échange de vidéo, du son et de texte par un chat incorporé. Le coût du système pour une salle de réunion virtuelle est d'environ 50€/mois.

Après avoir obtenu un compte Zoom le système propose plusieurs méthodes pour planifier une réunion. Le détenteur du compte contrôle les options de ses réunions planifiées. De nombreuses

vidéos de démonstration sont disponibles. La société (17) dit faire de la sécurité et de la confidentialité ses chevaux de bataille. Les supports de conférence en temps réel sont traités dans des centres de données répartis dans le monde entier en utilisant le cryptage de haut niveau. Cette société dit ne stocker aucune autre donnée que le nom et lieu des participants et conférences à des fins de facturation. Il reviendra aux spécialistes IT de prendre position sur les choix techniques.

Discussion

La Concertation Oncologique Multidisciplinaire intrahospitalière est donc un succès. Elle réunit le plus souvent oncologues, radiothérapeutes, oncochirurgiens et autres médecins hospitaliers. Le médecin traitant, bien qu'invité systématiquement n'a aucun moyen de réaliser ce type de prestations. Nous proposons dès lors de recourir à un système de vidéoconférence en ligne à la demande dont le coût, faible, pourrait être pris charge par la structure hospitalière dans un premier temps.

Facteurs limitant la communication par vidéoconférence

Une récente méta-analyse sur la relation oncologues /généralistes discute 31 publications traitant de ce sujet (18). Il y est fait état de plusieurs facteurs limitants dans cette relation dont 1) une communication médiocre et retardée entre les généralistes et les oncologues, 2) l'adhésion des oncologues à un modèle de soins basé sur la médecine spécialisée, 3) la conviction des généralistes qu'ils jouent un rôle important dans le suivi à long terme du cancer, 4) la volonté des généralistes de participer au suivi du cancer, 5) l'incertitude des oncologues concernant les connaissances et l'expérience en oncologie du généraliste, et 6) les divergences entre les généralistes et les oncologues concernant les rôles.

Sabesan et al. (6) citent quelques conditions qui doivent être rencontrées avant de lancer un système de télémédecine. Ils insistent sur les aspects médico-légaux (accord du patient, sécurité, confidentialité, traçabilité), sur le personnel compétent apte à maîtriser non seulement les processus de soins mais aussi la communication avec le patient et au sujet de ce dernier, sur le matériel de télécommunication adéquat, la nécessité d'examiner le patient, la définition des responsabilités des acteurs et le financement du système.

Traçabilité et confidentialité des vidéoconférences

L'introduction d'un système de vidéoconférence exige que la présence virtuelle soit prise en compte au même titre que la présence physique, de telle façon que les médecins généralistes et spécialistes présents virtuellement puissent valoriser leurs actes auprès de l'assureur. Cette prise en compte permettra par la même une évaluation de la faisabilité d'une telle modification dans l'offre de soin. A côté d'une telle évaluation quantitative, on ne peut que recommander que la mise en route d'un tel système se double d'une continuation de la recherche qualitative initiée en 2014 (13) tant auprès des prestataires que des patients pour établir le niveau d'intérêt ou de satisfaction des participants ainsi que l'impact sur les décisions thérapeutiques.

Les vidéos résultantes des séances de vidéoconférence devront être identifiables selon le patient dont le cas est discuté et versées au dossier médical du patient au même titre qu'un protocole d'imagerie. En considérant que ces séances font partie intégrante de l'information médicale, on sera en mesure de respecter le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Ceci implique qu'un consentement des acteurs (tant des médecins que du patient) soit obtenu. On rappellera que « *La demande de consentement doit être présentée sous une forme intelligible et facilement accessible, l'objet du traitement des données étant associé à ce consentement. Le consentement doit être clair, distinct des autres questions et présenté sous une forme intelligible et facilement accessible, dans un langage clair et simple. Il doit être aussi facile de retirer son consentement que de le donner.* »(19, 20)

Quel est l'intérêt du nouveau mode de communication proposé.

Au-delà des aspects tels que le gain de temps, l'interactivité, l'identification réciproque des acteurs, on peut en interroger la validité scientifique.

La vidéoconférence est devenue une norme dans plusieurs activités en première ligne. Que ce soient les séminaires Balint transnationaux (21), les sessions de psychothérapie pour patients anxieux (22), le suivi des diabétiques (23), le développement de la recherche clinique en soins primaire (24) ou la téléconsultation (25), la vidéoconférence s'impose comme un moyen fiable de communications entre dispensateurs de soins et entre eux et les patients.

