



**HAL**  
open science

# Propositions d'amélioration de la coordination ville/hôpital chez les patients en cours de traitement d'un cancer dans les Vosges : élaboration de consensus par méthode Delphi

Luc Mirandelle

► **To cite this version:**

Luc Mirandelle. Propositions d'amélioration de la coordination ville/hôpital chez les patients en cours de traitement d'un cancer dans les Vosges : élaboration de consensus par méthode Delphi. Médecine humaine et pathologie. 2023. hal-04516805

**HAL Id: hal-04516805**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04516805v1>**

Submitted on 22 Mar 2024

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

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



**UNIVERSITÉ  
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES  
UNIVERSITAIRES**

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : [ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr)  
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine  
2022

Faculté de Médecine de Nancy

## **THÈSE**

Pour obtenir le grade de  
**DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

Par

**Luc MIRANDELLE**

Le 12 janvier 2023

**Propositions d'amélioration de la coordination ville/hôpital  
chez les patients en cours de traitement d'un cancer dans  
les Vosges : élaboration de consensus par méthode Delphi**

### **Membres du Jury :**

Monsieur le Professeur Di Patrizio Paolo

Président du Jury

Monsieur le Professeur Marchal Frédéric

Juge

Monsieur le Docteur Vauthier Jean-Charles

Co-Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Letertre Cédric

Directeur de Thèse



**Président de l'Université de Lorraine :**  
**Madame Hélène BOULANGER**

**Doyen de la Faculté de Médecine**  
**Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyenne**  
Pr Louise TYVAERT

**Asseseurs :**

- *Premier cycle* : Dr Nicolas GAMBIER, Dr Thomas SCHWITZER
- *Deuxième cycle* : Pr Antoine KIMMOUN
- *Troisième cycle hors MG* : Pr Marie-Reine LOSSER
- *Troisième cycle MG* : Pr Paolo DI PATRIZIO
- *Finances* : Prs Eliane ALBUISSON et Louise TYVAERT
- *Vie hospitalo-universitaire* : Pr Stéphane ZUILY
- *Relations avec la Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER
- *Relations Internationales* : Pr Jacques HUBERT
- *Valorisation* : Pr Pascal ESCHWEGE
- *Interface avec les métiers de la santé* : Pr Céline HUSELSTEIN
- *Docimologie* : Dr Jacques JONAS
- *ECOS* : Drs Eva FEIGERLOVA et Patrice GALLET
- *Service sanitaire* : Pr Nelly AGRINIER
- *Lecture critique d'articles* : Drs Jonathan EPSTEIN et Aurélie BANNAY
- *Interface HVL & Réseau Nasce* : Pr Pablo MAUREIRA, Drs Nicla SETTEMBRE et Fabienne LIGIER
- *Etudiant* : Mehdi BELKHITER

**Chargé de mission**  
PASS : Pr Mathias POUSSEL

=====

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Bruno HOEN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER - Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Bruno LEHEUP - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - François PLENAT - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

## **PROFESSEURS ÉMÉRITES**

Etienne ALIOT - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE – Gilbert FAURE - Bruno HOEN- Jean-Pierre KAHN – Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Bruno LEHEUP - Thierry MAY - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Jean-Luc SCHMUTZ - Paul VERT - Faiez ZANNAD

=====

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

### **42<sup>e</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

#### **1<sup>re</sup> sous-section : Anatomie**

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

#### **2<sup>e</sup> sous-section : Histologie, embryologie et cytogénétique**

Professeur Christo CHRISTOV

#### **3<sup>e</sup> sous-section : Anatomie et cytologie pathologiques**

Professeur Guillaume GAUCHOTTE – Professeur Hervé SARTELET

### **43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

#### **1<sup>re</sup> sous-section : Biophysique et médecine nucléaire**

Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER - Professeur Antoine VERGER

#### **2<sup>e</sup> sous-section : Radiologie et imagerie médicale**

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD – Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY – Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

### **44<sup>e</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

#### **1<sup>re</sup> sous-section : Biochimie et biologie moléculaire**

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur David MEYRE - Professeur Bernard NAMOUR – Professeur Jean-Luc OLIVIER - Professeur Abderrahim OUSSALAH

#### **2<sup>e</sup> sous-section : Physiologie**

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUUEL - Professeur Mathias POUSSEL

#### **3<sup>e</sup> sous-section : Biologie cellulaire**

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

#### **4<sup>e</sup> sous-section : Nutrition**

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

### **45<sup>e</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

#### **1<sup>re</sup> sous-section : Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière**

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

#### **2<sup>e</sup> sous-section : Parasitologie et Mycologie**

Professeure Marie MACHOUART

#### **3<sup>e</sup> sous-section : Maladies infectieuses ; maladies tropicales**

Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

### **46<sup>e</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

#### **1<sup>re</sup> sous-section : Épidémiologie, économie de la santé et prévention**

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

#### **4<sup>e</sup> sous-section : Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication**

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

### **47<sup>e</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

#### **1<sup>re</sup> sous-section : Hématologie ; transfusion**

Professeur Pierre FEUGIER – Professeur Thomas LECOMPTE

#### **2<sup>e</sup> sous-section : Cancérologie ; radiothérapie**

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT

#### **3<sup>e</sup> sous-section : Immunologie**

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

#### **4<sup>e</sup> sous-section : Génétique**

Professeur Philippe JONVEAUX

**48<sup>e</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>re</sup> sous-section : Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire**

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER  
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

**2<sup>e</sup> sous-section : Médecine intensive-réanimation**

Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY - Professeur Antoine KIMMOUN

**3<sup>e</sup> sous-section : Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie**

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

**4<sup>e</sup> sous-section : Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie**

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

**5<sup>e</sup> sous-section : Médecine d'urgence**

Professeur Tahar CHOUIHED

**49<sup>e</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

**1<sup>re</sup> sous-section : Neurologie**

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD –  
Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

**2<sup>e</sup> sous-section : Neurochirurgie**

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

**3<sup>e</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie**

Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

**4<sup>e</sup> sous-section : Pédo-psychiatrie ; addictologie**

Professeur Bernard KABUTH

**5<sup>e</sup> sous-section : Médecine physique et de réadaptation**

Professeur Jean PAYSANT

**50<sup>e</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>re</sup> sous-section : Rhumatologie**

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

**2<sup>e</sup> sous-section : Chirurgie orthopédique et traumatologique**

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

**3<sup>e</sup> sous-section : Dermato-vénéréologie**

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN

**4<sup>e</sup> sous-section : Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie**

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

**51<sup>e</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**1<sup>re</sup> sous-section : Pneumologie ; addictologie**

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

**2<sup>e</sup> sous-section : Cardiologie**

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Olivier HUTTIN  
- Professeur Batric POPOVIC - Professeur Nicolas SADOUL

**3<sup>e</sup> sous-section : Chirurgie thoracique et cardiovasculaire**

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

**4<sup>e</sup> sous-section : Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire**

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

**52<sup>e</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1<sup>re</sup> sous-section : Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie**

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

**2<sup>e</sup> sous-section : Chirurgie viscérale et digestive**

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

**3<sup>e</sup> sous-section : Néphrologie**

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

**4<sup>e</sup> sous-section : Urologie**

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

**53<sup>e</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE**

**1<sup>re</sup> sous-section : Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie**

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY  
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

**3<sup>e</sup> sous-section : Médecine générale**

Professeur Jean-Marc BOIVIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

**54<sup>e</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>er</sup> sous-section : Pédiatrie**

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Cyril SCHWEITZER

**2<sup>e</sup> sous-section : Chirurgie infantile**

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

**3<sup>e</sup> sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale**

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

**4<sup>e</sup> sous-section : Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale**

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

**55<sup>e</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>er</sup> sous-section : Oto-rhino-laryngologie**

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER - Professeure Cécile RUMEAU

**2<sup>e</sup> sous-section : Ophtalmologie**

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Jean-Baptiste CONART

**3<sup>e</sup> sous-section : Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie**

Professeure Muriel BRIX

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**61<sup>e</sup> Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Professeur Walter BLONDEL

**64<sup>e</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

**65<sup>e</sup> Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Professeure Céline HUSELSTEIN

**66<sup>e</sup> Section : PHYSIOLOGIE**

Professeur Nguyen TRAN

=====

**PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

**53<sup>e</sup> Section, 3<sup>e</sup> sous-section : Médecine générale**

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**42<sup>e</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>er</sup> sous-section : Anatomie**

Docteur Bruno GRIGNON

**44<sup>e</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>er</sup> sous-section : Biochimie et biologie moléculaire**

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN

**2<sup>e</sup> sous-section : Physiologie**

Docteure Iulia-Cristina IOAN (stagiaire) - Docteur Jacques JONAS

**45<sup>e</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>er</sup> sous-section : Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière**

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

**2<sup>e</sup> sous-section : Parasitologie et mycologie**

Docteure Anne DEBOURGOGNE

**46<sup>e</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>er</sup> sous-section : Epidémiologie, économie de la santé et prévention**

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Arnaud FLORENTIN –

Docteur Jonathan EPSTEIN – Docteur Abdou OMOROU (stagiaire)

**2<sup>e</sup> sous-section Médecine et Santé au Travail**

Docteure Isabelle THAON

**47<sup>e</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>re</sup> sous-section : *Hématologie ; transfusion***

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI

**2<sup>e</sup> sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie***

Docteure Lina BOLOTINE

**3<sup>e</sup> sous-section : *Immunologie***

Docteure Alice AARNINK

**4<sup>e</sup> sous-section : *Génétique***

Docteure Céline BONNET - Docteure Mathilde RENAUD

**48<sup>e</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>e</sup> sous-section : *Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire***

Docteur Philippe GUERCI

**3<sup>e</sup> sous-section : *Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie***

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

**49<sup>e</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

**2<sup>e</sup> sous-section : *Neurochirurgie***

Docteur Fabien RECH

**3<sup>e</sup> sous-section : *Psychiatrie d'adultes ; addictologie***

Docteur Thomas SCHWITZER

**4<sup>e</sup> sous-section : *Pédopsychiatrie ; addictologie***

Docteur Fabienne ROUYER-LIGIER

**50<sup>e</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**

**4<sup>e</sup> sous-section : *Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie***

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

**51<sup>e</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**

**3<sup>e</sup> sous-section : *Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire***

Docteur Fabrice VANHUYSE

**4<sup>e</sup> sous-section : *Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire***

Docteure Nicla SETTEMBRE

**52<sup>e</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**

**1<sup>re</sup> sous-section : *Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie***

Docteur Anthony LOPEZ

**54<sup>e</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>e</sup> sous-section : *Pédiatrie***

Docteure Cécile POCHON – Docteur Amandine DIVARET-CHAUVEAU (stagiaire)

**3<sup>e</sup> sous-section : *Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale***

Docteur Charline BERTHOLD (stagiaire)

**4<sup>e</sup> sous-section : *Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale***

Docteure Eva FEIGERLOVA

**5<sup>e</sup> sous-section : *Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale***

Docteur Mikaël AGOPIANTZ

**55<sup>e</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>re</sup> sous-section : *Oto-Rhino-Laryngologie***

Docteur Patrice GALLET



=====

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES

### 5<sup>e</sup> Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

### 7<sup>e</sup> Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONÉTIQUE GÉNÉRALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

### 19<sup>e</sup> Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

### 63<sup>e</sup> Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES

Madame Pauline SOULET LEFEBVRE

### 64<sup>e</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

### 65<sup>e</sup> Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET – Madame Rümeyza BASCETIN (stagiaire) - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ -  
Monsieur Christophe NEMOS – Monsieur Simon TOUPANCE (stagiaire)

### 69<sup>e</sup> Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

### 53<sup>e</sup> Section, 3<sup>e</sup> sous-section : (*Médecine générale*)

Docteur Cédric BERBE – Docteur Antoine CANTON - Docteur Jean-Charles VAUTHIER

=====

## DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)  
*Brown University, Providence (U.S.A)*  
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)  
*Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)*  
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)  
*Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)*  
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)  
*Research Institute for Mathematical Sciences  
de Kyoto (JAPON)*

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)  
*Université d'Helsinki (FINLANDE)*  
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)  
*Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*  
Professeur Daniel G. BICHET (2001)  
*Université de Montréal (Canada)*  
Professeur Marc LEVENSTON (2005)  
*Institute of Technology, Atlanta (USA)*

Professeur Brian BURCHELL (2007)  
*Université de Dundee (Royaume-  
Uni)*  
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)  
*Université de Wuhan (CHINE)*  
Professeur David ALPERS (2011)  
*Université de Washington (U.S.A)*  
Professeur Martin EXNER (2012)  
*Université de Bonn (ALLEMAGNE)*

## REMERCIEMENTS

---

### A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY

**Monsieur le Professeur Paolo Di Patrizio**

Professeur des Universités de Médecine Générale

Directeur du Département de Médecine Générale et Coordonnateur local et régional

Grand Est du DES de Médecine Générale

*Nous vous sommes profondément reconnaissants de nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse.*

*Nous vous remercions chaleureusement pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail.*

*Veillez trouver, en ces quelques mots, l'expression sincère de notre entière gratitude*

## **A NOTRE MAÎTRE ET JUGE**

### **Monsieur le Professeur Frédéric Marchal**

Professeur des Universités en Chirurgie oncologique – Praticien Hospitalier

Directeur des enseignements à l'ICL

*Nous tenons à vous témoigner toute notre gratitude pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail.*

*Nous sommes extrêmement touchés que vous ayez accepté de faire partie de notre jury.*

