



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**EVALUATION DE LA CONSULTATION DE DIAGNOSTIC RAPIDE EN
ONCOLOGIE DU CHRU DE LILLE**
Quelles perspectives d'amélioration ?

Présentée et soutenue publiquement le 16 octobre 2018 à 16h

Au Pôle Recherche

Par Rémi LEROI

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Alexis CORTOT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Nicolas PENEL

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Madame le Docteur Anne PLOQUIN

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Anne PLOQUIN

Avertissement

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

Liste des abréviations

ATCD : Antécédents

CDR : Consultation de Diagnostic Rapide

CHRU : Centre Hospitalier Régional et Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COL : Centre Oscar Lambret

MG : Médecin Généraliste

MT : Médecin Traitant

PEC : Prise En Charge

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

RDV : Rendez-vous

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SCDR : Service de Consultation de Diagnostic Rapide

Table des matières

1	Résumé	1
2	Introduction	2
3	Matériel et méthodes	9
3.1	Introduction	9
3.2	Analyse quantitative	10
3.3	Analyse qualitative	11
3.3.1	Questionnaire généraliste (Annexe 1)	11
3.3.2	Questionnaire patient (Annexe 2)	11
3.3.3	Questionnaire oncologue (Annexe 3)	12
4	Résultats	13
4.1	Analyse quantitative	13
4.1.1	Population sélectionnée	13
4.1.2	Délai entre la prise de contact du MT et le RDV de CDR	14
4.1.3	Délai entre la consultation oncologique et la réalisation des examens complémentaires	15
4.1.4	Délai entre la consultation oncologique et la mise en place du traitement	17
4.1.5	Diagnostics finaux retenus	18
4.2	Analyse qualitative	19
4.2.1	Questionnaire généraliste	19
4.2.2	Questionnaire patient	24

4.2.2.1	Délai demande de consultation du MT – CDR	24
4.2.2.2	Délai CDR – Réalisation des différents examens complémentaires (si réalisés)	25
4.2.2.3	Délai CDR – Introduction d'un traitement à la pathologie découverte (si introduit)	26
4.2.2.4	Satisfaction globale de la PEC et de ces différents délais	27
4.2.2.5	Synthèse	29
4.2.3	Questionnaire oncologue	30
5	Discussion	32
5.1	Limites et biais	34
5.2	Intérêt des résultats	36
5.2.1	Du point de vue du médecin généraliste	36
5.2.2	Du point de vue du patient	37
5.2.3	Du point de vue de l'oncologue	38
5.3	Perspectives d'amélioration	39
5.3.1	Du point de vue du médecin généraliste	39
5.3.2	Du point de vue du patient	40
5.3.3	Du point de vue de l'oncologue	41
6	Conclusion	42
7	Bibliographie	43
8	Annexes	45

1 Résumé

Contexte : La prise en charge de pathologies néoplasiques en ville est une chose ardue et chronophage. Afin à la fois de faciliter la tâche des médecins traitants et de raccourcir les délais de prise en charge des pathologies cancéreuses, le CHRU de Lille a mis au point, en novembre 2017, un service de consultation de diagnostic rapide en oncologie; son but étant de permettre à des patients présentant une suspicion de néoplasie d'obtenir une consultation avec un oncologue en moins d'une semaine. L'objectif est d'évaluer l'efficacité et la satisfaction des différents intervenants du service de consultation de diagnostic rapide et de proposer des pistes d'amélioration.

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective qualitative et quantitative, menée durant 6 mois, basée à la fois sur les mesures des délais des différents jalons de la prise en charge des patients de la consultation rapide et sur des questionnaires évaluant la satisfaction des différents acteurs de la consultation rapide (médecin traitant, oncologue et patient).

Résultats : 27 appels exploitables (sur 35) ont été dénombrés entre le 18 novembre 2017 et le 31 juin 2018. La médiane du délai appel téléphonique du médecin traitant-consultation est de 5 [3;8] jours. La médiane du délai consultation – mise en place d'un traitement est de 16,5 [7;30] jours. Par ailleurs, le taux de satisfaction retrouvé respectivement chez les patients, les médecins traitants et les oncologues est de 81,25%, 94,7% et de 100%.

Discussion : La consultation de diagnostic rapide semble correspondre aux objectifs qu'elle s'est fixée. Une généralisation de l'information à l'ensemble des médecins traitants de l'agglomération lilloise peut être raisonnablement envisagée.

2 Introduction

Le cancer est l'une des principales causes actuelles de mortalité de notre pays [1]. Véritable épouvantail dans la conscience collective, il est un sujet majeur d'anxiété dès lors qu'il est évoqué. Presque un mot tabou, un mot pour lequel on réfléchit à deux fois avant de le prononcer en consultation.

Bien souvent, ce sont les acteurs de soins primaires – et plus particulièrement les médecins traitants (MT) – qui se retrouvent premiers interlocuteurs d'un patient à qui le diagnostic de cancer a été évoqué. C'est une pathologie complexe qui nécessite la réalisation de nombreux examens complémentaires pour, d'une part, la confirmer et, d'autre part, la définir de manière suffisamment précise pour savoir de quel traitement médical optimal le patient a besoin pour la juguler au mieux. Cela peut, de fait, prendre beaucoup de temps à mettre en place et réaliser.

Cet intervalle entre le moment où le diagnostic de cancer est évoqué et le moment où il est confirmé conditionne plusieurs paramètres auxquels la littérature s'est intéressée :

- D'une part l'anxiété du patient. En effet, anxiété et cancer – de part la gravité de la maladie – sont fortement associés, avec un taux de détresse psychologique tout cancer confondu évalué à 35,1% par Zabora et al. [2]. Raccourcir les délais de diagnostic de la pathologie cancéreuse permet aux patients suspects de cancer, mais dont le diagnostic n'est au final pas d'origine néoplasique (faux-positifs), d'être rassurés plus rapidement [3]. En échange, raccourcir les délais de diagnostic de la pathologie cancéreuse chez les patients réellement atteints d'un cancer ne permet pas une amélioration significative de leur anxiété [4].

- D'autre part le pronostic de la maladie. Souvent, le patient aimerait être pris en charge immédiatement, ou presque, ce qui s'explique facilement. Savoir que la maladie grandit potentiellement en soi, et devient de fait de plus en plus difficile à traiter et guérir, pour la simple raison que l'on doit attendre qu'un oncologue ait le temps de nous voir en consultation génère une réelle incompréhension et bien souvent une conséquente frustration chez le patient. Toutefois, il est important de préciser que la littérature reste encore actuellement assez floue concernant le lien entre le pronostic d'un cancer et la rapidité avec laquelle le traitement de ce dernier est mis en place. Deux revues systématiques synthétisent assez bien les résultats des différentes études réalisées sur le sujet, celles de Mhaskar[5] et Neal[6]. Mhaskar reprend 570 études entre 1966 et 2008 de tous les essais contrôlés de phase III comparant l'efficacité entre les traitements de première ligne, précoces et tardifs, et ne retrouve pas de différence significative en terme de survie dans tous les types de cancer, excepté dans les cancers prostatiques localement avancés ([HR] = 1,23, IC-95% 1,11–1,37 $p < 0,001$). Neal et al., recherche une association entre le délai de mise en route du traitement et la survie dans tous les types de cancer, à travers 209 études, jusqu'à novembre 2013. Ces derniers retrouvent des résultats discordants selon les études : pas d'association, association positive voire même négative parfois. Toutefois, certains types de cancers présentent plus d'études et de meilleure qualité retrouvant une association positive entre délai et survie du patient que d'étude retrouvant une association négative (cancer du sein, cancer colo-rectal, cancer ORL et mélanome). On peut donc raisonnablement penser, même si ça n'est pas encore tout à fait clairement établi, que diminuer au maximum le délai entre diagnostic de cancer et traitement de ce dernier peut impliquer une amélioration du pronostic.

Malheureusement, il est bien souvent difficile d'organiser des examens ou des rendez-vous (RDV) dans un délai aussi court que le souhaiterait le patient avec des spécialistes médicaux quand on sait que leurs plannings sont pleins bien souvent sur plusieurs semaines voire mois à l'avance. En pratique, lorsqu'un MT reçoit en consultation un patient muni d'un examen d'imagerie lui retrouvant une masse hautement suspecte de cancer, deux options principales se présentent à lui :

- Organiser l'intégralité des examens complémentaires, ainsi que la réalisation de la biopsie tumorale et le RDV de consultation avec le spécialiste. Bien souvent le bilan d'extension d'un cancer, à la recherche d'éventuelles métastases, implique de réaliser jusqu'à deux ou trois examens d'imagerie différents, parfois très spécifiques, comme le Tep-scanner, qu'il est nécessaire d'avoir avant le RDV de consultation avec le cancérologue, afin que celui-ci ait l'intégralité de l'équation en main pour pouvoir traiter de manière optimale le patient. De même, l'analyse anatomo-pathologique d'une biopsie tumorale prend généralement entre dix et quinze jours, qui est un délai d'attente pour la prise en charge (PEC) incompressible pour le patient. Réaliser la biopsie précocement permet de minimiser les conséquences de ce délai sur la durée de la PEC. Il est donc important de programmer tous ces examens au plus vite, et cela nécessite un investissement en temps important, dont le MT ne dispose généralement pas. C'est d'autant plus vrai que les secrétariats médicaux ne sont bien souvent ouverts qu'à des horaires de bureau et qu'il s'agit généralement des moments où le MT est le plus occupé par ses consultations et visites à domicile. Impossible d'organiser ces examens à la fin de sa journée de travail, après les consultations. Dans la mesure où les secrétariats sont fermés, il faut programmer tout cela entre deux consultations, la journée, sachant que les plateformes téléphoniques sont en règle générale surchargées et qu'il faut souvent patienter plusieurs minutes

avant de parvenir à joindre enfin une secrétaire, qu'il faut parvenir à convaincre du caractère urgent de notre demande pour avoir un RDV rapide dans un planning déjà chargé sur les prochaines semaines. Cela apporte une dose assez importante de stress, et s'occuper de ce type de pathologie en ville se révèle bien souvent être une réelle gageure, que le MT souhaite tant que possible éviter au maximum. A terme, toutefois, le MT finit généralement par se constituer son propre réseau oncologique, lui permettant un gain non négligeable de temps dans ce type de PEC, mais après plusieurs années de pratique.

- Adresser son patient au service d'accueil des urgences (SAU) de l'hôpital le plus proche. Même si cela permet à la fois une PEC rapide de la pathologie néoplasique du patient et soulage fortement la charge de travail à fournir par le MT ainsi que le stress en découlant, le SAU n'est pas un lieu adapté pour ce type de patient. D'une part, car il ne s'agit pas d'une pathologie relevant des urgences, c'est-à-dire que le pronostic vital du patient n'est pas menacé à très court terme. D'autre part car il s'agit d'une pathologie lourde qui nécessite un temps conséquent pour réaliser l'annonce du diagnostic au patient et répondre aux nombreuses questions qui en découlent. Un temps conséquent et de préférence au calme, sans risque d'interruptions intempestives, ce qui est plutôt peu envisageable au SAU. Même si cela soulage fortement le travail à fournir par le MT; bien souvent, les patients se retrouvent au SAU pendant de nombreuses heures, à ralentir la PEC des patients qui relèvent, eux, réellement du service des urgences, et vivent une expérience de PEC inadaptée, et dans l'ensemble anxiogène et traumatisante. Cela se solde de plus généralement par une hospitalisation coûteuse, et l'encombrement d'un lit d'hôpital de manière bien souvent abusive, les examens complémentaires pouvant très bien être dans la plupart des cas réalisés en ambulatoire.

Il n'existe donc malheureusement pas réellement d'option idéale pour le MT lorsqu'il se retrouve devant un cas de suspicion de néoplasie.

C'est dans cette optique de créer une troisième option, plus simple et idéale, permettant de faciliter à la fois la réalisation des examens complémentaires et permettre une mise en relation patient - oncologue optimale, de faire gagner du temps au MT, et, de fait, tenter de diminuer l'anxiété du patient concernant la PEC de sa pathologie cancéreuse, et de tenter d'améliorer le pronostic, que les services d'oncologie médicale et d'oncologie pneumologique du Centre Hospitalier Régional et Universitaire (CHRU) de Lille ont mis en place depuis novembre 2017 un service baptisé de "consultation de diagnostic rapide (CDR)" en oncologie.

