



**HAL**  
open science

# Moyens d'information dans l'aide à la gestion des effets secondaires des thérapies ciblées anti-cancéreuses orales : perception des médecins généralistes de l'Isère

Aurélie Levy, Tiffany Revil

## ► To cite this version:

Aurélie Levy, Tiffany Revil. Moyens d'information dans l'aide à la gestion des effets secondaires des thérapies ciblées anti-cancéreuses orales : perception des médecins généralistes de l'Isère. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01553459

**HAL Id: dumas-01553459**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01553459>**

Submitted on 3 Jul 2017

**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.



## 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 n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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 au SID de Grenoble :  
[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

## 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/juridique/droit-auteur>

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

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

FACULTÉ DE MÉDECINE

THÈSE

Pour le DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

D.E.S. DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Par

Aurélie LEVY, [Données à caractère personnel]

Tiffany REVIL, [Données à caractère personnel]

MOYENS D'INFORMATION DANS L'AIDE À LA GESTION DES EFFETS  
SECONDAIRES DES THÉRAPIES CIBLÉES ANTI-CANCÉREUSES ORALES :  
PERCEPTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE L'ISÈRE.

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 28 Juin 2017.

JURY :

Président du jury : Professeur Mireille MOUSSEAU

Membres : Professeur Jean-Yves CAHN

Professeur Françoise STANKE

Docteur Alain STEMMELEN

Directeur de Thèse : Docteur Julien PAVILLET

Doyen de la Faculté : M. le Pr. Jean Paul ROMANET

Année 2016-2017

**ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE**

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BALOSSO Jacques	Radiothérapie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BARRET Luc	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
MCU-PH	CALLANAN-WILSON Mary	Hématologie, transfusion
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZIABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie

PU-PH	<b>KAHANE Philippe</b>	<b>Physiologie</b>
PU-PH	<b>KRACK Paul</b>	<b>Neurologie</b>
PU-PH	<b>KRAINIK Alexandre</b>	<b>Radiologie et imagerie médicale</b>
PU-PH	<b>LABARERE José</b>	<b>Epidémiologie ; Eco. de la Santé</b>
MCU-PH	<b>LANDELLE Caroline</b>	<b>Bactériologie - virologie</b>
MCU-PH	<b>LAPORTE François</b>	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>
MCU-PH	<b>LARDY Bernard</b>	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>
MCU-PH	<b>LARRAT Sylvie</b>	<b>Bactériologie, virologie</b>
MCU - PH	<b>LE GOUËLLEC Audrey</b>	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>
PU-PH	<b>LECCIA Marie-Thérèse</b>	<b>Dermato-vénéréologie</b>
PU-PH	<b>LEROUX Dominique</b>	<b>Génétique</b>
PU-PH	<b>LEROY Vincent</b>	<b>Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie</b>
PU-PH	<b>LEVY Patrick</b>	<b>Physiologie</b>
MCU-PH	<b>LONG Jean-Alexandre</b>	<b>Urologie</b>
PU-PH	<b>MAGNE Jean-Luc</b>	<b>Chirurgie vasculaire</b>
MCU-PH	<b>MAIGNAN Maxime</b>	<b>Thérapeutique, médecine d'urgence</b>
PU-PH	<b>MAITRE Anne</b>	<b>Médecine et santé au travail</b>
MCU-PH	<b>MALLARET Marie-Reine</b>	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b>
MCU-PH	<b>MARLU Raphaël</b>	<b>Hématologie, transfusion</b>
MCU-PH	<b>MAUBON Danièle</b>	<b>Parasitologie et mycologie</b>
PU-PH	<b>MAURIN Max</b>	<b>Bactériologie - virologie</b>
MCU-PH	<b>MC LEER Anne</b>	<b>Cytologie et histologie</b>
PU-PH	<b>MERLOZ Philippe</b>	<b>Chirurgie orthopédique et traumatologie</b>
PU-PH	<b>MORAND Patrice</b>	<b>Bactériologie - virologie</b>
PU-PH	<b>MOREAU-GAUDRY Alexandre</b>	<b>Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication</b>
PU-PH	<b>MORO Elena</b>	<b>Neurologie</b>
PU-PH	<b>MORO-SIBILOT Denis</b>	<b>Pneumologie</b>
PU-PH	<b>MOUSSEAU Mireille</b>	<b>Cancérologie</b>
PU-PH	<b>MOUÏTET François</b>	<b>Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie</b>
MCU-PH	<b>PACLET Marie-Hélène</b>	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>
PU-PH	<b>PALOMBI Olivier</b>	<b>Anatomie</b>
PU-PH	<b>PARK Sophie</b>	<b>Hémato - transfusion</b>
PU-PH	<b>PASSAGGIA Jean-Guy</b>	<b>Anatomie</b>
PU-PH	<b>PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François</b>	<b>Anesthésiologie réanimation</b>
MCU-PH	<b>PAYSANT François</b>	<b>Médecine légale et droit de la santé</b>
MCU-PH	<b>PELLETIER Laurent</b>	<b>Biologie cellulaire</b>
PU-PH	<b>PELLOUX Hervé</b>	<b>Parasitologie et mycologie</b>
PU-PH	<b>PEPIN Jean-Louis</b>	<b>Physiologie</b>
PU-PH	<b>PERENNOU Dominique</b>	<b>Médecine physique et de réadaptation</b>
PU-PH	<b>PERNOD Gilles</b>	<b>Médecine vasculaire</b>
PU-PH	<b>PIOLAT Christian</b>	<b>Chirurgie infantile</b>
PU-PH	<b>PISON Christophe</b>	<b>Pneumologie</b>
PU-PH	<b>PLANTAZ Dominique</b>	<b>Pédiatrie</b>
PU-PH	<b>POIGNARD Pascal</b>	<b>Virologie</b>

PU-PH	<b>POLACK Benoît</b>	<b>Hématologie</b>
PU-PH	<b>POLOSAN Mircea</b>	<b>Psychiatrie d'adultes</b>
PU-PH	<b>PONS Jean-Claude</b>	<b>Gynécologie obstétrique</b>
PU-PH	<b>RAMBEAUD Jacques</b>	<b>Urologie</b>
PU-PH	<b>RAY Pierre</b>	<b>Biologie et médecine du développement et de la reproduction</b>
PU-PH	<b>REYT Émile</b>	<b>Oto-rhino-laryngologie</b>
PU-PH	<b>RIGHINI Christian</b>	<b>Oto-rhino-laryngologie</b>
PU-PH	<b>ROMANET Jean Paul</b>	<b>Ophthalmologie</b>
PU-PH	<b>ROSTAING Lionel</b>	<b>Néphrologie</b>
MCU-PH	<b>ROUSTIT Matthieu</b>	<b>Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie</b>
MCU-PH	<b>ROUX-BUISSON Nathalie</b>	<b>Biochimie, toxicologie et pharmacologie</b>
MCU-PH	<b>RUBIO Amandine</b>	<b>Pédiatrie</b>
PU-PH	<b>SARAGAGLIA Dominique</b>	<b>Chirurgie orthopédique et traumatologie</b>
MCU-PH	<b>SATRE Véronique</b>	<b>Génétique</b>
PU-PH	<b>SAUDOU Frédéric</b>	<b>Biologie Cellulaire</b>
PU-PH	<b>SCHMERBER Sébastien</b>	<b>Oto-rhino-laryngologie</b>
PU-PH	<b>SCHWEBEL-CANALI Carole</b>	<b>Réanimation médicale</b>
PU-PH	<b>SCOLAN Virginie</b>	<b>Médecine légale et droit de la santé</b>
MCU-PH	<b>SEIGNEURIN Arnaud</b>	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b>
PU-PH	<b>STAHL Jean-Paul</b>	<b>Maladies infectieuses, maladies tropicales</b>
PU-PH	<b>STANKE Françoise</b>	<b>Pharmacologie fondamentale</b>
MCU-PH	<b>STASIA Marie-José</b>	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>
PU-PH	<b>STURM Nathalie</b>	<b>Anatomie et cytologie pathologiques</b>
PU-PH	<b>TAMISIER Renaud</b>	<b>Physiologie</b>
PU-PH	<b>TERZI Nicolas</b>	<b>Réanimation</b>
MCU-PH	<b>TOFFART Anne-Claire</b>	<b>Pneumologie</b>
PU-PH	<b>TONETTI Jérôme</b>	<b>Chirurgie orthopédique et traumatologie</b>
PU-PH	<b>TOUSSAINT Bertrand</b>	<b>Biochimie et biologie moléculaire</b>
PU-PH	<b>VANZETTO Gérald</b>	<b>Cardiologie</b>
PU-PH	<b>VUILLEZ Jean-Philippe</b>	<b>Biophysique et médecine nucléaire</b>
PU-PH	<b>WEIL Georges</b>	<b>Epidémiologie, économie de la santé et prévention</b>
PU-PH	<b>ZAOUI Philippe</b>	<b>Néphrologie</b>
PU-PH	<b>ZARSKI Jean-Pierre</b>	<b>Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie</b>

**PU-PH** : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

**MCU-PH** : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

**PU-MG** : Professeur des Universités de Médecine Générale

**MCU-MG** : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

## Remerciements

À Madame le Professeur Mireille Mousseau, pour nous avoir fait l'honneur de présider notre thèse. Recevez ici toute notre reconnaissance et l'expression de notre plus profond respect.

À Madame le Professeur Françoise Stanke, et Monsieur le Professeur Jean-Yves Cahn, merci d'avoir accepté si gentiment de participer à notre jury de thèse. Nous vous en sommes très reconnaissantes.

À Monsieur le Docteur Julien Pavillet, pour avoir accepté si spontanément de nous accompagner dans cette aventure permettant de relier nos deux belles spécialités. Merci de nous avoir soutenues, avec beaucoup de rigueur, tout au long de l'élaboration de ce travail et d'avoir su nous redonner confiance dans les moments difficiles. Ce fut de nouveau un plaisir de travailler ensemble.

À Monsieur le Docteur Alain Stemmelen, merci pour cette présence particulière à nos côtés, ce fut une aide précieuse au cours de l'élaboration de notre travail. Nous en sommes sincèrement reconnaissantes.

À l'ensemble des médecins généralistes qui ont permis la réalisation de ce travail, pour leur participation, leur accueil, leur patience, et l'intérêt qu'ils ont porté à notre sujet.



## **Remerciements d'Aurélie**

À toi, Tiffany, ma co-thésarde et surtout amie. Cette aventure c'est avant tout la nôtre ; une aventure qui a commencé dès le début de nos études de médecine et qui nous a conduit naturellement à réaliser ce travail ensemble avec complicité et complémentarité. Merci d'avoir voulu t'engager à mes côtés, sans toi tout cela n'aurait pas été pareil. Quel bonheur d'avoir pu partager ensemble ces moments qui nous ont davantage rapprochées. Ta rigueur et ta persévérance ne laissent aucun doute quant au médecin que tu deviens.

À mes parents, et tout d'abord à toi Papa, médecin passionné et passionnant qui m'a permis de grandir et d'évoluer dans cette voie. Tu m'as remarquablement accompagnée tout au long de ces étapes, de mes premiers pas dans la vie, à mes premiers pas en tant que médecin généraliste, tu es un père, un maître de stage et un médecin exemplaire. Et puis à toi ma douce Maman, qui a toujours cru en moi et qui m'a tant soutenu tout au long de ces années, par ton Amour, ta patience ... et ta cuisine il faut l'avouer ! Je n'arrive pas à m'en rendre compte, mais « quelle fierté ça doit être » pour toi aujourd'hui !

À mon frère Greg pour l'amour que tu me portes depuis toujours. Merci de croire en moi, et de toujours trouver les mots justes pour me pousser à me dépasser continuellement. Et à ma belle-soeur Céline, notre complicité m'est si précieuse, I just wanted to send a big thank you !

À l'ensemble de ma famille, et à mes grands-parents avec qui j'aurais aimé partager ce moment inoubliable...

À mes fidèles amies, mes cocottes, Laura, Aurélie, Monica, Vicky, Laura et Séverine. Mille mercis pour ces belles années passées à vos côtés. Des années qui ont débuté à la faculté de médecine et qui sont marquées par des moments incroyables qui s'enrichissent avec le temps, une naissance, un mariage, hâte de découvrir la suite avec vous.

À mes amis de toujours, avec qui le temps passe mais rien ne change. Lauli, Maëlle, Allan, Floriane, Vivien, merci pour tout le bonheur que vous m'apportez au quotidien. À Pauline, Johan et ma jolie Lou qui m'ont offert de sacrées larmes de joies ces dernières années.

À mes maîtres de stage, Philippe, Nathalie, Jean-Marie, et Elisabeth. Merci pour votre patience et votre transmission du savoir. Merci d'avoir su me donner confiance au quotidien, il y a aujourd'hui un peu de chacun de vous dans ma pratique.

À l'ensemble de l'équipe d'Uriage, avec qui j'ai eu la chance de re-partager savoir et joie de vivre.

À mes co-internes, Pauline, Thomas, Marisa, Tiffany, Julie, Viràg, Thomas, Maxime, Julien et Dominique. L'internat a eu cette douce saveur grâce à vous, merci pour ces beaux moments partagés, ne changez rien.

## **Remerciements de Tiffany**

À Aurélie, ma co-thésarde, mais surtout amie de longue date maintenant. Merci de m'avoir embarquée dans cette aventure avec toi : il y a eu des moments difficiles mais aussi beaucoup de fous rires qui font oublier le reste. Ce fut une superbe expérience qui renforce encore cette amitié qui m'est chère.

À mes parents, merci pour votre soutien sans faille. Merci d'avoir cru en moi, de m'avoir fait confiance, de m'avoir donné l'énergie de continuer quand je n'y croyais plus. Merci pour les valeurs que vous m'avez inculquées, merci maman de m'avoir transmis ton caractère fort, et toi papa ta détermination quasi acharnée, c'est ce qui m'a permis d'en être ici aujourd'hui. Je suis fière d'être votre fille.

À ma sœur, mon modèle, merci pour ta bienveillance et ton soutien malgré la distance. Je n'ai pas souvent l'occasion de te dire à quel point tu es une femme formidable, ton dynamisme et ton sourire sont de véritables rayons de soleil pour moi. Merci également à mon beau-frère et à mes deux amours de neveux qui rendent les moments en famille si agréables.

À mes cocottes Grenobloises, Aurélie, Laura, Laura, Monica, Sèv, Vicky, rencontrées sur les bancs de la fac, mais devenues bien plus au fil des années. Merci pour tous ces moments partagés. Merci pour votre soutien, votre bonne humeur, votre grain de folie, les moments passés avec vous sont de véritables instants de bonheur, je ne pourrais plus m'en passer.

À mes amis d'enfance, de l'école, du lycée, Nawel, Coline, Lolo et Nico, Lio et Shirley qui malgré les années et la distance, arrivent toujours à me faire rire autant, merci pour ces moments partagés, et à tous ceux qui restent à venir.

À Charles, ancien co-interne, devenu un ami au fil du temps, j'espère qu'on aura de nouveau l'occasion de travailler ensemble dans le futur. Et merci également à sa chérie, Amandine, pour tous ces bons moments passés.

À mes co-internes, la Gynéc' Team d'Annecy pour ces moments de folies, ces soirées, ces sorties ski, à Estelle, Valentin, Nabilah pour tous ces fous rires.

À mes anciens Prats du cabinet de Morzine, devenus mes collègues l'hiver dernier, et même des amis, Guy, Patrice, Julien merci pour vos conseils, votre enseignement, vous m'avez fait découvrir et aimer la médecine de montagne. Travailler avec vous est une réelle joie, j'espère qu'à l'avenir j'en aurai encore l'occasion.

À Alain, merci pour ton enseignement en tant que maître de stage, tu as su me conforter dans mon choix de spécialité. Ce fut un vrai plaisir d'apprendre à tes côtés.

À mes anciens Prats de Lugrin, Nelly, Pascale, Rémi merci pour vos conseils et votre écoute, vous avez su me donner un peu plus confiance en moi.

Aux filles du cabinet de Morzine, et à Françoise, merci pour votre patience, votre bienveillance et votre bonne humeur, vous rendez le travail au quotidien tellement plus facile et agréable.

## Table des matières

<b>I. RÉSUMÉ</b> .....	<b>10</b>
<b>II. ABSTRACT</b> .....	<b>12</b>
<b>III. INTRODUCTION</b> .....	<b>14</b>
<b>IV. MATÉRIEL ET MÉTHODE</b> .....	<b>18</b>
IV.1. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE .....	18
IV.2. ÉLABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN.....	18
IV.3. POPULATION ÉTUDIÉE.....	18
IV.4. RECUEIL ET ANALYSE DES DONNÉES.....	20
IV.4.1. RECUEIL.....	20
IV.4.2. ANALYSE DES DONNÉES.....	20
<b>V. RÉSULTATS</b> .....	<b>22</b>
V.1. CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS DE L'ÉTUDE.....	22
V.2. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS.....	24
V.2.1. RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE EN CANCÉROLOGIE .....	24
V.2.2. PLACE DES THÉRAPIES CIBLÉES ANTI-CANCÉREUSES ORALES .....	26
V.2.3. MOYENS D'INFORMATION UTILISÉS DANS L'AIDE À LA PRISE EN CHARGE.....	27
V.2.3.1. Communication .....	27
V.2.3.1.1. Relation entre médecin généraliste et équipe spécialisée .....	27
V.2.3.1.2. Relation entre médecin généraliste et patient.....	28
V.2.3.2. Documentation .....	29
V.2.3.3. Formation.....	30
V.2.4. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES.....	32
V.2.4.1. Communication .....	32
V.2.4.1.1. Relation entre médecin généraliste et patient.....	32
V.2.4.1.2. Relation entre médecin généraliste et spécialiste.....	32
V.2.4.2. Documentation .....	33
V.2.4.3. Formation.....	34
V.2.5. AMÉLIORATIONS ATTENDUES ET BESOINS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES.....	36
V.2.5.1. Communication .....	36
V.2.5.2. Documentation.....	37
V.2.5.3. Formation.....	38
<b>VI. DISCUSSION</b> .....	<b>40</b>
VI.1. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET NIVEAUX DE PREUVE.....	40
VI.2. FORCES ET FAIBLESSES DE NOTRE ÉTUDE.....	42
VI.3. PROPOSITIONS .....	44
<b>VII. CONCLUSION</b> .....	<b>45</b>
<b>VIII. BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>47</b>
<b>IX. ANNEXES</b> .....	<b>51</b>
IX.1. GUIDE D'ENTRETIEN.....	51
IX.2. RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS .....	52
<b>X. SERMENT D' HIPPOCRATE</b> .....	<b>95</b>

# I. RÉSUMÉ

Titre : MOYENS D'INFORMATION DANS L'AIDE À LA GESTION DES EFFETS SECONDAIRES DES THÉRAPIES CIBLÉES ANTI-CANCÉREUSES ORALES : PERCEPTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE L'ISÈRE.

Introduction : Les médecins généralistes sont de plus en plus fréquemment confrontés à la gestion des effets secondaires des thérapies ciblées anti-cancéreuses orales. La prise en charge ambulatoire de ces patients sous thérapies orales doit être favorisée. L'objectif principal de cette étude est de faire l'état des lieux des moyens d'information actuels à disposition des médecins généralistes dans l'aide à la gestion des effets secondaires des thérapies ciblées orales. L'objectif secondaire est de mettre en relief les limites d'utilisation de ces moyens d'information, ainsi que les attentes des médecins généralistes dans ce domaine.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative, par entretiens individuels semi-guidés, réalisée auprès de médecins généralistes de l'Isère issus d'une base de données du CHU Grenoble Alpes de patients sous thérapies ciblées orales. D'Octobre 2016 à Février 2017, 19 médecins ont été interrogés jusqu'à saturation des données. Ces entretiens ont été enregistrés puis retranscrits. L'interprétation des verbatims a été réalisée par analyse thématique.

Résultats : Cette étude a montré que les médecins généralistes utilisaient de nombreux moyens d'information dans l'aide à la gestion des effets secondaires des thérapies ciblées orales. Ils sont regroupés en trois grands thèmes : communication, documentation et formation. Cependant les médecins généralistes rencontrent des difficultés à l'utilisation de ces moyens d'information. Une de leurs attentes, pour améliorer leur prise en charge, implique la mise à disposition par les équipes

spécialisées de fiches d'information concernant ces thérapeutiques.

Conclusion : Des fiches d'information sur ces thérapeutiques sont progressivement élaborées. Il semble nécessaire de faire valoir leur existence auprès des médecins généralistes en renforçant la communication ville-hôpital, et d'en faciliter l'accès par le développement d'un outil numérique.

Mots-clés : Thérapies ciblées anti-cancéreuses orales, médecins généralistes, moyens d'information, effets secondaires.

## II. ABSTRACT

Title : INFORMATION CHANNELS FOR THE MANAGEMENT OF THE SIDE EFFECTS OF ORAL ANTICANCER TARGETED THERAPIES : PERCEPTION OF GENERAL PRACTITIONERS IN ISERE.

Introduction : General practitioners are always more frequently facing the management of the side effects of oral anticancer targeted therapies. Outpatient care of persons under such oral therapies must be favored. The main purpose of this study is to give a clear view of the current information channels available to general practitioners to manage these side effects. The secondary purpose is to highlight the limits of these information channels and the expectations of general practitioners in this domain.

Method : This work is a qualitative study using semi-guided individual interviews with general practitioners selected from a database of the Grenoble Alpes University Hospital of patients under targeted oral therapy.