*Avec tous nos remerciements.*

## **A NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR DE THÈSE**

**Monsieur le Docteur Jean-Charles Vauthier**

Maître de Conférences Associé en Médecine Générale

Médecin généraliste

*Je te remercie beaucoup du temps consacré à l'amélioration de mon travail, et de tes précieux conseils avisés.*

*Tu as toujours trouvé le temps de m'aiguiller malgré tes si nombreuses sollicitations.  
Merci infiniment*

## **A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE**

**Monsieur le Docteur Cédric Letertre**

Médecin généraliste

*Nous nous sommes rencontrés lors de mon internat, et j'ai pu bénéficier de la qualité de tes enseignements et j'applique tes conseils au quotidien.*

*Je souhaite t'exprimer un immense merci pour m'avoir inspiré ce sujet de thèse, et d'avoir accepté d'en être le directeur.*

*Sans toi, ce travail n'aurait jamais vu le jour.*

## **A mes parents, Michel et Marie**

*Pour votre amour et votre soutien sans faille dans toutes les étapes de ma vie. Ce travail, c'est avant tout à vous que je le dois, pour m'avoir donné tout le nécessaire pour permettre d'aller au bout de ces si longues études, et réaliser mon rêve professionnel. C'est une grande fierté d'être votre fils.*

## **A ma tante Mireille et mon oncle Michel**

*Pour votre si grande gentillesse envers moi et les si bons moments partagés autour d'un bon repas à la maison. Profitons encore le plus possible de ces moments précieux.*

## **A Mathieu**

*Mon Big Bro, le frère que je n'ai jamais eu. Les belles batailles du dimanche soir sur le cours et les bonnes bouffes me manquent. Hâte de repartager tous ces beaux moments avec toi.*

## **A Brian**

*Mon cher ami de longue date. Toi qui m'a connu si petit, tu m'as permis de vaincre ma timidité, et me faire sortir de ma grotte. Merci pour tous ces beaux voyages, toutes ces belles découvertes et rencontres.*

A toute ma deuxième famille, **Muriel, Louan, Laudren, Noelenn, Agnieszka, Manon, Flora et Eric, qui m'ont adopté.**

*Les Noël épiques à vos côtés font clairement parti des plus beaux maux de ventre de ma vie. Plein de bons moments et de fou rires à venir encore.*

## **A Claude**

*Je n'ai pas pu terminer cette thèse de ton vivant, mais j'espère que tu es fier de moi de là où tu m' observes.*

## **A mamie Lisette**

*Qui m'a toujours protégé, et qui continue à veiller sur moi de l'autre côté.*

## **A Florian**

*Au moment où je rédige ces lignes, cela fait exactement dix ans que je t'ai rencontré. Dix ans de grand n'importe quoi. On a traversé de sacrés moments mémorables, dont beaucoup ne peuvent être racontés, mais qui restent gravés à jamais. Je n'imagine pas ce qu'il y a à venir encore.*

## **A Victorine**

*Mon amie la plus chère. Tu es une partie de moi, j'ai grandi à tes côtés depuis tout jeune au club de tennis. Nous avons poursuivi ensemble ces difficiles études. Tu es une urgentiste d'exception à qui je confirai ma vie. Je serai toujours prêt de toi.*

## **A Alexandre**

*Quelle magie de finir nos études quasiment au même moment. Les sessions de guitare, les parties d'échec, les dégustations... J'espère continuer ces moments là pour l'éternité.*

### **A Jean-Christophe**

*Ma belle rencontre de Neufchateau. Merci d'avoir été là pour mon premier semestre d'internat. Quel beau partenaire de road trip tu fais. L'Islande va longtemps se souvenir de nous!*

### **A Antoine et Hugo**

*Mes colocs de Remiremont, mes partenaires de Baby-foot. Même éparpillés aux 4 coins de la France, nous sommes toujours en symbiose. Les médecins du ski c'est nous!*

### **A Pierre V**

*Merci pour tout ce bel externat à tes côtés. Twingo, enclume, Halo... les souvenirs sont bien trop nombreux.*

### **A Nico**

*J'espère que tu te souviens du jour où on a débarqué à 15 chez toi. C'est le début d'une belle collaboration toi et moi. Soleil levant, Tomorrowland, Amsterdam et j'en passe.*

### **A Pierre et Hugo**

*Impossible de vous séparer. Vous êtes ancrés dans les livres d'Histoire avec ces moments au 61. Merci pour tout le rêve vendu! Vivement le prochain Troyes-Clermont avec une pizza le dimanche.*



**A la famille Gautrin, Philippe, Laurence, Aurélien, Rémi, Mélodie, Jean Marie et tout le monde**

*Une famille incroyablement soudée. De merveilleux moments auprès de vous.*

A tous mes amis connus à Nancy, **Kevin, Tonose, Schuh, Victor, Caro, Yohann, Jenny, Toto, Lulu, Yann, Fanny, Cédric, Davide, Romain, Amandine, Thibaut, Lison, VincentM, Elise, Coco, Pedro, Terry, Popol, Luc, Jules, Bob, Florent, VincentL, Franck, Benoit, Kat, Julie, Sophie.....**

*Je vous regroupe tous ici sinon j'en ai pour vingt pages de remerciements. Merci de tous ces beaux moments de décompression tout au long de mes études.*

Aux Vosgiens, **Kevin, Seb, Nuce, Risson, Tim, Clint, Johann, Moran et les autres....**

*Vous êtes complètement fous. Merci de m'avoir adoubé.*

A mes collègues du 4D, **Van-Tan, Mélanie, Lauriane et Mr Goutorbe.**

*C'est un plaisir et un honneur de travailler avec vous, même dans les moments les plus sombres. La solidarité est une vertu rare de nos jours. Je n'ai pas hésité quand l'opportunité de vous rejoindre s'est présentée. Merci pour tout*

*Merci Lauriane, ma fidèle co-interne dès 2018, et ces beaux moments partagés dans les Vosges comme à Villejuif.*

A toute l'équipe du 4D, **Cynthia, Marylia, Laurie, Cindy, Aurore, Vava, Tiff et toutes celles que je n'ai pas citées.**

*Vous donnez le maximum tous les jours dans ce service extrêmement difficile. Merci pour les patients.*

A l'équipe de nuit, **Jessica, Betty, Vero, Sandrine, Laura, Sylvie...**

*Merci de m'avoir aidé à tenir bon pendant ces gardes de 24 heures, avec de petits gâteaux et des bonnes tisanes mélangés à de nombreux fous rires.*

Aux belles rencontres lors de mon passage à Épinal, **Raoul, EmilieG, Coco, EmilieS, Anne-Claire, Tiff, Myriam, Valérie, Elisa et tout le monde.....**

Et à tous les gens que j'ai pu rencontrer au cours de mon parcours personnel et professionnel.

## SERMENT

---

**A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

# TABLE DES MATIÈRES

---

<b>1. INTRODUCTION</b> .....	19
<b>2. MATÉRIEL ET MÉTHODES</b> .....	22
2.1. Objectif de l'étude.....	22
2.2. Choix de la méthode.....	22
2.3. Création des questionnaires et déroulement .....	22
2.4. Recrutement du panel d'experts .....	23
2.5. Envoi des questionnaires .....	24
<b>3. ANALYSE DES RÉSULTATS</b> .....	25
3.1. Questionnaire .....	25
3.2. Données générales .....	27
3.3. Analyse des difficultés rencontrées.....	28
3.4. Résultats du premier tour.....	29
3.5. Résultats du deuxième tour .....	35
<b>4. DISCUSSION</b> .....	40
4.1. Forces et faiblesse de l'étude .....	40
4.2. Discussion autour des résultats .....	42
<b>5. CONCLUSION</b> .....	45
<b>6. BIBLIOGRAPHIE</b> .....	46
<b>7. ANNEXES</b> .....	52
Annexe 1 : Synthèse de l'analyse des difficultés rencontrées .....	52
Annexe 2 : Synthèse du 1er tour de DELPHI : 12 réponses .....	55
Annexe 3 : Synthèse du 2ème tour de DELPHI : 11 réponses (1 perdu de vue) ...	63
Annexe 4 : Synthèse du 3ème et dernier tour de DELPHI : 11 réponses.....	66

## 1. INTRODUCTION

---

Le virage ambulatoire constitue un axe prioritaire du projet Grand Est, et plus globalement de la Stratégie Nationale de Santé, avec pour objectif des hospitalisations de moins en moins fréquentes, et une diminution des durées moyennes de séjour. (1,2)

L'évolution des techniques médicales et la demande grandissante d'autonomie des patients conduit les établissements à mieux s'organiser, afin de permettre un retour à domicile du patient le plus précoce possible, quelle que soit la discipline dont le patient relève, parmi lesquelles figure, en bonne place, la cancérologie.

La prise en charge des pathologies cancéreuses, initialement traitées à l'hôpital, de façon spécialisée, ne s'arrête pas à la sortie de l'institution. Elle impose désormais un suivi régulier à distance et une organisation davantage personnalisée.

Rappelons qu'elles sont la première cause de mortalité en France en 2020, devant les maladies cardiovasculaires et la Covid-19..(3)

Depuis 2003, trois Plans Cancer nationaux se sont succédé pour améliorer l'approche de la lutte contre le Cancer. (4)

Le dernier s'est achevé récemment en 2019. Il insistait notamment sur la place du médecin généraliste dans la prise en charge après le traitement initial du cancer et sur l'importance de la coordination ville-hôpital.

Dorénavant, une stratégie décennale de lutte contre le cancer est engagée dans un esprit encore plus ambitieux (2021-2030). (5)

Le médecin traitant demeure un acteur majeur dans le système de soins. C'est à la fois l'interlocuteur privilégié de premier recours du patient, la porte d'entrée vers les soins secondaires et tertiaires, et le point de retour à l'issue d'un séjour hospitalier.

Sa connaissance globale du patient, ses capacités de coordination des soins permettent une approche centrée sur la personne et il établit une relation de confiance qui s'installe s'inscrit dans la durée. (6)

Les deux mondes ambulatoire et hospitalier coexistent parallèlement.

En revanche, le médecin traitant peut se sentir en difficulté, notamment par le manque de relations régulières avec l'hôpital.

Les informations sont souvent insuffisantes quand un patient pris en charge pour un cancer sort de l'hôpital et se présente au cabinet.

Les prises en charge en cancérologie nécessitent des structures spécialisées, qui en retour communiquent souvent de manière insatisfaisante avec les médecins traitants et s'approprient parfois la mission de coordination des soins, court-circuitant le médecin traitant. (7)

Ce dernier se retrouve à gérer la situation par le biais de son propre carnet de contacts et son propre vécu. La prise en charge des événements intercurrents peut alors s'avérer complexe.

La répartition des rôles entre médecin traitant et médecin hospitalier pour le suivi après cancer ne semble pas assez claire.

A ce jour, le médecin traitant, pierre angulaire d'une coordination de soins de qualité, n'a donc pas les moyens de jouer pleinement son rôle. (8)

De plus, devant l'allongement de l'espérance de vie, la charge de travail et les exigences du système de santé, l'efficacité des soins dispensés par le médecin traitant peut être entravée par des facteurs organisationnels ou professionnels, telles que des difficultés à accéder ou partager des informations concernant l'orientation du patient, un problème de gestion du temps, ou encore une utilisation imparfaite des mécanismes de partage de l'information. (9)

En 2013, Le Pr Vernant suggérait alors des pistes d'amélioration de la collaboration ville-hôpital (10): renforcer la formation initiale des médecins généralistes, organiser des consultations systématiques de prévention et dépistage chez le médecin traitant, renforcer l'information et la communication des données entre l'hôpital et la ville...

Quatre ans plus tard, en 2017, un rapport de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), montrait que le médecin traitant était toujours insuffisamment formé en cancérologie, mal informé par le spécialiste.

Son rôle souffrait des carences de la communication ville-hôpital.

Ce rapport s'achevait sur les conséquences néfastes des difficultés d'échanges avec l'hôpital sur la qualité des prises en charge dans le suivi des patients atteints de cancer. (11)

Il serait donc intéressant de définir les rôles respectifs des médecins hospitaliers et des médecins généralistes dans le suivi à court et moyen terme des patients souffrant de cancer, et d'établir une communication sans intermédiaire, dans les temps et de façon réciproque.

Des organisations de protocole de surveillance et de suivi (PPS), incluant le médecin généraliste, existent déjà mais pourraient être utilisés de façon plus pertinente.  
(12,13)

## **2. MATÉRIEL ET MÉTHODES**

---

### **2.1. Objectif de l'étude**

Recueillir, auprès des médecins libéraux et hospitaliers impliqués dans le domaine de la cancérologie, les propositions d'amélioration de la coordination ville/hôpital chez les patients en cours de traitement d'un cancer (chimiothérapie dont immunothérapie, et radiothérapie)

### **2.2. Choix de la méthode**

La méthode Delphi est utilisée pour répondre de façon pertinente à cette problématique.

C'est une méthode d'élaboration de consensus en plusieurs tours. (14)

Elle permet d'obtenir un avis final unique et convergent d'un groupe d'experts.

Le principe est d'interroger les différents experts sur la base d'un questionnaire structuré, sans qu'il y ait de communication directe entre eux.

Le 1er questionnaire est établi à partir des données de la littérature.

Les 2ème et 3ème questionnaires sont élaborés à partir des résultats du questionnaire précédent.