Accessible actuellement par plateforme téléphonique ou mail, à destinée des MT, il a pour but de permettre à ces derniers de contacter le service d'oncologie médicale ou d'oncologie pneumologique pour tout patient suspect d'une néoplasie découverte à la faveur d'un examen d'imagerie, afin que celui-ci soit vu dans les plus brefs délais, c'est à dire dans la semaine, par un oncologue. Il s'agit d'un moyen de contact direct avec un oncologue, sans passer par le réseau sécrétariat. L'objectif étant de raccourcir le délai de PEC au maximum.

L'intérêt en découlant y est - de fait - multiple :

- Dans un premier temps, réduire au maximum le nombre d'interlocuteurs du patient dans cette pathologie complexe et anxiogène pour laquelle ce dernier est logiquement demandeur d'informations. Réduire le nombre d'interlocuteurs permet d'éviter au maximum de donner des avis divergents ou contradictoires, particulièrement déstabilisants pour le patient. C'est d'autant plus vrai que le patient a immédiatement affaire au spécialiste de la pathologie dont il est victime et donc beaucoup plus à même de l'informer de manière plus exhaustive.

- Dans un second temps, s'assurer que les examens complémentaires sont interprétés par une équipe médicale habituée à la pathologie néoplasique.
- Dans un troisième temps, permettre un gain de temps conséquent en évitant de multiplier les lieux de réalisation des examens complémentaires initiaux, la récupération de ces derniers étant bien souvent chronophage et pourtant indispensable pour la réalisation de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) conditionnant l'intégralité de la PEC initiale de la pathologie néoplasique.
- Dans un quatrième temps, permettre un phénotypage complet de la biopsie tumorale.

Des services de dépistage rapide ont récemment vu le jour dans certains hôpitaux, principalement dans la filière de la néoplasie mammaire, permettant la réalisation d'une consultation spécialisée, d'une mammographie voire d'une échographie mammaire et une biopsie dans la même journée, assurant une prise en charge médicale optimale avec des résultats très encourageants, de réduction des délais de PEC d'une part, de satisfaction des patients et de qualité de dépistage d'autre part [7],[8]. C'est ce type de service que le CHRU de Lille essaie d'approcher avec la CDR, même si la tâche semble plus ardue car généralisée à tous les types de néoplasie. En effet, même s'ils sont tous regroupés sous la bannière unique du terme cancer, il s'agit d'autant de pathologies différentes qu'il y a d'organes et de type histologique tumoral, avec chacune son identité propre, nécessitant une PEC avec des acteurs et des solutions thérapeutiques différents.

Comme tout service nouvellement créé, de probables ajustements sont nécessaires pour correspondre aux objectifs réellement fixés par ce dernier. Il a donc été décidé d'évaluer par cette thèse l'efficience de la CDR en oncologie du CHRU de Lille durant les six premiers mois de sa création.

Afin d'informer les MT de l'existence du service nouvellement créé, tout courrier – de consultation ou de sortie d'hospitalisation d'un patient – provenant du service d'oncologie médicale du CHRU de Lille à partir du 1er novembre 2017 et à destinée de son MT, était accompagné d'une fiche informative concernant la CDR (Annexe 4). Cela a permis de sélectionner un échantillon de population de MT déjà familiarisée avec le service d'oncologie médicale du CHRU de Lille, afin d'évaluer l'efficacité de la CDR en oncologie et de réaliser d'éventuels ajustements de cette dernière si nécessaire. Ceci dans le but, dans un deuxième temps, de généraliser l'information de sa création à l'ensemble des MT de la métropole lilloise, une fois sa forme optimisée obtenue.

3 Matériel et méthodes

3.1 Introduction

Il s'agit d'une étude prospective menée du 18 novembre 2017 au 30 juin 2018 dans le service d'oncologie médicale du CHRU de Lille. Le but de cette dernière étant d'évaluer la qualité du service proposé de la CDR du CHRU de Lille de façon quantitative (délai d'attente entre la demande de consultation et cette dernière, vitesse de réalisation des examens complémentaires, de la pose du diagnostic final et de la mise en place des éventuels traitements) et qualitative via :

- Des questionnaires à destinée des différents acteurs de la CDR (patients concernés et oncologues) afin de collecter leurs avis et suggestions dans le but de proposer ultérieurement un service optimisé.
- Un questionnaire envoyé au MT à qui un courrier d'information sur la CDR avait été envoyé, afin de collecter leurs impressions sur la CDR, qu'ils l'aient utilisée ou non, et leurs éventuelles suggestions pour améliorer cette dernière.

Pour des raisons pratiques, l'ensemble des questionnaires était nominatif et non anonymisé.

Une demande d'autorisation de recherche médicale a été validée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

3.2 Analyse quantitative

Ont été inclus dans l'évaluation tous les patients du service de CDR d'oncologie du CHRU de Lille, c'est-à-dire tous les patients pour lesquels leur MT a contacté le service, par mail ou via Hop'line, entre le 18 novembre 2017 et le 31 mai 2018 dans le service d'oncologie médicale du CHRU de Lille.

Il s'agit d'évaluer l'efficacité du service de CDR selon des critères quantifiables :

- Nombre de patients sélectionnés
- Répartition des appels téléphoniques ou mail au fil des mois
- Age et sexe des patients
- Délai entre l'appel téléphonique ou le mail du MT et le RDV de consultation du patient
- Délai d'attente entre la première consultation oncologique et la réalisation des examens complémentaires (si réalisés)
- Délai entre le premier RDV de consultation et l'instauration du traitement, quel qu'il soit, si réalisé (chimiothérapie, chirurgie, radiothérapie, surveillance)

A également été noté le diagnostic final obtenu chez les patients sélectionnés, afin d'évaluer le pourcentage de patients concernés par une réelle pathologie néoplasique.

3.3 Analyse qualitative

Trois types des questionnaires ont été envoyés aux différents acteurs et intervenants de la CDR (Annexes 1, 2 et 3).

3.3.1 Questionnaire généraliste (Annexe 1)

Ont été sélectionnés les MT à qui un courrier d'information sur la CDR a été envoyé entre le 18 novembre 2017 et le 31 mai 2018. Le but du questionnaire étant principalement d'évaluer :

- Si le médecin a utilisé ou non le service de consultation de diagnostic rapide (SCDR)
- S'il a été satisfait par ce dernier et pourquoi
- Si le service proposé lui a semblé utile et pourquoi
- Globalement, quel(s) point(s) d'amélioration(s) envisagerait-il pour rendre le SCDR meilleur et plus adapté à sa pratique médicale personnelle.

3.3.2 Questionnaire patient (Annexe 2)

Ont été sélectionnés les patients ayant été admis en CDR en oncologie, au sein du service d'oncologie médicale du CHRU de Lille entre le 18 novembre 2017 et le 30 juin 2018. Le questionnaire a été fourni aux patients deux mois après la CDR, soit par courrier postal, soit remis en mains propres lors d'une consultation ultérieure. Les critères de non inclusion étaient le décès préalable du patient ou un retard mental. Le but du questionnaire étant principalement d'évaluer :

- Le degré de satisfaction concernant d'une part la vitesse de réalisation des soins médicaux, consultations médicales et examens complémentaires.
- La perception du délai d'attente entre les différents jalons de la PEC oncologique par le patient (consultation oncologique d'annonce, examens complémentaires, réalisation de la biopsie, RCP, démarrage de la prise en charge)
- Si la PEC de cette CDR leur a semblé dans l'ensemble bonne, et s'ils la conseilleraient de fait à l'un de leurs proches.

3.3.3 Questionnaire oncologue (Annexe 3)

Ont été sélectionnés les oncologues du service d'oncologie médicale du CHRU de Lille.

Le but du questionnaire étant principalement d'évaluer :

- Le temps consacré à ce nouveau service proposé.
- Le degré de satisfaction lié à ce nouveau service.
- Globalement, quel(s) point(s) d'amélioration(s) envisageraient-ils pour rendre le SCDR meilleur et plus adapté.

4 Résultats

4.1 Analyse quantitative

4.1.1 Population sélectionnée

Ont été recueillis 32 appels téléphoniques et 3 mails concernant le SCDR entre le 18 novembre 2017 et le 30 juin 2018, au niveau du service d'oncologie médicale (Figure 1), pour un total de 35 patients.

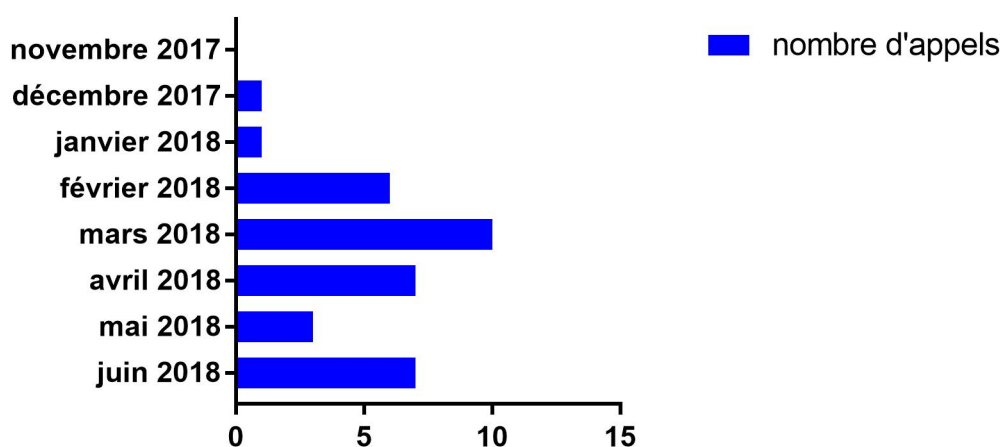


Figure 1 - Répartition des appels à destination de la consultation de diagnostic rapide en oncologie par mois

Parmi ces 35 patients :

- 3 d'entre eux étaient des patients mineurs, et ont de fait été réorientés vers le Centre Oscar Lambret (COL), centre régional de lutte contre le cancer spécialisé dans la PEC des néoplasies pédiatriques.
- 3 d'entre eux ont refusé finalement la PEC par le CHRU de Lille, préférant être traité dans un autre établissement avant même un premier contact en consultation.

- 2 d'entre eux étaient d'ores et déjà pris en charge par le CHRU pour leur pathologie et il s'agissait en réalité d'une erreur d'orientation téléphonique.

Ces différents patients n'ont donc pas été inclus dans la population évaluée. Ont donc été évalués 27 patients, sélectionnés entre le 18 novembre 2017 et le 30 juin 2018.

4.1.2 Délai entre la prise de contact du MT et le RDV de CDR

Nous avons donc obtenu une population de 27 patients, dont l'âge moyen est de 66,7 ans. La médiane avec premier et troisième quartiles du délai d'attente entre le contact du MT avec le service de CDR et la consultation avec l'oncologue est de 5 [3;8] jours (Figure 2), la moyenne à 7,8 jours. Il est à noter que dans la population sélectionnée, les délais peuvent évoluer d'1 à 43 jours, soit une fourchette assez importante.

Deux mesures – particulièrement longues – se démarquent notamment des autres :

- Un délai d'attente de 29 jours, correspondant à une hospitalisation du patient dans les suites immédiates de son diagnostic de suspicion de néoplasie prostatique pour artérite des membres inférieurs.
- Un délai d'attente de 43 jours, correspondant au seul patient de la population sélectionnée relevant du service d'hématologie pour une suspicion de lymphome.

A noter, à nouveau une mesure qui se démarque notamment des autres, d'un délai d'attente de 42 jours, correspondant à nouveau au patient relevant du service d'hématologie, concernant la réalisation d'une biopsie thoracique chirurgicale dans le cadre d'une suspicion de lymphome.