From October 2016 to February 2017, 19 general practitioners were interviewed until data saturation. These interviews were recorded and transcribed. Verbatims were thematically analyzed.

Results : This study showed that general practitioners used various information channels to manage the side effects of oral targeted therapies. They are consolidated into 3 major themes : communication, documentation and training.

However, general practitioners encountered difficulties using these information channels. One of their expectations to enhance patient care implies the provision by specialized teams of guideline sheets about these therapies.

Conclusion : Information sheets on these therapies are gradually developed. It appears necessary to assert their existence to general practitioners by strengthening the communication between them and the hospital teams, and facilitate their access through the development of a digital tool.

Keywords : Oral anticancer targeted therapies, general practitioners, information channels, side effects.

### III. INTRODUCTION

L'incidence des cancers en France tend à se stabiliser avec une baisse de 1,3 % par an chez l'homme et une progression de 0,2 % chez la femme entre 2005 et 2012. On note, en 2015, près de 385 000 nouveaux cas. En revanche le taux de mortalité a diminué, de 1 à 1,5 % par an entre 1980 et 2012<sup>1</sup>, du fait des progrès thérapeutiques, des diagnostics plus précoces, et de la mise en place de campagnes de dépistage.

Cette divergence entre hausse de l'incidence et baisse du taux de mortalité peut induire une augmentation de la demande de soin. En effet plus de 3 millions de personnes sont actuellement suivies pour un cancer, mais le nombre de médecins en activité inscrits à l'Ordre reste stable à - 0,4 % entre 2007 et 2016. Même si les spécialités médicales voient dans l'ensemble leurs effectifs augmenter, la densité des médecins oncologues en région Rhône-Alpes reste seulement de 1,3 pour 100 000 habitants. A l'inverse la densité de médecins généralistes dans cette région diminue de 2,8 % entre 2007 et 2016, soit 136 médecins généralistes pour 100 000 habitants<sup>2,3</sup>.

De plus, la complexité de la prise en charge des cancers réside notamment dans l'accompagnement du patient dans son parcours de soins. En effet, le médecin généraliste doit orienter le patient vers le spécialiste dès la suspicion diagnostique du cancer et s'attacher à ce que la prise en charge soit conforme aux besoins, aux spécificités et aux difficultés du patient. Ainsi la coordination et les échanges d'informations entre professionnels de la ville et des établissements de santé sont indispensables.

En parallèle, l'évolution des connaissances scientifiques et les innovations médicales



ont bouleversé les modes de prises en charge en cancérologie. Les phases d'hospitalisation sont de plus en plus courtes, la gestion des patients atteints de cancer change, avec une prise en charge davantage ambulatoire qu'hospitalière. Avec cette évolution, le rôle des professionnels de santé de ville devient central, notamment dans le suivi du traitement et la prise en charge de ses effets indésirables.

Les prises en charge thérapeutiques évoluent également très vite. En effet depuis une dizaine d'années, se développent de plus en plus de traitements dits « ciblés » en cancérologie<sup>4</sup>. C'est une meilleure connaissance des mécanismes de l'oncogenèse qui permet le développement de ces thérapies, avec notamment l'identification des altérations moléculaires nécessaires au développement du processus tumoral. En effet les cellules tumorales utilisent différents mécanismes pour proliférer tel que l'autosuffisance en signaux de croissance, l'insensibilité aux inhibiteurs de croissance, l'échappement à l'apoptose, la capacité de réplication, la néoangiogénèse, ainsi que le pouvoir métastatique<sup>5</sup>.

Le mode d'action principal de ces thérapies ciblées passe donc par le contrôle de ces mécanismes de l'oncogenèse avec une spécificité relative pour les cellules cancéreuses ou leur micro-environnement. Il peut s'agir d'inhibiteurs intracellulaires (tels que les inhibiteurs de protéine kinase) ou extracellulaires (tels que les anticorps monoclonaux)<sup>6</sup>.

Malgré une action en théorie spécifiquement ciblée sur les mécanismes oncogéniques, ces thérapies ne sont pas dépourvues d'effets indésirables. Ceux-ci peuvent être graves et sont de nature bien différente des effets indésirables « classiques » qui accompagnent les chimiothérapies.

Ils peuvent être aussi bien cardiovasculaires (Anti-VEGF, sunitinib), dermatologiques (Anti-EGFR erlotinib ; Anti-VEGF, sunitinib), endocriniens (Anti-VEGF, sunitinib), pulmonaires (Inhibiteurs de mTOR, everolimus)<sup>7,8</sup>.

D'autre part beaucoup de ces traitements sont développés sous forme orale ce qui présente des avantages certains pour le patient, permettant une prise en charge ambulatoire, une limitation des complications liées au mode d'administration moins invasif : pas d'infection ou de thrombose sur des dispositifs intraveineux centraux, pas de dégradation du capital veineux.

Néanmoins la forme orale ne doit pas banaliser l'usage de ces traitements anti-cancéreux et en particulier leurs effets indésirables qui nécessitent une surveillance spécifique et rapprochée. La réduction du temps de prise en charge hospitalier doit donc être compensée par des informations spécifiques sur ces thérapeutiques auprès des patients et des professionnels de premier recours (médecins traitants, infirmières libérales, pharmaciens), qui n'ont pas forcément l'expérience de ces traitements<sup>9</sup>.

Cependant la connaissance de ces thérapeutiques est rendue difficile de par leur multiplicité. En effet fin 2015, 33 thérapies ciblées orales avaient l'AMM en France dans le traitement du cancer, et elles intéressent un nombre encore limité de patients, puisque 42 510 patients ont bénéficié de ce type de traitement en 2014<sup>4</sup>.

Le Plan Cancer III 2014 - 2019 a en partie pour but de renforcer la prise en charge ambulatoire de ces nouvelles thérapies ciblées orales, et de développer leurs connaissances auprès des professionnels de santé avec notamment :

- Objectif 2 : « Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge : améliorer la coordination ville-hôpital et les échanges d'informations entre professionnels »,
- Objectif 3 : « Accompagner les évolutions technologiques et thérapeutiques :

sécuriser l'utilisation des chimiothérapies orales »,

- Objectif 4 : « Faire évoluer les formations et les métiers de la cancérologie : adapter les formations des professionnels aux évolutions de la cancérologie »<sup>10</sup>.

Cette étude s'inscrit donc dans ce contexte, avec pour objectif principal de faire l'état des lieux des moyens d'information actuels à disposition des médecins généralistes dans l'aide à la gestion des effets secondaires des thérapies ciblées orales en cancérologie.

L'objectif secondaire est de mettre en relief les limites d'utilisation de ces moyens d'information, ainsi que les attentes des médecins généralistes dans ce domaine.

## **IV. MATÉRIEL ET MÉTHODE**

### **IV.1. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE**

L'étude réalisée est une analyse qualitative, basée sur des entretiens individuels conduits à l'aide d'un guide d'entretien semi-dirigé. La méthodologie utilisée est une analyse thématique.

### **IV.2. ÉLABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN**

Le guide d'entretien comprenait une première partie visant à définir les caractéristiques de l'échantillonnage (âge, sexe, mode et lieu d'exercice, année d'installation).

La seconde partie reprenait les grandes thématiques liées au sujet, à savoir : les moyens d'information connus ou utilisés dans l'aide à la prise en charge des effets secondaires des thérapies ciblées orales, les besoins et les difficultés des médecins généralistes concernant ces moyens d'information.

Le guide d'entretien est testé une première fois avec un médecin volontaire afin d'évaluer la compréhension et la justesse des thèmes abordés par rapport aux objectifs de l'étude. Les informations recueillies lors de cet entretien n'ont pas été intégrées à l'étude car le médecin interviewé ne répondait pas aux critères d'inclusion, n'exerçant pas en Isère.

### **IV.3. POPULATION ÉTUDIÉE**

Compte tenu de la spécificité des thérapeutiques étudiées, de leur faible utilisation dans la patientèle des médecins généralistes, et afin de rencontrer des

médecins confrontés à cette problématique, l'échantillonnage a été ciblé.

En effet, le recrutement de la population étudiée s'est fait à partir d'une base de données du CHU Grenoble Alpes répertoriant les patients sous thérapies ciblées orales, traités entre Janvier 2015 et Septembre 2016. Une centaine de médecins généralistes a ainsi pu être identifiée. Seuls les médecins généralistes issus de cette base de données et exerçant en Isère ont été inclus.

Les critères d'exclusion correspondaient aux médecins d'autres spécialités et n'exerçant pas en Isère.

Chaque médecin a été initialement contacté par mail afin de lui présenter le but de l'étude, les modalités de l'entretien, le mode de recueil des données, ainsi que le respect de son anonymat.

Un second contact par téléphone a permis de confirmer le consentement des médecins à participer à l'étude et de convenir d'un lieu et d'une date de rendez-vous entre le médecin et l'enquêteur, afin de réaliser l'entretien. Quarante-huit médecins ont été contactés par téléphone, dix-neuf d'entre eux ont accepté de participer à l'étude et ont été interviewés, jusqu'à saturation des données où les entretiens ont été interrompus.

Les enquêtrices et les médecins participants ne se connaissaient pas avant de débiter l'étude, hormis une des investigatrices qui connaissait un des médecins issus de la base de données. En effet celle-ci était l'associée d'un de ses anciens maîtres de stage, mais non informée du sujet à cette époque.

Une demande auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés a été faite et acceptée sous le numéro 0958491.

## **IV.4. RECUEIL ET ANALYSE DES DONNÉES**

### **IV.4.1. RECUEIL**

Les entretiens se déroulaient au sein des cabinets médicaux des médecins interviewés. L'enquêteur se présentait brièvement et exposait l'objet de son enquête. Puis, l'entretien débutait avec une consigne de départ très simple : raconter un exemple d'un patient ayant consulté à son cabinet pour des effets secondaires liés à une thérapie ciblée orale. Lorsque le médecin interrogé ne savait plus quoi dire, l'enquêteur le relançait sur des thèmes du guide d'entretien, afin de préciser les idées évoquées et d'élargir la réflexion sur des thèmes que le médecin n'avait pas abordés spontanément.

Chaque entretien a bénéficié d'un enregistrement audio après accord de l'interviewé. L'identité du médecin et son lieu d'exercice n'ont pas été mentionnés.

A la fin de chaque entretien, les enregistrements audio ont été retranscrits mot pour mot, permettant l'élaboration de cahiers d'entretien sur support numérique.

Les entretiens ont été répétés jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'aucune nouvelle idée n'émerge des entretiens<sup>11</sup>.

### **IV.4.2. ANALYSE DES DONNÉES**

Chaque cahier d'entretien a été analysé ligne par ligne, par les deux enquêtrices, indépendamment, au fur et à mesure de la réalisation des entretiens. Chaque idée identifiée ou verbatim, a été surlignée, puis classée en sous-thème puis en un thème plus général par chacune des enquêtrices : cela correspond à l'analyse thématique. Cette classification a permis de créer indépendamment, par chacune

des enquêtrices, un relevé de thèmes.

C'est lorsqu'aucun nouveau thème ne ressortait des analyses successives que les entretiens ont pris fin, ce qui correspond à la saturation des données.

Au fur et à mesure des entretiens, ces thèmes se sont répétés, opposés, créant ainsi des regroupements et des liens entre chaque thématique. Des arbres thématiques ont pu être mis en évidence par chacune des enquêtrices.

Ensuite, les deux enquêtrices ont confronté leurs analyses, dans le but de limiter la subjectivité dans l'interprétation des idées émergentes. Chaque verbatim, chaque thème a été discuté, afin d'examiner et résoudre d'éventuelles discordances d'analyse, et d'être le plus exhaustif possible : cette étape de l'analyse est aussi appelée triangulation des données, l'objectif étant de faire une vérification croisée des conclusions et ainsi renforcer la validité des interprétations faites à partir de l'analyse. Cette méthode d'analyse a permis l'élaboration d'arbres thématiques communs<sup>12,13</sup>.

## V. RÉSULTATS

### V.1. CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS DE L'ÉTUDE

Les entretiens ont duré entre 4 et 19 minutes, avec une durée moyenne de 10 minutes par entretien.

Parmi ces 19 médecins, la parité homme/femme a été respectée avec 10 hommes pour 9 femmes. Les différentes tranches d'âge ont été représentées. Aucun médecin n'exerçait en milieu rural.

Les médecins interrogés restent peu confrontés à la gestion de patients sous thérapies ciblées anticancéreuses orales, avec en majorité 1 à 5 patients concernés (n = 13 soit 68,4 %).

L'ensemble des caractéristiques des médecins généralistes inclus dans l'étude est détaillé dans le tableau n°1.



Tableau n°1 : Caractéristiques des médecins généralistes inclus dans l'étude (n=19)

<b>SEXE :</b>	
<b>Homme</b>	10 (52,6 %)
<b>Femme</b>	9 (47,4 %)
<b>ÂGE :</b>	
<b>31 - 40 ans</b>	6 (31,6 %)
<b>41 - 50 ans</b>	3 (15,8 %)
<b>51 - 60 ans</b>	5 (26,3 %)
<b>61 - 70 ans</b>	5 (26,3 %)
<b>NOMBRE D'ANNÉES D'INSTALLATION :</b>	
<b>0 - 10 ans</b>	6 (31,6 %)
<b>11 - 20 ans</b>	3 (15,8 %)
<b>21 - 30 ans</b>	6 (31,6 %)
<b>31 ans et plus</b>	4 (21 %)
<b>SECTEUR D'EXERCICE :</b>	
<b>Rural</b>	0 (0 %)
<b>Semi Rural</b>	8 (42,1 %)
<b>Urbain</b>	11 (57,9 %)
<b>TYPE D'ACTIVITÉ :</b>	
<b>Libérale exclusive</b>	15 (79 %)
<b>Mixte</b>	4 (21 %)
<b>NOMBRE DE PATIENTS SOUS THÉRAPIE CIBLÉE ORALE :</b>	
<b>Ne sait pas</b>	2 (10,5 %)
<b>Aucun</b>	3 (15,8 %)
<b>1 à 5</b>	13 (68,4 %)
<b>6 à 10</b>	1 (5,3 %)
<b>Plus de 10</b>	0 (0 %)

## V.2. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

### V.2.1. RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE EN CANCÉROLOGIE

Les médecins généralistes se sentent investis dans le rôle de dépistage et de diagnostic de la maladie cancéreuse. En effet, ce thème a été récurrent dans la quasi-totalité des entretiens :

*« Je pense qu'on est en première ligne face au dépistage. Ça c'est très clair. C'est quand même notre boulot d'évoquer le diagnostic »* (entretien 8), *« Je pense qu'on est les mieux placés pour faire le diagnostic et le dépistage »* (entretien 19).

Puis, ils se sentent majoritairement impliqués dans le rôle d'accompagnement psychique du patient face à l'annonce de la maladie :

*« Mais nous à la limite on va plutôt être dans le rôle de l'accompagnement, pour essayer d'abord d'entendre ce que les gens disent, leurs angoisses, leur compréhension de la maladie »* (entretien 14).

Les médecins généralistes se voient comme une personne de référence pour leur patient, les aidant à comprendre leur maladie, et à prendre une décision concernant les thérapeutiques à venir :

*« Souvent les gens viennent nous demander le conseil, est-ce qu'on fait, est-ce qu'on fait pas, est-ce que c'est bien ou pas, on nous demande notre avis, c'est assez fréquent »* (entretien 18).

Ils assurent également leur rôle de coordination entre le patient et les différents médecins spécialistes. Ils se voient comme un élément central au cours de la prise en charge, en alertant ou en passant la main au médecin spécialiste en cas de

difficultés :

*« Le médecin généraliste, doit être là en interface entre la pathologie et les thérapeutes... donc c'est le médecin généraliste de base qui calme ou inquiète le spécialiste »* (entretien 5).

La gestion des effets secondaires des thérapeutiques n'a pas été évoquée systématiquement dans tous les entretiens, 10 médecins sur les 19 interrogés ont mentionné ce rôle de surveillance durant la phase de traitement actif. Cette surveillance comprend la tolérance aux thérapies anticancéreuses et leurs interactions avec les traitements habituels :

*« Il y a les effets secondaires à la maison, l'angoisse à gérer, le moindre problème est amplifié... de plus il faut adapter les traitements chroniques »* (entretien 15).

Pour autant, certains médecins ne se sentent pas impliqués dans ce rôle de gestion des effets secondaires liés aux traitements :

*« Ça ne m'intéresse assez peu je dois vous dire... ça n'est pas mon métier »* (entretien 5), *« Par contre ils vous parlent des effets indésirables, et des fois en tant que médecin, alors on se défile hein, mais on est bien content de pas avoir à gérer tout ça »* (entretien 7).

Enfin, certains estiment avoir un rôle dans l'ultime phase palliative de la prise en charge en accompagnant le patient en fin de vie et en gérant le traitement de la douleur, bien que cela soit difficile en ambulatoire :

*« Et pour la fin de vie, ça dépend aussi... mais c'est quand même plus rare... c'est pas forcément un choix du patient, pas forcément un choix du médecin, mais parfois c'est quand même nécessaire d'hospitaliser quelqu'un pour pouvoir mourir »* (entretien 19).

## V.2.2. PLACE DES THÉRAPIES CIBLÉES ANTI-CANCÉREUSES ORALES

Les médecins sont peu confrontés à la gestion des thérapies ciblées anti-cancéreuses orales, car elles ne concernent encore qu'une faible part de leur patientèle. En effet, en majorité ils suivent moins de 5 patients sous ces thérapies. Très peu de médecins interviewés ont pu évoquer une anecdote concernant la gestion de leurs effets secondaires.

Malgré cela, ces thérapeutiques très spécifiques n'ont, pour eux, pas radicalement changé leurs pratiques concernant la prise en charge des effets secondaires :

*« Mais la gestion de la toxicité hémato, néphro, neuro, cutanée et tout ça, j'ai pas trouvé que ça changeait grand-chose que ce soit par voie orale. Je ne pense pas qu'on soit plus confronté en pratique parce que ces patients-là voient quand même régulièrement leur oncologue »* (entretien 12), *« En gros c'est les effets secondaires qu'on retrouve assez classiquement dans beaucoup de traitements anticancéreux »* (entretien 19).

Cependant, ils notent que cela peut présenter un bénéfice pour le patient, notamment en terme de qualité de vie en limitant les passages en milieu hospitalier :

*« C'est un bon truc pour le patient qu'il ne soit pas obligé d'aller se pointer sans cesse à l'hôpital »* (entretien 12).

## V.2.3. MOYENS D'INFORMATION UTILISÉS DANS L'AIDE À LA PRISE EN CHARGE

Les moyens d'information cités par les médecins généralistes interrogés ont pu être classés en 3 grands thèmes :

- la communication autour du médecin généraliste ;
- la documentation en lien avec la thérapeutique ;
- et la formation médicale.

### V.2.3.1. Communication

Le principal moyen d'information d'aide à la gestion des effets secondaires utilisé par les médecins généralistes est basé sur la communication, aussi bien entre le généraliste et le spécialiste, qu'entre le médecin traitant et son patient.

#### V.2.3.1.1. Relation entre médecin généraliste et équipe spécialisée

Le premier élément utilisé par les médecins est le courrier du spécialiste mentionnant la thérapeutique et parfois certains effets secondaires, ainsi que le compte rendu des réunions de concertation pluridisciplinaire :

*« D'abord les courriers des médecins spécialistes, pour voir quel type de molécule est prescrite, dedans ils donnent des informations déjà sur la conduite à tenir »* (entretien 2), *« Le document central ça reste la RCP... cela fait référence pour moi, j'y reviens souvent »* (entretien 11).

D'autre part, le médecin généraliste a facilement recours à l'avis du spécialiste, en prenant contact directement avec lui par téléphone ou par mail :

*« J'appelle les oncologues. Par mail également ça marche pas mal. »* (entretien 4).

Cet avis spécialisé paraît accessible, et apprécié dans la pratique quotidienne :

« *Donc si je suis confrontée à un problème je les appelle et ils répondent dans la journée* » et « *Aujourd'hui j'arrive plutôt à me débrouiller comme ça* » (entretien 1).

Un des médecins, du fait de son activité hospitalière à temps partiel, prend avis directement auprès de ses collègues spécialistes :

« *C'est que le travail que je peux faire en hospitalier amène aussi à être en contact avec des confrères de spécialités, ce qu'il fait qu'on peut échanger un peu plus facilement* » (entretien 8).

Plusieurs médecins ont mentionné la possibilité de participer aux réunions de concertation pluridisciplinaire. Ce moyen d'information n'est, en pratique, pas utilisé :

« *Alors je sais qu'il y a des réunions de concertation où les médecins généralistes peuvent assister... et ça serait intéressant d'y aller* » (entretien 6).

Certains médecins rapportent avoir recours à l'infirmière de liaison pour faciliter la prise en charge :

« *Il y avait le numéro de l'infirmière de coordination... on doit se déplacer chez eux, donc on n'a pas forcément le dossier... le coup de téléphone à l'infirmière de liaison qui peut être intéressant* » (entretien 19).