Les principaux avantages de cette méthode sont :

- l'anonymat, qui permet d'éviter l'influence d'un leader d'opinion.
- l'interrogation à distance, qui laisse à chaque expert le temps de la réflexion et supprime les contraintes géographiques.
- un suivi contrôlé : à l'issue de chaque tour, chaque expert est informé des réponses du groupe sous forme quantitative (statistiques descriptives) et qualitative (commentaires synthétisés). (15)

### **2.3. Création des questionnaires et déroulement**

Le questionnaire se déroule en 3 étapes successives

Il est d'abord demandé aux experts leurs caractéristiques socio-démographiques.



S'ensuit une analyse des difficultés rencontrées dans la coordination ville/hôpital. Enfin, la 3ème partie établit une liste de propositions pouvant être pertinentes dans l'amélioration de la coordination ville/hôpital.

Il est demandé aux experts de juger de la pertinence des différentes propositions à l'aide d'une échelle variant de 1 à 9 (1 étant le niveau d'accord le plus faible avec la proposition et 9 le niveau d'accord le plus fort).

Ils peuvent également déposer un commentaire après chaque proposition pour justifier leur choix ou proposer de nouveaux éléments.

Les propositions avec un score médian supérieur ou égal à 7 obtiennent un **accord**. En cas de score médian inférieur ou égal à 3, un **rejet** de la proposition est établi. Un score médian entre 3 et 7 est **équivoque**. La question peut être réévaluée dans le tour suivant, et reformulée à l'aide des commentaires libres de chacun.

Il y a **désaccord** pour une proposition si la distribution comporte simultanément au moins 30% des scores compris entre 1 et 3 ainsi que 7 et 9. Elles sont également redéfinies. (16)

Les propositions reformulées permettent la réalisation d'un nouveau questionnaire pour le tour Delphi suivant. L'opération est répétée une troisième fois jusqu'à obtention d'un consensus.

Les questionnaires ont été élaborés avec l'aide du logiciel *Google Form*®.

Pour chaque tour, les scores et commentaires individuels de chaque expert sont synthétisés à l'aide du logiciel *EXCEL*®. Pour chaque item, il est déterminé les scores médians, les pourcentages des scores extrêmes (compris entre 1 et 3 et entre 7 et 9), le nombre et une synthèse des commentaires.

#### **2.4. Recrutement du panel d'experts**

Est défini comme expert toute personne qui a acquis une grande habileté par la pratique, l'expérience.

Les médecins libéraux et hospitaliers impliqués dans le domaine de la cancérologie sont donc privilégiés pour le recrutement.

Celui-ci s'est effectué en réseau.

Le territoire étudié est celui des Vosges de l'est, comprenant les zones géographiques entourant les CH d'Épinal et de Remiremont.

Les experts recrutés sont donc d'une part les médecins des deux centres hospitaliers s'occupant du domaine étudié, d'autre part les médecins libéraux exerçant dans ce territoire, ainsi que les médecins spécialistes du centre de référence du territoire régional : l'Institut de Cancérologie de Lorraine (ICL).

Pour respecter les principes de la méthode Delphi, entre 10 et 15 experts sont sollicités en tenant compte du risque de perdus de vue au cours des différents tours. Afin d'optimiser l'observance, les experts étaient au préalable contactés de façon individuelle pour leur expliquer l'objectif de l'étude, ses modalités et enfin obtenir leur accord de participation à cette étude. (17)

Le contact avec les experts est établi par messagerie électronique. Une pièce jointe avec les explications résumant les principes de la méthode Delphi est également adressée. **(Annexe 5)**.

## **2.5. Envoi des questionnaires**

Les questionnaires sont envoyés aux experts par messagerie électronique de façon individuelle. En l'absence de réponse, un rappel est envoyé au bout d'une semaine. Chaque tour était clôturé au bout de 21 jours maximum. Les experts n'ayant pas retourné leur questionnaire sont exclus de l'étude.

### 3. ANALYSE DES RÉSULTATS

---

#### 3.1. Questionnaire

L'élaboration du questionnaire initial s'est déroulée entre le mois de décembre 2021 et le mois de février 2022.

Tout d'abord, il interroge les différents experts sur leurs caractéristiques socio-démographiques, avant de s'intéresser aux difficultés rencontrées en rapport avec la coordination ville/hôpital.

Ceci est intéressant pour permettre de connaître le ressenti des experts sollicités par rapport aux données retrouvées dans la littérature à ce sujet

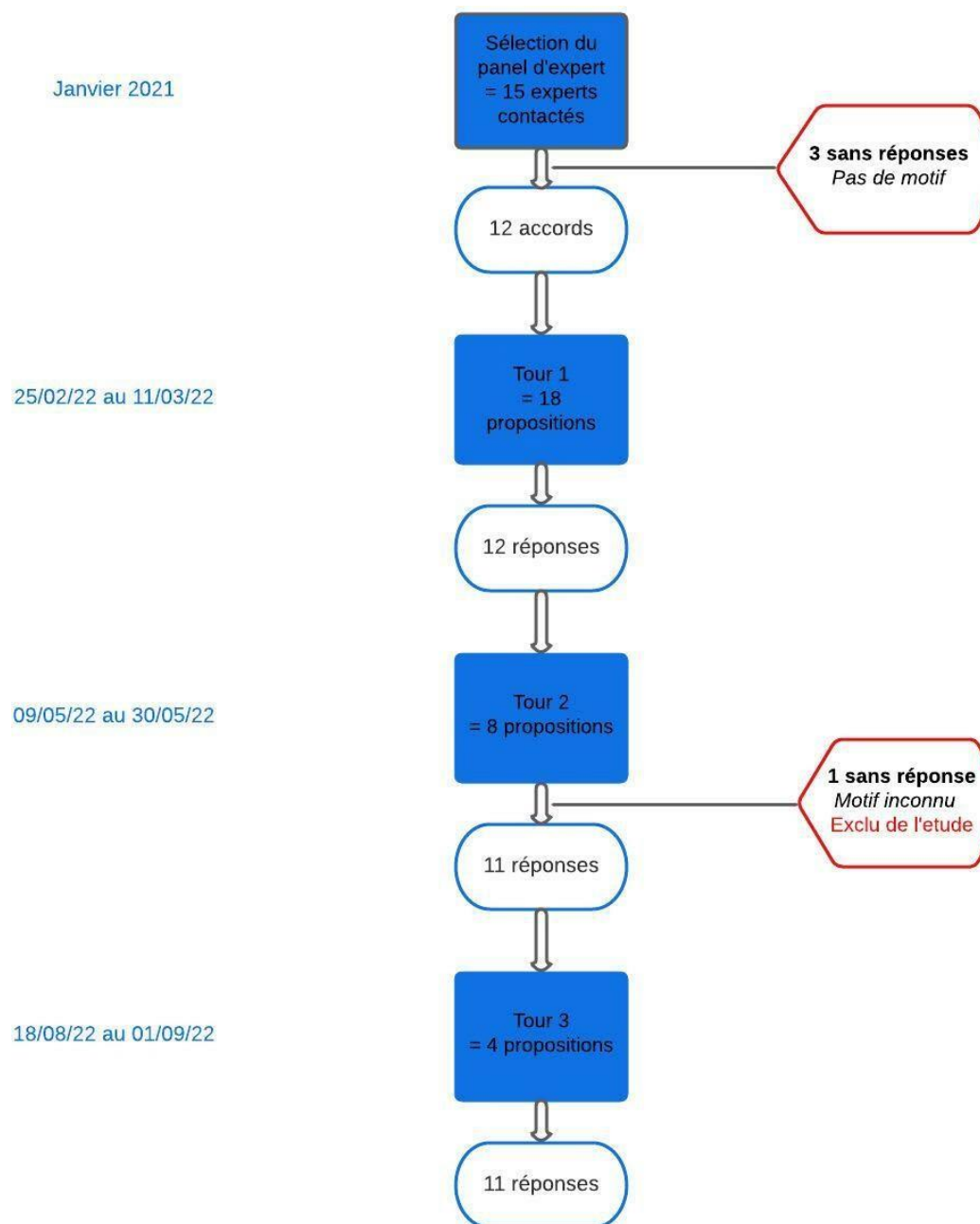
Enfin, une première liste de 18 critères d'amélioration de cette coordination est proposée aux intéressés, établie aux moyens de différents brainstorming et de la littérature.

Ces différents critères ont été utiles pour le premier tour du Delphi qui est ouvert et exploratoire et qui sert de fil conducteur à l'étude. Ils sont enrichis au fur et à mesure des tours par les commentaires générés par les experts.

Le 1er questionnaire est envoyé du 25/02/2022 jusqu'au 11/03/2022. Le 2ème questionnaire ; du 09/05/2022 jusqu'au 30/05/2022.

Enfin, le 3ème questionnaire, du 18/08/2022 au 01/09/2022.

## Flowchart des rondes Delphi



### 3.2. Données générales

Les caractéristiques socio-démographiques des experts ayant participé au premier tour sont résumées dans le **Tableau I**.

**Tableau I : Caractéristiques des médecins formant le panel d'experts (N=12)**

<b>Caractéristiques des experts</b>	<b>n(%)</b>
<b>Sexe</b>	
Hommes	6
Femmes	6
<b>Âge</b>	
Moyenne	43.25
Min-max	32-64
<b>Nombre d'années d'exercice</b>	
Moyenne	18.3
Min-max	2.5-38
<b>Type d'exercice</b>	
Médecine générale libérale	4 (33.3)
Médecine générale hospitalière	5 (41.7)
Oncologie	3 (25)
<b>Formation oncologique</b>	
Oui	9 (75)
Non	3 (25)
<b>Membre d'un réseau d'oncologie</b>	
Oui	5 (41.7)
Non	7 (58.3)
<b>Cohorte suivi cancérologie par semaine</b>	
<5	2 (16.7)
5 à 10	4 (33.3)
>10	6 (50)

La population d'experts se compose à part égale d'hommes et de femmes, avec une moyenne d'âge de 43.25 ans, et une moyenne d'expérience professionnelle de 18.3 ans. On peut noter une bonne répartition des experts entre les trois types d'exercice ( médecine générale libérale, hospitalière, et oncologie médicale), et la plupart ont acquis une formation oncologique spécifique, même s'ils n'appartiennent pas forcément à un réseau de cancérologie. On remarque également que le nombre de consultations par semaine de patients, constituant la cohorte « suivi cancérologie », est significatif pour la plupart des experts.

### 3.3. Analyse des difficultés rencontrées

Une partie du questionnaire s'intéresse au ressenti personnel des médecins concernant cette relation ville/hôpital. (18–22)

Les résultats sont présentés dans le **Tableau II**. Les réponses détaillées des experts sur cette partie sont disponibles **en Annexe I**.

**Tableau II : Analyse des difficultés rencontrées**

Propositions	Oui (%)	Non (%)
La communication ville-hôpital en général mérite-t-elle d'être renforcée ?	91,7	8,3
Éprouvez-vous des difficultés à communiquer entre l'oncologue/le médecin traitant quand le besoin se fait sentir ?	41,7	58,3
Estimez-vous que le patient ne se réfère pas suffisamment à son médecin traitant au cours du suivi de sa pathologie cancéreuse ?	66,7	33,3
Éprouvez-vous des difficultés à dépister les effets secondaires des différents traitements (chimiothérapies, immunothérapies, radiothérapies)?	41,7	58,3
Éprouvez-vous des difficultés à prendre en charge les effets indésirables et les séquelles d'un cancer en cours de traitement?	25	75

Les experts sont quasiment tous unanimes pour dire que la communication ville-hôpital en général mérite d'être renforcée.

Ils souhaitent un meilleur partage de connaissances, une meilleure coordination des prises en charge, et une amélioration du suivi du cancer par le généraliste (travail plus satisfaisant pour les médecins traitants et rôle de premier relais).

La majorité des experts interrogés n'éprouvent pas vraiment de difficulté à communiquer entre oncologue et médecin traitant quand cela s'avère nécessaire. La joignabilité par téléphone via le secrétariat est assez satisfaisante en général.

En revanche, les experts estiment que le patient ne se réfère pas suffisamment à son médecin traitant au cours du suivi de sa pathologie cancéreuse.

On note que les patients appellent parfois le centre de cancérologie pour de la pathologie bénigne, alors qu'une consultation auprès du médecin généraliste permettrait de régler le problème.

La principale remarque émergente des commentaires est la fréquente demande de renouvellement des traitements ordinaires par les patients lors de leur passage à l'hôpital.

Néanmoins, les patients suivis en chimiothérapie se déplacent souvent à l'hôpital, et de ce fait, prennent moins le temps d'aller voir leur médecin généraliste.

Ces derniers éprouvent certaines difficultés à gérer les effets secondaires des différents traitements, notamment par la méconnaissance des thérapeutiques qui sont nombreuses et en constante évolution.

Mais en cas de nécessité d'hospitalisation pour prendre en charge les effets secondaires graves, les experts estiment que le médecin hospitalier prend facilement la main malgré le problème constant de disponibilité de lits.

### **3.4. Résultats du premier tour**

Le premier questionnaire, comprenant 18 propositions d'amélioration, a été envoyé par messagerie électronique le 25/02/2022 et les réponses ont été recueillies jusqu'au 11/03/2022.

14 invitations ont été envoyées pour ce 1er tour, suivies d'un rappel, permettant de recueillir au total 12 réponses. Les résultats complets du 1er tour sont en **Annexe II**. Le premier tour a permis de trouver un consensus favorable pour 9 propositions. Les résultats sont présentés avec leur note médiane et leur répartition dans le **tableau III, le tableau IV et le tableau V**.