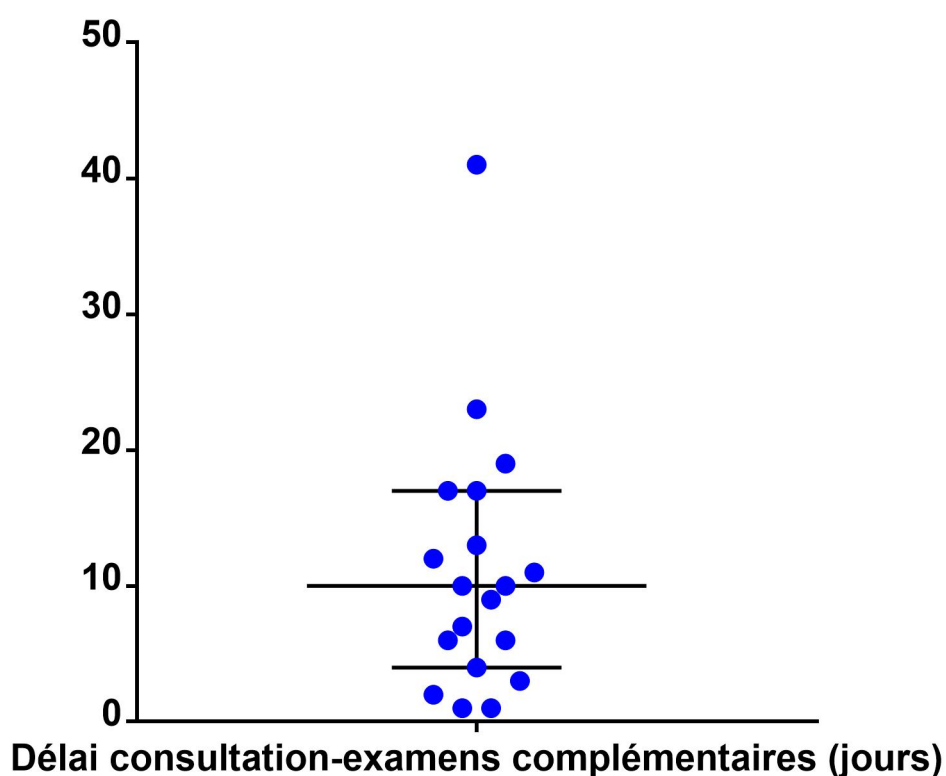
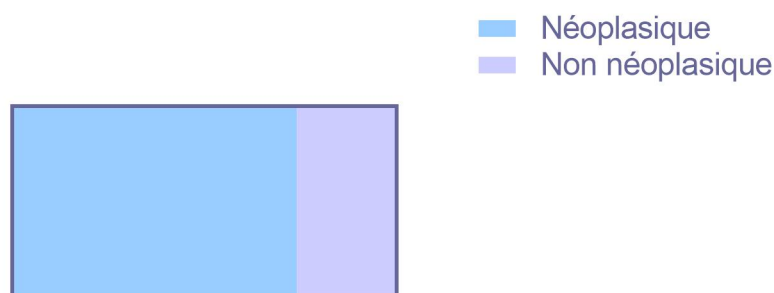


Figure 3 - Médiane du délai consultation oncologique - réalisation des examens complémentaires

A l'identique des statistiques précédentes, une nouvelle mesure se démarque des autres, d'un délai de 89 jours, correspondant à nouveau au même patient, ce qui s'avère plutôt logique, dans la mesure où un retard à la fois sur le premier contact entre oncologue et patient et sur la réalisation des examens complémentaires va nécessairement se répercuter sur la mise en route du traitement final.

4.1.5 Diagnostics finaux retenus

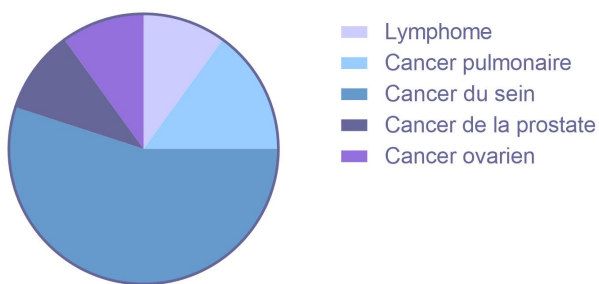
Sur les 27 patients sélectionnés, 20 patients (74%) ont eu un diagnostic d'origine néoplasique retenu (Figure 5).



Total=27

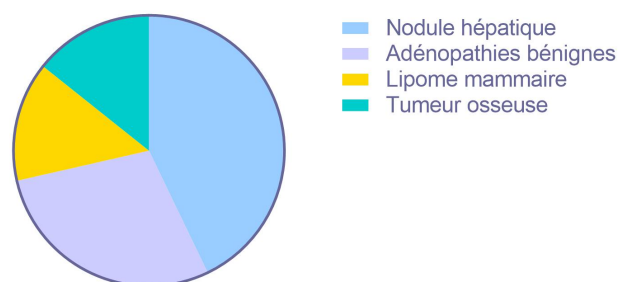
Figure 5 - Répartition des diagnostics réalisés dans le SCDR entre novembre 2017 et juin 2018

Les figures 6 et 7 récapitulent la répartition des causes oncologiques ou non retrouvées chez les patients relevant du service de consultation de diagnostic rapide (SCDR).



Total=20

Figure 6 - Répartition des différents diagnostics de néoplasie du SCDR entre novembre 2017 et juin 2018



Total=7

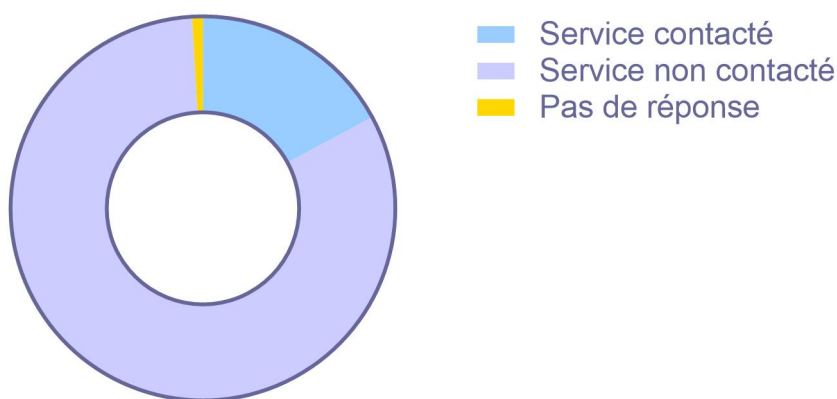
Figure 7 - Répartition des différents diagnostics non néoplasiques du SCDR entre novembre 2017 et juin 2018

La médiane avec premier et troisième quartiles du délai entre appel du MT et confirmation du diagnostic chez les patients ayant eu un diagnostic de pathologie non néoplasique retenu est de 9,5 jours [9;17].

4.2 Analyse qualitative

4.2.1 Questionnaire généraliste

111 réponses aux questionnaires ont été collectées sur 622 envoyés, soit 17,8% de réponses. Parmi ces réponses, 17% d'entre eux ont utilisé le SCDR (Figure 8).

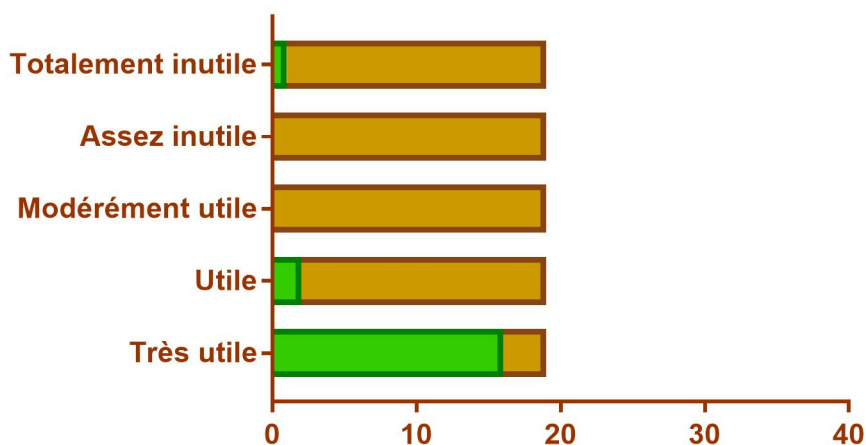


Total=111

Figure 8 - Utilisation par les MG du SCDR

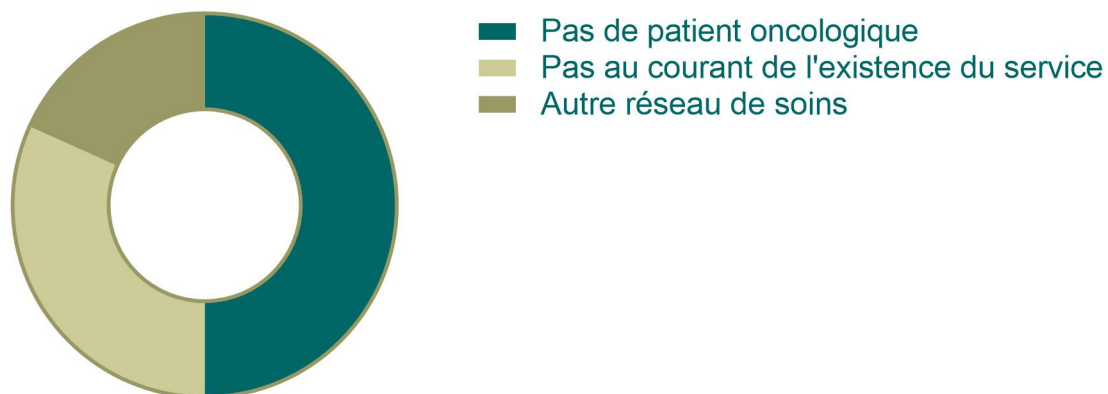
Parmi ces derniers, seul un d'entre eux s'avère totalement insatisfait par le service (5,3%), tandis que le reste est satisfait (10,5%) voire totalement satisfait (84.2%) (Figure 9). La cause évoquée par le MT insatisfait est une nécessité de relancer à au moins deux reprises les oncologues afin d'avoir un RDV pour son patient, ce qui reste dans l'ensemble une perte de temps, par rapport aux établissements privés selon lui.

Figure 9 - Evaluation des MG ayant contacté le service



Parmi les 83% restants (Figure 10) :

- 50% d'entre eux disent ne pas avoir utilisé le SCDR faute de patient oncologique.
- 31,7% d'entre eux disent ne pas être au courant de l'existence du SCDR.
- 18,3% estiment ne pas en avoir d'utilité dans la mesure où ils disposent déjà d'un réseau oncologique.



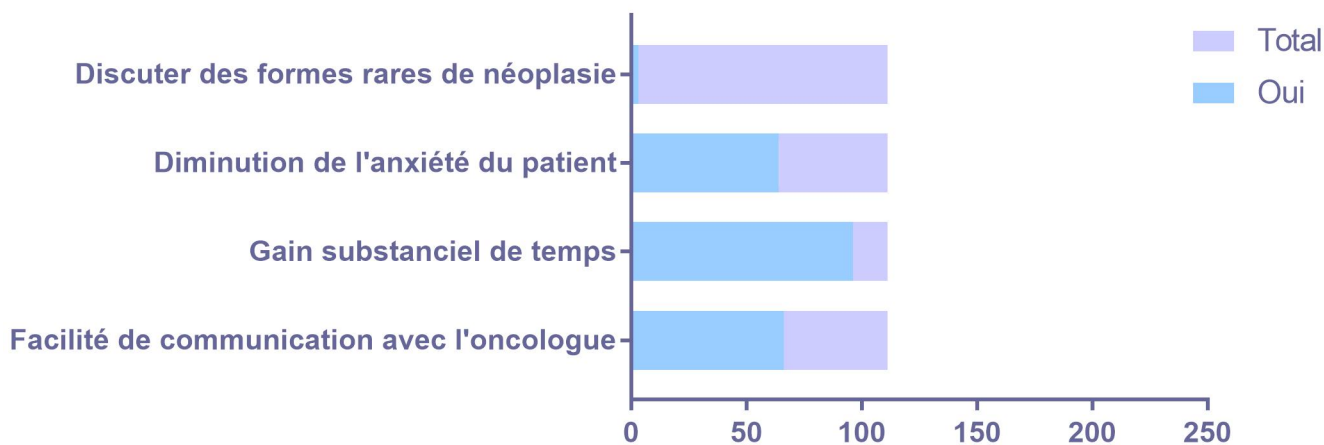
Total=104

Figure 10 - Causes de non utilisation du SCDR

Parmi les réponses, 93,7% des MG considèrent que le service puisse leur être utile à l'avenir. Parmi eux (Figure 11),

- 59,5% estiment qu'il peut leur faciliter la communication avec le spécialiste en oncologie
- 86,5% estiment qu'il peut s'agir d'un gain de temps considérable
- 57,6% estiment que le SCDR peut permettre une amélioration sensible de l'anxiété des patients.
- 0,03% estiment qu'il s'agit d'un bon moyen de discuter avec les oncologues des formes néoplasiques rares.