La validation du processus semble donc acquise. Une étude prospective récente analyse 90 vidéoconférences multidisciplinaires (incluant les généralistes) pour 76 patients suivis pour lésions mammaires bénignes et malignes. Ces sessions d'échange impliquèrent des

modifications de gestion du traitement dans 41% des cas avec un impact substantiel sur la prise de décision des médecins et une nette augmentation de la communication (9). Les participants d'une autre étude canadienne, interrogés sur l'intérêt des vidéoconférences, valorisent le bon rapport temps/argent (« value for time ») mais soulignent que les discussions ne peuvent être efficaces que si les séances sont bien gérées par l'administration hospitalière et avec du matériel adéquat (26). La supervision de chimiothérapie à distance par vidéoconférence entre oncologues et/ou infirmières de terrain australiens a fait aussi l'objet d'une étude qualitative. Les participants rapportent une amélioration notable de la continuité des soins et un renforcement du rôle des médecins de terrain et des infirmières tout en pointant la nécessité d'un système de documentation électronique tenu à jour (27). Des discussions de cas par vidéoconférence, organisées depuis 2011 entre hépatologues et dispensateurs de terrain dans le Michigan, USA ont fait l'objet d'une étude rétrospective qui montre une amélioration de la qualité des soins et une augmentation de l'espérance de vie dans une cohorte de 513 patients ayant bénéficié de vidéoconférences (28).

Vers une écologie locale des soins

Depuis les années 70 en Belgique (29) puis en France (30), avec l'apparition et la dissémination de la médecine de groupe et plus tard aux USA avec le « Patient centered medical home » (31), le modèle opposant médecine générale et médecine spécialisée a profondément évolué. Sinsky relève que : « *Les dispensateurs de soins dans les centres de santé sont des experts en premier contact, en globalité, en continuité, les médecins spécialisés étant expert en un organe ou un groupe de maladie* » (32). Ces deux groupes ne sont plus en position hiérarchique mais complémentaires et doivent travailler en correspondance étroite, le centre médical de proximité devenant le relais (« Hub ») central de l'information du patient (31). Les responsables de la politique de santé doivent donc leur fournir les moyens de développer une écologie locale des soins. La COM est un des nombreux points de rencontre potentiels entre médecine spécialisée et médecine générale qu'il faut valoriser. Faciliter ce type d'interaction est bien aussi dans la ligne des recommandations du Comité spécial de l'organisation mondiale de la médecine de famille (WONCA-EQuiP) pour la Qualité repris dans le Tableau 1

Tableau 1. Dix objectifs d'amélioration de la qualité à l'interface entre la médecine générale / médecine de famille et les soins spécialisés.(33)

- Développer un leadership dont la responsabilité porte sur l'amélioration de l'interface
- Développer une approche de soins partagés pour les patients traités en soins primaires et secondaires
- Créer un consensus sur la division explicite des tâches et le partage du travail
- Élaborez des directives décrivant les problèmes de qualité à l'interface et cherchez des solutions à ces problèmes
- Développer une interface incluant la perspective du patient
- Développer des systèmes pour un échange d'informations approprié vers et à partir des soins de médecine générale
- Renforcer l'amélioration de l'interface par l'éducation
- Faciliter la constitution d'équipes au travers de l'interface
- Mettre en place des systèmes de contrôle de la qualité centrés sur la qualité de l'interface
- Établir une large compréhension de la nécessité d'une utilisation rentable de l'interface

Conclusion

On peut espérer que la mise en place d'un système de vidéoconférence favorisera un bon partenariat entre médecine générale et médecine spécialisée (34) dans l'intérêt des soins portés aux patients. Si l'intérêt se fait jour pour une telle approche, la mise en place pourrait être progressive, en s'assurant la participation de médecins volontaires, en soumettant le projet à un comité d'éthique et en assortissant le test d'une évaluation rigoureuse.

Conflit d'intérêt : aucun

Bibliographie

1. Jérusalem G, Coucke P. Apport de la consultation oncologique multidisciplinaire dans le choix des options thérapeutiques. REv Méd Liège,. 2011.
2. Ko C, Chaudhry S. The need for a multidisciplinary approach to cancer care. J Surg Res. 2002;105(1):53-7.
3. Teslow TN, Gilbert RA, Grant WH, 3rd, Woo SY, Butler EB, Liem JH. A teleradiology case conference system. J Telemed Telecare. 1995;1(2):95-9.
4. Drake TM, Ritchie JE. The Surgeon Will Skype You Now: Advancements in E-clinic. Ann Surg. 2016;263(4):636-7.
5. Mohr M. Telemedicine in oncology: European perspective. Studies in health technology and informatics. 2008;131:255-61.
6. Sabesan S, Van Houts B, Parkinson C. Factors to consider when starting up a videoconference medical oncology outreach clinic. Aust J Rural Health. 2010;18(2):89-90.
7. Fatehi F, Armfield NR, Dimitrijevic M, Gray LC. Technical aspects of clinical videoconferencing: a large scale review of the literature. J Telemed Telecare. 2015;21(3):160-6. Sabesan, S., Van Houts, B., & Parkinson, C. (2010). Factors to consider when starting up a videoconference medical oncology outreach clinic. Aust J Rural Health, 18(2), 89-90. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1584.2010.01132.x>. doi:10.1111/j.1440-1584.2010.01132.x
8. New York State Department of Health. Case Coordination and Case Conferencing 2019 [Available from: https://www.health.ny.gov/diseases/aids/providers/standards/casemanagement/case_coordination_conferencing.htm].
9. Foster TJ, Bouchard-Fortier A, Olivotto IA, Quan ML. Effect of Multidisciplinary Case Conferences on Physician Decision Making: Breast Diagnostic Rounds. Cureus. 1995;8(11).