**Tableau III : Résultats 1er tour des propositions recueillant un accord**

<b>Critères Médiane</b>	<b>% 1-3</b>		<b>% 4-6</b>	<b>% 7-9</b>	<b>Résultat</b>
Élaborer des fiches destinées au médecin traitant	8.3		8.3	83.4	<b>Accord</b>
Élaborer des critères prédéfinis de surveillance pour	8.3		25	66.7	<b>Accord</b>
Intérêt d'une messagerie électronique sécurisée pour	0		25	75	<b>Accord</b>
Participation régulière à des formations médicales	0		27.3	72.8	<b>Accord</b>
Créer une plate-forme de coordination web pour prendre en charge et assurer le suivi des soins des patients en cours de chimiothérapie, comme le projet CAPRI de l'université Gustave Roussy	0		33.3	66.7	<b>Accord</b>
Joindre l'oncologue pour planifier une entrée directe et éviter ainsi un passage aux urgences	9	0	9.1	90.9	<b>Accord</b>
Mise en place d'une astreinte téléphonique (8h30 18h30) par les infirmières référentes (infirmière spécialisée en cancérologie, qui suit le patient tout au long de son parcours, et qui est un relais avec les acteurs de santé de la ville)	7.5	8.3	8.3	83.3	<b>Accord</b>
Le Service Interdisciplinaire de Soins de Support pour les Patients en Oncologie (SISSPO) joue un rôle important dans la prise en charge des patients à l'ICL. Intérêt de créer une structure équivalente dans les Vosges en accord avec les médecins généralistes.	7.5	0	33.3	66.7	<b>Accord</b>
L'expérimentation nationale Onco'Link qui a débuté le 1er octobre 2021, qui s'intéresse au suivi à domicile des patients sous anticancéreux oraux (participation de l'ICL notamment), peut permettre une meilleure intégration du médecin traitant dans le suivi	7	25	16.7	58.3	<b>Accord</b>

- Élaborer des fiches destinées au médecin traitant présentant les effets indésirables les plus fréquents décrits selon les grades, et leur prise en charge.

Certains experts élaborent ou utilisent déjà certaines de ses fiches, notamment ceux en lien avec l'ICL, et en ont un ressenti très positif.



Tandis que ceux qui ne disposent pas de fiches souhaiteraient leur utilisation prochaine.

En revanche, un expert juge cette proposition inutile, estimant pour sa part que les fiches n'étaient pas lues.

- Élaborer des critères prédéfinis de surveillance pour solliciter le spécialiste hospitalier.

L'idée est jugée globalement bonne. Certains experts ont déjà été témoins de l'existence de certaines de ces fiches, qui étaient remises au patient mais pas au médecin traitant, à leur grand désarroi.

Un seul avis négatif sans commentaire est rapporté.

- Intérêt d'une messagerie électronique sécurisée pour les échanges directs entre référents. (23)

Les avis restent positifs, mais les commentaires sont plus partagés.

En effet, si certains pensent qu'une messagerie "instantanée" entre médecins de ville et hospitaliers pourrait être un très bon outil pour faciliter la communication, d'autres préfèrent l'instantanéité et la dynamique d'une conversation téléphonique.

De même, selon le patient, cette idée peut paraître soit chronophage, soit un gain de temps.

Chaque expert reste tout de même ouvert à cette proposition, comme le montre l'absence d'avis négatif.

- Participation régulière à des formations médicales continues sur un thème relevant de l'oncologie.

L'oncologie étant une spécialité en perpétuelle évolution, il semble important pour les experts que des formations régulières aient lieu. Malheureusement, on remarque que le sujet est assez peu présenté en pratique.

- Créer une plate-forme de coordination web pour prendre en charge et assurer le suivi des soins des patients en cours de chimiothérapie, comme le projet CAPRI de l'université Gustave Roussy. (24)

C'est une idée qui séduit, et qui apparaît certainement comme un projet d'avenir à

moyen terme. En revanche, bien que cela soit très attractif sur le plan médical, les moyens financiers et humains régionaux ne sont pas aussi pléthoriques que ceux de l'Institut Gustave Roussy.

- Joindre l'oncologue pour planifier une entrée directe et éviter ainsi un passage aux urgences

Cette proposition recueille la médiane la plus élevée. Les experts utilisent au maximum cette voie quand cela est possible, afin de décharger les urgences. Parfois le passage par le SAU est obligatoire pour réaliser des examens (scanner en urgence par exemple) ou par manque de lit dans le secteur dédié.

- Mise en place d'une astreinte téléphonique (8h30 18h30) par les infirmières référentes (infirmière spécialisée en cancérologie, qui suit le patient tout au long de son parcours, et qui est un relais avec les acteurs de santé de la ville)

L'idée est originale, sous réserve de ressources paramédicales disponibles. Certains experts jugent que le mail de l'oncologue référent peut suffire. Un avis est revenu négatif sans commentaire associé.

- Le Service Interdisciplinaire de Soins de Support pour les Patients en Oncologie (SISSPO) joue un rôle important dans la prise en charge des patients à l'ICL. Intérêt de créer une structure équivalente dans les Vosges en accord avec les médecins généralistes. (25)

L'idée est bonne pour les experts. Il apparaît fondamental que l'oncologie doive s'appuyer sur un bon service de soins de support. On note toutefois le problème de manque de moyens financiers et humains, avec très peu de personnes formées pour le moment à ces soins de supports.

- L'expérimentation nationale Onco'Link qui a débuté le 1er octobre 2021, qui s'intéresse au suivi à domicile des patients sous anticancéreux oraux (participation de l'ICL notamment), peut permettre une meilleure intégration du médecin traitant dans le suivi. (26)

La problématique principale de cette expérimentation réside dans le fait qu'elle est restreinte à seulement certains établissements au niveau national. De ce fait, elle

reste à ce jour encore inconnue pour certains experts, mais semble séduire par son originalité.

Aucun critère sur les 18 proposés n'a été exclu, c'est à dire qu'aucune médiane ne s'est retrouvée comprise entre 1 et 3.

Une seule proposition a recueilli un désaccord (30% des scores compris entre 1 et 3 ainsi que 7 et 9). Enfin, les 8 autres pistes d'amélioration se sont avérées équivoques (médiane entre 4 et 7).

A noter que 3 questions n'ont récolté que 11 réponses au lieu des 12 habituelles, sans justification particulière.

**Tableau IV : Résultats 1er tour de la proposition recueillant un désaccord**

Critère	Médiane	% 1-3	% 4-6	% 7-9	Résultat
Serait-il pertinent d'utiliser la télésurveillance chez les patients suivis pour chimiothérapie orale ?	4,5	41,6	24,9	33,3	<b>Désaccord</b>

**Tableau V : Résultats 1er tour des propositions équivoques**

<b>Critères</b>	<b>Médiane</b>	<b>% 1-3</b>	<b>% 4-6</b>	<b>% 7-9</b>	<b>Résultat</b>
Le dossier communicant de cancérologie (DCC) est-il un outil efficace pour faciliter la coordination des soins ?	5	33,3	49,9	16,6	<b>Équivoque</b>
Le programme personnalisé de soins (PPS) vous paraît-il être utilisé de façon pertinente ?	5	25	75	0	<b>Équivoque</b>
Que pensez vous de l'arrêt de création du DMP depuis le 01/07/2021 pour préparer l'arrivée du nouveau service "mon espace santé"?	5	33,4	41,7	24,9	<b>Équivoque</b>
Organiser des réunions thématiques régulières entre les différents acteurs de la prise en charge du patient ?	6,5	8,3	41,6	50	<b>Équivoque</b>
Utiliser la méthode « patient traceur » ville-hôpital ?	6	8,3	50	41,6	<b>Équivoque</b>
Pour une sortie d'hospitalisation , avoir le feu vert du médecin traitant ?	6,5	16,6	33,3	50	<b>Équivoque</b>
Connaissez-vous les projets menés par le réseau NEON (Réseau de cancérologie du Grand Est) ? Si oui, pensez-vous que cela pourrait contribuer à une meilleure coordination des acteurs ? Connaissez-vous l'expérimentation AKO@dom-PICTO qui s'appuie sur un parcours qui vise à accompagner les patients du Grand Est traités par immunothérapie et par thérapie anticancéreuse à domicile? Peut-elle permettre une meilleure intégration du Médecin Traitant dans le suivi?	6	18,2	36,4	45,5	<b>Équivoque</b>
Connaissez vous l'expérimentation AKO@dom-PICTO qui s'appuie sur un parcours qui vise à accompagner les patients du Grand Est traités par immunothérapie et par thérapie anticancéreuse à domicile? Peut-elle permettre une meilleure intégration du Médecin Traitant dans le suivi?	6.5	25	25	50	<b>Équivoque</b>

### 3.5. Résultats du deuxième tour

À la suite de ce premier tour, un deuxième questionnaire a été élaboré.

Une analyse des différents commentaires a permis une meilleure compréhension des réponses.

On constate que certaines notions abordées sont potentiellement mal connues par le groupe d'experts. (DCC, DMP, PPS, Patient traceur, PICTO...). (27–29) Les réponses équivoques ne sont peut être pas un rejet de ces méthodes mais plutôt le reflet de leur non-connaissance de ces notions.

De ce fait, certaines questions sont fusionnées et reformulées de manière à trouver un consensus.

Le deuxième questionnaire, comprenant 8 propositions d'amélioration, a été envoyé par messagerie électronique le 09/05/2022 et les réponses ont été recueillies jusqu'au 30/05/2022.

Les 12 experts précédents ont été de nouveau sollicités.

A noter qu'un expert a été perdu de vue, sans justification particulière malgré une relance par e-mail au bout de 14 jours.

Pour ce 2ème tour, nous avons pu recueillir un total de 11 réponses. Les résultats complets sont en **Annexe III**.

Le deuxième tour obtient un consensus favorable pour 4 propositions. Les résultats sont présentés avec leur note médiane et leur répartition dans le **tableau VI et le tableau VII**.

**Tableau VI : Résultats 2ème tour des propositions recueillant un accord**

Critères	Médiane	% 1-3	% 4-6	% 7-9	Résultat
Améliorer le PPS (Programme Personnalisé de soins) avec des libellés plus clairs et l'homogénéiser sur le plan régional afin de rendre son utilisation plus pertinente	8	9,1	18,2	72,8	<b>Accord</b>
Pour une sortie d'hospitalisation, prévenir systématiquement le médecin traitant ou l'infirmière référent(e) via les secrétariats	7	9,1	27,3	63,7	<b>Accord</b>
NEON est le nouveau réseau oncologique du Grand Est, et il résulte de la fusion d' Oncolor et de deux autres réseaux .Un de leurs projets AkoDom PICTO propose l'accompagnement du patient, sous thérapies orales, par son pharmacien d'officine et son IDE à domicile . L'objectif est d'organiser la filière hospitalière de recours, et le suivi ville-hôpital, de dépister et traiter les événements indésirables potentiellement graves et de faciliter l'observance. Actuellement en phase de test, il s'étend au territoire des Vosges. Y êtes vous favorables?	7	0	36,4	63,7	<b>Accord</b>
Selon vos réponses précédentes, les DCC (Dossier Communicant de Cancérologie) et le service « espace santé » (ancien DMP) sont très peu connus, et en conséquence pas souvent utilisés. Faut-il limiter la diversification des logiciels informatiques?	8	0	20	80	<b>Accord</b>

- Améliorer le PPS (Programme Personnalisé de soins) avec des libellés plus clairs.

Le calendrier n'apparaît pas vraiment clair pour les experts. En revanche l'idée de l'homogénéiser sur le plan régional semble difficile puisque les pratiques peuvent être un peu différentes d'un établissement à l'autre, et les moyens différents également.

- Pour une sortie d'hospitalisation, prévenir systématiquement le médecin traitant ou l'infirmière référent(e) via les secrétariats.

L'idée est globalement appréciée, même si cela risque de prendre beaucoup de temps et est très personne-dépendant. Il serait plutôt pertinent de prévenir en cas de sortie 'compliquée' ou chez un patient fragile

- NEON est le nouveau réseau oncologique du Grand Est, et il résulte de la fusion d' Oncolor et de deux autres réseaux .Un de leur projet AkoDom PICTO propose l'accompagnement du patient, sous thérapies orales, par son pharmacien d'officine et son IDE à domicile . L'objectif est d'organiser la filière hospitalière de recours, et le suivi ville-hôpital, de dépister et traiter les événements indésirables potentiellement graves et de faciliter l'observance.  
(30)

Actuellement en phase de test, il pourrait s'étendre au territoire des Vosges, ce à quoi les experts sont favorables.

- La proposition de limiter la diversification des logiciels informatiques recueille un accord favorable.

Aucune médiane ne s'est retrouvée comprise entre 1 et 3, et donc aucun critère sur les 8 proposés n'a été exclu. Aucune proposition n'a recueilli un désaccord.

4 des 8 pistes d'amélioration se sont avérées équivoques (médiane entre 4 et 7). 1 seule question n'a récolté que 10 réponses sur 11, sans justification particulière.