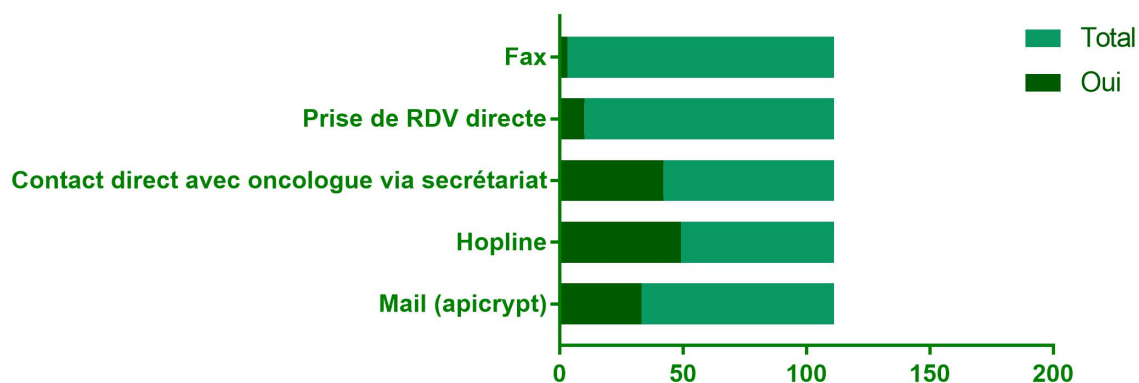
**Figure 11 -
Intérêt du SCDR**



Enfin, a été évalué le moyen de communication préféré par les MT pour une prise de RDV (Figure 12) :

- 44,1% préfèrent communiquer via la hop'line
- 37,8% préfèrent passer directement par le secrétariat du service afin d'avoir un oncologue directement au téléphone
- 29,7% préfèrent communiquer par mail.
- 9% préfèrent prendre directement RDV par le secrétariat sans passer par l'intermédiaire d'un spécialiste en cancérologie
- 2,7% préfèrent fonctionner par fax.
-

Figure 12 - Moyen de communication préféré par les MG pour la prise de RDV



Au total, 94,7% des MT ayant utilisé le SCDR émettent des critiques positives à son égard (satisfaits 10,5%, voire très satisfaits 84,2%).

4.2.2 Questionnaire patient

Ont été sélectionnés les patients ayant assisté à au moins une CDR entre le 18 novembre 2017 et le 31 mai 2018, ne présentant pas de retard mental ou n'étant pas décédés à deux mois de la CDR, soit 20 patients.

Parmi ces 20 patients, 16 questionnaires ont été recueillis. Le but de ces questionnaires a été de collecter essentiellement le ressenti en terme de durée et en terme de satisfaction, positif ou non, des délais entre les différents jalons de la PEC du patient.

4.2.2.1 Délai demande de consultation du MT – CDR

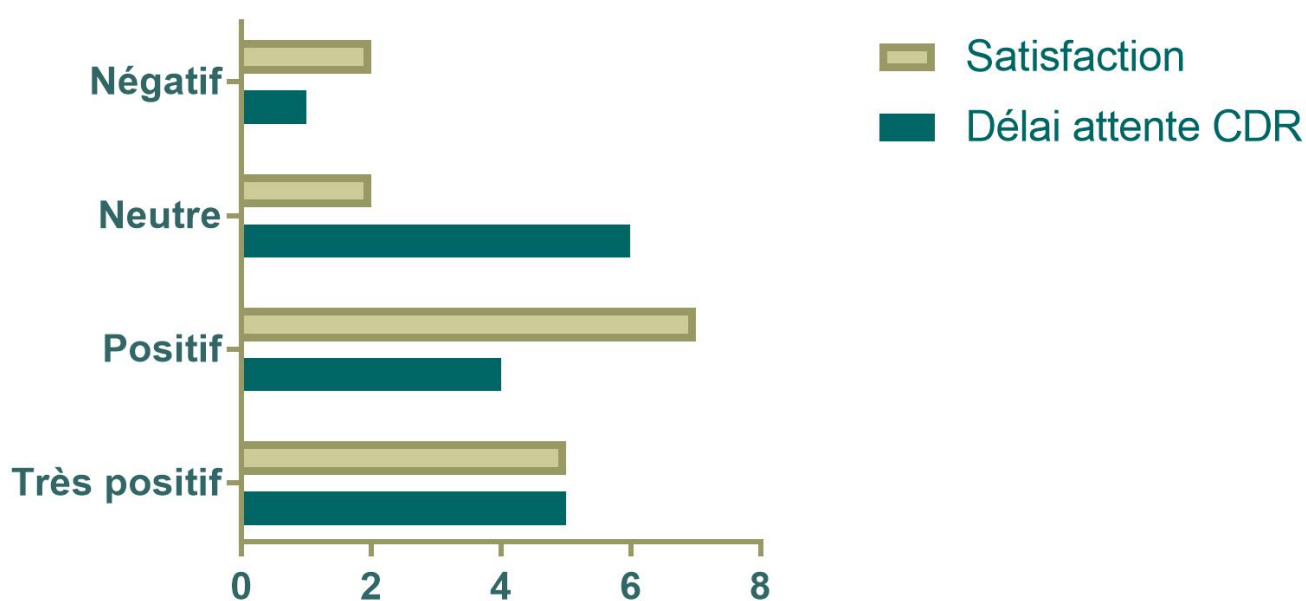


Figure 13 - Evaluation du délai d'attente entre la demande consultation du MT et la CDR selon le patient et satisfaction associée

Dans l'ensemble, la perception du délai d'attente avant la CDR par les patients sélectionnés (Figure 13) est :

- Longue dans 6,2% des cas
- **Correcte dans 37,5% des cas**
- Rapide dans 25% des cas
- Très rapide dans 31,3% des cas

En échange, le degré de satisfaction découlant de ce délai est lui plus positif, avec (Figure 13) :

- 12,5% des patients insatisfaits
- 12,5% des patients modérément satisfaits
- **43,8% des patients satisfaits**
- 31,2% des patients très satisfaits.

4.2.2.2 Délai CDR – Réalisation des différents examens complémentaires (si réalisés)

La perception par les patients du délai d'attente entre la CDR et la réalisation des examens complémentaires – parmi les patients concernés – nécessaires au diagnostic est (Figure 14) :

- Longue dans 8,3% des cas.
- **Correcte dans 41,7% des cas.**
- Rapide dans 16,7% des cas.
- Très rapide dans 33,3% des cas.

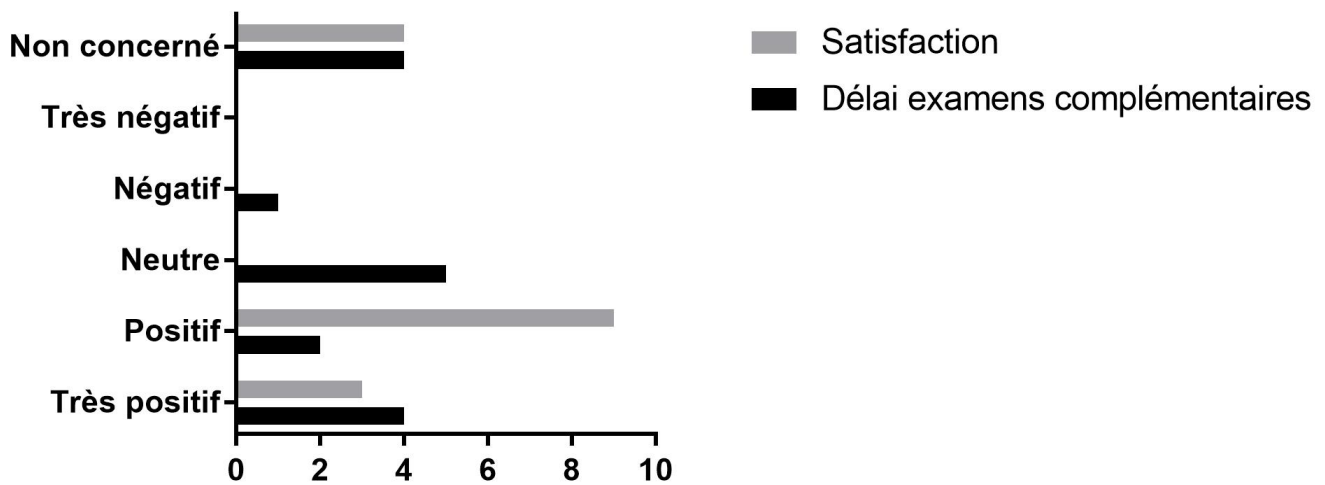


Figure 14 - Evaluation du délai d'attente entre la CDR et la réalisation des examens complémentaires (si réalisés) par le patient et satisfaction associée

La satisfaction associée à ce délai – parmi les patients concernés - retrouve (Figure 14) :

- **75% des patients satisfaits**
- 25% des patients très satisfaits

4.2.2.3 Délai CDR – Introduction d'un traitement à la pathologie découverte (si introduit)

La perception par les patients du délai entre la mise en place du traitement et la CDR – parmi les patients concernés – est (Figure 15) :

- Très longue dans 7,7% des cas.
- Longue dans 7,7% des cas.

- Correcte dans 30,8% des cas.
- **Rapide dans 38,5% des cas.**
- Très rapide dans 15,4% des cas.

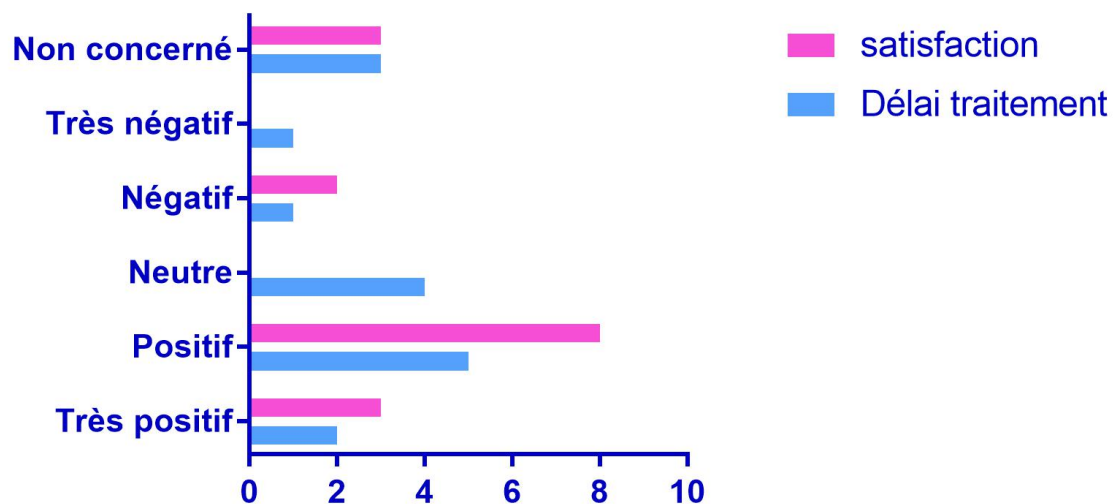


Figure 15 - Evaluation du délai d'attente entre la CDR et l'introduction d'un traitement (si réalisé) selon le patient et satisfaction associée

La satisfaction associée à ce délai – parmi les patients concernés - retrouve (Figure 15) :

- 15,4% des patients insatisfaits.
- **61,5% des patients satisfaits.**
- 23,1% des patients totalement satisfaits.

4.2.2.4 Satisfaction globale de la PEC et de ces différents délais

La perception par les patients du délai entre la mise en place du traitement et la CDR – parmi les patients concernés – est (Figure 16) :

- Correcte dans 18,75% des cas.

- **Rapide dans 37,5% des cas.**
- Très rapide dans 25% des cas.