#### V.2.3.1.2. Relation entre médecin généraliste et patient

Le patient est souvent bien informé de son traitement et peut lui-même apporter des informations spécifiques à son médecin traitant. Parfois, il lui est donné, par l'équipe d'oncologie, des documents concernant son traitement : molécule, effets secondaires, interactions médicamenteuses, et prescriptions anticipées éventuelles. Certains patients ont même leur dossier médical, sous forme de classeur, à disposition des différents intervenants ambulatoires :

« *Parfois les patients arrivent avec un dossier et des informations sur leur traitement* »

*et les effets secondaires » (entretien 19), « Ils prennent vraiment le temps d'expliquer et de réaliser des prescriptions d'anticipation » (entretien 1).*

Les patients peuvent également contacter directement le service spécialisé afin d'envisager une première conduite à tenir avant d'être réorientés vers leur médecin généraliste :

*« Dans ce domaine les gens gèrent directement avec les médecins prescripteurs » (entretien 17).*

### **V.2.3.2. Documentation**

Une autre part importante des moyens d'information utilisés par les médecins généralistes interrogés a pu être regroupée sous le grand thème « Documentation », c'est-à-dire les recherches qu'ils réalisent pour améliorer leurs connaissances et faciliter leur gestion des effets secondaires des thérapies ciblées orales.

Le premier moyen utilisé dans ce domaine par les médecins interviewés est la base de données médicamenteuses :

*« Ben, alors déjà le Vidal. Enfin non, au cabinet, nous avons la banque Claude Bernard » (entretien 1).*

Les médecins peuvent également avoir recours à la littérature, par le biais des revues scientifiques :

*« J'aime bien... la lecture des revues papier » (entretien 12).*

Mais de plus en plus de médecins se documentent via internet, même si peu d'entre eux ont la connaissance de sites spécifiques dans le domaine des thérapies ciblées anti-cancéreuses :

*« Et puis après je regarde sur internet mais sans site ciblé, souvent sur Google, et je sélectionne les sites universitaires » (entretien 2).*

D'autres ont la connaissance de sites spécialisés tels que « *drugs.com* » (entretien

10) ou encore « *e-cancer* » (entretien 11).

### **V.2.3.3. Formation**

Le troisième grand axe mis en évidence dans les moyens d'information d'aide à la gestion des effets secondaires des thérapies ciblées anti-cancéreuses orales, concernait les formations complémentaires que les médecins ont pu réaliser pour maintenir leurs connaissances à jour et se perfectionner dans certains domaines.

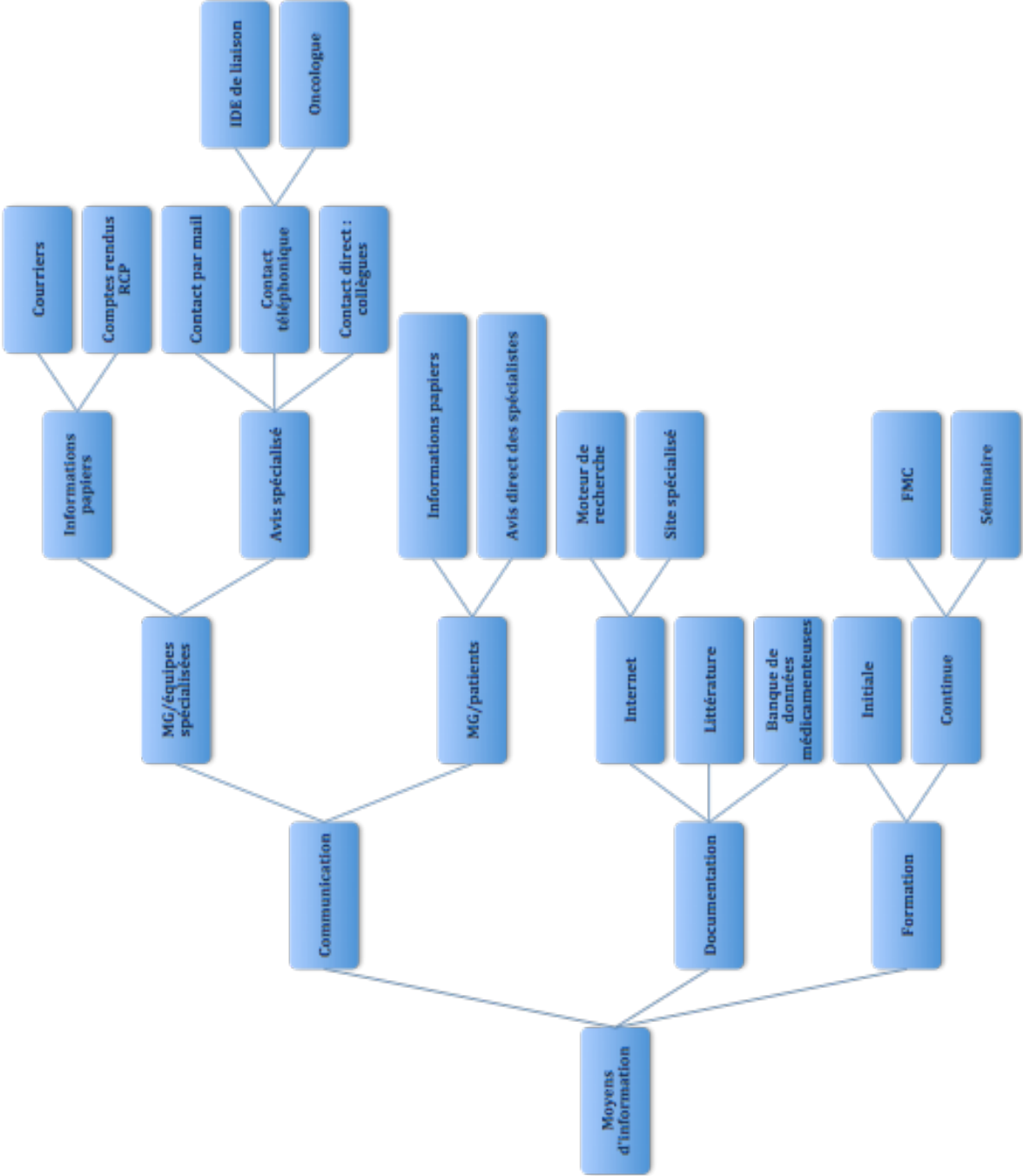
Les médecins estiment avoir une certaine connaissance de la gestion des effets secondaires dans le domaine de la cancérologie, de part leur « *formation initiale* » (entretien 15), et d'autre part avec les différentes formations continues auxquelles ils peuvent assister :

« *Sur la cancérologie en général oui, des EPU auxquels j'ai participé* » (entretien 12),  
« *on participe à des weekends, des conférences pour se mettre à jour* » (entretien 15).

Ces formations restent cependant utilisées chez une minorité de médecin : 3 médecins parmi les 19 interrogés (soit 15,8%).



Figure n°1 : Moyens d'information utilisés par les médecins généralistes de l'Isère dans l'aide à la gestion des effets secondaires des thérapies ciblées anti-cancéreuses orales.



## V.2.4. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

En parallèle de tous ces moyens d'information utilisés, les médecins généralistes rencontrent des difficultés pratiques quant à leur utilisation.

Les trois grands groupes de moyens d'information connus et utilisés par les médecins interrogés, sont également apparus dans les difficultés qu'ils peuvent rencontrer au quotidien.

### V.2.4.1. Communication

Les moyens de communication du médecin généraliste, que ce soit avec le patient ou avec le spécialiste, peuvent représenter une première difficulté pour les médecins interviewés.

#### V.2.4.1.1. Relation entre médecin généraliste et patient

Certains médecins généralistes se disent souvent mis à l'écart durant la phase active de la prise en charge du patient, ils se sentent exclus de la prise en charge du patient durant cette phase :

« *Quand la personne est prise en charge, tu la perds complètement de vue* » (entretien 10).

Ce sentiment d'exclusion a été évoqué spontanément par 8 des 19 médecins interrogés (soit 42,1 %).

#### V.2.4.1.2. Relation entre médecin généraliste et spécialiste

D'autres médecins généralistes rencontrent des difficultés basées sur la communication avec le médecin spécialiste.

Le courrier du médecin spécialiste est un document de référence pour les médecins généralistes. Cependant, celui-ci est souvent jugé comme incomplet, sans

informations suffisantes concernant la molécule, sa surveillance, ses interactions ou ses effets indésirables :

*« C'est toujours compliqué de suivre un patient sur ses effets secondaires quand on n'est pas toujours parfaitement au courant de ce qu'il reçoit »* (entretien 8).

Au contraire, un des médecins les juge trop denses.

La seconde difficulté rencontrée, concernant les courriers du médecin spécialiste, fût le délai de réception. Les médecins généralistes sont amenés à revoir le patient avant même de recevoir le courrier d'information. Et l'utilisation d'un logiciel informatique pour la réception de ces courriers semble encore difficile dans la pratique courante, du fait de difficultés d'accessibilité :

*« Et quand l'hosto t'envoie les courriers 3 semaines après c'est un peu désagréable... Zepira moi j'ai abandonné, au début je recevais les courriers dessus mais je me suis retirée... ça me faisait perdre trop de temps »* (entretien 10).

L'accessibilité au médecin spécialiste est également controversée, parce qu'*« il est parfois difficile de les joindre par téléphone »* (entretien 1).

Un des médecins de l'étude rapporte avoir des difficultés dans la communication téléphonique avec les médecins spécialistes, il n'*« ose pas trop les déranger »* (entretien 7).

Enfin, les médecins généralistes savent qu'ils ont la possibilité de participer aux réunions de concertation pluridisciplinaire, afin de pouvoir échanger directement avec les médecins de spécialités, mais *« il faut du temps pour participer à chacune et c'est difficile à organiser »* (entretien 2).

#### **V.2.4.2. Documentation**

Arrivent ensuite les difficultés en lien avec les recherches effectuées par le médecin généraliste lui-même. De façon générale, est soulignée la difficulté de «

*savoir où trouver mon information fiable » (entretien 9).*

Le manque d'exhaustivité des bases de données médicamenteuses classiques est également mentionné. Les thérapies ciblées orales n'y sont pas référencées, sur « *le Vidal il y a tout et rien, faut pas oublier que pour être sur le Vidal il faut payer » (entretien 19).*

#### **V.2.4.3. Formation**

La majorité des médecins, quels que soient leurs pratiques, leurs formations ou leur nombre d'années d'installation, estime que leurs connaissances concernant les thérapies ciblées orales ne sont pas à jour, ils disent avoir « *beaucoup de lacunes » (entretien 10) dans ce domaine, d'autant plus que « les évolutions vont vite » (entretien 2). D'autre part, l'imputabilité des molécules dans l'apparition des effets secondaires est difficile à affirmer pour les médecins généralistes :*

*« Je ne sais pas ce qu'il faut mettre sur le compte du traitement ou sur ses pathologies annexes » (entretien 11).*

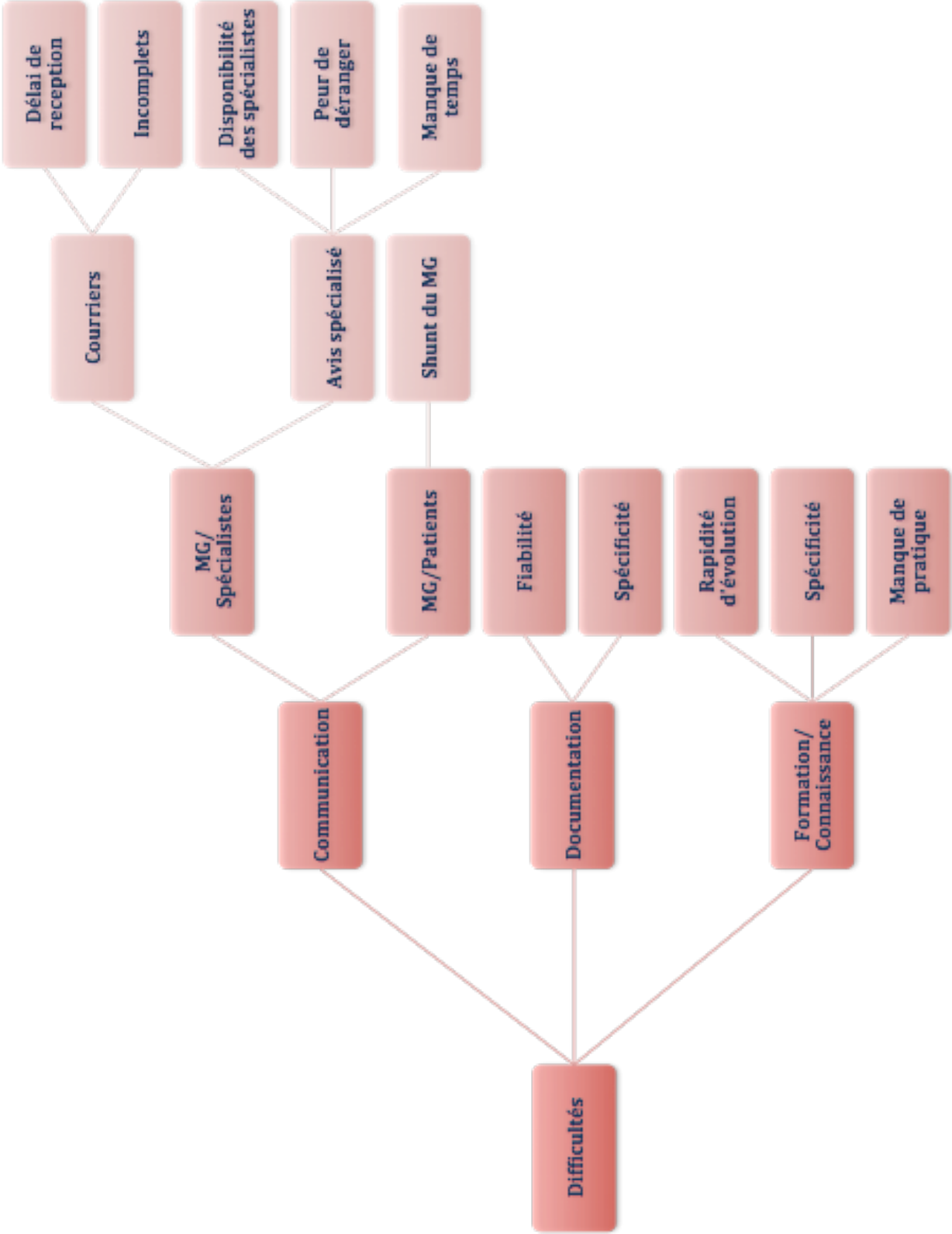
Enfin, en dehors de toutes ces difficultés, les médecins généralistes estiment être peu confrontés à la prise en charge d'effets secondaires liées aux thérapies ciblées orales, « *sur un mois on en voit quoi 2 ou 3 » (entretien 7). Devant le manque de pratique, le maintien des compétences dans le domaine n'est pas aisé :*

*« On ne pratique pas assez, et on n'a pas assez de patients concernés pour se rappeler » (entretien 18).*

Par ailleurs, parmi les médecins interrogés, certains jugent que le fonctionnement actuel est satisfaisant et ne nécessite pas de modifications particulières :

*« Aujourd'hui j'arrive plutôt à me débrouiller comme ça » (entretien 1).*

Figure n°2 : Difficultés rencontrées par les médecins généralistes de l'Isère dans la gestion des effets secondaire des thérapies ciblées anti-cancéreuses orales.



## V.2.5. AMÉLIORATIONS ATTENDUES ET BESOINS DES MÉDECINS

### GÉNÉRALISTES

L'étude s'intéresse, pour finir, aux attentes des médecins généralistes concernant les moyens d'information d'aide à la gestion des effets secondaires des thérapies ciblées orales. Quels outils faciliteraient la prise en charge de leurs patients ?

Les attentes des médecins généralistes interrogés ont pu être regroupées selon les 3 grands thèmes précédents à savoir : la communication, la documentation, et la formation.

#### V.2.5.1. Communication

Les médecins interrogés aimeraient voir leur relation avec le spécialiste s'améliorer avec notamment une réception plus rapide des comptes rendus de consultations. Ils souhaiteraient aussi avoir des informations plus spécifiques sur la thérapeutique du patient sous forme de fiches d'information ou encore de protocoles joints au courrier. Cet élément a été mentionné par 10 des 19 médecins interrogés (52,6 %) :

*« Je crois que le meilleur moyen d'informer les médecins généralistes c'est dans le courrier avec un paragraphe bien spécifique sur le suivi de la thérapie... ou une fiche d'information écrite »* (entretien 16), *« Il serait intéressant, au moins, que systématiquement, les protocoles nous soient transmis... en disant « les effets secondaires les plus fréquents sont », avec un guide sur la prise en charge en fonction de la sévérité »* (entretien 8).

Certains évoquent également la mise en place d'une astreinte par mail pour faciliter les avis auprès du spécialiste. En effet, « *il serait peut-être plus simple de les contacter directement par mail... pour pouvoir nous répondre dans la journée, comme un mail d'astreinte* » (entretien 1).

D'autres estiment que le patient devrait être en possession de son dossier médical complet, sous forme de classeur, afin d'avoir toutes les informations nécessaires, aussi bien au cabinet qu'à domicile :

« *Ce qui pourrait être intéressant... c'est qu'à la limite ils se baladent avec leur dossier. Ce qui nous permettrait de retrouver les informations en cas d'urgence* » (entretien 8).

Enfin un des médecins a mentionné également la nécessité d'augmenter les effectifs de professionnels dans les services d'oncologie :

« *Qu'il y ait un peu plus de monde pour qu'ils ne soient pas complètement débordés* » (entretien 5).

#### **V.2.5.2. Documentation**

Les médecins interrogés connaissent de nombreux outils de documentation pour l'aide à la gestion des effets secondaires des thérapies ciblées anti-cancéreuses, mais ils les utilisent très peu. Quatre des dix-neuf médecins interrogés souhaiteraient avoir des documents de référence afin de s'assurer de la fiabilité des informations qu'ils trouvent :

« *Ce qui serait bien, c'est qu'on ait une base de données sur internet avec un site dédié* » (entretien 19).

### V.2.5.3. Formation

Une partie des médecins interviewés estime nécessaire, devant la rapidité d'évolution des thérapeutiques, de mettre à jour leurs connaissances :

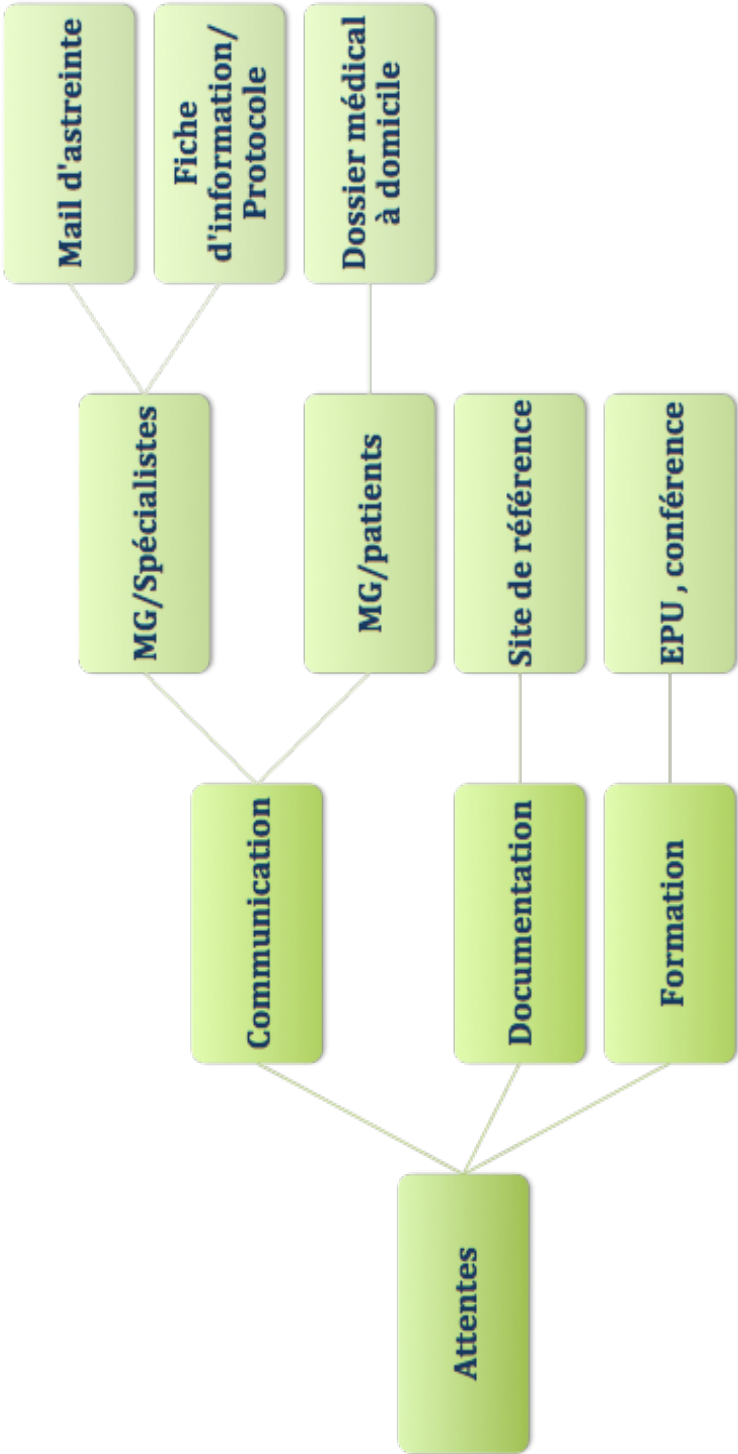
*« Alors ce qui pourrait nous aider, c'est des formations avec les oncologues »* (entretien 19), *« Mais là où j'apprendrais le plus, c'est lors des conférences, avec le médecin en face, qu'on puisse poser des questions »* (entretien 6).