**Tableau VII : Résultats 2ème tour des propositions équivoques**

Critères	Médiane	% 1-3	% 4-6	% 7-9	Résultat
Promue par le Plan cancer, la télésurveillance médicale apparaît sur le terrain comme une solution pertinente pour améliorer la coordination ville-hôpital en oncologie (données disponibles à tout moment par tous les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient comme les kinésithérapeutes, les IDE ... ). Y êtes vous favorables?	5	0	63,7	36,4	Équivoque
Adresser, de façon régulière par les établissements de santé , des newsletters aux praticiens libéraux pour les informer de leurs dernières actualités oncologiques ?	6	36,4	45,5	18,2	Équivoque
Un référent formé et supervisant le patient traceur ne permettrait il pas de faciliter le recours à cette pratique ?	5	9,1	72,8	18,2	Équivoque
Les réunions thématiques sur l'oncologie sont chronophages et trop complexes à mettre en place. Similifier en organisant un format visioconférence	5	27,3	36,4	36,4	Équivoque

### Résultats du troisième et dernier tour :

Pour le troisième et dernier tour, un nouveau questionnaire a été créé.

Les 4 propositions équivoques du tour précédent sont reformulées à l'aide des différents commentaires pour trouver un consensus final convergent.

Ce dernier questionnaire a été envoyé par messagerie électronique le 18/08/2022 et les réponses ont été recueillies jusqu'au 01/09/2022.

Les 11 experts sollicités ont tous répondu à ce dernier tour. Les résultats complets sont en **Annexe IV**.

Ce tour final obtient un avis favorable pour 3 propositions. Aucun consensus n'ayant été obtenu pour la dernière question, celle-ci est donc éliminée. Les résultats sont présentés avec leur note médiane et leur répartition dans le **tableau VIII et le tableau IX**.

**Tableau VIII : Résultats du 3ème tour des propositions, recueillant un consensus convergent.**

<b>Critères</b>	<b>Médiane</b>	<b>% 1-3</b>	<b>% 4-6</b>	<b>% 7-9</b>	<b>Résultat</b>
Après avoir défini les praticiens libéraux intéressés au préalable, leur adresser par les établissements de santé des newsletters informant des dernières actualités oncologiques	7	9,1	36,4	54,6	<b>Accord</b>
Utiliser le téléconsultation par le médecin traitant dans le suivi des chimiothérapies orales pour améliorer la coordination ville-hôpital en oncologie ( suivi des biologiques par médecin traitant avec critères de surveillance et adresser à l'oncologue si anomalie)	7	18,2	27,3	54,6	<b>Accord</b>
Évaluer de manière rétrospective les processus, les interfaces et l'organisation de la prise en charge des patients en cancérologie, pour améliorer la qualité de cette dernière.	7	0	27,3	72,8	<b>Accord</b>



**Tableau IX : Résultat du 3ème tour de la proposition ne recueillant aucun consensus.**

<b>Critère</b>	<b>Médiane</b>	<b>% 1-3</b>	<b>% 4-6</b>	<b>% 7-9</b>	<b>Résultat</b>
Proposer des réunions thématiques sur l'oncologie lorsqu'une avancée importante est proposée. Avec le choix de participer en présentiel ou en visioconférence pour ceux qui le désirent	6	36,4	18,2	45,5	<b>Désaccord</b>

## 4. DISCUSSION

---

### 4.1. Forces et faiblesse de l'étude

Cette enquête par méthode Delphi à 3 tours a pu être menée en respectant la méthodologie initialement prévue.

Au total 12 experts ont pu être interrogés avec seulement 1 seul perdu de vue au cours de l'étude.

Le panel est diversifié et grâce à la méthodologie Delphi, des médecins répartis entre l'Institut de Cancérologie de Lorraine et les Vosges de l'est ont pu y être intégrés malgré leur éloignement géographique. Chacun a pu donner son avis sous couvert d'anonymat évitant ainsi l'effet « leader d'opinion » et favorisant le jugement du groupe plutôt que le jugement individuel.

L'étude dispose d'une bonne validité interne. Le calendrier a été respecté à chaque ronde. En imposant un délai de réponse limité à 2 semaines, une relative simultanéité des réponses était assurée. Peu d'email de relance ont dû être envoyés. Par ailleurs, les experts recevaient au début de chaque ronde un tableau récapitulatif des résultats de la ronde précédente, leur permettant d'adapter leurs réponses avec l'aide des commentaires émis par les autres experts. Ainsi, la rétroaction était rendue possible.

Toutefois, cette méthode étalée dans le temps requiert un certain investissement de la part des médecins interrogés pour pouvoir récolter leurs arguments, avec la possibilité d'une perte d'intérêt en raison du délai important entre les différents tours de Delphi.

Le nombre relativement modéré des critères initiaux de départ (18) et la durée limitée du questionnaire qui diminue au fur et à mesure des tours a pu empêcher certains experts de se désintéresser du projet.

La technique Delphi présente comme limite de ne pas laisser d'interaction directe possible entre les différents intervenants. Cet échange permet l'élaboration de nouvelles idées ainsi qu'une amélioration des critères.

Les résultats ont été anonymisés et chaque expert a eu accès aux différents commentaires, à chaque nouvelle ronde, limitant ainsi ce biais.

Construire un groupe d'experts étant par définition un biais de sélection, ce dernier est malheureusement présent dans la méthode Delphi.

Le suivi oncologique étant une branche spécialisée, il était difficile de recruter des experts ayant chacun toutes les compétences sur ce sujet.

Aussi, l'objectif a été de tendre vers une répartition des qualifications au sein du groupe, qui serait pertinente au vu de la question posée.

Il a ainsi été décidé de recruter en quantité plus importante les médecins généralistes du secteur, libéraux comme hospitaliers, et d'avoir également le regard de quelques praticiens hospitaliers spécialistes de l'oncologie du secteur et du centre de référence.

On remarque également que les médecins généralistes hospitaliers sont majoritaires par rapport à ceux du libéral. Le point de vue de la «ville» a pu être minoré vis à vis du point de vue hospitalier.

La représentativité du groupe semble toutefois suffisante.

De plus, le fait de proposer un questionnaire initial limite la création d'idées nouvelles, appelé biais de suggestibilité.

Cet effet a été limité par la prise en compte des différents avis via la possibilité d'émettre en commentaire de nouvelles propositions.

En revanche, bien qu'incités à laisser des commentaires, les experts ont commenté ce travail de manière très hétérogène, et de façon moindre au fur et à mesure des tours, comme l'a montré l'analyse.

De plus, pour certains items, les commentaires étaient discordants avec la moyenne des notes obtenues. Certains items obtenaient une moyenne supérieure à 7 et étaient donc validés pour le tour suivant mais les commentaires émis par les experts, parfois nombreux, n'allaient pas dans ce sens.

Par ailleurs, l'interprétation des résultats peut sembler davantage intuitive. Certains commentaires étaient très variés sur un même item. Il a donc fallu faire une synthèse et proposer une formulation qui paraissait pertinente en incluant les commentaires des experts. Il peut s'agir là d'un biais d'interprétation.

## 4.2. Discussion autour des résultats

Au moment du diagnostic de pathologies cancéreuses, le médecin traitant confie le patient à l'oncologue ou au médecin spécialiste concerné.

Le médecin traitant sort assez souvent du suivi, les patients consultant uniquement les hospitaliers référents (profitant ainsi d'effectuer leurs renouvellements etc..).

En effet, 66,7 % des experts estiment que le patient ne se réfère pas suffisamment à son médecin traitant au cours du suivi de sa pathologie cancéreuse.

Le fait de ne plus être suivi régulièrement pour ses pathologies habituelles ne porterait-il pas préjudice au patient ?

L'objectif de ce travail était d'élaborer une liste de critères objectifs permettant d'améliorer la coordination ville/hôpital chez les patients en cours de traitement d'un cancer. Une liste de critères objectifs a été créée.

Ce travail retient une liste de 17 critères.

Comme toute liste, elle est améliorable, et pourrait être réévaluée afin de proposer de nouveaux critères pertinents.

Comme toute méthode de consensus, la technique Delphi ne retient pas les extrêmes alors qu'il pourrait s'agir d'idées novatrices. Certains critères proposés qui auraient pu s'avérer pertinents ont été écartés.

Au vu des commentaires des experts et partant de leur notation, un quatrième tour n'aurait pas apporté de bénéfice. En effet, on conclut que la proposition remaniée d'organiser des réunions thématiques sur l'oncologie avec le choix de participer en présentiel ou en visioconférence pour ceux qui le désirent ne séduit pas, dû à un manque de temps et d'envie.

Ce travail aura tout de même globalement permis de trouver un consensus assez satisfaisant entre experts pour de multiples propositions.

Ces pistes d'amélioration pourraient être transmises aux équipes spécialisées et aux CPTS locales, dans le sens d'une meilleure pertinence des soins.

On voit dans les résultats du 1<sup>er</sup> tour, que la moitié des items ont déjà fait consensus au sein du panel d'expert.

La plupart de ces propositions sont classiquement évoquées dans la littérature, et sont, pour certains experts, déjà connues et employées, comme les **entrées directes par appel téléphonique**, recueillant un score médian de 9. C'est la question ayant recueilli le meilleur avis favorable.

Pour d'autres items, comme **élaborer des critères prédéfinis de surveillance ou la participation à la FMC**, les idées séduisent mais ne sont pas encore assez utilisées en pratique, du moins dans la région des Vosges.(32)

Les propositions ne retenant pas un consensus sont plus originales, moins décrites dans la littérature, et moins utilisées sur le plan national.

Elles s'appuient sur des projets en cours de création, dont certains sont initiés par l'ICL de Nancy comme **AKO@dom-PICTO et NEON**. Il a fallu plusieurs tours pour arriver à un consensus, du fait que certains experts ne connaissaient tout simplement pas les objectifs et ambitions de ce projet, au cœur de l'amélioration de la coordination ville-hôpital.

En réunissant ces items et en les décrivant de façon concise, un avis favorable a été retenu. Les experts sont donc maintenant au courant de ce projet futur, qui sera peut-être beaucoup utilisé dans les Vosges à l'avenir.

D'autres propositions équivoques étaient en fait trop vagues, pas assez cadrées pour retenir un consensus favorable. C'est le cas par exemple du **feu vert par le médecin traitant pour la sortie d'hospitalisation**. En synthétisant les différents commentaires reçus pour améliorer cette proposition, l'item nouvellement créé a pu recueillir un avis convergent.

Une proposition assez récente, et en plein essor est celle **de la téléconsultation de suivi par le médecin traitant en oncologie**.

Le développement de ce nouveau dispositif était initialement fondé pour répondre à des besoins essentiels: inégalité territoriale d'accès aux soins, dépendance de certains patients, contrôle des dépenses de santé ...(33)

L'épidémie à SARS-CoV2, entraînant un bouleversement dans la prise en charge des patients, a profondément accéléré le déploiement de ces nouvelles techniques.

Conformément à la définition générale de la téléconsultation, tout praticien, quel que soit sa spécialité, son secteur et son lieu d'exercice est habilité à recourir à cette pratique, y compris dans la prise en charge des cancers (34,35)

Une enquête de 2020 s'est intéressée à la satisfaction des patients et des médecins concernant l'utilisation de la téléconsultation en urologie (dont la cancérologie urologique) pendant la pandémie COVID-19.

Cette étude a conclu à un haut niveau de satisfaction à la fois pour les patients et les praticiens, orientant possiblement vers un changement important dans l'utilisation de cette technologie après la crise sanitaire.(36)

En revanche, une autre étude récente de 2021 a souhaité décrire l'utilisation de la téléconsultation par des oncologues de la région Auvergne-Rhône-Alpes durant la pandémie afin d'en apprécier les avantages et les limites, et d'estimer les barrières rencontrées et les leviers possibles pour sa promotion en oncologie. (37)

Cette enquête montre que la téléconsultation semble plus pertinente pour un profil de patients et de situations cliniques spécifiques, et que les contraintes techniques et de formations limitent aujourd'hui encore son usage en pratique clinique.

Un autre item original proposait d'évaluer de manière rétrospective la prise en charge des patients en oncologie, pour améliorer la qualité de cette dernière.

Les données de la littérature retrouvent des études orientées sur des thématiques précises comme le parcours des soins en fin de vie chez les patients palliatifs (38), ou encore le lien pharmaceutique hôpital-ville pour les thérapies orales (39)

Il serait intéressant d'organiser une étude à ce sujet dans les Vosges, les experts se montrant favorables à sa réalisation.

Enfin, **une newsletter adressée régulièrement aux praticiens intéressés** pourrait permettre de se mettre à jour de façon régulière. Ce procédé existe déjà pour d'autres domaines comme l'infectiologie, où le site Antibiolor adresse à ses abonnés des newsletters de façon régulières, sur lesquelles figurent des informations sur le réseau, les documents produits, des cas cliniques, l'actualité en infectiologie, les dates et lieux de réunion de formation .... (40)

## 5. CONCLUSION

---

Au vu des données de la littérature, ainsi que des avis des différents experts interrogés lors de cette étude Delphi, il semble bien nécessaire de renforcer la collaboration ville/hôpital et de mieux définir les rôles respectifs des médecins hospitaliers et des médecins généralistes dans le suivi à court et moyen terme des patients souffrant de cancer.

Ce travail a permis de définir, de manière participative et rigoureuse, quelques pistes potentielles d'amélioration de cette collaboration dans les Vosges chez les patients en cours de traitement d'un cancer. 17 propositions se sont avérées pertinentes selon les experts, qui en acceptent la diffusion.

Si certaines propositions issues de la littérature paraissent évidentes et déjà employées régulièrement par beaucoup de praticiens, d'autres moins utilisées pourraient mériter une attention particulière, telles que la téléconsultation de suivi par le médecin traitant en oncologie, ou encore l'envoi de newsletters sur l'actualité oncologique.