(A noter que 18,75% des patients n'ont pas répondu à cette question)

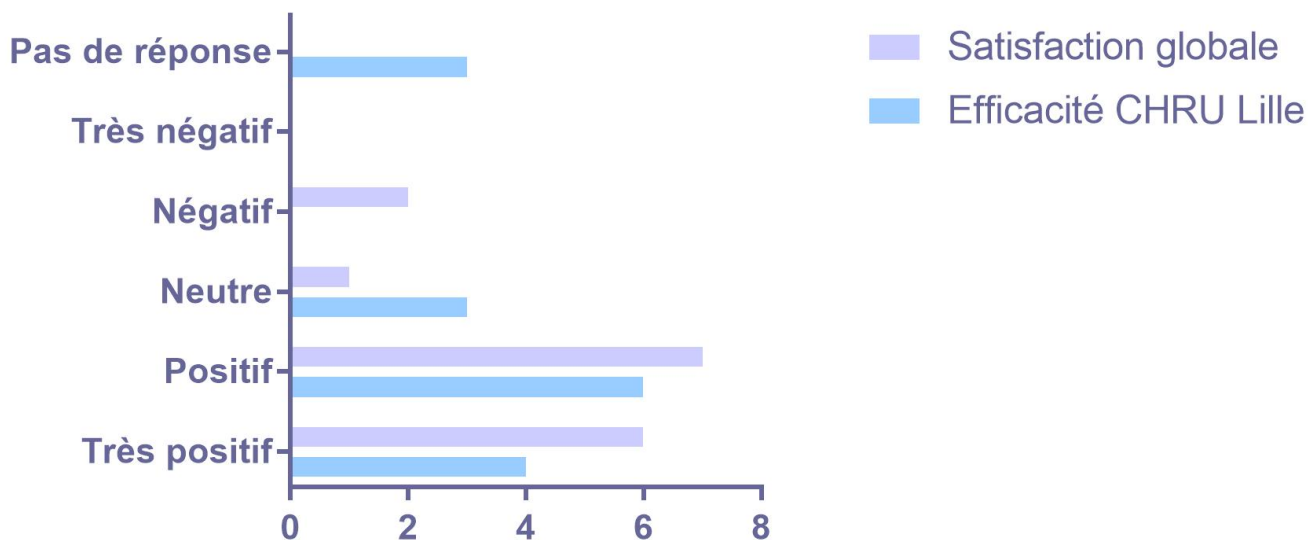


Figure 16 - Evaluation de l'efficacité globale du CHRU de Lille lors de sa PEC selon le patient et satisfaction associée

La satisfaction associée à ce délai – parmi les patients concernés - retrouve (Figure 16) :

- 12,5% des patients insatisfaits.
- 6,25% des patients modérément satisfaits
- **43,75% des patients satisfaits.**
- 37,5% des patients totalement satisfaits.

4.2.2.5 Synthèse

Au total, les patients concernés par la CDR considèrent les délais d'attente comme majoritairement :

- Correct (37,5%) pour le délai demande de consultation du MT – CDR
- Correct (41,7%) pour le délai CDR – Réalisation des différents examens complémentaires
- Rapide (38,5%) pour le délai CDR – Introduction d'un traitement à la pathologie découverte
- Rapide (37,5%) pour l'ensemble de la PEC.

Ces délais permettent de rendre les patients concernés majoritairement satisfaits voire très satisfaits :

- Dans 75% pour le délai demande de consultation du MT – CDR
- Dans 100% pour le délai CDR – Réalisation des différents examens complémentaires
- Dans 84,6% pour le délai CDR – Introduction d'un traitement à la pathologie découverte
- Dans 81,25% pour l'ensemble de la PEC.

Les patients sont donc dans l'ensemble plus satisfaits de leur PEC que contents des délais qu'ils ont dû observer durant cette dernière.

4.2.3 Questionnaire oncologue

Ont été sélectionnés les oncologues du service d'oncologie médicale du CHRU de Lille, soit trois personnes.

L'ensemble des oncologues du service d'oncologie médicale du CHRU de Lille ont reçus des appels téléphoniques via hop'line ou via le secrétariat dans le cadre d'une demande de CDR. L'ensemble d'entre eux ont jugé la charge de travail supplémentaire liée à ces appels comme étant mineure. A l'inverse, seul un oncologue a eu à s'occuper des 3 mails de demande de CDR, jugeant la charge de travail associée comme étant également mineure.

Le type de contact préféré par les oncologues est hop'line pour deux d'entre eux et mail pour le dernier d'entre eux.

La répartition des CDR de novembre 2017 à mai 2018 entre les oncologues du service d'oncologie médicale est très hétérogène, évaluée de moins de cinq à plus de dix. Toutefois, la charge de travail en découlant reste évaluée comme étant mineure pour deux d'entre eux à modérée (pour le dernier) avec des "plages de consultation en tension relative".

De plus, le service de CDR est évalué comme permettant une PEC accélérée importante (2/3) voire très importante (1/3), et, de fait, évaluée comme utile (2/3) voire très utile (1/3) pour une meilleure PEC des patients.

Malheureusement, la CDR n'a pas été exempte de problèmes selon deux des oncologues, avec des patients ne s'étant pas présentés en consultation à deux reprises, soit en raison de changement d'avis du patient, soit en raison de confusion avec le COL, géographiquement proche.

Enfin, forts de leur récente expérience, ont été proposées diverses suggestions d'amélioration du service de CDR par les oncologues, notamment :

- A l'unanimité, informer l'intégralité des MT de la région.
- Introduire un outil de suivi de la réalisation des examens complémentaires, afin d'éviter les retards dans la suite de la PEC (après la réalisation des examens complémentaires)
- Réaliser un pré-questionnaire à remplir avant de se rendre à la CDR, contenant des informations générales (poids, taille, antécédents (ATCD), traitements, etc...) dans l'objectif d'un gain de temps lors de la consultation, afin de permettre de voir plus de patients lors des consultations (grâce au gain de temps).

5 Discussion

Sur le papier, la CDR semble être une réussite dans son ensemble. Satisfaisant une large majorité de chacun de ses acteurs (oncologues (100%), MT (84,2%) et patients (81,25%)) individuellement, elle représente de surcroît à priori un gain de temps considérable pour la mise en place d'un traitement oncologique par rapport aux références bibliographiques nationales [9] [10]. Selon l'INCa (2013) : le délai national en 2011-2012 entre découverte de la néoplasie et traitement pour les deux cancers les plus fréquents retrouvés durant la CDR sont respectivement :

- De 43,5 jours pour le cancer du sein sans chimiothérapie post-opératoire, 36j en cas de chimiothérapie post-opératoire (Figure 17),

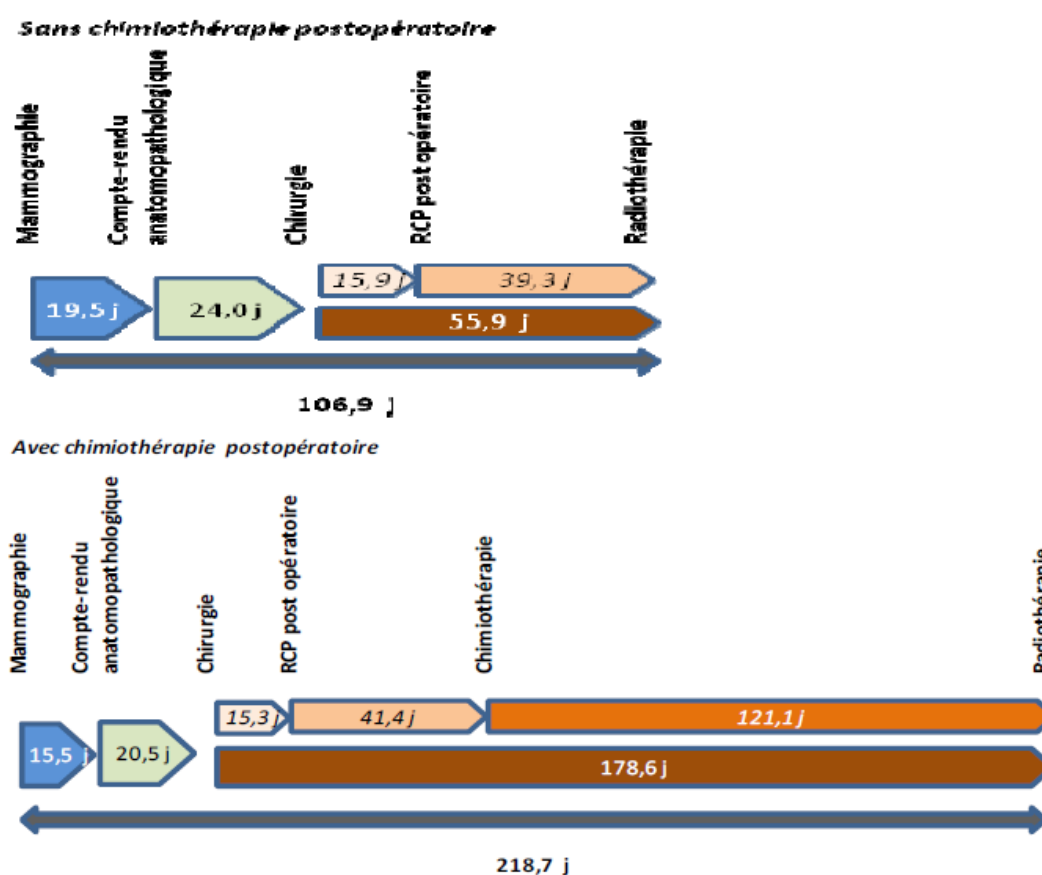


Figure 17 - Durée moyenne des parcours de PEC du cancer du sein

- et de 49,1 jours en cas de traitement par chimiothérapie pour le cancer du poumon, et 61,6 jours en cas de traitement chirurgical du cancer du poumon (Figure 18).

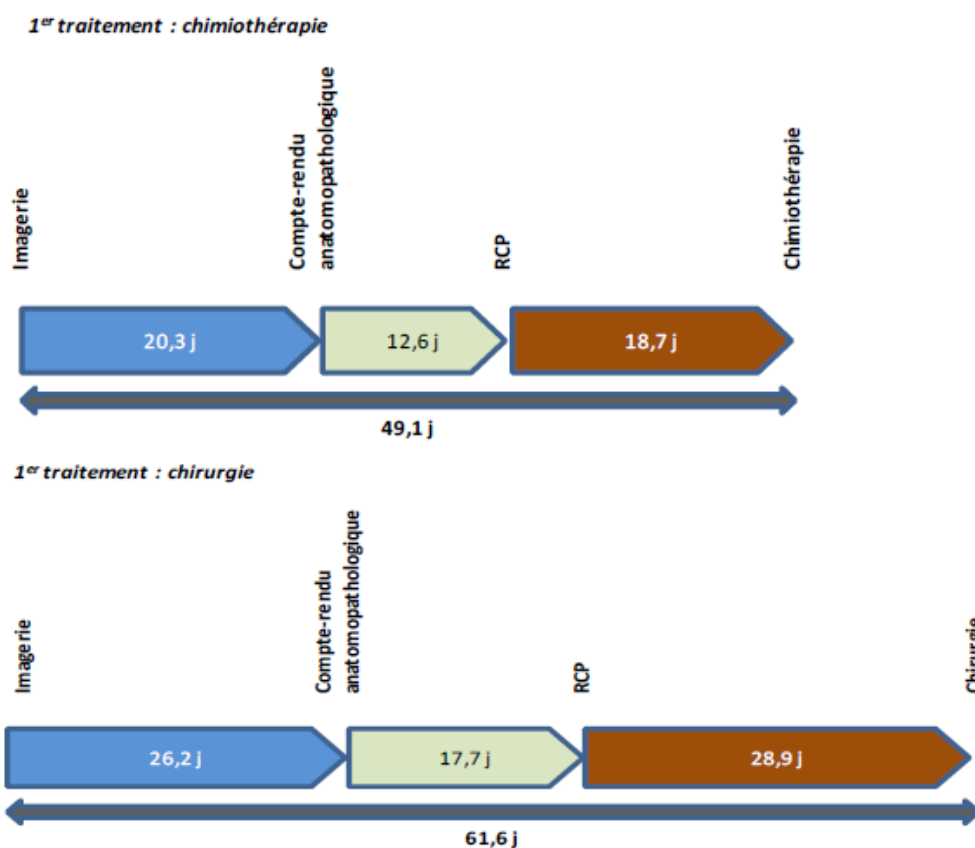


Figure 18- Délai moyen des parcours de PEC du cancer du poumon

Bien au-delà de la médiane de 16,5 jours de la CDR. Mais ces résultats sont à relativiser malgré tout.

5.1 Limites et biais

Dans un premier temps, le nombre de patients sélectionnés pour cette thèse est bien trop faible pour conférer à cette étude une puissance suffisante, probablement lié au fait que le service venait de débiter et que – de fait – combiné à une médiatisation trop faible lors de l'ouverture de ce dernier, trop peu de MT étaient au courant de son existence pour proposer leurs patients (31,7%). Les résultats mesurés peuvent être facilement sous-estimés ou sur-estimés par rapport à un échantillon à plus grande échelle. La puissance de l'étude aurait pu être améliorée en incluant les patients relevant de la CDR du service d'oncologie pneumologique mais des différences de fonctionnement ont rendu difficile le recueil des patients adressé par les MT via ce moyen de communication par rapport à ceux adressés par les pneumologues de ville dans le cadre d'une consultation de recours existant depuis plusieurs années. Il conviendrait de refaire le même type d'étude soit sur une durée supérieure, soit profiter d'une médiatisation plus importante pour avoir une population sélectionnée plus importante (le nombre d'appel pour la CDR a clairement augmenté au fil des mois, à mesure que le service prenait de l'âge).