A noter que certains médecins n'ont pas exprimé d'attentes particulières, considérant les moyens actuels comme suffisants :

*« Déjà j'ai vu beaucoup de chose se mettre en place avec le réseau ville-hôpital, je trouve que c'est déjà une avancée énorme, de la disponibilité avec le système de médecin référent, j'arrive à avoir assez d'information pour gérer le reste »* (entretien 15).



Figure n°3 : Attentes des médecins généralistes de l'Isère dans l'aide à la prise en charge des effets secondaires des thérapies ciblées anticancéreuses orales.



## VI. DISCUSSION

### VI.1. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET NIVEAUX DE PREUVE

L'implication des médecins traitants dans la gestion des patients atteints d'un cancer a été mise en évidence dans plusieurs études, notamment dans une étude qualitative australienne de 2012. L'investissement des médecins généralistes se retrouvait dans les différentes phases de la maladie : aussi bien le diagnostic que le suivi durant la phase active ou encore les soins palliatifs<sup>14</sup>. C'est également ce qui ressort de notre étude, les médecins interrogés estimaient avoir un rôle tout au long du suivi de la maladie, de la découverte jusqu'à la fin de vie, même si le rôle de gestion du patient durant la phase de traitement actif n'a pas été évoqué systématiquement.

De plus, il a été montré que le nombre de consultations chez le médecin généraliste augmentait chez les patients traités pour un cancer que ce soit pour des problèmes liés à la maladie ou pour d'autres motifs<sup>15</sup>. En effet, une étude néerlandaise montre un doublement des consultations annuelles chez des patientes présentant un cancer du sein en comparaison à la population générale. Il est donc nécessaire que les médecins généralistes aient à leur disposition toutes les informations et connaissances pour faire face à cette demande de soins.

En effet si leur implication a été montrée, leur rôle n'est pas clairement défini dans le suivi du traitement actif des patients cancéreux, et les médecins généralistes estiment ne pas posséder toutes les ressources et connaissances nécessaires à ces prises en charge<sup>16</sup>. Dans une étude de 2009 réalisée en France et en Norvège, il est montré que 47 % des médecins interrogés estimaient ne pas connaître suffisamment les effets secondaires des thérapies anti-cancéreuses pour pouvoir les gérer<sup>17</sup>. Dans

notre étude, parmi les difficultés rencontrées, le manque de connaissance et de formation dans le domaine de la cancérologie a été évoqué.

Notre étude a mis en évidence l'existence de nombreux outils connus des médecins généralistes afin de les aider dans la prise en charge des effets secondaires des thérapies ciblées anti-cancéreuses orales.

Cependant, nous avons pu mettre en relief de nombreux freins à l'usage de ces moyens d'information : difficultés de communication avec les spécialistes, manque de formations spécifiques dans le domaine de la cancérologie, manque de sources de documentation fiables. Parmi ces nombreux moyens d'informations, les médecins généralistes n'arrivent donc pas à s'orienter vers un outil d'information fiable et privilégié.

Notre étude a pu montrer que la majorité des médecins généralistes interrogés souhaitait la création de fiches d'information sur les thérapies ciblées anti-cancéreuses orales. Celles-ci doivent comprendre les informations essentielles sur la thérapeutique du patient : molécule, effets secondaires attendus, interactions médicamenteuses, possibilités d'adaptation du traitement anti-cancéreux. Ce document, qui serait fourni par le spécialiste, serait considéré comme un outil de référence par le médecin généraliste. C'est ce que l'on retrouve dans une étude interventionnelle toulousaine de 2015 évaluant l'impact de la mise à disposition de fiches d'informations pour les médecins généralistes. En effet, cette démarche a simplifié le déroulement des consultations des médecins généralistes et a limité le nombre d'hospitalisation en rapport avec l'apparition d'effets secondaires des thérapies anti-cancéreuses (7 % d'hospitalisation après la mise en place des fiches d'information versus 38 % avant leur mise en place,  $p = 0,013$ )<sup>18</sup>. Cet impact sur la diminution du nombre d'hospitalisation pourrait être en lien, d'une part avec

l'amélioration de l'information des médecins généralistes, et d'autre part avec un investissement plus fort des médecins généralistes dans la prise en charge des patients cancéreux.

Nous nous intéressons, dans notre étude, spécifiquement aux thérapies ciblées anticancéreuses orales, or celles-ci ne représentent pas de difficultés supplémentaires particulières pour les médecins généralistes par rapport aux chimiothérapies classiques. Ces derniers restent demandeurs d'informations pour la gestion des effets secondaires des thérapies anti-cancéreuses de façon générale.

## **VI.2. FORCES ET FAIBLESSES DE NOTRE ÉTUDE**

Il existe déjà plusieurs études s'intéressant au rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des patients cancéreux, mais très peu se sont spécifiquement interrogées, comme cette étude, sur les difficultés et les attentes des médecins généralistes concernant la gestion des effets secondaires des thérapies ciblées orales.

De plus, cette étude s'inscrit dans la problématique actuelle du Plan Cancer III 2014 - 2019 concernant le renforcement de la prise en charge ambulatoire.

Le choix de réaliser une étude qualitative était pertinent dans le cadre d'une évaluation des pratiques et des besoins des médecins généralistes.

La grille d'entretien semi-dirigé a permis de guider les médecins interrogés autour des grands thèmes de notre étude tout en leur laissant une liberté de réponse. De plus un entretien-test a été réalisé au préalable afin d'évaluer la compréhension de notre grille. La fiabilité de nos résultats a été assurée par la réalisation des entretiens jusqu'à saturation des données.

La double analyse par triangulation des données a permis de limiter l'apparition de

biais d'interprétation.

Malgré nos efforts méthodologiques pour assurer la fiabilité de notre étude, il persiste certains biais.

Nous rencontrons un premier biais de sélection, puisque notre échantillon de médecins généralistes est issu d'une base de données de patients suivis au CHU Grenoble Alpes. Les médecins généralistes étaient potentiellement plus en communication avec l'équipe d'oncologie du CHU qu'avec d'autres centres anti-cancéreux pouvant utiliser d'autres moyens de communication.

De plus, nous pouvons noter également un biais de volontariat. En effet, les médecins ayant accepté de répondre à notre questionnaire sont sans doute plus impliqués dans le domaine de la cancérologie que ceux ayant refusé.

Par souci organisationnel, le choix d'entretiens individuels a été privilégié par rapport aux *focus groups*, entretiens en groupe rassemblant plusieurs interviewés et facilitant ainsi les interactions entre les individus, et l'apparition d'idées nouvelles.

Lors de certains entretiens, nous avons eu le sentiment d'être perçues, par les médecins, comme faisant partie de l'équipe d'oncologie. Ceci peut représenter un biais quant à l'objectivité des réponses apportées, en minimisant éventuellement les difficultés rencontrées par les médecins interrogés.

### VI.3. PROPOSITIONS

Actuellement des fiches d'information sur ces nouvelles thérapeutiques anti-cancéreuses émergent sur les sites internet spécialisés (tels que [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr) ou encore [espacecancer.sante-ra.fr](http://espacecancer.sante-ra.fr))<sup>19, 20</sup> et sont délivrées aux patients par les équipes spécialisées. Cependant ces nouveaux outils d'information semblent encore peu connus des médecins généralistes. Ces sources d'information pourraient être communiquées dans les courriers destinés aux médecins généralistes.

La mise à disposition de tous les outils nécessaires à la gestion des effets secondaires des thérapies anti-cancéreuses aux médecins généralistes présente également un intérêt économique, en favorisant une prise en charge ambulatoire limitant ainsi les séjours aux urgences ou en service hospitalier.

Cependant, le manque de temps ou encore le manque d'implication dans le domaine de la cancérologie de certains médecins généralistes pourrait être un facteur limitant à la diffusion de l'information concernant ces nouvelles thérapeutiques.

Enfin, à l'ère du numérique où l'accès à l'information doit toujours être plus facile et plus rapide, nous pouvons imaginer la création d'une application médicale accessible depuis un ordinateur ou un smartphone. L'application regrouperait les coordonnées des différents spécialistes ainsi que toutes les fiches d'information concernant les thérapeutiques anti-cancéreuses : les interactions médicamenteuses, les effets secondaires, et une conduite à tenir selon la situation. Cet outil numérique pourrait être élaboré par les médecins généralistes, afin de s'assurer de sa fonctionnalité et de son intérêt pour leur pratique courante, en collaboration avec les médecins spécialistes pour valider la fiabilité des informations délivrées.

## VII. CONCLUSION

THÈSE SOUTENUE PAR : Aurélie LEVY et Tiffany REVIL

TITRE :

MOYENS D'INFORMATION DANS L'AIDE À LA GESTION DES EFFETS  
SECONDAIRES DES THÉRAPIES CIBLÉES ANTI-CANCÉREUSES ORALES :  
PERCEPTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE L'ISÈRE.

### CONCLUSION

Introduction : Les médecins généralistes sont de plus en plus fréquemment confrontés à la gestion des effets secondaires des thérapies ciblées anti-cancéreuses orales. Cependant l'émergence de ces nouvelles molécules, rend difficile l'actualisation des connaissances des médecins généralistes. Pourtant, les sources d'informations sont multiples mais pas toujours connues ou correctement utilisées.

L'objectif principal de cette étude est de faire l'état des lieux des moyens d'information actuels à disposition des médecins généralistes dans l'aide à la gestion des effets secondaires des thérapies ciblées orales. L'objectif secondaire est de mettre en relief les limites d'utilisation de ces moyens d'information, ainsi que les attentes des médecins généralistes dans ce domaine.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative, par entretiens individuels semi-guidés, réalisée auprès de médecins généralistes de l'Isère issus d'une base de données du CHU Grenoble Alpes de patients sous thérapies ciblées orales. D'Octobre 2016 à Février 2017, 19 médecins ont été interrogés jusqu'à saturation des données. Ces entretiens ont été enregistrés puis retranscrits. L'interprétation des verbatims a été réalisée par analyse thématique.

Résultats : Cette étude a montré que les médecins généralistes utilisaient de nombreux moyens d'information dans l'aide à la gestion des effets secondaires des thérapies ciblées orales. Ils sont regroupés en trois grands thèmes : communication, documentation et formation. La communication auprès des équipes spécialisées reste un des premiers moyens

d'information utilisée par les médecins interrogés. Cependant les médecins généralistes rencontrent des difficultés à l'utilisation de ces moyens d'information. Ces difficultés peuvent être de différent ordre : difficultés d'accès à l'information, manque de temps, manque de documents et de sources d'information fiables. Une de leurs attentes, pour améliorer leur prise en charge, implique la mise à disposition par les équipes spécialisées de fiches d'information concernant ces thérapeutiques.

Conclusion : Des fiches d'information sur ces thérapeutiques sont progressivement élaborées. Il semble nécessaire de faire valoir leur existence auprès des médecins généralistes en renforçant la communication ville-hôpital, et d'en faciliter l'accès par le développement d'un outil numérique.


VU ET PERMIS D'IMPRIMER  
Grenoble, le 01/06/17

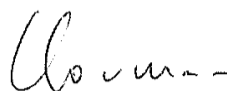
LE DOYEN

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

J.P. ROMANET

PROFESSEUR M. MOUSSEAU

  
Pour la Présidente  
et par délégation  
Le Doyen de Médecine  
Pr. Jean-Paul ROMANET





## VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Les cancers en France en 2015, l'essentiel des faits et chiffres [En ligne]. Institut National du Cancer. 2016 [cité 5 sept 2016]. Disponible sur : <http://e-cancer.fr>
2. Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1er Janvier 2016 [En ligne]. Ordre National des Médecins. Disponible sur : [https://www.conseil-national.medecin.fr/.../atlas\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2016.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/.../atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf)
3. Ordre National des Médecins. Cartographie médicale interactive [En ligne]. [cité 2 mars 2017]. Disponible sur : <http://demographie.medecin.fr/demographie>
4. INCa. Les thérapies ciblées dans le traitement du cancer en 2015 / État des lieux et enjeux, appui à la décision [En ligne]. 2016 [cité 5 sept 2016]. Disponible sur : <http://e-cancer.fr>
5. Leroy K, Cremoux P de. Anomalies moléculaires des cancers: ciblage thérapeutique [En ligne]. 2014 [cité 3 avr 2017]. Disponible sur : <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=925978>

6. Hanahan D, Weinberg RA. Hallmarks of cancer : the next generation. Cell. mars 2011;144(5):64674.
7. Thécitox (Basse-Normandie). Prise en charge des effets secondaires des thérapies ciblées. Ferney-Voltaire : Potentiel d'action éd. ; 2011.
8. Berthozat C, Boulieu R, Charbonnel J-F. Guide d'aide à l'usage des anticancéreux disponibles en officine. Courbevoie : Les Éd. Le moniteur des pharmacies - Newsmed ; 2014.
9. Wallace C. Prise en charge ambulatoire des cancers. Les recommandations de l'INCa pour la gestion des effets indésirables des chimiothérapies per os. Le quotidien du médecin. 21 sept 2015;(9434):8.
10. INCa. Plan Cancer 2014-2019 [En ligne]. 2015 [cité 9 mai 2016]. Disponible sur : <http://e-cancer.fr>
11. Touboul P. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative [En ligne]. 2013 [cité 5 mai 2016]. Disponible sur : [www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/QMTQuali.pdf](http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/QMTQuali.pdf)
12. Fountain J. Études d'évaluation thématique : approche qualitative de la collecte de données. [En ligne]. United Nations ; 2004 [cité 11 oct 2016]. Disponible sur :

13. Falley B, Rodhain F. Quatre approches pour l'analyse de données textuelles: lexicale, linguistique, cognitive, thématique. Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique AIMS ; 2007
14. Mitchell GK, Burridge LH, Colquist SP, Love A. General Practitioners' perceptions of their role in cancer care and factors which influence this role : The general practitioner role in cancer care. Health & social care in the Community. nov 2012;20(6):60716.
15. Roorda C, de Bock GH, van der Veen WJ, Lindeman A, Jansen L, van der Meer K. Role of the general practitioner during the active breast cancer treatment phase : an analysis of health care use. Supportive care in cancer. avr 2012;20(4):70514.
16. Couraud Laouisset C. Le médecin généraliste face à la prise en charge des patients atteints de cancer. Paris 7 - Diderot ; 2011.
17. Bungener M, Demagny L, Holtedahl K, Letourmy A. La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ? Pratiques et organisation des soins. 2009;40(3):191.

18. Rouge-Bugat M-E, Lassoued D, Bacrie J, Boussier N, Delord J-P, Oustric S, et al. Guideline sheets on the side effects of anticancer drugs are useful for general practitioners. *Supportive care in cancer*. déc 2015;23(12):347380.
19. Recommandations sur la prévention et la gestion des effets indésirables des anticancéreux par voie orale [En ligne]. Institut National du Cancer. [cité 22 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Recommandations-et-outils-d-aide-a-la-pratique/Anticancereux-par-voie-orale>
20. Fiche d'information thérapeutique [En ligne]. Réseau espace santé cancer. [cité 11 mars 2017]. Disponible sur: <http://espacecancer.sante-ra.fr/Pages/fiches-information-therapeutique-alphabetique.aspx>

## IX. ANNEXES

### IX.1. GUIDE D'ENTRETIEN

-Nom/Prénom

-Sexe

-Âge

-Nombre d'années d'installation

-Lieu d'exercice : rural/semi-rural/urbain

-Mode d'exercice : individuel/cabinet de groupe // Libéral exclusif ou activité salariée

- Combien de patient sous thérapies ciblées pensez-vous avoir dans votre patientèle ?

#### **Anecdote**

- Êtes-vous confronté à la gestion des effets secondaires des thérapies ciblées anti-cancéreuses orales ? Pouvez-vous nous parler d'une ou plusieurs situations dans lesquelles vous avez été amené à gérer ces effets secondaires ?

#### **Moyens**

- Quels moyens d'information utilisez-vous pour vous aider dans la prise en charge de ces patients ?
- Connaissez-vous d'autres moyens à disposition non utilisés dans votre pratique ?

#### **Difficultés**

- Malgré ces moyens à dispositions, à quelles difficultés avez-vous été confronté lors de la gestion de ces effets indésirables ?

#### **Solutions**

- Selon vous, comment pouvons-nous améliorer ces moyens d'information afin de faciliter votre prise en charge ?

#### **Rôles**

- Quels rôles pensez-vous avoir dans la prise en charge des patients cancéreux ?

## IX.2. RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS

### Entretien 1

Intervieweur : Bonjour.

Médecin 1 : Bonjour.

I : Est-ce que je peux avoir votre âge ?

M1 : Oui, alors 37 ans (femme).

I : Depuis combien de temps êtes-vous installée ?

M1 : Depuis 2008, donc ça fait 8 ans.

I : Vous êtes installée donc en milieu semi-rural, et avez-vous une activité uniquement de libéral en cabinet de groupe ou avez-vous une activité salariée parallèle ?

M1 : Tout à fait, activité libérale uniquement.

I : Donc le sujet concernait les thérapies ciblées anticancéreuses orales, combien de patients pensez-vous avoir avec ce type de thérapies anticancéreuses ?

M1 : Moins de 10 c'est sûr, je dirais 5 de premier jet.

I : Est-ce que vous avez une anecdote particulière concernant la prise en charge d'effets secondaires chez un patient sous ces thérapies ?

M1 : Comme ça, je n'ai pas d'histoire particulière.

I : Si jamais vous êtes amenée à devoir gérer ces effets secondaires, vers quels types de moyens d'information vous tournez-vous ?

M1 : Ben, alors, déjà le Vidal. Enfin, non au cabinet, nous avons la Banque Claude Bernard. Après souvent ça va être vers le prescripteur, donc l'oncologue. Parce que c'est pas moi qui prescris. Mais la situation s'est peu présentée, bien souvent le patient se retourne directement vers son oncologue. Et puis souvent les patients ont un lien vers un site qu'ils me transmettent.

I : Connaissez-vous d'autres moyens d'information que vous n'utilisez pas particulièrement ?

M1 : Non pas particulièrement.

I : Avez-vous une formation particulière en cancérologie ?

M1 : Si moi j'en ai faite ? Non pas particulièrement.

I : Parmi tous ces moyens qui existent, à quelles difficultés avez-vous été confrontée dans la gestion des effets secondaires de ces patients sous thérapies ciblées ?

M1 : Non, puisqu'ils sont beaucoup gérés par les spécialistes, ils ont eu souvent suffisamment d'information auprès de leur prescripteur, ils prennent vraiment le temps d'expliquer et de réaliser des prescriptions d'anticipation. Mais c'est vrai que sur la gestion des effets indésirables, j'ai pu être en première ligne. Généralement le patient a déjà appelé l'oncologue, il a son ordonnance pré-faite en cas de tel effet indésirable. Donc souvent je suis « squeezée ». D'autant plus que les patients peuvent les appeler 24h/24, grâce au téléphone d'astreinte. Et donc si je suis confrontée à un problème je les appelle et ils répondent dans la journée.

I : Et donc quelles sont pour vous les solutions, les ouvertures à envisager pour améliorer ces moyens d'information et faciliter votre prise en charge ?

M1 : J'ai été peu confrontée à ça, mais c'est vrai que les rares fois où j'y ai été confrontée, on a trouvé une solution avec le patient ou en appelant l'oncologue prescripteur, et donc ça n'était pas effrayant. En revanche, il est parfois difficile de les joindre par téléphone, et il serait peut-être plus simple de les contacter directement par mail, mais qu'ils consulteraient régulièrement pour pouvoir nous répondre dans la journée, comme un mail d'astreinte, ce qui éviterait de passer du temps au téléphone sans toujours arriver à les joindre.

I : C'est noté, pensez-vous à d'autres choses à ajouter ?

M1 : Non, aujourd'hui j'arrive plutôt à me débrouiller comme ça.

I : Très bien merci pour votre participation.

## Entretien 2

Intervieweur : Bonjour, merci de me recevoir dans le cadre de cette thèse, on commence avec un peu d'administratif, est-ce que je peux avoir votre âge ?

Médecin 2 : Oui, 39 ans (femme)

I : Depuis combien de temps êtes-vous installée ?

M2 : 6 ans.

I : Ici, vous êtes considérée comme semi-rural ?

M2 : Oui.

I : Quel type d'activité pratiquez-vous ?

M2 : Uniquement du libéral en cabinet de groupe.

I : Actuellement, combien pensez-vous avoir de patients sous thérapies ciblées anti-cancéreuses orales ?

M2 : (*silence*) C'est dur comme ça, je dirais 5.

I : Est-ce que vous avez une situation en tête dans laquelle vous avez été amenée à gérer les effets secondaires de ces thérapies ?

M2 : Ah oui. Souvent les patients sont très au courant des types d'effets secondaires, ils m'appellent pour une visite parce qu'ils ne sont souvent pas bien, du fait des traitements. Ils sont déjà au courant des effets secondaires, ils ont déjà des médicaments pour compenser ces effets secondaires. Par exemple, c'était une visite d'il y a 15 jours, elle n'avait finalement pas tout pris, et finalement on a réévalué, et elle a pris les médicaments déjà prescrits.

I : Avez-vous eu recours à des aides particulières ?

M2 : J'ai pas eu de recours à internet ou d'autres sources d'information. Des fois ça m'arrive mais souvent les patients sont déjà bien au courant, et là notamment elle était bien informée de sa maladie.