Les items retenus lors de ce travail ont été approuvés par un panel de onze experts. Il serait intéressant cependant que ce contenu soit proposé à d'autres professionnels de santé afin d'en accroître la puissance.

A posteriori, il serait peut-être pertinent de s'intéresser à renforcer cette coordination ville/hôpital pour d'autres spécialités médicales dans lesquelles les médecins généralistes pourraient ressentir un manque d'informations.

## 6. BIBLIOGRAPHIE

---

1. Le virage ambulatoire en Grand Est [Internet]. 2021 [cité 27 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.grand-est.ars.sante.fr/le-virage-ambulatoire-en-grand-est>
2. Johanet H, Vons C, Beaussier M. Chirurgie ambulatoire générale et digestive: Rapport présenté au 119e Congrès français de chirurgie. Arnette - John Libbey Eurotext; 2018. 190 p.
3. Le cancer en chiffres (France et monde) | Fondation ARC pour la recherche sur le cancer [Internet]. [cité 15 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.fondation-arc.org/cancer/le-cancer-en-chiffres-france-et-monde>
4. Jullian O, Cvetojevic D. Plan cancer 2014–2019 : six années d’actions au service des Français. Bull Cancer (Paris). 1 janv 2021;108(1):117-24.
5. Pontier JM. La stratégie décennale de lutte contre le cancer. Rev Droit Sanit Soc. juin 2022;(3):506.
6. Tomasso D, Salleron J, Lamouille C, Baumard F, Conroy T, Henry A. Recours des patients à leur médecin généraliste en situation d’hospitalisation non planifiée dans la prise en charge oncologique : étude prospective dans un institut de cancérologie. Bull Cancer (Paris). 1 févr 2020;107(2):191-9.
7. Pernossi V. Lien ville-hôpital: le point de vue des médecins généralistes du bassin chambérien-aixoïis. :99.
8. Jugnon-Formentin J. Lien ville-hôpital: enquête sur la qualité des relations entre les médecins généralistes et le service de diabétologie du Centre Hospitalier Annecy Genevois. :72.



9. Odier A, Fridmann S, Dubot C, Houzard S. Le point de vue de gynécologues impliquées dans le suivi après cancer du sein sur le PPAC - Un outil pour une prise en charge de qualité des patientes, sous réserve d'une réelle coopération entre la ville et l'hôpital. *Oncologie*. 1 févr 2016;18(2-3):167-70.
10. Grimaldi A, Vernant JP. Reconstruire l'hôpital public par la démocratie sanitaire. *Trib Santé*. 2021;69(3):27-37.
11. L'état de santé de la population en France - Rapport 2017 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 15 sept 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance/rapports/letat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017#toc-cancer>
12. FOUQUEREAU J. Création d'une fiche de liaison entre l'hôpital et les médecins généralistes concernant les soins de support auprès de patients atteints de cancer et évaluation de son impact. 2009.
13. Peyrilles E, Lepage-Seydoux C, Sejean K, Bonan B. Mise en place d'un programme de suivi à distance des patients atteints de cancer et traités par chimiothérapie en hôpital de jour : un enjeu de taille pour les différents acteurs. *Bull Cancer (Paris)*. 1 avr 2018;105(4):357-67.
14. CISMef. CISMef [Internet]. Rouen University Hospital; [cité 15 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.cismef.org/page/methode-delphi>
15. Mouzali O. Repérage d'une situation à risque de maltraitance intrafamiliale chez le mineur en médecine générale: élaboration d'un score par méthode Delphi. :105.
16. Boto Ekionea JP, Bernard P, Plaisent M. Consensus par la méthode Delphi sur les concepts clés des capacités organisationnelles spécifiques de la gestion des connaissances. *Rech Qual*. 2011;29(3):168-92.

17. Delage de Luget C, Blanc J, Chantalat E, Auquier P, Carcopino X. Élaboration d'une base de recueil nationale prospective des données cliniques sur le cancer du col utérin: utilisation de la méthode Delphi pour l'identification de variables consensuelles. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie*. 1 sept 2022;50(9):615-9.
18. Enzinger L. Coopération ville-hôpital : évaluation de la faisabilité et de l'intérêt de l'appel téléphonique par le médecin hospitalier du médecin traitant pour préparer le retour à domicile. 9 nov 2018;75.
19. Amsellem C. Coordination ville-hôpital en cancérologie: enquête d'opinion auprès des médecins généralistes prenant en charge des patients atteints de cancer colo-rectal suivis au CHU de Bordeaux. 2017;128.
20. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? *Presse Médicale*. 1 oct 2009;38(10):1404-9.
21. Bungener M, Demagny L, Høltedahl KA, Letourmy A. La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ? *Prat Organ Soins*. 2009;Vol. 40(3):191-6.
22. Rôle d'un médecin partagé ville-hôpital dans le suivi des patients après un recours hospitalier dans un CHU du nord parisien - ScienceDirect [Internet]. [cité 15 sept 2022]. Disponible sur:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0248866319307969>
23. Destrem A, Dos Santos O, Forestier E, Gelbert N, Grangeret N, Rogeaux O. Apport et pertinence d'un réseau médical départemental d'échange par messagerie électronique dans le cadre de l'épidémie de SARS-CoV-2. *Médecine Mal Infect*. 1 sept 2020;50(6, Supplement):S100.

24. Mathivon D, Duflot-Boukobza A, Legendre J, Puglisi V, Palma MD, Minvielle E, et al. Le projet CAPRI (Cancérologie parcours région Ile-de-France). Télésuivi des patients sous anticancéreux oraux : des résultats positifs ! Bull Infirm Cancer. 1 avr 2021;21(2):55-9.
25. Etienne R, Frère P, Gigout A, Henry A. 2. Le SISSPO : un exemple local d'organisation en soins de support. In: Soins de support en oncologie adulte [Internet]. Paris: Dunod; 2018 [cité 15 sept 2022]. p. 43-52. (Aide-Mémoire). Disponible sur: <https://www.cairn.info/soins-de-support-en-oncologie-adulte--9782100776467-p-43.htm>
26. Armandi G. ONCO'LINK Thérapies Orales : un parcours innovant visant à améliorer la prise en charge des patients bénéficiant d'un traitement anticancéreux par voie orale [Internet]. Oncolink. 2021 [cité 15 sept 2022]. Disponible sur: <https://therapiesorales-onco-link.fr/oncolink-therapies-orales-un-parcours-innovant-visant-a-ameliorer-la-prise-en-charge-des-patients-beneficiant-dun-traitement-anticancereux-par-voie-orale/>
27. Morlet-Haïdara L. « L'espace numérique de santé : une création de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. J Droit Santé L'Assurance - Mal JDSAM. 2019;24(3):17-21.
28. Simon P, Moulin T. Téléconsultation, télé-expertise, télésurveillance médicale : l'apport de « Mon Espace Santé ». Bull Académie Natl Médecine. 1 mai 2022;206(5):643-7.
29. Paillé C, Ernoul M, Mahé-Galissou I, Broche G, Mehu M, Caro G, et al. Le parcours patient-traceur inter-établissements : développement et déploiement d'une méthodologie commune au sein du Groupement Hospitalier de Territoire 44 (Loire-Atlantique) pour améliorer la coordination et la continuité des soins hospitaliers. Santé Publique. 2022;34(HS1):4d-4d.

30. Neon - réseau de cancérologie du grand est - siège de nancy - Carte des [Internet]. [cité 16 sept 2022]. Disponible sur: [https://www.cancersolidaritevie.fr/fr/carte-des-acteurs/neon-reseau-de-cancerologie-du-grand-est-siege-de-nancy\\_-f.html](https://www.cancersolidaritevie.fr/fr/carte-des-acteurs/neon-reseau-de-cancerologie-du-grand-est-siege-de-nancy_-f.html)
31. Suc L, Daguene E, Louati S, Gras M, Langrand-Escure J, Sotton S, et al. La téléconsultation pour le suivi après radiothérapie du cancer de la prostate : une place à l'innovation numérique en cancérologie. *Cancer/Radiothérapie*. 1 févr 2021;25(1):45-50.
32. Le Cossec C, Giacobelli M, de Chambine S. Coopération des équipes hospitalières avec les médecins et paramédicaux de ville. *Santé Publique*. 2018;30(2):213-24.
33. Hazin R, Qaddoumi I. Teleoncology: current and future applications for improving cancer care globally. *Lancet Oncol*. 1 févr 2010;11(2):204-10.
34. Bibault JE, Denis F, Guihard S, Clavier JB, Durdux C, Giraud P, et al. Nouveaux concepts de consultations médicales en oncologie. *Cancer/Radiothérapie*. 1 oct 2020;24(6):751-4.
35. Daguene E, Magné N. Place et rôle de la téléconsultation en oncologie : routine et situation de crise. *Bull Cancer (Paris)*. 1 juin 2021;108(6):627-34.
36. Pinar U, Anract J, Perrot O, Tabourin T, Chartier-Kastler E, Parra J, et al. Évaluation préliminaire de la satisfaction des patients et des médecins concernant l'utilisation de la téléconsultation en urologie pendant la pandémie COVID-19. *Prog En Urol*. 1 nov 2020;30(13):699.

37. Lantheaume S, Lebosse W, Doublet L, Durand T, Mory JE, Heudel P. Enquête sur la pratique de la téléconsultation médicale en oncologie en Auvergne Rhône Alpes. Bull Cancer (Paris) [Internet]. 19 août 2022 [cité 29 sept 2022]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000745512200265X>
38. Vercueil C, Sauleau E, Calvel L. Parcours de soins en fin de vie des patients suivis en soins palliatifs à Strasbourg : étude rétrospective. Bull Cancer (Paris) [Internet]. 17 sept 2022 [cité 29 sept 2022]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0007455122003095>
39. Rubira L, Leenhardt F, Perrier C, Pinguet F. Sécurisation du parcours de soins du patient sous thérapie orale en oncologie : expérimentation autour d'un lien pharmaceutique hôpital–ville. Ann Pharm Fr. 1 sept 2021;79(5):558-65.
40. Burty C, Lecompte T, Rabaud C, Birgé J, May T. Création d'un réseau ville-hôpital en antibiologie : ANTIBIOLOR. Médecine Mal Infect. 1 juin 2005;35:S137-9.

## 7. ANNEXES

---

### Annexe 1 : Synthèse de l'analyse des difficultés rencontrées

- La communication ville-hôpital en général mérite-t-elle d'être renforcée ?
- Surtout en sortie d'hospitalisation
- Lors de difficulté > traitement, tolérance, psy, environnement socio-économique, ..
- Partage de connaissances, meilleure coordination des prises en charge, amélioration du suivi du cancer par le généraliste (travail plus satisfaisant pour les médecins traitants et rôle de premier relais)
- Améliorer fluidité des entrées directes, réunions régulières avec les médecins libéraux pour présenter les activités de l'hôpital, dire aux patients de revoir leur médecin traitant pour gérer les pathologies chroniques et renouvellement d'ordonnance, mettre en place une ligne téléphonique d'avis oncologique
- Les oncologues et spécialistes d'organe communiquent bien en général concernant les patients cancéreux.
- Plus d'échanges sur les tolérances post chimio
  - **Éprouvez-vous des difficultés à communiquer entre l'oncologue/le médecin traitant quand le besoin se fait sentir ?**
- Les difficultés sont très "service dépendant"
- Rarement présence, disponibilité à une réponse téléphonique.
- Médecin traitant pas toujours joignable. Difficultés au niveau des courriers (retard, erreur de destinataire, retard accès de l'ICL à Apicrypt)
- Aucune difficulté
- Le besoin est rare. Les spécialistes presque toujours accessibles via leurs secrétariats difficultés d'accessibilité aux secrétariat.