10. Institut National d'Invalidité. Consultation oncologique multidisciplinaire (COM) 2019 [Available from: <https://www.riziv.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/soins/Pages/consultation-oncologique-multidisciplinaire-com.aspx>.
11. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Consultation multidisciplinaire en oncologie 2004 [Available from: <https://www.ordomedic.be/fr/avis/conseil/consultation-multidisciplinaire-en-oncologie>.
12. Michel A-S, Huyghe V, Van Der Schueren M. Concertation oncologique multidisciplinaire. Analyse de la publication ; Eigenmann F. Multidisciplinary team meetings encourage overuse. *BMJ* 2015; 351: h4630. . *Revue de la médecine générale* 2016;329:12-4.
13. Pype P, Mertens F, Belche J, Duchesnes C, Kohn L, Sercu M, et al. Experiences of hospital-based multidisciplinary team meetings in oncology: An interview study among participating general practitioners. *The European journal of general practice*. 2017;23(1):155-63.
14. Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). Performance du système de santé belge – Rapport 2019. 2019.
15. Ramdani B. Clinique d'Oncologie digestive. *Tam Tam, magazine d'information de l'hôpital civil de Charleroi*. 2014;25:3.
16. Atherton H, McKinstry B. Making technology-enabled health care work in general practice. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 68. England 2018. p. 223.
17. Zoom Inc. Security White Paper 2019 [Available from: <https://zoom.us/docs/doc/Zoom-Security-White-Paper.pdf>.
18. Dossett LA, Hudson JN, Morris AM, Lee MC, Roetzheim RG, Fetters MD, et al. The primary care provider (PCP)-cancer specialist relationship: A systematic review and mixed-methods meta-synthesis. *CA Cancer J Clin*. 2017;67(2):156-69.
19. anon. The EU General Data Protection Regulation (GDPR) [Available from: <https://eugdpr.org/>.
20. EUGDPR portal. The EU General Data Protection Regulation (GDPR) [Available from: <https://eugdpr.org/>.
21. Antoun J, Family Medicine AUoB, Beirut, Lebanon and, Romani M, Family Medicine AUoB, Beirut, Lebanon and, Johnson A, Family Medicine MUoSC, Charleston, SC, USA., et al. Balint seminars: the transatlantic experience through videoconference. *Family Practice*. 2019;31(6):733-8.
22. Berryhill MB, Department of Human Development and Family Studies TUoA, Tuscaloosa, AL, USA, Halli-Tierney A, College of Community Health Sciences TUoA, Tuscaloosa, AL, USA, Culmer N, College of Community Health Sciences TUoA, Tuscaloosa, AL, USA, et al. Videoconferencing psychological therapy and anxiety: a systematic review. *Family Practice*. 2019;36(1):53-63.
23. Verhoeven F, Verhoeven F, Gemert-Pijnen Lv, Dijkstra K, Nijland N, Seydel E, et al. The Contribution of Teleconsultation and Videoconferencing to Diabetes Care: A Systematic Literature Review. *J Med Internet Res* 2007;9(5):e37 <https://www.jmir.org/2007/5/e37/>. 2007.
24. Peterson K. Practice-based primary care research—translating research into practice through advanced technology. *Family Practice*. 2019;23(2):149-50.
25. Casey M, Hayes PS, Heaney D, Dowie L, ÓLaighin G, Matero M, et al. Implementing transnational telemedicine solutions: A connected health project in rural and remote areas of six Northern Periphery countries. <https://doi.org/10.3109/138147882012761440>. 2013.
26. Look Hong NJ, Gagliardi AR, Bronskill SE, Paszat LF, Wright FC. Multidisciplinary cancer conferences: exploring obstacles and facilitators to their implementation. *J Oncol Pract*. 2010;6(2):61-8.
27. Jhaveri D, Larkins S, Kelly J, Sabesan S. Remote chemotherapy supervision model for rural cancer care: perspectives of health professionals. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2016;25(1):93-8.
28. Su GL, Glass L, Tapper EB, Van T, Waljee AK, Sales AE. Virtual Consultations Through the Veterans Administration SCAN-ECHO Project Improves Survival for Veterans With Liver Disease. *Hepatology*. 2018;68(6):2317-24.
29. Muller I. Les centres de santé. *Santé Conjuguée*. 2018;85.
30. de Haas P. France : les maisons de santé en plein boom. *Santé Conjuguée*. 2013;66.
31. Laine C. Welcome to the Patient-Centered Medical Neighborhood. *Annals of Internal Medicine*. 2019;154(1):60-.
32. Sinsky CA. The Patient-Centered Medical Home Neighbor: A Primary Care Physician's View. *Annals of Internal Medicine*. 2019;154(1):61-2.
33. Kvamme OJ, Olesen F, Samuelsson M. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (EQuiP). 2001.
34. Gardiner C, Gott M, Ingleton C. Factors supporting good partnership working between generalist and specialist palliative care services: a systematic review. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*. 2012;62(598):e353-62.