I : Si vous êtes amenée à utiliser des moyens d'information pour vous aider dans votre prise en charge, vers quels types de moyens d'information vous tournez-vous ?

M2 : D'abord les courriers des médecins spécialistes, pour voir quel type de molécule est prescrit, dedans ils donnent des informations déjà sur la conduite à tenir. Et puis après je regarde sur internet mais sans site ciblé, souvent sur Google, et je sélectionne les sites universitaires. Ou encore sur la banque Claude Bernard.

I : Avez-vous une formation spécifique dans le domaine de la cancérologie ?

M2 : Alors moi je n'en ai pas faite particulièrement.

I : Vous arrive-t-il de contacter l'oncologue ?

M2 : Ah oui souvent, plutôt par mail. Dans les cas que j'ai en ce moment, l'oncologue est très joignable par mail.

I : Connaissez-vous d'autres moyens à disposition pour vous aider ?

M2 : Non.

I : Malgré tous ces moyens, à quels types de difficultés êtes-vous confrontée généralement ?

M2 : Souvent, c'est le manque de connaissance sur les molécules. C'est surtout ça qu'il me manque, que je ne connais pas bien, parce que les évolutions vont vite. Après je suis obligée d'aller chercher des informations quand je n'en ai pas, je passe du temps à regarder, du temps à contacter l'oncologue pour résoudre certaines situations. Donc c'est surtout un



problème de connaissance et de temps passé. À force on a son réseau, ça n'est certainement pas pareil de partout. Après il y a certainement un moyen de l'améliorer.

I : Alors justement, comment est-ce que vous verrez ces pistes d'améliorations ?

M2 : Il y a quand même une fois où pour un patient j'avais eu tout le protocole, le calendrier de traitement et de rendez vous, avec les effets indésirables qui pouvaient arriver. Le fascicule m'avait été envoyé spécifiquement, et ça avait été très utile pour le suivi et la gestion du patient. Donc plutôt améliorer la communication entre le centre de suivi et le médecin traitant, et la rapidité dans la réception des informations puisque souvent on découvre en même temps que le malade. Souvent le courrier arrive tard.

I : Avez-vous d'autres points que vous aimeriez voir changer ?

M2 : (*silence*) Non c'est surtout sur les protocoles. Après certains demandent à participer aux réunions de concertation pluridisciplinaire, mais il faut du temps pour participer à chacune, et c'est difficile à organiser.

### Entretien 3

Intervieweur : Bonjour.

Médecin 3 : Bonjour.

I : Avant de commencer est-ce que je peux avoir votre âge, s'il vous plaît ?

M3: Euh, 48 (homme)

I: Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

M3 : Je suis installé depuis 2001, soit 15 ans.

I : Donc, vous êtes en maison médicale, dans une zone plutôt semi-rurale, votre activité est-elle uniquement libérale ou y a-t-il une activité salariée ?

M3 : Que libérale.

I : Avez-vous des formations spécifiques dans le domaine de la cancérologie ?

M3 : Non. Je suis passé en cancéro pendant mes stages d'externe, mais je n'ai pas de formation particulière.

I : Combien pensez-vous avoir de patients sous thérapie ciblée orale ?

M3 : (*silence*) J'en ai eu mais je n'en ai plus. En ce moment ? Thérapie ciblée per os ? En ce moment je dirais zéro.

I : Avez-vous une anecdote où vous avez été amené à gérer des problèmes d'effets indésirables liés à une de ces thérapies ?

M3 : Oui j'ai eu des cas de problèmes de vomissements, tu sais en post chimio, où il n'y avait pas eu de Zophren, qui, il me semble peut être prescrit uniquement en hospitalier. Donc j'étais un peu coincé.

I : Et comment avez-vous procédé ?

M3 : J'étais un peu coincé, c'était un vendredi soir. J'ai mis des antiémétiques classiques, et j'ai demandé au patient à ce qu'il revoie le service. C'était un vendredi soir. Et donc il a recontacté son oncologue par la suite.

I : Aujourd'hui quels sont les moyens d'information qui vous aident dans la prise en charge de ces effets indésirables de ces thérapies ?

M3 : Je dirais les revues classiques. Mais c'est parfois léger au niveau de quand les patients sortent des services. C'est géré en interne dans les services de cancéro, mais nous on n'est pas forcément informé des effets secondaires, des grades de sévérité tout ça.

I : Et donc vous essayez de procéder comment dans ces situations-là ?

M3 : donc avec les revues, les connaissances que j'ai. Moi j'ai souvenir du Zophren puisque voilà, mais je ne sais pas s'il y a d'autres choses qui sont sorties. C'est vrai qu'on n'a pas forcément, quand ça va mal, l'information où on nous dit : « en cas de problèmes, vous pouvez nous contacter ou si problème spécifique vous pouvez donner ça, en fonction de la sévérité ». C'est quand même assez géré en interne.

I : Vous arrive-t-il de contacter l'oncologue ?

M3 : Oui, ben là je viens de recevoir un courrier d'un oncologue. Oui ça se passe bien, mais c'est plus par courrier, c'est rarement en direct. Je n'ai pas eu l'occasion de les contacter, puisque là par exemple mon histoire c'était un vendredi soir, où tu n'arrives plus à avoir le service. Mais ça n'est pas un reproche.

I : Aujourd'hui, quelles sont les difficultés rencontrées pour la gestion des effets indésirables ?

M3 : Le problème est plutôt en amont, tu vois, ce qu'il serait bien c'est qu'on ait une conduite à tenir, puisque quand ça va, ça va, on voit Monsieur untel, mais entre on ne sait pas forcément. Alors bien souvent, ils prennent en charge eux, puisqu'ils disent aux patients « si ça ne va pas, vous nous appelez », mais c'est plus en fin de semaine, où il est difficile de les joindre, qu'on ne sait pas ce qu'il faut faire en cas de problème.

I : Remarquez-vous d'autres difficultés particulières ?

M3 : Par rapport à ça ?

I : Oui.

M3 : C'est un truc plutôt cloisonné, ils gèrent, ce qui est pas mal aussi. On a beaucoup de boulot, tu verras quand tu feras des remplacements. Ça n'est pas un reproche mais voilà. Des fois d'avoir un petit guide en nous disant en cas de problème vous pouvez nous appeler à tel numéro ou nous envoyer un mail ou si un souci vous pouvez prescrire ça. Un truc plutôt comme une fiche liée à la molécule.

I : Donc pour vous l'ouverture pour essayer d'améliorer cette prise en charge ce serait quoi ?

M3 : Les courriers on les reçoit, Monsieur untel a eu sa cure, souvent c'est bien fait, mais on ne sait pas forcément comment agir, rajouter peut-être « en cas de souci ».

I : Et pour finir, de façon générale, quel rôle pensez-vous avoir dans la prise en charge des patients cancéreux ?

M3 : Oula, c'est une question philosophique. Alors je pense que le grand rôle à jouer, c'est le côté plutôt humain. C'est pas péjoratif, mais vraiment gérer le côté annonce, effet d'annonce, comment gérer le cancer, la vie perso, la famille, tout ce côté humain, à l'inverse du côté technique. Alors je ne dis pas qu'ils ne sont pas humains, mais nous on a un rôle d'amortisseur, l'information par l'oncologue est souvent dense, nous on est plutôt là pour les rassurer, pour le patient et sa famille. On a ce côté de connaissance du patient, on sait comment il est, comment il fonctionne souvent depuis plusieurs années, et c'est vrai que c'est plutôt à nous de le faire. Voilà ce que je dirais c'est qu'on est plus dans l'affectif.

I : Voyez-vous d'autres choses à ajouter ?

M3 : Non, c'est tout bon.

I : Merci pour votre participation.

#### **Entretien 4**

Intervieweur : Bonjour, avant de rentrer dans le vif du sujet, quelques questions plutôt administratives, est-ce que je peux avoir votre âge s'il vous plaît ?

Médecin 4 : Euh, 40 (femme).

I : Depuis combien de temps êtes-vous installée ?

M4 : Depuis 2011, soit tout juste 5 ans.

I : Vous êtes en zone plutôt urbaine, en cabinet de groupe, vous avez une activité exclusivement libérale ou mixte ?

M4 : Non uniquement libérale.

I : Avez-vous une formation particulière en cancérologie ?

M4 : Non aucune.

I : Combien pensez-vous avoir de patients sous thérapies ciblées orales ?

M4 : Là j'en ai 2 en ce moment c'est sûr.

I : Par rapport à ces patients, pouvez-vous me raconter une situation où vous avez été en difficulté particulière quant à la prise en charge des effets indésirables de ce type de thérapie ?

M4 : Alors oui, je n'y connais rien moi. Les 2 sont sous surveillance tensionnelle 2 fois par jour.

I : Que vous avez instauré vous ?

M4 : Non non moi je n'ai rien instauré, c'est les oncologues. Les patients contactent les oncologues quand même, c'est des histoires de cancer compliquées. Avec elle notamment quand je sais pas je lui dit de rappeler les onco puisque je ne sais pas. Et l'autre patient, il n'y a pas eu trop de soucis, il est sous Sunitinib, sous contrôle de tension, mais sans problème jusqu'à présent. C'est un Monsieur qui avait fait un infarctus, donc il avait un gros traitement anti-hypertenseur, et donc il était en hypotension donc j'avais baissé le traitement mais là je suis en train de le réadapter, j'avais géré au début et il a vu dernièrement le cardiologue qui a ajouté une molécule.

I : Vers quels types de moyens d'information vous tournez-vous quand vous êtes confrontée à ce type de problème ?

M4 : J'appelle les oncologues. Par mail également ça marche pas mal. Là je n'ai pas eu à le faire, mais généralement ça marche pas mal.

I : Connaissez-vous d'autres moyens ?

M4 : Ah si, il y a un patient qui m'a donné son livret Sunitinib, l'exemplaire médecin, mais je n'ai pas encore eu le temps de le lire, et on n'a pas eu de soucis jusque-là. Il a un livret pour le patient, un livret pour le médecin, avec la liste des effets indésirables et les conduites à tenir.

I : Malgré ces moyens à disposition, quels problèmes rencontrez-vous dans la gestion de ces effets indésirables ?

M4 : Je n'ai pas eu beaucoup de patients, donc pour ces 2, je me tourne vers l'oncologue, et là particulièrement vers le cardiologue. Ces molécules sont nouvelles donc pour l'instant j'y suis peu confrontée et peu informée.

I : Quelles sont vos attentes concernant les évolutions sur les informations pour vous aider dans la gestion ?

M4 : En fait on les connaît pas nous les effets indésirables, on n'est pas du tout formé à ça. Et oui, ça serait bien que les oncologues nous mettent un peu dans les courriers ce qu'il faut surveiller, ça serait surtout ça. Dans l'idéal ça serait de recevoir une sorte de protocole en même temps que le courrier où ils nous listent plus ou moins les effets indésirables, classés en grade, avec la conduite à tenir en fonction, et que je joins comme ça au dossier de mon patient, comme référence en cas de problème.

I : De façon générale, pour conclure, quel rôle pensez-vous avoir dans la prise en charge des patients cancéreux ?

M4 : Ben on a un rôle bien important. Là c'est les nouvelles thérapies, mais c'est vrai que de façon générale je fais beaucoup de soins palliatifs, d'accompagnement de fin de vie et pour le patient et pour sa famille. C'est sûr qu'il faudrait renforcer le dialogue entre le grand cadre hospitalier et la médecine de ville parce qu'on n'est pas toujours sur la même longueur d'onde. Là je pense particulièrement à un patient qui avait un cancer de l'oesophage, en occlusion avec sonde tout ça, moi je le voyais en palliatif puisque je ne voyais pas comment il allait s'en sortir mais l'oncologue m'a dit « non on commence la chimio », mais il est mort au bout d'un mois quoi. Sauf que la famille n'était pas informée, sauf que moi j'étais entre les deux, je connaissais le pronostic et ça n'était pas posé, le monsieur se dégradait. Donc du coup c'est plutôt sur le dialogue, ce sont souvent des situations difficiles, et nous on connaît bien le patient dans sa globalité, on les voit souvent trois fois par semaine en visite à la maison puisque ça ne va pas et voilà quoi. On a un rôle hyper important. Et puis les gens viennent nous voir après avoir vu l'oncologue, souvent ils veulent des explications, mais on n'a pas les informations et les courriers, ils viennent nous voir pour avoir notre avis. Alors on leur explique que ça n'est pas nous qui prenons les décisions. Et puis après on gère le quotidien autour du patient et de sa famille, on a toute la gestion des effets indésirables, les soins palliatifs, la part de dépistage également. Donc un rôle vraiment général.

I : Très bien, avez-vous d'autres choses à ajouter ?

M4 : Non, on peut s'arrêter là.

## **Entretien 5**

Intervieweur : Bonjour, tout d'abord un peu d'administratif, est-ce que je peux avoir votre âge ?

Médecin 5 : 1951, ce qu'il fait 65 ans (homme).

I : Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

M5 : Depuis 1981, c'est-à-dire 35 ans.

I : Vous êtes, ici, en milieu urbain, vous avez une activité exclusivement libérale ?

M5 : Oui exclusivement libérale.

I : Avez-vous une formation spécifique dans le domaine de la cancérologie ?

M5 : Aucune.

I : Combien pensez-vous avoir de patients sous thérapies ciblées orales ?

M5 : Ça sera vraiment approximatif, puisque je n'en ai aucune idée. Une dizaine ?

I : Pouvez-vous me raconter une anecdote de prise en charge d'effets secondaires d'une de ces thérapies, dans laquelle vous avez pu être mis en difficulté ?

M5 : Non, vraiment. Les classiques sont la fièvre, les nausées, vomissements. Mais ce sont les classiques. Objectivement ça ne pose pas de problème majeur, je ne dis pas que je connais tout, ni les traitements, ni les effets secondaires. Mais dans la gestion courante, je n'ai jamais été en défaut quant à la prise en charge. D'abord c'est bien expliqué au patient, les papiers des effets secondaires sont quand même assez bien foutus, ça c'est une bonne chose. Dans les services d'onco, je pense que c'est pas mal pour pouvoir les joindre. Les patients, souvent, dès lors qu'ils sont rentrés dans le cycle, on ne les voit pas beaucoup. J'ai des cas familiaux, j'ai une belle-soeur qui est suivie pour un cancer récidivant, de façon plus générale que les thérapies ciblées, qui habite à deux pas de chez moi, on s'aime bien, je suis son médecin traitant, et je la vois exceptionnellement. Alors elle me fait des SMS « ça fait 3 jours que je ne peux pas manger », mais globalement, on rassure, on met un peu de poudre de perlinpinpin, on patiente, et je trouve que ça marche pas mal. Ça ne veut pas dire que les patients le vivent bien mais au niveau du rapport du médecin généraliste aux effets secondaires, on reçoit bien souvent une prise de sang, mais le service les a déjà contacté en disant de suspendre la cure. Globalement je ne crois pas que ce soit difficile à vivre, on est plus là pour rassurer le patient. Ça n'est pas très grave, on prend un peu plus de temps.

I : Pour vous aider dans votre prise en charge, quels types de moyens d'information utilisez-vous ?

M5 : Ben là on a un numéro de téléphone d'astreinte qui est assez joignable, ils sont assez réactifs, et on est rarement en urgence. Les conseils qu'ils donnent sont souvent les conseils qu'on a déjà donnés, donc on les joint de moins en moins. Non la seule chose que je pourrais améliorer c'est la connaissance des traitements, dont je n'ai aucune idée. Ça ne m'intéresse assez peu je dois vous dire. Je ne vais pas chercher, ça n'est pas mon métier.

I : Hormis ce problème de connaissances, quelles autres difficultés pouvez-vous rencontrer au cours de votre prise en charge ?

M5 : Je trouve que ça n'est pas plus difficile qu'une autre pathologie. Je dirais que c'est une pathologie où on a connu des gens sains, on a connu des difficultés au cours des traitements, mais il n'y en a pas mal qui ne se passent pas si mal que ça. Donc c'est un rapport qui est pas mal face à la maladie. D'abord parce que c'est quand même un diagnostic difficile, un traitement difficile, et c'est un pronostic parfois mal vécu, et parfois à juste titre. Et puis bon ça vous ramène à vous forcément, c'est du concret. Enfin c'est pas

une insuffisance cardiaque ou une insuffisance respiratoire, même si on pourrait y passer un jour, le cancer on sait que ça peut vous arriver. Le cancer je trouve que c'est une belle pathologie entre guillemets, sur le contact humain avec le patient, et ça je crois que c'est incontestable. Ce qui ne veut pas dire d'ailleurs qu'on en connaisse beaucoup plus que le patient, et moi c'est souvent le patient qui m'apporte beaucoup plus que ce que je vais chercher, et je trouve que c'est pas si mal que ça. Il m'apporte sur sa pathologie, son ressenti du cancer. Et puis on voit tellement de gens qui sont à priori sains comme vous et moi et qui deviennent cancéreux et qui expriment leur personnalité à travers le cancer. Et puis je vous dis bien, c'est aussi bien des amis, que de la famille, que des patients lambda. Et ça ramène une vraie pathologie à notre petite condition de médecin.

I : Selon vous, comment vous pensez qu'on peut améliorer ces moyens d'information ? Quelles sont vos attentes ?

M5 : Alors les connaissances c'est au médecin d'aller les chercher, soit ça l'intéresse soit ça ne l'intéresse pas, je suis pas sûre qu'il faille, en tous cas pour moi je n'y connais rien à ce type de traitement. Alors oui je lis les comptes rendus de comité de concertation, mais ça reste aussi vague que ça. Je ne suis pas sûre qu'on puisse améliorer les choses, en tous cas qu'il faille améliorer les choses. Après je pense que quelqu'un qui s'intéresse vraiment à la cancéro, il aura beaucoup plus de chose à dire. Aujourd'hui la façon dont ça se passe me convient. Ça dépend beaucoup des médecins généralistes, certains diront que c'est compliqué. Alors c'est sûrement compliqué si on s'y intéresse un peu, si on veut aller plus loin dans la prise en charge, mais moi je délègue complètement au cancéro, je trouve que c'est compliqué et qu'on peut pas tout savoir. Et puis bon c'est vrai, quand je vois ça de très très loin, je trouve que c'est très sorcier. Mais bon je regarde toujours les cancérologues avec une grande admiration, dans la façon dont ils peuvent arriver à donner les traitements alors qu'ils savent très bien que c'est foutu, et à faire passer au patient quand il est demandeur ou pas demandeur. J'ai assez connu le Docteur Scherrer, je connais pas mal le Docteur Mousseau, et je suis très admiratif de ces gens. Je pense que la seule chose qu'on pourrait améliorer c'est dans leur service qu'il y ait un peu plus de monde pour qu'ils ne soient pas complètement débordés.

I : Une dernière question pour finir, de façon générale, quel rôle vous pensez avoir dans la prise en charge des patients cancéreux ?

M5 : Le médecin généraliste, doit être là en interface entre la pathologie et les thérapeutes. Moi je leur délègue complètement la thérapeutique et je fais en sorte que ça roule à peu près. C'est-à-dire quand il faut joindre pour des tas de raisons, les intervenants sont à peu près joignables, et faire patienter quand je pense qu'il n'y a pas à déranger un médecin surbooké. Mais c'est pareil en cancéro que dans les autres spécialités. Donc c'est le médecin généraliste de base qui calme ou inquiète le spécialiste. Moi en tant que généraliste je ne vois pas d'autre rôle. On peut assister aux réunions de concertation tout ça, mais je n'y suis jamais allé parce que je crois que ça n'est pas ma place. On ne peut pas tout faire. Voilà ce que je crois. Donc globalement je trouve que c'est pas mal, enfin vu mes patients qui sont amenés à être traités, c'est pas mal.

I : Très bien. Merci en tous cas pour votre participation.

## Entretien 6

Intervieweur : Bonjour, avant de débiter, je procède seulement à quelques questions administratives, est-ce que je peux vous demander votre âge ?

Médecin 6 : 62 ans (femme).

I : Depuis combien de temps êtes-vous installée ?

M6 : Depuis 1989, soit 27 ans.

I : Vous êtes ici en milieu semi-rural, vous avez une activité uniquement de libérale ?

M6: Je fais des vacations mais c'est très occasionnel en médecine du sport, mais sinon en libéral oui.

I : Avez-vous des formations particulières dans le domaine de la cancérologie ?

M6 : Non, mais j'ai travaillé 2 ans sur Praz-Coutant en Haute-Savoie, qui était un service d'oncologie, donc j'ai quand même des notions.

I : Aujourd'hui, savez-vous combien vous avez de patients sous thérapies ciblées orales ?

M6 : Je ne sais pas, comme ça je ne vois pas.

I : Aujourd'hui dans la prise en charge des effets secondaires de ces thérapies, avez-vous une anecdote à me raconter ?

M6 : Alors ça sera plutôt sur les effets secondaires en cancéro de façon générale. Je fais beaucoup d'homéopathie alors j'essaie de voir les gens sur ce versant là. Non. Aujourd'hui les antidotes sont assez puissants, ceux qui sont mis à l'hôpital sont très puissants, par rapport à antérieurement, donc beaucoup moins d'effets secondaires je trouve.

I : Si vous êtes amenée à prendre en charge ces effets indésirables, vers quels types de moyens d'information vous tournez-vous ?

M6 : Si il y a vraiment des gros problèmes d'effets secondaires, je téléphone directement à l'oncologue d'astreinte, pour les avoir directement.

I : Malgré ces moyens là, rencontrez-vous des difficultés particulières lors de cette prise en charge ?