Dans un deuxième temps, la non anonymisation des questionnaires génère un biais d'évaluation qu'il convient de ne pas négliger.

Dans un troisième temps, le SCDR recouvre un large panel de pathologies hétéroclites, oncologiques et non. La littérature montre que le délai d'instauration des traitements des pathologies oncologiques peut beaucoup varier d'un cancer à l'autre (selon les examens complémentaires nécessaires), et même au sein d'un même cancer, selon son stade (PEC adjuvante ou non par exemple). Par exemple, comme vu précédemment, le délai moyen avant

traitement par chirurgie d'une néoplasie mammaire est de 43,5j, le délai moyen avant instauration d'un traitement dans le cadre d'un cancer du poumon est, lui, de 61,6j [10], explicable en raison de la variabilité des examens complémentaires nécessaires. La fibroscopie bronchique étant l'examen permettant d'obtenir la biopsie dans le cadre de la néoplasie pulmonaire, beaucoup plus difficile à mettre en œuvre qu'une simple biopsie par voie trans cutanée comme dans la néoplasie mammaire, cela allonge forcément les délais. C'est ce qui a été vu avec le seul patient de l'étude de la CDR dont les délais d'introduction du traitement ont été largement supérieurs à 50 jours. Il lui était nécessaire de réaliser une biopsie chirurgicale d'un ganglion thoracique, ce qui a fatalement allongé fortement les délais. De ce fait, même si mesurer la médiane d'introduction d'un traitement au sein de la population sélectionnée dans cette étude nous donne un ordre d'idée global de l'efficacité du SCDR, il pourrait également être intéressant et plus pertinent de refaire une mesure avec un échantillon de population supérieur pathologie néoplasique par pathologie néoplasique, afin de comparer aux précédentes données de la littérature et d'avoir une vision moins hétérogène de la situation.

Dans un quatrième temps, il est à noter que les patients sont proportionnellement plus satisfaits de leur PEC que contents des délais d'attente qu'ils ont dû observer durant cette dernière, probablement car la satisfaction du patient est associée à la qualité de la PEC du personnel soignant dont il a bénéficié, responsable d'un biais de confusion pouvant surévaluer les résultats.

L'efficacité par la médiane du délai entre la CDR et la mise en place d'un traitement oncologique semble donc belle et bien présente, mais à prendre tout relativement en l'absence d'étude à plus grande échelle.

5.2 Intérêt des résultats

On peut malgré tout ajouter que, même si les résultats de délai risquent d'être biaisés et donc à relativiser, en échange, les taux de satisfaction des différents acteurs de la CDR, eux, sont plutôt convaincants. 84% des MT ayant utilisé le service sont totalement satisfaits, 100% des oncologues du service d'oncologie médicale également, et 81,25% des patients concernés par la CDR. Ces résultats sont d'autant plus intéressants que les connaissances médicales actuelles restent encore assez floues sur le rapport délai de PEC et mortalité associée dans les pathologies néoplasiques. De fait, finalement, l'intérêt de la CDR repose principalement sur la satisfaction qui en découle auprès de ses différents protagonistes, plutôt que sur les délais même de PEC à proprement parler, en tout cas en l'état actuel des connaissances.

Mais examinons les intérêts des résultats protagoniste par protagoniste.

5.2.1 Du point de vue du médecin généraliste

Les résultats du questionnaire ont montré que les MT sont principalement à la recherche d'un gain de temps (86,5%) dans la PEC d'une pathologie lourde et pour laquelle la coordination des soins pluridisciplinaires en découlant est chronophage et complexe en ville. A priori, la CDR est efficace dans ce domaine, dans la mesure où 84,2% des MT ayant utilisé ce service se disent satisfaits de ce dernier.

Il y a également, à moindre mesure, une recherche d'une facilité de communication avec le spécialiste et une recherche d'une PEC optimisée du patient afin d'améliorer sa qualité de

vie. Difficile toutefois, de savoir si la CDR permet une réelle amélioration de ces paramètres. Il pourrait être intéressant lors d'une étude ultérieure de comparer la qualité de vie justement entre les patients oncologiques relevant de la CDR et les patients passant par le circuit classique.

5.2.2 Du point de vue du patient

Concernant les résultats des critères quantitatifs, le délai d'attente entre la CDR et l'appel téléphonique du MT, dont l'objectif était d'être inférieur à une semaine est respecté (médiane avec quartiles à 5 [3;8] jours). De même, le temps moyen d'introduction du traitement est bien inférieur aux temps moyens retrouvés dans la littérature.

Concernant la satisfaction des patients ayant participé aux CDR, même si elle est légèrement moins prononcée que chez les MT (94,7%) ou les oncologues (100%), elle reste globalement très positive (81,25%), ainsi que dans chacun des domaines interrogés (délai appel du MT - CDR (75%), délai CDR - examens complémentaires (100%), délai CDR - mise en place du traitement (84,6%)). Ces résultats légèrement plus mitigés que ceux des autres acteurs de la CDR peuvent aussi s'expliquer dans la mesure où l'état d'esprit du patient est influencé par la gravité de la pathologie à laquelle il est soumis. Difficile de fournir une évaluation la plus objective possible d'un service qui traite la maladie grave que l'on vient de vous diagnostiquer et qui risque de vous tuer, surtout à peine deux mois du diagnostic initial. A nouveau, afin d'obtenir des résultats bien plus évaluables et pertinents, il pourrait être judicieux, à plus grande échelle, de comparer la satisfaction des patients concernés par la CDR avec les patients concernés par le circuit oncologique classique, dans un même établissement, afin d'éviter les biais liés au contact avec le personnel soignant.

5.2.3 Du point de vue de l'oncologue

La CDR étant une idée à l'origine proposée par le service d'oncologie médicale du CHRU de Lille, l'avis des différents oncologues du service ne peut que difficilement être objectif et est soumis à un biais de sélection, qu'il est important de ne pas méconnaître.

Les résultats des questionnaires ont montré que d'une part le SCDR est rapidement été adopté par l'ensemble du personnel oncologique du service d'oncologie médicale du CHRU de Lille, dans la mesure où l'ensemble des oncologues, même si à des intensités différentes, y ont contribué. Celui-ci ne semble pas trop contraignant, dans la mesure où l'investissement en temps qu'il coûte actuellement est jugé comme étant mineur (2/3) voire modéré (1/3) pour un taux de diagnostic de cancer de 74%. Toutefois, ce résultat est à prendre avec précautions dans la mesure où il s'agit seulement du début de la CDR et qu'elle prendra peut-être ultérieurement des proportions plus importantes. Il serait intéressant d'en refaire une évaluation à distance.

Le service a été jugé comme utile (2/3) voire très utile (1/3), permettant un gain de temps de PEC du patient évalué par les oncologues comme étant important (2/3) voire très important (1/3). Attention toutefois aux nombreux problèmes d'orientation des patients qui ont émaillés les six mois d'analyse de la CDR. Parmi les 35 appels enregistrés, environ 20% correspondaient à des patients ne rentrant pas dans le cadre de la CDR, lié soit à une confusion entre le COL et le CHRU de Lille (refus du patient d'être suivi au CHRU), soit à une confusion de service téléphonique à contacter (patients déjà suivis dans un service pour leur pathologie oncologique déjà connue), soit à un âge inadapté du patient (patients mineurs). Il pourrait être judicieux de modifier la fiche informative des MT concernant la CDR (annexe 4), afin de repréciser les

patients concernés par le service. A l'échelle actuelle du service, avec 35 appels en environ 6 mois, cela ne semble pas si handicapant, mais le risque est qu'avec une augmentation prévisible conséquente du volume d'appels dans un avenir proche, en conservant un pourcentage aussi important d'erreurs d'orientation, la perte de temps en découlant devienne rapidement excessive. Le volume de travail des oncologues concernant la CDR risquerait de devenir beaucoup trop important de fait.

5.3 Perspectives d'amélioration

Même si à l'échelle de cette modeste étude, le service de CDR semble être une réussite tant sur les critères quantitatifs que qualitatifs, quelles pistes d'amélioration pouvons-nous envisager afin d'augmenter la qualité du service proposé pour chacun de ses protagonistes ?

5.3.1 Du point de vue du médecin généraliste

Il a été révélé à la faveur des questionnaires un net défaut d'information des MT (31,7%) auxquels la fiche informative de l'existence du service de CDR a été envoyée (Annexe 4). Cette dernière a été renvoyée à tous les MT disant ne pas connaître la CDR rapidement après avoir reçu le retour des questionnaires.

Il conviendrait de refaire une campagne d'information en variant éventuellement les médias utilisés, d'une part en maintenant l'information par courrier, mais éventuellement en informant également les MT par mail.

Dans la mesure où seuls les MT connaissant le service d'oncologie médicale du CHRU de Lille ont été informés durant ces six derniers mois de l'existence de la CDR (ceux ayant au moins un patient passé par les consultations d'oncologie médicale entre le 18 novembre 2017 et le 31 mai 2018), il pourrait être utile d'envoyer des fiches informatives de l'existence du service et des différents moyens de le contacter à l'ensemble des MT de la métropole Lilloise .

De plus, il pourrait également être pertinent de multiplier les moyens de contacter le service de CDR, notamment par Fax (2,7% de demande des MT) ou éventuellement même par prise de RDV directe via la secrétaire (9% de demande des MT), sans passer par l'oncologue afin de ne pas surcharger son emploi du temps.

Il a finalement été décidé après discussion de ne pas permettre de prendre RDV pour la CDR par Fax, dans la mesure où d'une part très peu de MT en ont fait la demande et d'autre part, où le risque de perte d'information ou de défaut de communication semble très important par ce canal de communication.

5.3.2 Du point de vue du patient

Sur les 27 patients sélectionnés pour la CDR entre le 18 novembre 2017 et le 31 mai 2018, il a été montré que deux d'entre eux ont eu un délai d'attente pour bénéficier de leur consultation très important. L'un à cause d'une hospitalisation fortuite pour un problème aigu, l'autre pour une raison plus inexplicée. La mise en place de la CDR est une entreprise complexe notamment car il s'agit d'une PEC pluridisciplinaire relevant généralement de plusieurs services médicaux et de plusieurs spécialistes médicaux à la fois (oncologue ou radiothérapeute pour la radio-chimio-hormonothérapie, chirurgien pour la PEC chirurgicale,

etc...)). Il est, de fait, difficile d'assurer une coordination entre les différents acteurs de cette PEC, dans des délais les plus courts possibles et avec une implication de chacun de ses acteurs à même intensité que celle souhaitée par les services d'origine de la CDR. Mettre en place des mesures de communication plus abouties entre les différents services impliqués par la CDR, afin d'homogénéiser les délais de PEC pourrait être utile, en envisageant éventuellement des réunions dédiées entre les différents services.

De plus, avec un échantillon de population plus important, lors d'une étude ultérieure, il pourrait être pertinent également de regarder les délais d'attente pour les CDR et pour la mise en place d'un traitement service par service, afin de voir s'il existe des disparités entre ces derniers, et permettre ainsi des adaptations pour homogénéiser les délais de PEC.

5.3.3 Du point de vue de l'oncologue

D'un point de vue purement pratique et à visée de gain de temps, il a été proposé par les oncologues d'envisager un questionnaire à remplir avant la CDR par le patient ou son MT, dans le même principe qu'au préalable d'une consultation anesthésique, faisant figurer les informations générales du patient (taille, poids, ATCD, traitements, etc...) afin de permettre à l'oncologue de pouvoir réaliser plus de CDR.

A également été proposé par les oncologues, quoique beaucoup plus complexe à mettre en pratique, la réalisation d'un outil informatique, qui informerait l'oncologue lorsque les résultats des examens complémentaires demandés pour les patients seraient disponibles (TDM, Tep-scanner, biopsies), afin de raccourcir au maximum le temps entre la réception complète des examens complémentaires, et la mise en route de la suite de la PEC (RCP).

6 Conclusion

La CDR semble être une réussite tant sur le plan objectif que sur la satisfaction de ses différents acteurs. L'étendre à l'ensemble de la métropole lilloise afin de permettre à un maximum de personnes d'en profiter le plus rapidement possible semble tout à fait pertinent.

Une version remodelée de la fiche informative de la CDR à destinée des MT est proposée en Annexe 5, précisant notamment la population ciblée par cette dernière.