- **Estimez-vous que le patient ne se réfère pas suffisamment à son médecin traitant au cours du suivi de sa pathologie cancéreuse ?**
- Le médecin traitant est au contraire très présent "hors chimio"
- Diagnostic, bilan, traitement, et suivi, déterminé par l'oncologue. Médecin traitant en 1er recours si problème, bonne connaissance du "background"
- Les patients appellent parfois le centre de cancérologie pour de la pathologie bénigne, alors qu'une consultation auprès de son généraliste permettrait de régler le problème. Nous préférons quand le généraliste a déjà vu le patient, son évaluation médicale est importante et la demande de recours est en général très bien cadrée. Certains généralistes semblent craindre de s'impliquer et disent d'emblée aux patients qu'ils ne sont pas compétents. Il y a aussi des problèmes de charge de travail et de disponibilité en ville comme à l'hôpital
- Les patients suivis en chimiothérapie, se déplacent souvent à l'hôpital, donc prennent moins le temps d'aller voir leur médecin généraliste car voient un médecin en hôpital de jour.
- Demande de renouvellement des ordonnances ordinaires par exemple
- **Éprouvez-vous des difficultés à dépister les effets secondaires des différents traitements (chimiothérapies, immunothérapies, radiothérapies)?**
- Oui parfois, méconnaissance des nouvelles thérapeutiques
- Mais c'est souvent plus facile pour nous que pour les médecins traitants. Nous avons déjà fait des soirées de formation auprès de médecins généralistes et pouvons en organiser d'autres selon les demandes.
- Produits nombreux et en constante évolution

- **Éprouvez-vous des difficultés à prendre en charge les effets indésirables et les séquelles d'un cancer en cours de traitement?**
- En général non, mais oui parfois, recherche référentiel type HAS
- Problème de disponibilité de lits essentiellement. Nous comprenons aussi les difficultés qui peuvent se poser en ville.
- Les spécialistes prennent facilement la main
  
- **Autres remarques personnelles:**
- Globalement, mon ressenti est plutôt positif
- En général le suivi oncologique est très bien organisé par l'hôpital. Pour les incidents, appels du référent oncologue ou de son service, si difficile à résoudre.. Dans un autre domaine, appel tel d'un infectiologue d'astreinte (antibiologie) lors de problème dépassant nos compétences. Oncologie peut être moins pratique!
- Nous essayons d'être disponibles pour répondre aux demandes de la ville



## Annexe 2 : Synthèse du 1er tour de DELPHI : 12 réponses

a. Les 9 critères faisant consensus et adoptés sont :

- **Élaborer des fiches destinées au médecin traitant présentant les effets indésirables les plus fréquents décrits selon les grades, et leur prise en charge.**

Médiane de 8

- C'est en cours ! C'est moi qui m'en occupe à l'ICL mais je n'ai pas beaucoup de temps dédié
- Les avoir sous la main rapidement, pression du temps pour le généraliste.
- Ceci est déjà la pratique actuelle pour ma part (notamment fiches liées aux effets en rapport avec l'immunothérapie)
- Les fiches non sont jamais lues...
- **Élaborer des critères prédéfinis de surveillance pour solliciter le spécialiste hospitalier.**

Médiane de 7

- C'est une bonne idée, et je l'ai déjà vu (remis au patient et pas au médecin, c'est dommage)
- **Intérêt d'une messagerie électronique sécurisée pour les échanges directs entre référents**

Médiane de 8

- Cela fait un support de plus... Alors que j'ai souvent du mal à gérer les appels... Mais à voir, si cela peut aider...
- Quasi obligatoire mailiz, apicrypt pour les MSP (rémunération ACI, ROSP). Je préfère l'instantanéité et la dynamique d'une conversation téléphonique.

- Je pense qu'une messagerie "instantanée" entre médecins de ville et hospitaliers pourrait être un très bon outil pour faciliter la communication
- C'est en général plus efficace que le téléphone, et moins chronophage
- Chronophage
- Déjà existante : panda lab
- Il faut que chacun joue le jeu, trop d'interlocuteurs ont une boîte ms-santé mais ne la lisent pas
  - **Participation régulière à des formations médicales continues sur un thème relevant de l'oncologie**

Médiane de 8

- FMC difficile à organiser
- Toujours positif, mais en pratique ?
- L'oncologie étant une spécialité en perpétuelle évolution, il me semble important que des formations régulières aient lieu
- Oui, d'ailleurs, je cherche un remplaçant, dommage, le questionnaire est anonyme...
- Sujet peu présenté en général
  - **Créer une plate-forme de coordination web pour prendre en charge et assurer le suivi des soins des patients en cours de chimiothérapie, comme le projet CAPRI de l'université Gustave Roussy.**

Médiane de 7

- Projet lourd utile si national ou régional
- Super idée mais c'est l'équivalent du CHU de Nancy entièrement dédié à la cancérologie, en hyper attractif sur le plan médical et nous n'avons en aucun cas leurs moyens financiers et humains...

- Certainement l'avenir.
- C'est une bonne idée
- Cela me paraît complexe
  - **Joindre l'oncologue pour planifier une entrée directe et éviter ainsi un passage aux urgences**

Médiane de 9

- Je pense que l'oncologue peut aider dans les cas d'urgence cancérologique mais pour les autres cas, la disponibilité des lits est très limitante... Nous pouvons toutefois conseiller ou aider pour des alternatives à l'hospitalisation, traitements à domicile ou examens complémentaires permettant d'avancer dans la démarche diagnostique
- Le plus simple et le plus efficace ?
- Idéalement quand cela est possible oui. Parfois le passage par les urgences est obligatoire pour réaliser des examens (scanner en urgence etc..) ou par manque de lit dans le secteur d'oncologie.
- Oui, bravo, et merci !!
- C'est ce que nous nous efforçons de faire
- Tout ce qui peut décharger les urgences est bon
  - **Mise en place d'une astreinte téléphonique (8h30 18h30) par les infirmières référentes (infirmière spécialisée en cancérologie, qui suit le patient tout au long de son parcours, et qui est un relais avec les acteurs de santé de la ville)**

Médiane de 7,5

- Oui
- Sous réserve de ressource para médicale disponible
- Pourquoi pas, mais le mail de l'oncologue référent suffit en général

- **Le Service Interdisciplinaire de Soins de Support pour les Patients en Oncologie (SISSPO) joue un rôle important dans la prise en charge des patients à l'ICL. Intérêt de créer une structure équivalente dans les Vosges en accord avec les médecins généralistes**

Médiane de 7,5

- Oui mais problème de moyens financiers et humains
  - Certainement ! L'oncologie doit s'appuyer sur un bon service de soins de support c'est fondamental.
  - Je ne connais pas !
  - Oui, je demande à connaître
  - Bonne idée mais peu de personnes formées
  - Oui
- 
- **L'expérimentation nationale Onco'Link qui a débuté le 1er octobre 2021, qui s'intéresse au suivi à domicile des patients sous anticancéreux oraux (participation de l'ICL notamment), peut permettre une meilleure intégration du médecin traitant dans le suivi**

Médiane de 8

- Accès restreint à certains établissements à ce jour
- Non je ne connaissais pas
- Pour une utilisation restreinte (je ne connais pas)
- Je ne connais pas

b. Le seul critère ayant obtenu un désaccord au sein du groupe

- **Serait-il pertinent d'utiliser la télésurveillance chez les patients suivis pour chimiothérapie orale ?**

Médiane de 4,5

- Complexe, lourd et cher
- Je pense que c'est rarement nécessaire
- Quel intérêt, je ne vois pas...

c. Critères pour lesquels aucun consensus n'a encore pu être obtenu sont :

- Le dossier communicant de cancérologie (DCC) est-il un outil efficace pour faciliter la coordination des soins ?
- Le programme personnalisé de soins (PPS) vous paraît-il être utilisé de façon pertinente ?
- Que pensez vous de l'arrêt de création du DMP depuis le 01/07/2021 pour préparer l'arrivée du nouveau service "mon espace santé"?
- Organiser des réunions thématiques régulières entre les différents acteurs de la prise en charge du patient ?
- Utiliser la méthode « patient traceur » ville-hôpital ?
- Pour une sortie d'hospitalisation, avoir le feu vert du médecin traitant ?

- Connaissez-vous les projets menés par le réseau NEON (Réseau de cancérologie du Grand Est) ? Si oui, pensez-vous que cela pourrait contribuer à une meilleure coordination des acteurs ?
- Connaissez-vous l'expérimentation AKO@dom-PICTO qui s'appuie sur un parcours qui vise à accompagner les patients du Grand Est traités par immunothérapie et par thérapie anticancéreuse à domicile? Peut-elle permettre une meilleure intégration du Médecin Traitant dans le suivi?

d. Remarques personnelles des experts :

- Expérimentations, en fin de course j'espère qu'il n'en restera qu'un. !!
- SVP : un peu d'informatique, mais pas trop....
- Très bon questionnaire, qui pose le problème du lien entre ville et hôpital afin de permettre une meilleure prise en charge des patients
- Problème d'accès du patient à leur médecin traitant lorsqu'ils sont à domicile
- Durée du questionnaire correcte

e. Tableau récapitulatif:

1ère DELPHI	ronde	Élaborer des fiches destinées au médecin traitant présentant les effets indésirables les plus fréquents décrits selon les grades, et leur prise en charge ?	Élaborer des critères prédéfinis de surveillance pour solliciter le spécialiste hospitalier ?	Intérêt d'une messagerie électronique sécurisée pour les échanges directs entre référents ?	Le dossier communicant de cancérologie (DCC) est-il un outil efficace pour faciliter la coordination des soins ?	Le programme personnalisé de soins (PPS) vous paraît-il être utilisé de façon pertinente ?
Expert n1	9	9	6	3	6	
Expert n2	9	7	6	6	6	
Expert n3	5	6	5	5	5	
Expert n4	9	3	9	2	5	
Expert n5	2	7	7	3	3	
Expert n6	7	7	5	7	3	
Expert n7	9	5	8	5	5	
Expert n8	7	8	9	4	4	
Expert n9	9	6	8	3	6	
Expert n10	8	7	9	5	5	
Expert n11	8	8	8	8	3	
Expert n12	8	7	9	5	5	
<b>Médiane</b>	<b>8 accord</b>	<b>7 accord</b>	<b>8 accord</b>	<b>5 équivoque</b>	<b>5 équivoque</b>	

1ère DELPHI	ronde	Que pensez vous de l'arrêt de création du DMP depuis le 01/07/2021 pour préparer l'arrivée du nouveau service "mon espace santé"?	Organiser des réunions thématiques régulières entre les différents acteurs de la prise en charge du patient ?	Participation régulière à des formations médicales continues sur un thème relevant de l'oncologie ?	Créer une plate-forme de coordination web pour prendre en charge et assurer le suivi des soins des patients en cours de chimiothérapie ?	Utiliser la méthode « patient traceur » ville-hôpital ?
Expert n1	8	8	8	4	4	
Expert n2	5	4	7	8	8	
Expert n3	5	5	5	6	9	
Expert n4	1	9	9	9	9	
Expert n5	1	1	6	6	2	
Expert n6	3	7	8	8	6	
Expert n7	5	6	9	9	5	
Expert n8	9	7	7	7	4	
Expert n9	5	7	8	7	6	
Expert n10	7	5	8	5	9	
Expert n11	3	8	8	8	4	
Expert n12	5	5	6	7	7	
<b>Médiane</b>	<b>5 équivoque</b>	<b>6,5 équivoque</b>	<b>8 accord</b>	<b>7 accord</b>	<b>6 équivoque</b>	

1ère DELPHI	ronde	Joindre l'oncologue pour planifier une entrée directe et éviter ainsi un passage aux urgences ?	Pensez-vous qu'une astreinte téléphonique (8h30-18h30) par les infirmières référentes puisse améliorer votre prise en charge ?	Pour une sortie d'hospitalisation, avoir le feu vert du médecin traitant ?	Serait-il pertinent d'utiliser la télésurveillance chez les patients suivis pour chimiothérapie orale ?	Le SISSPO) joue un rôle important dans la prise en charge des patients à l' ICL. Intérêt de créer une structure équivalente dans les Vosges en accord avec les médecins généralistes?
Expert n1	8	7	8	3	6	
Expert n2	6	8	9	3	9	
Expert n3	9	8	6	2	5	
Expert n4	9	9	2	8	9	
Expert n5	9	3	4	1	6	
Expert n6	9	7	5	4	7	
Expert n7	9	9	1	9	9	
Expert n8	9	7	8	6	6	
Expert n9	9	7	8	3	7	
Expert n10	9	9	7	5	9	
Expert n11	9	4	6	8	8	
Expert n12	9	8	7	7	8	
<b>Médiane</b>	<b>9 accord</b>	<b>7,5 accord</b>	<b>6,5 équivoque</b>	<b>4,5 désaccord</b>	<b>7,5 accord</b>	

<b>1ère DELPHI ronde</b>	Connaissez-vous les projets menés par le réseau NEON (Réseau de cancérologie du Grand Est) ? Si oui, pensez-vous que cela pourrait contribuer à une meilleure coordination des acteurs ?	Connaissez vous l'expérimentation AKO@dom-PICTO qui s'appuie sur un parcours qui vise à accompagner les patients du Grand Est traités par immunothérapie et par thérapie anticancéreuse à domicile? Peut-elle permettre une meilleure intégration du Médecin Traitant dans le suivi?	Connaissez-vous l'expérimentation nationale OncoLink qui a débuté le 01/10/2021? (expérimentation nationale de suivi à domicile des patients sous anticancéreux oraux, participation de l'ICL notamment). Peut-elle permettre également une meilleure intégration du Médecin Traitant dans le suivi?
Expert n1	9	9	8
Expert n2	8	8	8
Expert n3	6	6	6
Expert n4	9	9	9
Expert n5	8	3	3
Expert n6	6	7	3
Expert n7	5	5	5
Expert n8		6	8
Expert n9	3	3	7
Expert n10	1	1	1
Expert n11	5	7	7
Expert n12	7	7	7
<b>Médiane</b>	<b>6 équivoque</b>	<b>6,5 équivoque</b>	<b>7 accord</b>



### **Annexe 3 : Synthèse du 2ème tour de DELPHI : 11 réponses (1 perdu de vue)**

a. Les 4 critères faisant consensus et adoptés sont :

- **Améliorer le PPS (Programme Personnalisé de soins) avec des libellés plus clairs et l'homogénéiser sur le plan régional afin de rendre son utilisation plus pertinente**

Médiane de 8

- C'est vrai que le calendrier du PPS n'est pas clair du tout. Par contre je ne pense pas qu'il y ait besoin de l'homogénéiser sur le plan départemental.
- Cela me semble difficile d'homogénéiser sur le plan régional puisque les pratiques peuvent être un peu différentes d'un établissement à l'autre, et les moyens différents également.
- **Pour une sortie d'hospitalisation, prévenir systématiquement le médecin traitant ou l'infirmière référent(e) via les secrétariats**

Médiane de 7

- Oui, sachant que normalement le médecin traitant reçoit un courrier de sortie d'hospitalisation, ce qui l'informe de sa sortie.
- Seulement en cas de sortie 'compliquée' ou chez un patient fragile
- **NEON est le nouveau réseau oncologique du Grand Est, et il résulte de la fusion d' Oncolor et de deux autres réseaux .Un de leur projet AkoDom PICTO propose l'accompagnement du patient, sous thérapies orales, par son pharmacien d'officine et son IDE à domicile. L'objectif est d'organiser la filière hospitalière de recours, et le suivi ville-hôpital, de dépister et traiter les événements indésirables potentiellement graves et de faciliter l'observance. Actuellement en phase de test, il s'étend au territoire des Vosges. Y êtes-vous favorables?**

Médiane de 7

- Je n'y suis ni favorable ni défavorable, je me demande juste si c'est bien utile. Nous sommes déjà facilement joignables
- Oui
  - **Selon vos réponses précédentes, les DCC (Dossier Communicant de Cancérologie) et le service « espace santé » (ancien DMP) sont très peu connus, et en conséquence pas souvent utilisés. Faut-il limiter la diversification des logiciels informatiques?**

Médiane de 8

- Oui il faut probablement rester pertinent et pratique et se limiter à un logiciel pour ne pas avoir trop de données diverses
- b. Critères pour lesquels aucun consensus n'a encore pu être obtenu sont :
  - Promue par le Plan cancer, la télésurveillance médicale apparaît sur le terrain comme une solution pertinente pour améliorer la coordination ville-hôpital en oncologie (données disponibles à tout moment, par tous les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient comme les kinésithérapeutes, les IDE ...). Y êtes-vous favorables?
  - Adresser, de façon régulière par les établissements de santé, des newsletters aux praticiens libéraux pour les informer de leurs dernières actualités oncologiques ?
  - Un référent formé et supervisant le patient traceur ne permettrait il pas de faciliter le recours à cette pratique ?
  - Les réunions thématiques sur l'oncologie sont chronophages et trop complexes à mettre en place. Simplifier en organisant un format visioconférence court avec les différents interlocuteurs?