M6 : (*Silence*). Non puisque je trouve que les patients sont très bien suivis.

I : Aujourd'hui, quelles sont vos attentes pour améliorer votre prise en charge ?

M6 : Ben oui la connaissance de ces thérapies et de leurs effets secondaires, puisque je ne suis pas au courant.

I : Alors comment pensez-vous pouvoir améliorer vos connaissances ?

M6 : Ben un EPU, un enseignement post universitaire, si un était proposé, je serais intéressée. En sachant que les horaires sont importants, les réunions qui finissent après 23 heures, je n'y vais plus. S'il y en a le matin ou en début de soirée, c'est sûr que je vais y aller. Mais s'il y a une formation en service d'oncologie ou d'hémato, je serais très intéressée et c'est sûr que j'irais, y compris en journée, puisque je me libère en journée pour aller à ce type de formation, sans problème.

I : Avez-vous d'autres attentes ?

M6 : Le courrier éventuellement, mais là où j'apprendrais le plus c'est lors des conférences, avec le médecin en face, qu'on puisse poser des questions, un enseignement magistral en fait. Alors je sais qu'il y a des réunions de concertation où les médecins généralistes peuvent assister. Alors je n'y vais pas, déjà puisque je ne suis plus trop au courant de quand ça se passe, mais effectivement je trouve que c'est intéressant et ça serait intéressant d'y aller. Il y avait, il y a plusieurs années, par le Professeur Mousseau, un enseignement sur la



cancérologie de façon générale, à la CPAM le samedi matin de 9h à 12h, une fois par mois, et j'avais trouvé ça extraordinaire. Donc ce type d'information était très très bien, plutôt facile à dégager dans son planning, 1 samedi par mois, de 9h à 12h on est attentif. C'était extraordinaire cet enseignement qu'on a eu pendant 2 ans. Et j'y suis allée les 2 ans, donc si on pouvait refaire sur ce modèle là je serais très intéressée. J'avais trouvé même que l'on était assez nombreux, on était, je sais pas, 50, 100. Mais ça, ça serait très bien sur les nouvelles thérapies.

I : Une dernière question pour conclure, quels rôles, de façon très générale, pensez-vous avoir auprès des patients cancéreux ?

M6 : Alors déjà, quand on leur annonce le cancer ils prennent un choc sur la tête, donc ils reviennent au cabinet en parler. Ayant eu la chance de travailler à Praz-Coutant, il y a des choses où je suis un peu plus au courant, je n'ai pas peur de parler de ça déjà. Et puis après ils viennent nous voir tout au long du traitement, et là ils ont besoin d'un soutien déjà moral et aussi énergétique de façon à les accompagner et de les réorienter si il y a une question. Donc c'est vraiment les accompagner, et souvent, ils ont besoin de venir reparler de ce qu'ils ont vécu à l'annonce de la maladie et à savoir comment ils vont être pris en charge, et j'insiste sur le fait qu'il y a des psychologues à l'hôpital et pour le patient et pour leur famille, et souvent ils font appel, et des fois même plus le conjoint d'ailleurs que le malade. Donc j'insiste beaucoup sur la prise en charge pluridisciplinaire actuelle. Et donc les gens viennent souvent après l'annonce du cancer puisqu'ils sont souvent un peu sidérés sur le moment, ils n'ont rien compris de ce qu'on leur a dit tellement ils étaient choqués. Et puis ils viennent me voir en cas d'incident intercurrent. Mais malheureusement je n'ai pas tout le temps toutes les informations à disposition. Et puis des fois c'est moi qui suspecte le cancer, mais tant qu'on n'a pas le diagnostic je ne l'annonce pas. Et puis je leur explique que ce sont plusieurs spécialistes qui prennent une décision, et selon le cas de figure on leur proposera le traitement le plus adapté. Alors je pense que je leur redis ce qu'on leur a déjà dit mais je pense qu'ils ont besoin de l'entendre, puisque la première fois souvent, même s'il y a le conjoint qui accompagne, puisque je leur dis toujours pour qu'ils puissent en discuter. Et effectivement cette coordination médecins généralistes et hôpital c'est très intéressant, les gens sont mieux suivis. Si il y a un problème je peux téléphoner, s'il faut hospitaliser, ce que je peux faire en attendant.

I : Merci pour toutes ces informations.

## Entretien 7

Intervieweur : Bonjour, avant de commencer, quelques questions administratives, est-ce que je peux vous demander votre âge ?

Médecin 7 : 60 ans (sexe masculin).

I : Depuis combien de temps exercez-vous ?

M7 : Je suis installé depuis 1988.

I : Quel type d'activité avez-vous ?

M7 : Uniquement une activité libérale, en milieu urbain comme vous pouvez le voir.

I : Combien de patients pensez-vous avoir sous thérapies ciblées orales ?

M7 : Une petite dizaine je pense.

I : Avez-vous rencontré des difficultés dans la prise en charge des effets secondaire liés à ces thérapies ?

M7 : Ah ben les effets secondaires qu'on rencontre nous, c'est les neuropathies des extrémités. Les gens nous décrivent ces phénomènes là, donc ils sont traités à l'hôpital. Après c'est le problème des neuropathies : alors est-ce qu'on traite avec des produits des neuropathies avec Neurontin, Lyrica et toutes ces choses-là, nous, on a tendance à le faire mais souvent c'est quand même initié par l'hôpital, donc on peut être amené à augmenter les doses, mais c'est quand même souvent des patients qui sortent du système classique généraliste. Alors nous on lit les courriers, on voit les signes, on les connaît mais on est rarement amené à les gérer en tant que tels, alors on les constate et on se dit « qu'est-ce qu'on pourrait faire pour ? » mais les patients sont souvent déjà traités, et on voit bien que manifestement il y a quand même une limite entre le traitement, l'effet indésirable et le fait que la molécule marche pour essayer de sauver les gens, donc le traitement est poursuivi malgré tout. Et donc souvent le patient sort du suivi de médecine générale, alors on est à la fois content parce qu'on se dit qu'on a fait le diagnostic, on les a confiés, mais après c'est vrai qu'ils nous échappent un petit peu, on voit arriver les comptes rendus, s'ils ont un problème entre temps, on lit le compte rendu avec eux donc on voit bien qu'ils ont eu quelques chose, mais on voit bien qu'en moyenne ils sortent complètement du système. On est un peu shunté. Alors que c'est vrai, travailler en partenariat j'imagine que c'est très compliqué pour les hospitaliers déjà de voir ces patients là, parce qu'ils voient que des patients avec des pathologies lourdes, nous sur un mois on en voit quoi 2 ou 3, mais si à chaque fois on les appelle en leur disant « tu en penses quoi », on n'ose pas trop les déranger ces gens là, parce qu'ils sont dans une sphère très particulière, qui nous fait à la fois peur non pas en tant que médecin, mais devant le patient, on n'ose pas trop relancer le diagnostic même si on aimerait aller plus loin, mais c'est délicat les gens ne veulent pas en parler parce qu'il y a une sorte de déni mais par contre ils vous parlent des effets indésirables, et des fois en tant que médecin, alors on se défile hein, mais on est bien content de ne pas avoir à gérer tout ça parce qu'on se dit que c'est des pathologies lourdes, qu'on ne saurait pas gérer nous-même, on sait que les patients vont certainement en mourir un jour dans un délais plus ou moins rapide. Donc c'est très délicat, on est à la fois content, on aimerait aussi bien les gérer, mais c'est comme tout en médecine, les diabétiques on aimerait les gérer complètement. Alors il y a des domaines où on est très pointu, où on peut le faire, mais dès que c'est une pathologie comme ça, où vous savez qu'il y a une fin de vie possible, c'est très lourd, donc on essaie de se défiler. Je pense pas que les médecins soient très honnêtes par rapport à ça, dans l'annonce on l'est de plus en plus, on a fait des progrès, mais pour ce qui est du suivi c'est plus difficile puisque nos connaissances ne sont

pas à jour, et puis le pronostic c'est très difficile, on n'ose pas en parler, puisque dire aux gens « vous en avez pour 6 mois », c'est horrible hein. Donc vous voyez quelque part on se cache derrière quelque chose, donc vous voyez les hospitaliers on est bien content qu'ils gèrent tout ça.

I : Avez-vous des formations particulières dans le domaine de la cancérologie ?

M7 : Non, non non, j'avais fait des EPU sur les traitements notamment les traitements de la douleur, donc j'avais beaucoup travaillé avec Docteur Laval. Mais le problème c'est que j'avais beaucoup de patients en fin de vie, qui avaient besoin de morphiniques, et donc j'étais très à fond dedans, je connaissais tout, les dosages, comment faire des relais, tout ça, et puis après, on n'en voit plus pendant quelques temps et j'ai eu l'impression d'oublier tout, mais je me disais « mais c'est pas possible », autant il y a des choses qui ont été fortement inclus, tout ce qui a été appris durant les études avec les tuyaux de l'internat, et tout ce qui est nouveau vous l'entendez, mais vu que vous avez très peu de cas vous avez tendance à l'oublier, et ça n'est plus un réflexe. Et donc après quand il y a des nouvelles molécules qui sortent, eeeennn. C'est impressionnant. Mais ça veut dire qu'on n'en voit pas trop, mais moi j'en vois quand même beaucoup, en moyenne sur une année sur ma patientèle, de cancer que je suis, entre 10 et 15.

I : Quels types de moyens d'information utilisez-vous pour vous aider dans la prise en charge des effets indésirables ?

M7 : Selon le centre il est plus ou moins facile d'avoir le spécialiste directement au téléphone. Mais punaise, le contact téléphonique au CHU c'est difficile, je ne sais pas pourquoi. Mais déjà pour avoir l'hôpital, tout à l'heure je demandais à ma secrétaire d'appeler pour moi, elle n'y est pas arrivée depuis 2 jours. Donc c'est très compliqué, mais le numéro on le connaît par cœur 04 76 76 75 75. Après il y a un numéro d'astreinte, en hémato je l'utilisais beaucoup, à l'époque on l'appelait directement, mais c'est vrai qu'en onco on ne sait pas très bien ce qu'il faut faire. Alors je vois bien quand j'ai des patients qui viennent d'oncologie j'ai tous les noms des médecins mais quand on en a besoin on ne trouve plus. Alors maintenant j'ai demandé à la secrétaire de tout noter, donc on a tout maintenant quand on clique sur « contact », mais c'est vrai que c'est difficile, régulièrement les équipes changent donc faut tout remettre à jour. Après moi j'ai plus de patients suivis à l'institut Daniel Hollard, on arrive très facilement à les joindre, c'est devenu une structure énorme. Après des fois je regarde sur le Vidal, classique, mais c'est vrai que, c'est pour ça, que quand on parle d'effets indésirables de médicaments et qu'il faut faire la pharmacovigilance et remonter, eeenn, je me dis qu'on est négligent. Alors ça c'est vraiment le domaine dans lequel on est le plus négligent. Parce qu'on voit des trucs mais on ne sait pas si « effet fréquent, effet rare », mais si on les déclarait tous ils ne seraient peut-être pas aussi rares, mais c'est ça le problème. Non mais c'est vrai hein. Puisque la pharmacovigilance, moi un jour j'ai essayé de remplir un dossier, eennn, mais comme c'est compliqué, ça vous décourage.

I : Malgré les moyens que vous utilisez, donc vous m'avez dit surtout par contact téléphonique à l'oncologue, quels types de difficultés rencontrez-vous ?

M7 : Non non non, alors moi j'entends qu'ils veulent une proximité entre l'hôpital et la ville, et c'est vrai que des fois on voit des gens qui sortent et les courriers on les a 8 jours après que les gens sortent. Mais c'est le problème de l'intranet, il faudrait qu'on ait tout tout de suite. Là j'ai vu une dame qui sortait de cardiologie elle était rentrée pour un infarct', elle a eu des stents, mais le courrier je l'ai eu enfin 10 jours après. Mais la première chose qu'elle a fait la dame c'était « je vais aller voir mon médecin », eeennn. Mais ce qui est important c'est cette rapidité, je vous dis, actuellement on a les outils pour le faire et ça je ne comprends pas qu'on n'arrive pas à le mettre en place, alors qu'on a tous des adresses mails. Ils nous demandent bien, si on veut qu'on communique plus vite, mais il y a encore des trucs où c'est

difficile. Mais je vois les internes quand il y a un patient qui sort, ils ne peuvent pas faire le courrier tout de suite, c'est évident. Ils doivent avoir 10 sorties dans la journée ou je ne sais pas quoi, mais s'ils veulent faire quelque chose de bien. Alors par contre je vois quand quelqu'un rentre en traumatologie ou quoi, à l'instant, dès qu'il est rentré un courrier d'information comme quoi il est rentré, ça c'est pas mal. Mais des fois le pire ce sont les décès, le patient est décédé, et alors on voit la famille et on leur demande comment il va, « mais docteur on ne vous a pas dit », eeeennn, alors là vous êtes mal hein. Et ça je ne sais pas pourquoi ce n'est pas fait. Et avec l'institut Daniel Hollard ce qui est bien c'est qu'il y a les infirmières de coordination et là elles nous disent que le patient est sorti, il est sous tel médicament, et elle fait l'interface entre, et ça c'est important, mais déjà on a une communication pratiquement à la minute près. C'est vrai que ça ne représente pas beaucoup de patients, mais cette immédiateté elle est importante pour le suivi.

I : Tout à fait, comment pensez-vous qu'il soit possible d'améliorer tout ça ?

M7 : Alors je ne sais pas si tous les médecins sont informatisés mais je le souhaite, alors il faudrait qu'on ait toutes les adresses mails. Qu'on ait le numéro de téléphone c'est bien mais qu'on ait les adresses mails et qu'on sache si les gens... Non mais le problème des adresses mails, l'adresse n'est pas notée correctement, ça fait 3 jours que j'essaie je n'y arrive pas. Alors il faudrait qu'on ait toutes les adresses mails et puis éventuellement les numéros de téléphone de portable. Alors c'est sûr qu'on va les déranger mais si on avait les portables, on se rendrait service. Peut être qu'il y aurait des gens débordés. Il faut que chacun ait une forme de « je peux aller jusque-là », après je suis coincé. C'est comme en médecine générale, vous pouvez aller très loin dans les diagnostics, si vraiment vous voulez vous faire plaisir sans coûter cher, mais on peut très bien aller très loin, et ce qui est important c'est la qualité des courriers qu'on fait, en disant « voilà je suis allé jusque-là », et puis dire à l'hôpital « vous n'êtes pas obligés de tout refaire mais maintenant donnez-moi un avis spécialisé ». Moi c'est pour ça que la secrétaire elle est importante, quand je vous montre la qualité des courriers qu'on fait, par exemple pour un patient pour une HTA, je ne dis pas « tiens je t'envoie Mr pour une HTA », mais j'ai vérifié les artères rénales, j'ai vérifié si il n'y avait pas d'apnée du sommeil, et je mets tous les comptes rendus. Et puis je vois bien pour les 100 %, le meilleur test c'est les 100 %. Alors voilà le 100 % je mets la feuille du 100 %, tous les courriers qui m'ont permis de faire le diagnostic, à partir de quand il a été fait, pour que le médecin il dise bien « ok c'est bien ça ». Non mais selon la qualité du travail qu'on fait en amont, il y a une réponse qui est immédiate. Si vous dites aux gens de patauger, mais c'est vrai ça, ça fonctionne comme ça. Donc il faut une collaboration, donc il faudrait les mails de tout le monde, des secrétariats qui répondent, ça nous ferait gagner du temps d'avoir tout de suite le bon numéro. Par contre nous ce qui est bien c'est les ordinateurs pour la traçabilité de ce qu'on a fait, on a tout le dossier. Après il faudrait que ça soit noté dans les courriers, « avec cette molécule vous risquez d'avoir ça ça ça », le détail des effets secondaires. Alors c'est sûr c'est lourd pour eux, mais si ils les connaissent parfaitement bien, les plus importants ils les notent, avec les conduites à tenir évidemment. Voilà c'est ça, puisque si vous les avez, déjà pour nous informer, et si on voyait les effets indésirables notés comme ça, avec une fiche. Et la personne se sent en confiance puisqu'elle sent qu'il y a une corrélation entre les 2 et ça c'est important. Les gens ils sont un peu perdus.

I : Avez-vous d'autres choses à rajouter ?

M7 : Non non non je crois qu'on a fait le tour.

I : Merci beaucoup pour votre participation.

## Entretien 8

Intervieweur : Bonjour, avant de commencer, est-ce que je peux vous demander votre âge ?

Médecin 8 : Ciel ! 55 ans (sexe masculin).

I : Depuis combien de temps êtes-vous installé ?

M8 : Depuis 1991.

I : Quel type d'activité avez-vous ?

M8 : J'ai une activité libérale en milieu plutôt urbain et une activité en tant que PH mi-temps en médecine générale au CHS de la Savoie, avec une activité assez vaste.

I : Avez-vous une formation particulière dans le domaine de la cancérologie ?

M8 : Pas du tout.

I : Combien pensez-vous avoir de patients sous thérapies ciblées orales ?

M8 : Actuellement ? Je dirais 2 voire 3.

I : Ce sont donc des problèmes que vous rencontrez peut-être assez rarement, mais dans votre prise en charge d'effets secondaires liés à ces thérapies, avez-vous une anecdote à me raconter ?

M8 : Alors je n'ai pas de cas particulier à vous raconter mais on a parfois quelques difficultés à savoir ce que les patients prennent, déjà. Après je vous avoue, ce qui est tout à fait insupportable je le reconnais, mais que la différence entre du « gnagna-nab », du « ninini-nab », ou du « nununu-nab » sans l'aide du Vidal ou de quelque chose, je ne suis pas sûr de faire instantanément la différence. Bon après, je pense que selon les patients, quand on est investi on arrive quand même à peu près à savoir ce qu'il se passe. Mais c'est vrai que venant du CHU en particulier, c'est un peu difficile d'avoir une information.

I : Vous me parliez du Vidal tout à l'heure, quels types d'informations utilisez-vous justement pour rechercher les informations sur les effets secondaires des molécules ?

M8 : Il peut y avoir internet, les courriers, quand ils sont explicites, c'est rare mais c'est bien. Après la plupart du temps on est un peu réduit à se démerder si je peux me permettre. Alors quand on a un doute, en journée, c'est facile, enfin c'est facile entre guillemets, on essaie d'appeler le correspondant, et on voit avec lui. Mais on parle bien de cancéro on est d'accord ?

I : Oui oui, c'est exactement ça.

M8 : Grosso modo, ça reste un peu compliqué. Je reconnais aussi, que c'est aussi un peu de ma faute, dans la mesure où il y a bien longtemps que je n'ai pas cherché à faire de formation sur ce sujet là. À mon avis il doit en exister. Mais ça évolue tellement rapidement. Après le deuxième élément, c'est que le travail que je peux faire en hospitalier amène aussi à être en contact avec des confrères de spécialité, ce qu'il fait qu'on peut échanger un peu plus facilement.

I : Malgré les moyens, vous m'avez déjà retranscrit pas mal de problèmes rencontrés, mais pour vous quelles sont les difficultés en lien avec la gestion de ces effets indésirables ?

M8 : Je vous parlais tout à l'heure de manque de connaissance, à part une méconnaissance individuelle grave, je ne suis pas sûr. Je trouve que c'est toujours compliqué de suivre un patient sur ses effets secondaires quand on n'est pas toujours parfaitement au courant de ce qu'il reçoit. C'est pour ça que je dis que c'est essentiellement un problème de communication. En même temps, je sais que les collègues hospitaliers sont « overbookés », je sais qu'ils n'ont pas toujours le temps ou qu'ils n'y pensent pas toujours de faire un courrier, que quelquefois, quand le courrier arrive on le lit en diagonal dans ce cas on est un peu fautif puisqu'on en reçoit quand même pas mal.

I : Comment pensez-vous pouvoir améliorer ces moyens d'information ?

M8 : Je pense qu'il serait intéressant, au moins, que systématiquement, les protocoles nous soient transmis, après avec ça, aller chercher les effets secondaires c'est pas insurmontable, même si on a quelquefois quelques difficultés sur des produits que l'on ne connaît pas, à savoir ce qui est courant de ce qui ne l'est pas, et ça serait la deuxième aide, en disant « les effets secondaires les plus fréquents sont », avec un guide sur la prise en charge en fonction du grade de sévérité éventuel. Ça éviterait des hospitalisations tardives ou au contraire des hospitalisations inutiles. C'est toujours un petit peu le problème de naviguer dans quelque chose qu'on découvre aujourd'hui, et pour lequel on a strictement rien vu initialement. Vu la date de ma formation, c'était juste après la disparition des dinosaures, il est évident que les thérapies les plus modernes, et c'est pas forcément ma spécialité, moi ma spécialité c'est quand même de faire des prises en charge TCC en cabinet. Donc on est loin de la cancéro, même si je ne fais pas que des TCC, je fais de la médecine générale donc j'en ai. Et puis ça évolue assez vite et les médicaments se multiplient assez vite. Autant, les médicaments de médecine générale on ne voit pas grand chose de nouveau, autant dans des thérapies de niche à très haute valeur ajoutée, il y a énormément de choses qui sortent mais on est très peu informé. Et comme on n'est pas du tout une cible de l'industrie pharmaceutique, c'est clair qu'ils ne vont pas venir nous apporter des renseignements là-dessus. Ce qui les intéresse c'est que ce soit le spécialiste qui connaisse et qui le prescrit. La disparition de la visite médicale, nous a diminué d'un apport dont on savait qu'il était sujet à caution et dont on savait qu'il y avait des informations à prendre et à laisser, mais qui apportait quand même au moins l'existence du produit. Aujourd'hui si on ne s'y penche pas, et je vous avoue que dans ce domaine je ne m'y penche pas vraiment, on ne sait pas ce qu'il sort.