7 Bibliographie

1. Arnaout, Angel, Jennifer Smylie, Jean Seely, Susan Robertson, Kathy Knight, Salome Shin, Tim Ramsey, Ranjeeta Mallick, et James Watters. « Improving Breast Diagnostic Services with a Rapid Access Diagnostic and Support (RADS) Program ». *Annals of Surgical Oncology* 20, n° 10 (octobre 2013): 3335-40. <https://doi.org/10.1245/s10434-013-3120-5>.
2. Brocken, Pepijn, Judith B. Prins, P. N. Richard Dekhuijzen, et Henricus F. M. van der Heijden. « The Faster the Better?—A Systematic Review on Distress in the Diagnostic Phase of Suspected Cancer, and the Influence of Rapid Diagnostic Pathways ». *Psycho-Oncology* 21, n° 1 (janvier 2012): 1-10.
3. « Du diagnostic au premier traitement : délais de prise en charge des cancers enregistrés par les registres spécialisés du réseau Francim 1999-2008- INCa novembre 2012. Disponible à l'adresse suivante : www.e-cancer.fr ». Consulté le 9 août 2018. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Du-diagnostic-au-premier-traitement-delaix-de-prise-en-charge-des-cancers-enregistres-par-les-registres-specialises-du-reseau-Francim-1999-2008>.
4. Henselmans, Inge, Robbert Sanderman, Ans Smink, Adelita V. Ranchor, et Jakob de Vries. « [Waiting times in breast disease clinics and psychological well-being: speedy care is better care] ». *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde* 154 (2010): B491.
5. Jemal, Ahmedin, Freddie Bray, Melissa M. Center, Jacques Ferlay, Elizabeth Ward, et David Forman. « Global Cancer Statistics ». *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 61, n° 2 (avril 2011): 69-90. <https://doi.org/10.3322/caac.20107>.

6. Mhaskar, A. R., G. Quinn, S. Vadaparampil, B. Djulbegovic, C. K. Gwede, et A. Kumar. « Timing of First-Line Cancer Treatments – Early versus Late – A Systematic Review of Phase III Randomized Trials ». *Cancer Treatment Reviews* 36, n° 8 (1 décembre 2010): 621-28. <https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2010.04.001>.
7. Neal, R D, P Tharmanathan, B France, N U Din, S Cotton, J Fallon-Ferguson, W Hamilton, et al. « Is increased time to diagnosis and treatment in symptomatic cancer associated with poorer outcomes? Systematic review ». *British Journal of Cancer* 112, n° Suppl 1 (31 mars 2015): S92-107. <https://doi.org/10.1038/bjc.2015.48>.
8. Pourcel, Graziella, Bernard Ledesert, Philippe-Jean Bousquet, Claudia Ferrari, Jérôme Viguié, et Agnès Buzyn. « [Waiting times for cancer care in four most frequent cancers in several French regions in 2011 and 2012] ». *Bulletin Du Cancer* 100, n° 12 (décembre 2013): 1237-50. <https://doi.org/10.1684/bdc.2013.1832>.
9. Toomey, D. P., R. A. Cahill, N. Birido, M. Jeffers, B. Loftus, D. McInerney, J. Rothwell, et J. G. Geraghty. « Rapid Assessment Breast Clinics – Evolution through Audit ». *European Journal of Cancer* 42, n° 17 (1 novembre 2006): 2961-67. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2006.06.011>.
10. Zabora, J., K. BrintzenhofeSzoc, B. Curbow, C. Hooker, et S. Piantadosi. « The Prevalence of Psychological Distress by Cancer Site ». *Psycho-Oncology* 10, n° 1 (février 2001): 19-28.

8 Annexes

Annexe 1 : Questionnaire médecin généraliste



Bonjour,

Vous avez normalement reçu durant ces derniers mois un courrier concernant la mise en place d'un service de consultation rapide d'oncologie au sein du CHR de Lille.

Il s'agit de permettre de donner un RDV rapide – via hopline ou par mail - auprès d'un oncologue médical ou thoracique pour tout patient suspect de pathologie néoplasique, selon la pathologie découverte suite à un examen d'imagerie.

Ce service étant récent, il est (dans le cadre d'une thèse de médecine générale), évalué par ses différents acteurs (patients, médecin généraliste et oncologue) après six mois de mise en place, afin de permettre de l'améliorer et de le proposer, plus abouti, à un plus vaste réseau dans le futur.

C'est dans ce but que nous vous contactons aujourd'hui, et souhaiterions avoir vos retours via ce questionnaire très simple qui ne vous prendra que quelques minutes.

Merci à vous.

LEROI Rémi, interne en médecine générale

1) Avez vous contacté le service de consultation rapide pour l'un de vos patients ?

- Oui
- Non

2) Si non, pour quelle raison ?

- Je n'ai pas eu de patient concerné par ce service
- Je n'étais pas au courant que ce service existait
- Mon patient souhaitait être suivi ailleurs, si oui, où : _____
- Je n'ai pas l'intention d'utiliser votre service, si oui, pour quelle raison :
- Je n'aime pas travailler avec le CHR de Lille.
- Je n'aime pas travailler avec votre service
- J'ai déjà mon propre réseau pour mes patients oncologiques, et je me suis servi de ce dernier, qui est : __
 - Autre :

3) Pensez-vous que ce service puisse vous être utile à l'avenir ?

- Oui
- Non

4) Si oui, pour quelle(s) raison(s) (vous pouvez cocher plusieurs cases) ?

- Facilité de communication avec le spécialiste
- Gain de temps, notamment pour la programmation des examens complémentaires
- Diminution de l'anxiété du patient, qui, en étant pris en charge rapidement, a moins l'impression que son cancer se développe en attendant la prise en charge.
- Autre :

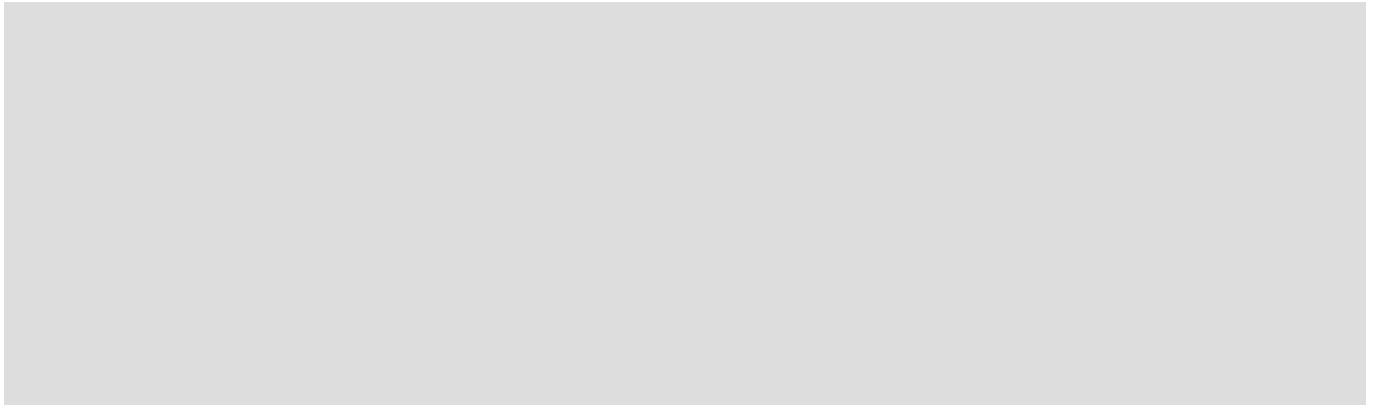
5) Si non, pour quelle(s) raison(s) (vous pouvez cocher plusieurs cases) ?

- J'ai déjà mon propre réseau, et ne pense pas que ce service puisse améliorer la qualité de la prise en charge de mes patients oncologiques
- Je préfère réaliser moi-même le bilan d'extension, et ne contacter l'oncologue qu'au décours de ce dernier
- Autre :

6) Si vous deviez définir l'utilité que vous trouvez à ce service de consultation rapide, vous le qualifieriez de :

- Très utile
- Plutôt utile
- Modérément utile
- Assez inutile
- Totalement inutile

7) Remarques libres :



Merci du temps que vous nous avez accordés.

LEROI Rémi, interne en médecine générale

Annexe 2 : Questionnaire patient



Bonjour,

Vous avez commencé une prise en charge médicale il y a 2 mois dans le service d'oncologie médicale ou thoracique, au CHR de Lille, suite à un examen d'imagerie (scanner ou IRM).

La première consultation à laquelle vous avez participé fait partie d'un nouveau service proposé par le CHR de Lille de consultation rapide, permettant, nous l'espérons, une prise en charge dans des délais très courts.

Ce service est encore en cours de développement, car mis en place récemment (novembre 2017). Aussi, nous aimerions vous poser quelques questions concernant votre ressenti à propos de cette consultation, afin de nous permettre d'améliorer au maximum le service proposé.

Ce questionnaire est très court et ne devrait vous prendre que quelques minutes.

Merci à vous.

LEROI Rémi, interne en médecine générale

1) Comment avez-vous trouvé le délai d'attente entre la réalisation de votre examen d'imagerie et la consultation avec votre oncologue ?

- Très long
- Long
- Correct
- Rapide
- Très rapide

2) Avez-vous été satisfait(e) par ce délai ?

- Pas du tout
- Plutôt insatisfait(e)
- Modérément
- Satisfait(e)
- Totalement satisfait(e)

3) Prendre RDV avec votre oncologue vous a semblé ?

- Très difficile
- Difficile
- Moyennement difficile
- Aisé
- Très aisé
- C'est mon médecin traitant qui a pris RDV

4) Si c'est vous qui avez pris RDV, par quel moyen avez-vous contacté le service ? (sinon ignorez la question)

- Via Hop'line
- Par mail
- Autre moyen ? Si tel est le cas, comment : _____

5) Si difficile, pour quelle(s) raison(s) (ligne téléphonique chargée ? Temps d'attente trop long ? Coupures intempestives?) :

6) Avez-vous été satisfait(e) par le contact avec votre oncologue ?

- Pas du tout
- Plutôt insatisfait(e)
- Modérément
- Satisfait(e)
- Totalement satisfait(e)

7) Si non, pourquoi ?

8) Comment avez-vous trouvé le délai d'attente entre la première consultation avec votre oncologue et la réalisation des examens complémentaires permettant le diagnostic complet de votre maladie ?

- Très long
- Long
- Correct
- Rapide
- Très rapide

9) Avez-vous été satisfait(e) par ce délai ?

- Pas du tout
- Plutôt insatisfait(e)
- Modérément
- Satisfait(e)
- Totalelement satisfait(e)

10) Comment avez vous trouvé le délai d'attente entre la réalisation de ce dernier examen complémentaire permettant le diagnostic complet de votre maladie et le deuxième rendez-vous avec votre oncologue?

- Très long
- Long
- Correct
- Rapide
- Très rapide

11) Avez-vous été satisfait(e) par ce délai ?

- Pas du tout
- Plutôt insatisfait(e)
- Modérément
- Satisfait(e)
- Totalelement satisfait(e)

12) Comment avez vous trouvé le délai d'attente entre le diagnostic de votre maladie et le début du traitement de cette dernière ?

- Très long
- Long
- Correct
- Rapide
- Très rapide

13) Avez-vous été satisfait(e) par ce délai ?

- Pas du tout
- Plutôt insatisfait(e)
- Modérément
- Satisfait(e)
- Totalement satisfait(e)

14) Dans l'ensemble, vous avez trouvé le service d'oncologie (médicale ou thoracique) du CHR ?

- Lent et inefficace
- Plutôt lent et plutôt inefficace
- Correct
- Rapide et efficace
- Très rapide et très efficace

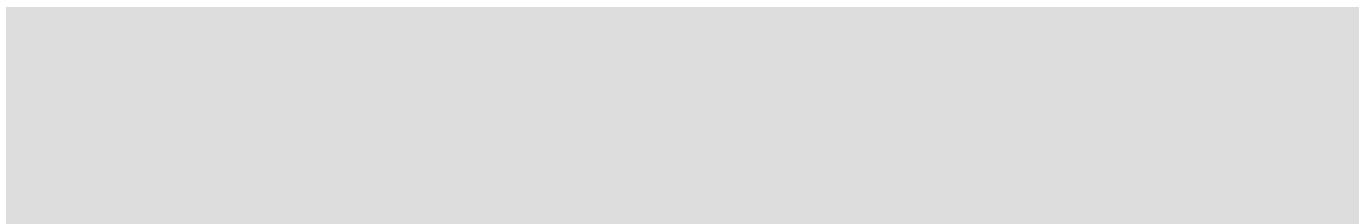
15) Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait(e) par le service qui vous a été proposé ?