<b>2ème DELPHI</b>	<b>ronde</b>	Améliorer le PPS ( Programme Personnalisé de soins) avec des libellés plus clairs et l'homogénéiser sur le plan régional afin de rendre son utilisation plus pertinente ?	Pour une sortie d'hospitalisation, prévenir systématiquement le médecin traitant ou l'infirmière référent(e) via les secrétariats	Promue par le Plan cancer, la télésurveillance médicale apparaît sur le terrain comme une solution pertinente pour améliorer la coordination ville-hôpital en oncologie. . Y êtes vous favorables?	Projet AkoDom PICTO	Adresser, de façon régulière par les établissements de santé , des newsletters aux praticiens libéraux pour les informer de leurs dernières actualités oncologiques ?
Expert n1	8	7	8	9	6	
Expert n2	perdu de vue	perdu de vue	perdu de vue	perdu de vue	perdu de vue	
Expert n3	8	7	5	7	5	
Expert n4	2	8	9	9	9	
Expert n5	5	5	5	8	3	
Expert n6	7	6	4	5	7	
Expert n7	6	1	9	5	6	
Expert n8	8	9	6	8	3	
Expert n9	7	9	5	6	3	
Expert n10	9	9	4	6	2	
Expert n11	8	5	5	7	6	
Expert n12	9	9	8	9	9	
<b>Médiane</b>	<b>8 accord</b>	<b>7 accord</b>	<b>5 équivoque</b>	<b>7 accord</b>	<b>6 équivoque</b>	

<b>2ème DELPHI</b>	<b>ronde</b>	Un référent formé et supervisant le patient traceur ne permettrait il pas de faciliter le recours à cette pratique ?	Faut-il limiter la diversification de s logiciels informatiques?	Les réunions thématiques sur l'oncologie sont chronophages et trop complexes à mettre en place. Simplifier en organisant un format visioconférence court avec les différents interlocuteurs?
Expert n1	6	8	7	
Expert n2	perdu de vue	perdu de vue	perdu de vue	
Expert n3	4	9	4	
Expert n4	9	9	2	
Expert n5	4	7	4	
Expert n6	5	7	3	
Expert n7	8	5	6	
Expert n8	3	8	5	
Expert n9	4	8	7	
Expert n10	5		2	
Expert n11	5	8	8	
Expert n12	6	5	9	
<b>Médiane</b>	<b>5 équivoque</b>	<b>8 accord</b>	<b>5 équivoque</b>	

#### **Annexe 4 : Synthèse du 3ème et dernier tour de DELPHI : 11 réponses**

a. Les 4 critères faisant consensus et adoptés sont :

- **Après avoir défini les praticiens libéraux intéressés au préalable, leur adresser par les établissements de santé des newsletters informant des dernières actualités oncologiques**

Médiane de 8

- **Utiliser la téléconsultation par le médecin traitant dans le suivi des chimiothérapies orales pour améliorer la coordination ville-hôpital en oncologie (suivi des biologies par médecin traitant avec critères de surveillance et adresser à l'oncologue si anomalie)**

Médiane de 7

- **Évaluer de manière rétrospective les processus, les interfaces et l'organisation de la prise en charge des patients en cancérologie, pour améliorer la qualité de cette dernière ?**

Médiane de 7

b. Critère pour lequel aucun consensus n'a pu être obtenu :

- **Proposer des réunions thématiques sur l'oncologie lorsqu'une avancée importante est proposée. Avec le choix de participer en présentiel ou en visioconférence pour ceux qui le désirent**

Médiane de 6

<b>3ème DELPHI ronde</b>	Après avoir défini les praticiens libéraux intéressés au préalable, leur adresser par les établissements de santé des newsletters informant des dernières actualités oncologiques	Proposer des réunions thématiques sur l'oncologie lorsqu'une avancée importante est proposée. Avec le choix de participer en présentiel ou en visioconférence pour ceux qui le désirent	Utiliser le téléconsultation par le médecin traitant dans le suivi des chimiothérapies orales pour améliorer la coordination ville-hôpital en oncologie ( suivi des biologies par médecin traitant avec critères de surveillance et adresser à l'oncologue si anomalie)	Évaluer de manière rétrospective les processus, les interfaces et l'organisation de la prise en charge des patients en cancérologie, pour améliorer la qualité de cette dernière ?
<b>Expert n1/n2/n5</b>	7	6	5	6
<b>Expert n2</b>	perdu de vue	perdu de vue	perdu de vue	perdu de vue
<b>Expert n3/n8/n2</b>	4	3	2	4
<b>Expert n4/n9/n8</b>	9	9	9	9
<b>Expert n5/n4/n1</b>	2	3	3	6
<b>Expert n6/n6/n4</b>	7	7	7	7
<b>Expert n7/n3/n8</b>	9	9	9	8
<b>Expert n8/n7/n3</b>	7	3	8	8
<b>Expert n9/n1/n6</b>	6	9	7	7
<b>Expert n10/n10</b>	2	3	3	6
<b>Expert n11/n11</b>	2	3	3	6
<b>Expert n12/n5/n7</b>	9	8	8	8
<b>Médiane</b>	<b>7 accord</b>	<b>6 éliminée</b>	<b>7 accord</b>	<b>7 accord</b>

## **Mail adressé aux différents experts**

Chères consœurs, chers confrères,

Je me permets de faire appel à vous dans le cadre de mon projet de thèse d'exercice de médecine générale.

J'occupe un poste dans le service de Médecine Polyvalente à orientation hématologie-cancérologie du CH de Remiremont, ainsi qu'un poste dans le service d'Oncologie médicale du CH d'Épinal.

J'effectue des recherches concernant l'amélioration de la coordination ville/hôpital dans les Vosges chez les patients suivis pour un cancer.

Les médecins traitants peuvent se sentir en difficulté, notamment par le manque de relations régulières avec l'hôpital. Les informations sont souvent insuffisantes quand un patient pris en charge pour un cancer sort de l'hôpital et se présente au cabinet.

La collaboration ville-hôpital mérite d'être renforcée.

Il serait intéressant de définir les rôles respectifs des médecins hospitaliers et des médecins généralistes dans le suivi à court et moyen terme des patients souffrant de cancer, et d'établir une communication sans intermédiaire, dans les temps et de façon réciproque.

La méthode DELPHI sera employée pour répondre à cette problématique. Celle-ci consiste en un consensus d'experts sur la base d'échanges anonymes.

L'étude se déroule en 3 tours.

A chaque tour, vous aurez à apprécier l'intérêt des propositions via un questionnaire en ligne d'une durée de moins de 20 minutes.

Les propositions initiales seront issues de la bibliographie et de ma réflexion, et les suivantes résulteront de l'analyse de vos réponses aux tours précédents. A la fin de cette étude, les résultats vous seront transmis.

(Ci- joint un document avec plus de détails sur la méthode DELPHI)

Je rappelle que les réponses sont anonymes et n'ont pour but que la réalisation de cette thèse.

En vous remerciant par avance de votre participation.

Très respectueusement,

Luc MIRANDELLE

---

## **LA MÉTHODE DELPHI**

La méthode DELPHI est une méthode d'élaboration de consensus en plusieurs tours.

Elle permet d'obtenir un avis final unique et convergent d'un groupe d'experts.

Est défini comme expert toute personne qui a acquis une grande habileté par la pratique, l'expérience.

Le principe est d'interroger les différents experts sur la base d'un questionnaire structuré, sans qu'il y ait de communication directe entre eux.

Les principaux avantages de cette méthode sont :

- l'anonymat, qui permet d'éviter l'influence d'un leader d'opinion
- l'interrogation à distance, qui laisse à chaque expert le temps de la réflexion et supprime les contraintes géographiques.



J'ai établi une liste de propositions pouvant être pertinentes dans l'amélioration de la coordination ville/hôpital.

**Premier tour** : Pour chacune des propositions, il est demandé de juger de leur pertinence à l'aide d'une échelle variant de 1 (pas du tout pertinent/ pas du tout d'accord) à 9 (tout à fait pertinent/ tout à fait d'accord)

Ce tour est ouvert et exploratoire. Vous pouvez ainsi laisser un commentaire pour appuyer votre cotation, proposer une nouvelle formulation ou faire de nouvelles propositions.

**Deuxième tour** : Après le premier tour de l'enquête, certaines propositions auront pu être validées ou éliminées d'emblée, et ne vous seront donc plus présentées.

Les nouvelles propositions seront celles considérées comme équivoques ou inappropriées, ou celles pour lesquelles il existe un désaccord entre experts.

Elles auront été retravaillées à l'aide de vos commentaires laissés au premier tour. La médiane accordée par le groupe et la cotation que vous aviez attribuée initialement vous seront transmises.

Vous pourrez ainsi réévaluer votre degré d'accord avec chaque proposition en connaissance de l'avis du groupe au tour précédent. La cotation se faisant toujours selon l'échelle de 1 à 9, vous pouvez de nouveau laisser des commentaires.

**Troisième et dernier tour** : Le principe de cotation sera le même que pour les tours précédents. Par contre, les nouvelles propositions étant tirées de vos avis (via ma synthèse), elles seront définies comme non-modifiables et seront ainsi soit validées soit éliminées , afin d'obtenir un consensus final unique convergent.

VU

NANCY, le **04 novembre 2022**

NANCY, le **05 novembre 2022**

Le Président de Thèse

Le Doyen de la Faculté de Médecine

**Professeur Paolo DI PATRIZIO**

**Professeur Marc BRAUN**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **12785C**

NANCY, le **14 novembre 2022**

LA PRESIDENTE DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

**Madame Hélène  
BOULANGER**

---

## RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Les pathologies cancéreuses sont initialement prises en charge à l'hôpital, de façon spécialisée. Le virage ambulatoire est un projet prioritaire du Grand Est, avec pour objectif des hospitalisations de moins en moins fréquentes.

Les médecins traitants peuvent se sentir en difficulté, notamment par le manque de relations régulières avec l'hôpital. Les informations sont souvent insuffisantes quand un patient pris en charge pour un cancer sort de l'hôpital et se présente au cabinet.

La collaboration ville-hôpital mérite d'être renforcée. Au moyen d'une ronde Delphi, les experts interrogés seront les médecins impliqués dans les pathologies cancéreuses.

Ces items ont été préalablement rédigés à partir des données de la littérature. Lors de rondes successives, les experts ont reçu des questionnaires et ont été invités à juger de la pertinence des items proposés ainsi que de leur formulation. L'objectif était d'obtenir un consensus entre les experts sur les items à faire figurer dans le document. Onze experts ont participé à ce travail entre Février 2022 et Septembre 2022. Trois rondes successives ont été réalisées. Au total, 17 items ont obtenu un consensus final unique convergent. Ce travail a permis de définir, de manière participative et rigoureuse, quelques pistes potentielles d'amélioration de la coordination ville/hôpital dans les Vosges chez les patients en cours de traitement d'un cancer.

---

**TITRE EN ANGLAIS** : Proposals for improving the coordination between local medical treatment and hospital medical treatment regarding patients being treated for cancer in the Vosges : consensus building by using the Delphi method.

---

**THESE : MEDECINE GENERALE** – Année 2022

---

**MOTS-CLEFS** : Delphi, cancer, coordination, critères, médecine générale, oncologie, piste d'amélioration, ville/hôpital.

---

**ADRESSE DE LA FACULTÉ :**

**UNIVERSITE DE LORRAINE**

Faculté de Médecine, Maïeutique et métiers de la Santé

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 Vandœuvre-lès-Nancy

---