I : Juste pour finir, et je ne vous prends pas plus de temps, pour ouvrir un peu le sujet, quels rôles pensez-vous avoir dans la prise en charge du patient cancéreux ?

M8 : Je pense qu'on est en première ligne face au dépistage. Ça c'est très clair. C'est quand même notre boulot d'évoquer le diagnostic puis de passer la main, mais on passe la main très vite aujourd'hui. Et puis à partir de là, effectivement, on suit nos patients, ce sont des gens qu'on connaît depuis longtemps. Moi j'ai toujours trouvé ça tout à fait extraordinaire quand les gens viennent et me disent « le spécialiste m'a dit ça, mais je veux votre avis avant de me décider », j'adore, j'y connais rien, mais va falloir que je leur apporte quelque chose. Ce qui prouve que c'est purement psychologique, ça n'est pas du tout scientifique et médical. Par contre ce qu'on peut leur dire c'est qu'on connaît le médecin, qu'on a confiance en lui, donc vous avez intérêt à faire ce qu'il vous dit parce qu'il s'y connaît beaucoup mieux que moi. Ça leur suffit, ce qu'ils veulent c'est avoir l'aval de quelqu'un qu'ils connaissent. Donc on a aussi un rôle non négligeable de réassurance, et de suivi, dépistage, aussi des effets secondaires. Et c'est vrai, que maintenant, je suis toujours surpris, j'ai vu l'évolution sur 10 ans des hospitalisations sur chimio par exemple, les gens font quasiment tout en ambulatoire, avec un suivi programmé pour quelqu'un qui n'a pas de problème, mais dès qu'il y a le moindre pet de travers on se retrouve tout seul à gérer la difficulté. Tout seul n'exagérons pas, mais on se retrouve à gérer la difficulté face à l'urgence, tout en essayant d'éviter aux gens de se trouver aux urgences justement. C'est un rôle d'accompagnement également, la médecine n'est pas que technique, même si c'est indispensable qu'elle le soit, et puis à partir de là on est forcé d'essayer de se débrouiller. Ce qui pourrait être intéressant je pense, et c'est ce qu'il se passe avec les patients d'HAD, c'est qu'à la limite ils se baladent avec leur dossier. Ce qui nous permettrait de retrouver les informations en cas d'urgence ou en cas de besoin. S'ils n'ont pas le temps de nous faire un courrier qu'on puisse avoir au moins le protocole, les éléments objectifs de suivi du traitement, mais pas les comptes rendus ou les avis subjectifs surtout s'ils sont péjoratifs. Avoir les produits utilisés, les effets secondaires ainsi que les différents niveaux de sévérité, et ça le patient en a souvent été averti mais il n'est pas toujours capable de se rappeler de toute l'information qui lui a été donnée. Il faut déjà faire face au diagnostic, si en plus il faut faire face à tout le reste, et en

plus il faut y aller, et en plus il faut avoir le moral, ça finit par faire beaucoup. Et donc, je pense, que c'est pour ça qu'ils ont besoin d'être soutenus. Ils comprennent bien que techniquement on n'a pas le niveau, mais en même temps ils savent qu'en cas de problème ils peuvent compter sur le médecin généraliste, et qu'ensuite derrière on va faire ce qu'il faut pour pas les mettre en danger. Mais voilà c'est vraiment une prise en charge de terrain qui est moins prestigieuse que purement la prise en charge technique qui guérit les cancers mais je continue à penser que ça a son importance.

I : Très bien, merci beaucoup en tous cas pour tous vos renseignements.

## **Entretien 9**

Intervieweur : Alors merci de me recevoir, on commence avec un peu d'administratif, est-ce que tu peux me rappeler ton âge ?

Médecin 9 : 32 ans (femme).

I : Depuis combien de temps es-tu installée ?

M9 : Depuis 2 ans.

I : Tu as une activité mixte il me semble.

M9 : Mon activité salariée est vraiment marginale, c'est 3h tous les 15 jours à la crèche, c'est essentiellement du libéral.

I : Et donc en cabinet de groupe en milieu urbain ?

M9 : Oui.

I : As-tu des formations particulières dans le domaine de la cancérologie ?

M9 : Pas du tout, j'avais fait un stage d'externat en hémato et c'est le seul truc que j'ai approché en cancérologie.

I : Combien penses-tu avoir de patients sous thérapies ciblées orales ?

M9 : Alors immunothérapies, thérapies orales. (*Silence*) Je dois en avoir 2. Oui je pense 2. Ça ne fait pas beaucoup. Il y en a un ça doit faire 6 mois, et une autre qui a eu une thérapie ciblée je suis sûre pendant 6 mois et puis c'était évolutif et ils ont repris d'autres chimios après.

I : Peux-tu rapporter une anecdote particulière où tu as été confrontée à une prise en charge ?

M9 : Je dirais que j'ai découvert que ce type de traitement pouvait faire monter la tension artérielle, parce que précisément cette dame à laquelle je pense était venue avec un déséquilibre tensionnel. Alors au début je me suis un peu agitée sur les bilans pour comprendre, et puis elle m'a dit bien après que « les oncologues m'ont dit que ça pouvait être mon traitement », alors je ne la voyais pas très très souvent, mais pour le coup pour le patient suivant c'est moi qui lui ai dit « attention il faut surveiller votre tension parce que ça peut donner ça ». Après non je n'ai pas d'autre truc en tête à propos de ça.

I : Très bien. Pour t'aider dans ta prise en charge dans ce contexte, vers quels moyens d'information tu te retournes ?

M9 : Je vais aller sur internet, je vais chercher les notices du médicament, et puis pas forcément bien plus. Après j'ai eu une proposition de formation sur un groupe, sur une association de médecins dont je fais partie où il y avait une soirée sur les immunothérapies mais je n'ai pas pu y aller puisque ça ne collait pas avec mon emploi du temps, mais ça j'y serais bien allée. Mais voilà c'est essentiellement ça : moi je vois rapidos en consultation, mais moi je ne vais pas après chercher à me former là-dessus. C'est quand je suis confrontée à la question en fait. Je me débrouille avec internet et si je ne trouve pas, ça dépend du temps dont je dispose et du problème. Après là c'est vrai que pour le coup j'ai peu de patients concernés et j'ai peu été confrontée à des choses donc je ne me suis pas retrouvée forcément face à la situation. En ayant l'expérience peut-être de plus de problématiques j'aurais fouillé plus loin, j'aurais peut-être appelé les spé, recherché après des articles et de la biblio, mais moi honnêtement je n'ai pas le temps de le faire au quotidien. En pratique je vais chercher une solution rapide, si je tombe sur une revue médicale quand je tape sur Google. Après je n'ai pas le réflexe EBM à avoir un abonnement à une revue ou un accès à un site internet de revue médicale.



I : Malgré ces moyens finalement, quels types de difficultés tu pourrais relever ?

M9 : Déjà dans la recherche de l'information : savoir où trouver mon information fiable. Après c'est des trucs qui sont récents, moi je n'ai pas eu je pense de formation vraiment à la fac. Peut-être que j'aimerais avoir une petite fiche d'info quand les oncologues m'envoient le courrier « attention avec tel traitement attendez-vous à tels et tels types d'effets secondaires », et puis après c'est savoir si je peux imputer les effets à un truc quand c'est pas dans la notice. Je ne sais pas si ça répond bien à ta question. Est-ce que c'est plutôt les difficultés par rapport à l'accès à l'information ?

I : Oui tout à fait, les difficultés que tu rencontres actuellement quant à l'accès à l'information sur ce type de thérapie.

M9 : Oui c'est plutôt avoir une info fiable, puisque en dehors de la notice du médicament, moi je n'ai pas trouvé comme ça très facilement un truc général sur les thérapies ciblées ou même les immunothérapies ou un listing d'effets secondaires accessibles pour moi et utile dans la pratique. Ça demande du temps en consultation au milieu de tout ça, alors que tu as besoin d'une réponse rapide. Tu as besoin de savoir où pointer du doigt un truc que tu cherches. Donc dès que tu ne trouves pas aller faire une biblio... moi une fois que le patient est sorti et que j'ai à peu près réglé le problème je ne vais pas continuer à rechercher. Je vais me le noter dans un coin de la tête mais je ne vais pas y passer le weekend.

I : Comment penses-tu qu'on puisse modifier les choses pour améliorer ton accès à l'information ?

M9 : Alors peut-être avoir un mot de l'oncologue. Juste une petite fiche info avec le courrier. Oui voilà : « cette molécule-là c'est une thérapie de tel type », puisque des fois il y a des thérapies tu ne sais même plus ce que c'est, sur quoi ça joue, et puis quels sont les effets secondaires principaux que toi tu vas être amenée à gérer en médecine générale, puisque la tension artérielle typiquement, bah oui c'est des gens qu'on voit tout le temps, et c'est pas les effets classiques d'une chimio donc on ne s'attend pas particulièrement à ce que ce soit ça, et donc je peux passer à coté. Et donc plutôt une fiche de la molécule avec les effets secondaires, puis la conduite à tenir après on peut se débrouiller, mais au moins savoir que tel type d'effet est rapporté à ça et qu'on n'aille pas chercher à faire des bilans dans tous les sens pour des trucs qui n'ont rien à voir. Le déséquilibre tensionnel, je suis allée faire des trucs, regarder sa fonction rénale, rechercher des sténoses des bidules qui n'ont rien à voir. Donc ça évite de perdre du temps.

I : Pour finir, pour élargir un peu le sujet, quel est le rôle du médecin généraliste, pour toi, dans la prise en charge onco ?

M9 : Ben elle est quand même centrale. Même si ça n'est pas lui qui programme les examens de suivi, ou qui fait du soin activement, il gère tout l'aspect psycho, effets secondaires. Même si tu ne prends pas une place active, les patients cancéreux ça n'est plus moi qui les vois le plus souvent, mais tu as toute la gestion globale et la coordination. Quand tu as un pépin c'est toi qui appelle untel et untel. Non je pense qu'on a un rôle d'information du patient, il ne va pas appeler son oncologue dès qu'il a une merdouille, on est quand même en première ligne. On a un rôle vraiment central. Il y a vraiment le soutien psychologique, on lui réexplique souvent les choses aussi. Oui voilà c'est un rôle central.

I : Oui très bien, as-tu d'autres choses à rajouter ?

M9 : Non je pense que c'est tout, ça rejoint un peu ce que vous avez eu jusque-là ?

I : Oui très bien merci, on s'arrête alors là.

## **Entretien 10**

Intervieweur : Bonjour, merci de me recevoir.

Médecin 10 : Mais je t'en prie.

I : Est-ce que je peux avoir votre âge ?

M10 : 48 (femme).

I : Depuis combien de temps êtes-vous installée ?

M10 : Installée depuis 2000, donc 17 ans.

I : Vous êtes en milieu semi-rural, avec une activité uniquement libérale ?

M10 : Oui en semi-rural, seule dans le cabinet.

I : Avez-vous des formations spécifiques dans le domaine de la cancérologie ?

M10 : Non, j'étais passée en onco en tant qu'externe et en tant qu'interne, donc c'est un truc qui me plaît bien mais non je n'ai pas de formation particulière.

I : Combien pensez-vous avoir de patients sous thérapie anticancéreuse orale ?

M10 : Oui, j'en ai. Je pense que j'en ai 4. Depuis que l'on s'est eu au téléphone j'en ai 2 qui se sont ajoutés.

I : Avez-vous une anecdote dans laquelle vous avez été en difficulté lors de la prise en charge ?

M10 : Non, non non. Par contre je trouve qu'on est averti trop tardivement de ce qu'il pourrait arriver, c'est-à-dire que les patients sont vus avec leur famille à l'hôpital, on leur explique bien les effets indésirables qu'ils pourraient avoir. Par contre nous on reçoit les courriers tardivement, il est pas forcé qu'au premier courrier on ait les effets indésirables attendus, ça dépend du médecin qui va nous écrire. Il y en a d'entrée de jeu ils vont te dire « voilà les effets indésirables sont ça ça ça, les plus fréquents » mais t'en as d'autres qui ne te le disent pas ou qui vont te le dire parce que tu les as un peu harcelé en demandant s'il y avait des choses à attendre. Les 2 derniers que j'ai pris en charge, c'est 2 femmes, et en fait j'ai trouvé un site qui s'appelle « [drugs.com](#) » sur lequel tu tapes le nom et ça va te détailler, mais alors en général tu en as 300 - 350. Et ce qui est terrible, par exemple, la dernière anecdote, bon c'était pas un effet indésirable mais une dame qui était sous Crestor, qui a eu sa thérapie, moi j'ai regardé le Crestor est contre-indiqué. Alors que la patiente lui a bien précisé qu'elle était sous Crestor et le médecin n'a rien dit. Quand moi j'ai appelé le médecin et que je lui ai dit « elle est sous Crestor vous vous souvenez ? », « ah oui je n'avais pas vu que ». Donc en fait nous on n'est pas plus rigoureux mais comme on y connaît moins, on est plus stricte, on va plus rechercher et finalement on s'aperçoit qu'on a des interactions qui sont complètement interdites, alors que le médecin ne s'y est pas plus attardé, alors qu'il savait que le patient avait tel ou tel traitement. Et alors après, par contre, quand tu vas sur ce site là, bon moi il m'a quand même servi par exemple pour le Crestor, mais quand tu vas sur ce site, il y a tellement de contre-indications formelles et relatives qu'après tu ne sais plus comment faire, parce qu'il y a des fois où tu es piégée, puisque si toutes les classes d'antibio c'est contre-indiqué, qu'est ce que je fais. Alors oui il faut savoir relativiser mais pour nous oui c'est toujours difficile d'arriver à relativiser par rapport au traitement qui est quand même le traitement majeur. Là dessus il y a un petit manquement, on nous informe pas suffisamment par rapport à ça.

I : Quels types de moyens d'information utilisez-vous pour vous aidez dans la prise en charge ? Vous m'avez cité le site [drugs.com](#), utilisez-vous d'autres sources ?

M10 : « Allo docteur » ? J'appelle l'oncologue ! Alors des fois c'est par mail, quand ils me le donnent, et c'est vrai que ça va beaucoup plus vite, puisque c'est vrai qu'au moment où moi

je vais appeler, si elle est en visite, si elle me rappelle que moi je suis sur une consultation un peu difficile et je peux pas parler ouvertement des patients. Alors on fait par mail avec elle, mais alors il y en a d'autres c'est par téléphone, et je les relance quand j'arrive pas à les avoir. C'est un peu compliqué, mais on finit toujours par y arriver, mais il y a des fois où t'as besoin d'avoir l'info tout de suite parce que t'as le patient en face de toi qui est inquiet, toi tu veux mettre le traitement en route et tu peux pas attendre 3 ou 4 heures puisque c'est compliqué.

I : Connaissez-vous d'autres moyens d'information, que vous n'utilisez peut être pas forcément ?

M10 : Non.

I : Quelles difficultés rencontrez-vous dans l'accès à ces informations ?

M10 : (*silence*). Ah bah des problèmes de connaissance, moi j'ai beaucoup de lacunes, de toute façon toutes ces nouvelles molécules je ne le connais pas. Moi je connais les vieux protocoles, non mais tu te rends compte, moi j'ai 48 balais, depuis 20 ans ça a vachement changé. Il y a des molécules que je connais pas, en plus quand nous on veut regarder sur le Vidal ou la Banque Claude Bernard, ben elles sont pas décrites les molécules, donc ça t'as beau chercher c'est pas détaillé, donc tu sais pas ! Tu passes du temps à chercher et tu sais pas. Donc forcément tu es obligé de passer par le spécialiste. Mais toutes ces nouvelles molécules je ne les connais plus, et donc si on ne m'aide pas, si on ne me guide pas je ne saurai pas.

I : Comment pensez-vous qu'on puisse améliorer l'accès à l'information ?

M10 : Alors tu as certains services, pas forcément en oncologie médicale, mais par exemple en urologie ou en gynéco où il y a de la cancéro, ils font des classeurs, qu'ils remettent au patient dans lesquels tout est référencé, tous les examens, les anapath, les courriers, les protocoles, les biologies, et tout est dedans. Et le patient il a ordre que quand il se déplace, de toujours se déplacer avec ça. Tout le dossier est là. C'est très bien ça nous permet de ne pas nous mélanger les pinceaux. Là, la patiente à laquelle je pense, c'est moi qui leur ai fait classer les choses puisque c'était le bazar. La prise en charge de la douleur elle a été faite vite fait un vendredi soir par l'anesthésiste un vendredi soir qui passait par là parce que l'oncologue n'avait pas soit disant les ordonnances bizones sécurisées, donc la morphine n'était pas gérée, l'anesthésiste a donné 2 - 3 trucs, mais le patient ne savait pas qu'il fallait vraiment qu'on respecte au jour près la prise en charge. Et donc c'est du bazar qui nous fait perdre du temps qui inquiète les patients parce qu'ils ne savent plus à qui il faut s'adresser, qui va gérer quoi, comment on fait. Et donc ils ont plein de feuilles volantes dont ils ne savent pas quoi en faire, comment il faut classer, ils n'arrivent pas à être synthétiques. En plus du fait qu'ils sont perdus puisqu'ils viennent de recevoir plein d'info. Et pour nous si des classeurs sont faits comme ça c'est bien puisque ça oblige aussi le médecin à faire taper tout de suite son courrier et à le glisser dans le dossier. Puisque quand tu reçois le courrier 3 semaines ou 1 mois après, et que ton patient tu l'as déjà revu 2 - 3 fois, que t'as essayé de joindre l'oncologue, que tu n'y es pas arrivé et que tu as commencé à t'énerver et qu'il faut 3 - 4 fois que tu relances pour avoir une info, c'est une perte de temps incroyable. Et moi je suis comme ça, une fois que j'ai appelé la secrétaire pour lui dire que l'oncologue me rappelle quand il peut, je me mets un post-it en rappel pour pas que j'oublie, un rappel sur mon téléphone pour me dire « oh mon dieu ils ne m'ont pas rappelé », je perds du temps pour le patient, et moi ça me colle une pression « olala faut pas que j'oublie ». Et puis nous on a une pression, puisqu'on connaît le patient, c'est lourd à gérer et on perd une énergie terrible là-dedans, et si on n'a pas les bonnes infos au moment où on veut avec tout qui est synthétisé, alors nous quand on reprend les trucs c'est long. Et puis c'est pas une consultation qui va durer 20 minutes - une demi heure, des fois ça dure 1 heure, 1 heure et quart, quand t'as la salle d'attente qui est pleine, euh c'est un peu difficile puisque s'ils avaient fait les choses correctement. Et quand l'hosto t'envoie les courriers 3 semaines

après c'est un peu désagréable, alors qu'en privé ils arrivent à sortir le courrier plus rapidement. Puisque Zepra moi j'ai abandonné, au début je recevais les courriers dessus mais je me suis retirée, pour récupérer un courrier tu dois faire 36 manipulations, tu passes plus de 2 minutes par courrier, ça me faisait perdre trop de temps, soit disant c'est pour la sécurité des informations. Puisque par courrier personne ne peut ouvrir le courrier ? Et puis je ne suis pas sûre qu'ils utilisent les logiciels de dictée vocale, ça leur ferait gagner un temps fou au lieu de dicter dans le dictaphone, le donner à la secrétaire, qu'elle le tape, qu'elle le fasse relire, et ils perdent beaucoup de temps. Ils auraient un logiciel, et pour eux et pour nous ça serait un gain de temps, et puis au niveau de la communication avec les patients quand il faut que ça aille vite ça serait vachement bien.

I : Dernière question, quels rôles pensez-vous avoir dans la prise en charge des patients cancéreux de façon générale ?

M10 : Et ben ça va dépendre du service. Il y a des services où véritablement on va être la pièce centrale et on va tout regrouper et tout dispatcher à qui en a besoin. Là tout à l'heure je me suis occupée d'un patient, c'est moi qui ai toujours récolté toutes les infos, toutes les bios qu'on surveille, les scanners, quand on veut le faire passer en comité de concertation c'est des protocoles particuliers, et c'est moi qui centralise tout et qui vais donner au chirurgien ou au gastro pour lui dire « voilà j'ai tout ça on peut lancer le comité de concertation, qu'est ce qu'on fait derrière, comment on suit » et c'est moi qui retranscrit après au patient « voilà on a fait un planning, on va faire comme ça comme ça », et je fais les ordonnances. Alors que dans d'autres services, quand la personne est prise en charge, tu la perds complètement de vue. Là j'ai une patiente elle a déclenché un cancer du sein, je l'ai su parce que je l'ai vu mais ça fait 3 mois et demi, je n'ai plus de nouvelles. Donc j'ai su 1 mois et demi après qu'elle avait été opérée, et puis là elle doit être en fin de chimio ou en radiothérapie, je n'en sais rien. Complètement mise à l'écart, mais alors par contre si il y a un caca-boudin, bien évidemment « allo docteur », et alors là tu leur dis à tes patients « ben je sais pas, je ne sais pas quel protocole vous avez, je ne sais pas où vous en êtes, je sais pas », « et qu'est-ce que je dois faire ? », « eh ben je sais pas, appelez l'oncologue », « ah bah oui mais là l'oncologue il est pas dispo, c'est vendredi soir ». Et c'est pas de la mauvaise volonté mais on sait pas, on sait pas les molécules administrées, les effets indésirables, on sait rien. Donc il y a des fois où on nous demande beaucoup mais quand c'est fait intelligemment, et que tout le monde reçoit bien les papiers et qu'on ne doit pas aller à la pêche, c'est bien et c'est intéressant pour nous et c'est bien par rapport à la relation qu'on peut avoir avec nos patients. Il y a des fois où on nous demande beaucoup mais on ne nous a pas filé les infos donc il faut appeler à droite à gauche pour tout récupérer, ça c'est un peu pénible. Et puis il y a les fois où on aimerait savoir mais on sait pas. Voilà.