- Pas du tout
- Plutôt insatisfait(e)
- Modérément
- Satisfait(e)
- Totalement satisfait(e)

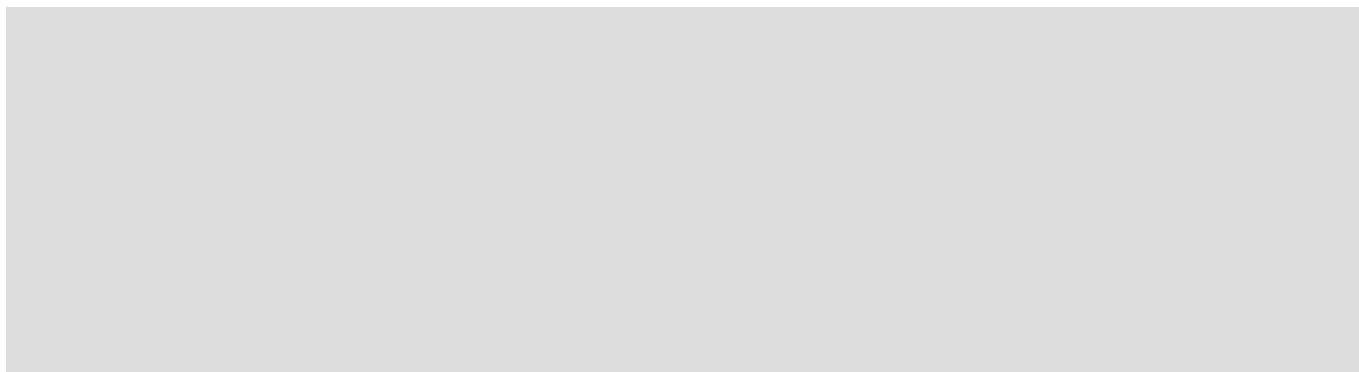
16) Conseilleriez-vous notre service à des amis, proche, famille ?

- Pas du tout
- Pas plus qu'un autre service
- Bien sûr

17) Pourquoi ?



18) Remarques libres



Merci du temps que vous nous avez accordés.

LEROI Rémi, interne en médecine générale

Annexe 3 : Questionnaire oncologue



Bonjour,

Vous savez probablement qu'un service de consultation rapide d'oncologie médicale et thoracique a été mis à disposition des médecins généralistes (via Hop'line ou par mail) depuis novembre 2017, afin d'accélérer et de faciliter les prises en charge oncologique en ville.

Ce service étant récent, il est (dans le cadre de ma thèse de médecine générale), évalué par ses différents acteurs (patients, médecin généraliste et oncologue) après six mois de mise en place, afin de permettre de l'améliorer et de le proposer, plus abouti, à un plus vaste réseau dans le futur.

C'est dans ce but que je vous contactons aujourd'hui, et souhaiterions avoir vos retours via ce questionnaire très simple qui ne vous prendra que quelques minutes.

Merci à vous.

LEROI Rémi, interne en médecine générale

1) Avez-vous eu lors de ces six derniers mois, des consultations dans le cadre de la consultation rapide d'oncologie ?

- Oui
- Non

2) Si oui, combien environ ?

- Moins de 5
- Entre 5 et 10
- Plus de 10

3) Comment avez-vous jugé la charge de travail que ce nouveau service vous a apporté ?

- Très importante
- Importante
- Modérée
- Mineure
- Inexistante

4) Pour quelle(s) raison(s) ?

5) Avez-vous eu la sensation que ce service ait permis une prise en charge accélérée de ces patients (délai avant la première consultation, réalisation du bilan d'extension, introduction d'un éventuel traitement) ?

- Très importante
- Importante
- Modérée
- Mineure
- Inexistante

6) Ces consultations ont-elles été la source de problème ?

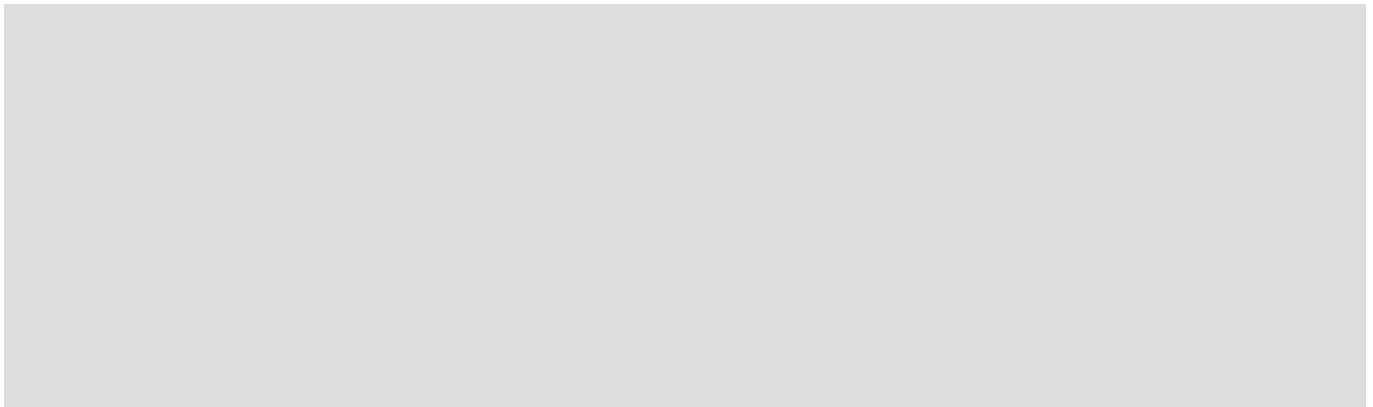
- Oui
- Non

7) Si oui, lesquels ?

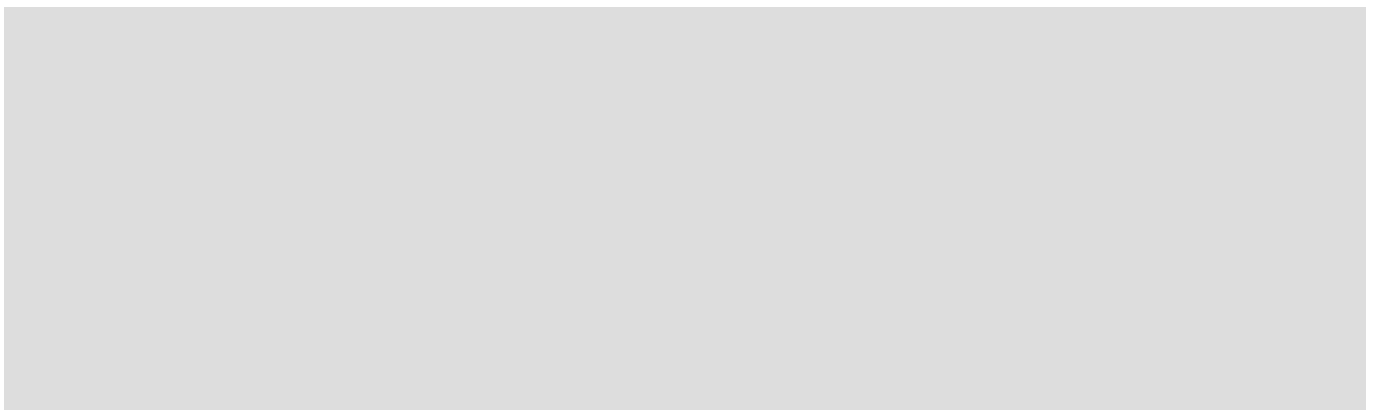
8) Si vous deviez définir l'utilité que vous trouvez à ce service de consultation rapide, vous le qualifieriez de :

- Très utile
- Plutôt utile
- Modérément utile
- Assez inutile
- Totalement inutile

9) Avez-vous des suggestions pour d'éventuelles améliorations du service proposé ?



10) Remarques libres :



Merci du temps que vous nous avez accordés.

LEROI Rémi, interne en médecine générale

Annexe 4 : CDR – fiche information MT



**Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille**



La découverte d'une lésion suspecte de néoplasie est source d'angoisse pour le patient. L'organisation du bilan diagnostique prend du temps avec parfois des délais importants. Pour améliorer le début de ces prises en charge tant sur le plan psychologique qu'organisationnel, nous mettons en place une consultation de

DIAGNOSTIC rapide en ONCOLOGIE.

Devant une *suspicion* de néoplasie (masse au scanner ou à la mammographie), contactez-nous, nous organiserons une consultation dans la semaine pour faire le bilan diagnostique et débiter la prise en charge thérapeutique dans des délais rapides, en lien avec nos autres confrères spécialistes du CHRU de Lille.

Par téléphone (via Hop'line) :

0800 59 33 62

Par mail (réponse en 48h) :

oncologie.chrulille@medical59.apicrypt.org

**L'équipe d'oncologie médicale
de l'hôpital Huriez**

Pr M. Hebbar

Pr N. Penel

Dr C. Desauw

Dr. A. Ploquin

Dr A. Turpin

**L'équipe d'oncologie thoracique
de l'hôpital Calmette**

Pr A. Scherpereel

Pr A. Cortot

Dr X. Dhalluin

Dr MC. Willemin

Dr F. Wallyn

Annexe 5 : CDR – fiche information MT retravaillée



Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille



Centre de Coordination en Cancérologie
du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille

La découverte d'une lésion suspecte de néoplasie est source d'angoisse pour le patient. L'organisation du bilan diagnostique prend du temps avec parfois des délais importants. Pour améliorer le début de ces prises en charge tant sur le plan psychologique qu'organisationnel, nous mettons en place une consultation de

DIAGNOSTIC rapide en ONCOLOGIE.

Devant une *suspicion de néoplasie* (masse au scanner ou à la mammographie), et *pour un patient majeur*, contactez-nous, nous organiserons une consultation dans la semaine pour faire le bilan diagnostique et débiter la prise en charge thérapeutique dans des délais rapides, en lien avec nos autres confrères spécialistes du CHRU de Lille.

Par téléphone (via Hop'line) :

0800 59 33 62

Par mail (réponse en 48h) :

(noter [A l'attention du Dr Ploquin](#) dans l'objet)

oncologie.chrulille@medical59.apicrypt.org

L'équipe d'oncologie médicale
de l'hôpital Huriez

Pr M. Hebbar
Pr N. Penel
Dr C. Desauw

Dr. A. Ploquin
Dr A. Turpin

L'équipe d'oncologie thoracique
de l'hôpital Calmette

Pr A. Scherpereel
Pr A. Cortot
Dr X. Dhalluin

Dr MC. Willemin
Dr F. Wallyn

AUTEUR : Nom : LEROI

Prénom : Rémi

Date de Soutenance : 16 octobre 2018

Titre de la Thèse : EVALUATION DE LA CONSULTATION DE DIAGNOSTIC RAPIDE EN ONCOLOGIE DU CHRU DE LILLE : Quelles perspectives d'amélioration ?

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Médecine. Oncologie

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : Cancer, délai, prise en charge

Résumé :

Contexte : La prise en charge de pathologies néoplasiques en ville est une chose ardue et chronophage. Afin à la fois de faciliter la tâche des médecins traitants et de raccourcir les délais de prise en charge des pathologies cancéreuses, le CHRU de Lille a mis au point, en novembre 2017, un service de consultation de diagnostic rapide en oncologie; son but étant de permettre à des patients suspects de néoplasie d'obtenir une consultation avec un oncologue en moins d'une semaine. L'objectif est d'évaluer l'efficacité et la satisfaction des différents intervenants du service de consultation de diagnostic rapide,

Méthode : Il s'agit d'une étude prospective qualitative et quantitative, menée durant 6 mois, basée à la fois sur les mesures des délais des différents jalons de la prise en charge des patients de la consultation rapide et sur des questionnaires évaluant la satisfaction des différents acteurs de la consultation rapide (médecin traitant, oncologue et patient)

Résultats : 27 appels exploitables ont été dénombrés entre le 18 novembre 2017 et le 31 juin 2018. La médiane du délai consultation – appel téléphonique du médecin traitant est de 5 [3;8] jours. La médiane du délai consultation – mise en place d'un traitement est de 16,5 [7;30] jours. Par ailleurs, le taux de satisfaction retrouvé respectivement chez les patients, les médecins traitants et les oncologues est de 81,25%, 94,7% et de 100%.

Discussion : La consultation de diagnostic rapide semble correspondre aux objectifs qu'elle s'est fixée. Une généralisation de l'information à l'ensemble des médecins traitants de l'agglomération lilloise peut être raisonnablement être envisagée.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Alexis CORTOT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Nicolas PENEL

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Madame le Docteur Anne PLOQUIN