I : Merci pour toutes vos informations.

## Entretien 11

Intervieweur : Pour commencer quelques informations générales, quel âge avez-vous ?

Médecin 11 : J'ai 56 (homme).

I : Vous êtes installé depuis combien de temps ?

M11 : Depuis 92, 24 ans.

I : D'accord, donc vous êtes dans un cabinet de groupe ?

M11 : Oui, cabinet de groupe, oui, on est 3 généralistes.

I : On peut qualifier la zone de semi-rurale ?

M11 : Ohh plutôt péri-urbain.

I : D'accord, vous avez une autre activité en dehors de cette activité libérale ?

M11 : Non, non, pas d'autres activités.

I : Et actuellement vous pensez avoir combien de patients sous ces thérapies ciblées anti-cancéreuses orales ?

M11 : Euh... c'est très difficile, vous voulez dire c'est pas des gens qui sont sous chimiothérapie ?

I : Non, non des traitements oraux.

M11 : Euh écoutez c'est difficile, on n'a pas tous les traitements en tête, je sais pas je dirais 3.

I : Mouais.

M11 : J'ai eu aussi un patient traité pour un myélome, je sais pas si on rentre de ce cadre là ?

I : Euh si aussi, les hémopathies oui.

M11 : Oui alors on va dire moins de 5 quand même.

I : Euh est-ce que vous avez en tête un exemple d'un patient qui aurait consulté pour un effet secondaire d'une de ces thérapies ?

M11 : (silence) Comment dire, euh la comme ça, non, non c'est difficile, il faudrait ouvrir les dossiers, en général c'est si ils font de la fièvre... Euh si, j'avais une patiente qui est décédée qui avait une mucite.

I : D'accord et du coup pour gérer ces effets secondaires vous vous y êtes pris comment ?

M11 : Soit on reprend les effets secondaires du produit (il montre l'ordinateur), soit on peut se mettre en relation avec le service d'oncologie, maintenant avec le mail on arrive facilement à contacter les correspondants. J'ai plusieurs patients avec le Dr Laramas, c'est vrai aussi, enfin c'est ma façon de travailler, pour l'oncologie, c'est vrai qu'on essaye d'avoir des correspondants qu'on arrive à connaître...

I : Vous vous êtes fait un petit réseau quoi ?

M11 : Un petit peu oui, je pense aussi à d'autres patients pour des cancers de prostate.

I : Pas de l'hormonothérapie ?

M11 : Non non, pas d'hormono, des thérapies complexes à des moments, on a un peu du mal à savoir exactement ce que c'est.

I : Donc, vous vous référez principalement au médecin prescripteur ?

M11 : Oui, oui, oui, après on a quand même une certaine idée des complications.

I : Est-ce que vous connaissez d'autres moyens d'informations ?

M11 : Alors sur le site e-cancer, j'avoue que je me suis moins intéressé à ces thérapies mais cela doit se trouver je pense.

I : Alors oui effectivement cela se développe.

M11 : C'est vrai que je connais ce site et je m'y intéresse parce qu'il y a 5 ans, j'ai fait un DU de cancéro pour généraliste.

I : D'accord.

M11 : Cela m'a apporté pas mal de chose, même si après voilà, mais j'ai bien pris l'habitude de travailler sur e-cancer. Et pis après il y a des cancers sur lesquels on est capable de bien gérer par exemple cancer de prostate, où on a pas mal étudié des immunothérapies, même si après on oublie un peu les choses.

I : Malgré ces moyens d'information utilisés, est-ce que vous avez été confronté à des difficultés ?

M11 : Ecoutez de tête comme ça non, parce qu'il faut aussi reconnaître que ce sont des patients qui sont quand même bien suivis régulièrement donc l'un dans l'autre, c'est des patients qui consultent quand même régulièrement l'oncologue, ce qui fait que finalement non, pas de difficulté particulière.

I : Et comment pensez-vous qu'on puisse améliorer ces moyens d'information, même si vous vous n'avez pas rencontré de difficulté particulière?

M11 : Pour moi, le... le... le document central ça reste la RCP, enfin moi c'est mon avis, cela fait référence pour moi, j'y reviens souvent, car c'est la RCP qui décide du traitement, qui reprend la classification du cancer, donc cela pourrait être bien qu'avec la RCP il puisse y avoir des indications sur les détails de la thérapeutique car cela reste pour moi un document de référence.

I : D'accord.

M11 : Cela serait ma suggestion en tout cas.

I : D'accord, une question un peu plus générale, quel rôle pensez-vous avoir dans la gestion des patients cancéreux ?

M11 : Ah, ben écoutez, c'est important parce que, il y a toujours un besoin d'explications derrière, les patients ont aussi d'autres pathologies, et pis on compte sur nous quand même, encore plus qu'avant parce que, on sort peut-être un peu de votre sujet, je ne sais pas, mais maintenant qu'il y a une garde assise dans une maison médicale, mais il n'y a plus de visite à domicile, et si les gens appellent le 15, ils vont aller à l'hôpital, donc on arrive à faire le conseil par téléphone, voire des fois je peux me déplacer quand même, sur mes soirées, cela n'est pas rare.

I : Et ça c'est plutôt dans des phases avancées de la maladie ?

M11 : Oui sur des phases avancées, en fait quand les patients sont sous ces thérapeutiques-là c'est qu'ils sont par définition dans des phases avancées, donc oui. Et je trouve que finalement cela est presque plus exigeant qu'il y a dix ans, le fait qu'il y ait plus de médecins de garde.

I : D'accord, très bien, et bien c'est tout.

M11 : Cela vous convient ? Cela vous suffit ?

I : Oui oui très bien, je vous remercie.

## Entretien 12

Intervieweur : Alors je commence par des questions un peu générales, vous avez quel âge ?

Médecin 12 : Ahh, c'est enregistré alors si je commence à dire des conneries ... (rire)

I : (rire) Oui.

M12 : Je sais pas quel âge je fait ? Non, j'ai, combien j'ai, je suis sur la fin de carrière j'ai 63 ans. (homme).

I : D'accord, et cela fait combien de temps que vous êtes installé ?

M12 : 35 ans, ça fait un bail hein ?

I : Et donc en libéral ? En cabinet seul ?

M12 : En médecine générale, libérale, seul.

I : En milieu urbain ?

M12 : Oui.

I : Et du coup vous n'avez pas d'autre activité salariale à côté ?

M12 : Non.

I : Vous pensez avoir combien de patients sous ces thérapies ciblées orales anti-cancéreuses ?

M12 : Oula, ça va être difficile, je suis très mauvais en statistique, c'est difficile d'estimer, cela dépend ce que vous appelez thérapie orale ? J'en ai une qui me vient à l'esprit et après quelques uns, mais je suis pas sûr.

I : Oui ok, et donc là, vous me disiez que vous aviez une patiente à l'esprit, est-ce que vous avez été confronté à la gestion d'effets secondaires pour elle ?

M12 : Oui, mais alors c'est de la polyopathie donc il faut alors gérer un contexte général, mais je sais pas ce qui est à mettre sur les effets secondaires du traitement, donc elle est sous Erivedge pour un carcinome basocellulaire étendu, mais c'est vraiment les dermatos qui la suivent une fois par mois.

I : Donc ils la voient assez régulièrement quand même.

M12 : Mais comme il y a un contexte polyopathologique, je ne sais pas ce qu'il faut mettre sur le compte du traitement ou sur ses pathologies annexes, c'est une personne âgée alors...

I : Et justement quand vous êtes confronté à ces situations, vous avez recours à quels moyens d'information justement ?

M12 : J'ai pas eu trop de problèmes à me dire... Bon si il y a de l'hématologie pas bonne et comme dans tous les autres cas, on appelle l'oncologue savoir est-ce qu'on continue ou pas, est-ce qu'on transfuse ou pas. Mais par information directe, je suis très téléphone moi.

I : Ben oui c'est un moyen d'information aussi (rire).

M12 : Enfin si on arrive à les joindre, alors cela dépend des équipes, je suis pas mail, parce que je suis un vieux machin qui ne sait pas me servir de ça (rire).

I : Ok (rire), et vous avez suivi des formations particulières en cancérologie ?

M12 : Pas spécialement sur la chimiothérapie par voie orale, (rire), mais sur la cancérologie en général oui, des EPU auxquels j'ai participé oui bien sûr.

I : Donc vous c'est principalement le téléphone et l'accès direct au spécialiste que vous utilisez ?

M12 : Oui et les lettres, j'aime bien qu'on puisse appeler et voilà, on a quand même des bons oncologues sur Grenoble.

I : D'accord, donc vous avez déjà par la correspondance écrite ou téléphonique pas mal d'informations.

M12 : Mais la gestion de la toxicité hémato, néphro, neuro, cutanée et tout ça, j'ai pas trouvé que ça changeait grand chose que ce soit par voie orale. Je ne pense pas qu'on soit plus confronté en pratique, parce que ces patients-là voient quand même régulièrement leur oncologue. Et après quand c'est des chimio par perf, l'effet secondaire on le gère aussi, parce que c'est en inter-cure qu'on les voit, quand ils sont chez eux. Je ne trouve pas que ce soit une révolution pour le suivi par le généraliste en tout cas, certes c'est un bon truc pour le patient qu'il ne soit pas obligé d'aller se pointer sans cesse à l'hôpital.

I : Vous, vous connaissez d'autres moyens d'information que le spécialiste pour vous documenter si vous avez besoin ?

M12 : Et bien, j'aime bien le Vidal déjà, parce que moi je suis très peu internet et tout ça, donc bon. (*Il me montre son étagère de dossier papier*), comme vous voyez vous n'êtes pas chez un médecin informatisé (*rire*).

(*Le téléphone sonne*) Donc j'aime bien le téléphone, la lecture des revues papier (*il répond au téléphone*). Ben justement correspondant chirurgien, qui m'informait, qu'il avait posé un port à cath à une de mes patientes.

I : Ah (*rire*) Et donc à quelles difficultés vous avez été confronté dans la prise en charge de ces patients ?

M12 : (*silence*) C'est difficile votre question, (*silence*), non mais au début savoir exactement quel traitement a été prescrit, mais c'est tout, après on se replonge là-dedans si c'est pas assez explicite dans le courrier du spécialiste, je sais pas ce que vous entendez par difficulté ?

I : Ben je ne sais pas, en terme d'organisation par exemple difficulté à joindre le spécialiste, à connaître le traitement, euh...

M12 : Non, non, des reproches à faire à certains spécialistes mais pas dans le domaine de la cancérologie, il y a un très bon réseau de communication avec les oncologues, c'est vraiment une bonne équipe, ils nous écrivent régulièrement, et même l'équipe de Daniel Hollard c'est vraiment des gens qui écrivent bien et qui n'oublient pas le généraliste, avec des courriers qui arrivent en temps et en heure.

I : Donc pas de problème de délai pour les comptes rendus ?

M12 : Non, non, on reçoit même des doublons par mail, mais j'aime pas trop parce que moi je suis pas trop informatique moi.

I : Même si vous n'avez pas rencontré de souci particulier, comment pensez-vous que l'on puisse améliorer les moyens d'information sur ces thérapies ?

M12 : (*silence*), moi je suis très EPU, enseignement post-universitaire, avec un conférencier oncologue qui explique bien ce qu'il faut faire, pas faire.

I : Donc des petites formations, pour des remises à jour en fonction des différentes thérapies qui sortent ?

M12 : Oui, voilà.

I : Et pour finir une question un peu plus générale : quel rôle pensez-vous avoir dans la prise en charge des patients cancéreux ?

M12 : Important bien sûr, mais cela va dépendre des patients, il y a des patients qui se réfèrent tout le temps au médecin, qui remettent même en question l'avis du spécialiste, et nous demande ce que nous, généraliste, on en pense (*rire*). Et il y en a d'autres qui se disent, « on ne va pas embêter le médecin traitant avec ça, ça relève du grand spécialiste ». Ou alors on ne les voit presque plus parce que cela se passe bien on va dire, on ne les voit presque plus pendant on va dire 6 mois, le temps de la thérapie active. Mais globalement ils nous appellent souvent même en conseil téléphonique. Je n'ai pas trop l'impression d'être mis de côté.

I : D'accord, très bien, et bien c'est tout, je vous remercie.



### **Entretien 13**

Médecin 13 : C'est obligé d'enregistrer ?

Intervieweur : Oui c'est mieux, pour qu'il y ait une double analyse et pas d'erreur d'interprétation des données.

M13 : Ok.

I : Donc des questions d'abord générales pour commencer, quel âge avez-vous ?

M13 : 62. (femme)

I : Et votre nombre d'années d'installation ?

M13 : 35 je crois, en 81 je me suis installée, alors vous calculez.

I : Donc exercice en milieu urbain ?

M13 : A votre avis, je suis rurale là ? (*Rire*)

I : Et en cabinet seule ?

M13 : J'ai été associée dans le passé, mais je ne le suis plus.

I : Pas d'autre activité en dehors du libéral ?

M13 : Non, plus actuellement.

I : Approximativement, combien de patients sous thérapie ciblée anticancéreuse orale avez-vous dans votre patientèle ?

M13 : (*silence*), si je dis zéro ça vous choque ?

I : Non.

M13 : Ben zéro alors.

I : Actuellement vous en avez zéro, est-ce que vous en avez eu dans le passé, est-ce que vous avez été confrontée à ces thérapies là ?

M13 : Non.

I : Si vous étiez confrontée à la gestion d'effets secondaires liés à ces thérapies, quels moyens d'information utiliseriez-vous ?

M13 : Je regarderais le Vidal.

I : D'accord, bases de données papiers. Vous connaissez d'autres moyens d'information ?

M13 : J'en connais plein d'autres, notamment cette horrible machine qu'on appelle internet, mais je ne suis pas sûre que l'information soit meilleure. Et puis après j'ose espérer que le courrier qui m'arrivera du CHU, j'ose espérer, m'indiquera les points à surveiller.

I : D'accord, très bien, donc du coup, vous n'avez pas été confrontée au problème, donc vous n'avez pas eu de difficulté particulière ?

M13 : Ben non.

I : Donc vous, votre attente si jamais vous étiez confrontée à cette situation cela serait d'avoir une correspondance avec le prescripteur initial ?

M13 : Oui.

I : Une question plus générale maintenant, quel rôle pensez-vous avoir dans la prise en charge de vos patients cancéreux ?

M13 : Détection, c'est nous en général qui faisons le diagnostic, c'est pas rien, après on l'envoie à l'hôpital ou ailleurs, ils disparaissent pendant 6 mois, et on les reprend.

I : Donc vous avez l'impression que pendant la phase active, ils vous échappent un peu ?

M13: Ben c'est pas grave, c'est pas une impression, mais c'est pas grave, c'est très bien, c'est très bien.

I : Et après ?

M13 : Après on les récupère.

I : À quel moment du coup ?

M13 : Six mois après, 6 mois après les avoir adressé au spécialiste.

I : Donc pour ... la guérison ?

M13 : La guérison c'est bien, mais c'est pas le plus fréquent, non pour la surveillance, pour les médicaments, pour le traitement de la douleur, les effets secondaires, les arrêts de travail, des ambulances, les bons de transport et tout le reste.

I : C'est quoi tout le reste ?

M13 : Ben tout, tout ce que les spécialistes ne font pas, et qu'ils n'ont pas à faire non plus. On a du boulot.

I : Très bien, et bien cela sera tout, je vous remercie.

M13 : Ben oui parce que j'en ai pas.

I : Mais c'est aussi intéressant de le savoir.

## **Entretien 14**

Intervieweur : Simplement pour commencer des questions générales, vous avez quel âge ?  
Médecin 14 : 66 ans (homme).

I : Installation depuis combien d'années ?  
M14 : Depuis 78.

I : Ici en cabinet libéral, urbain, seul ?  
M14 : J'ai été associé pendant un certain temps.

I : Vous exercez une autre activité en dehors du cabinet ?  
M14 : Non.

I : Actuellement avez-vous des patients sous thérapies ciblées anti-cancéreuses orales ?  
M14 : J'ai des patients cancéreux, mais pas sous ces thérapies-là.

I : Avez-vous déjà eu dans le passé des patients sous ces thérapies, ou confronté à la gestion de leurs effets secondaires ?  
M14 : Non, j'ai pas le souvenir.

I : D'accord, et si vous étiez confronté à cette problématique-là, quels moyens d'information utiliseriez-vous ?  
M14 : J'ai les revues : Revue du Prat, Prescrire.

I : D'accord, en dehors de ces moyens d'informations là, en connaissez-vous d'autres ?  
M14 : Alors j'ai aussi quand j'ai des problèmes particuliers, j'appelle les spécialistes qui ont prescrit. Ils sont super, c'est très facile.

I : D'accord, très bien, donc vous, vous n'avez pas été confronté directement à ces thérapeutiques donc vous n'avez pas rencontré de difficultés particulières ?  
M14 : Non.

I : Mais selon vous, quel serait le moyen d'information le plus simple pour gérer ces thérapeutiques ?  
M14 : De pouvoir appeler directement le spécialiste.

I : D'accord et une question un peu plus générale maintenant, quel rôle pensez-vous avoir dans la prise en charge de vos patients cancéreux ?  
M14 : C'est un rôle je dirais essentiellement psychologique, parce que quand les gens viennent nous voir ils sont très mal. En général ça se passe de la façon suivante, nous on fait le diagnostic, ou on le suspecte fortement, après rapidement on l'envoie aux cancéros, ou aux différentes équipes d'oncologie, soit de l'hôpital, soit de l'institut Daniel Hollard. Et après ils nous reviennent avec le traitement. Et on est très bien informé, c'est-à-dire moi je reçois du courrier, très, très régulièrement, pour dire ce qu'ils font, ce qu'ils font pas. Mais nous à la limite on va plutôt être dans le rôle de l'accompagnement, pour essayer d'abord d'entendre ce que les gens disent, leurs angoisses, leur compréhension de la maladie. Ce qui est assez bien fait en général. Mais parfois ils viennent nous demander des choses, pour lesquelles on a du mal à répondre.

I : C'est-à-dire ?

M14 : Notamment au niveau du traitement, tel traitement, telle molécule, moi les molécules en cancéro, je connais moyen moyen.

I : Vous avez fait des formations particulières en cancérologie ?

M14 : Non, je réfléchis actuellement j'en ai 4 qui ont une leucémie, récurrence ganglionnaire d'un cancer du sein, cancer du poumon, et j'ai aussi un mésothéliome, mais il a pas encore de traitement. Et j'ai aussi des patients avec des cancers de la prostate, je sais pas si il y a des thérapies ciblées pour la prostate, non je crois qu'ils sont sous hormono, et un autre sous mélanome mais il a eu simplement une chirurgie.

I : Donc finalement vous êtes confronté à gérer des effets secondaires de thérapies anti-cancéreuses mais plus sous forme de chimio ou hormonothérapie, et du coup vous prenez directement avis auprès des oncologues prescripteurs si besoin ?

M14 : Oui oui, de ce point de vue-là, ils sont vraiment impeccables, on a aucun problème, je dirais même qu'on est sur-informé, j'ai des piles de courrier. Oui oui ils sont vraiment super, aussi bien à l'hôpital, qu'à Daniel Hollard.

I : Oui c'est un peu les retours qu'on a eu pour le moment.

M14 : Oui il y a rien à dire, ils sont costauds, ils sont pointus, et nous on n'intervient plus, c'est fini, nous on évoque le diagnostic, et une fois que le diagnostic est posé, tout ce qui est thérapeutique, on n'y a pas du tout accès, à part éventuellement signaler tel ou tel effet secondaire. Après nous on va être essentiellement dans le soutien psychologique, parce que (*il souffle*) ça fait mal quand on vous annonce ce type de diagnostic.

I : Ok, ben je n'ai pas d'autres questions, je vous remercie.

## **Entretien 15**

Intervieweur : Pour commencer des questions un peu générales, vous avez quel âge ?

Médecin 15 : 48 ans (homme).

I : Et vous êtes installé depuis combien de temps ?

M15 : depuis 12 ans.

I : Activité semi-rurale ? En cabinet de groupe ?

M15 : J'ai remplacé pendant longtemps et puis au bout de 10ans, je me suis installé, oui en groupe.

I : Pas d'activité salariale en parallèle ?

M15 : Non, avant oui je faisais de la consultation dans les prisons, oui.

I : Actuellement vous pensez avoir combien de patients sous thérapies ciblées anti-cancéreuses orales ?

M15 : Mes patients ? Actuellement un seul.

I : Avez-vous un exemple d'un patient qui vous aurait consulté pour un effet secondaire lié à ces thérapies ?

M15 : non.

I : Si jamais vous aviez un patient qui consulte pour un effet secondaire d'une thérapie ciblée, quels moyens d'information utiliseriez-vous ?

M15 : Déjà notre formation initiale, ensuite le support informatique, le Vidal, etc., le réseau avec les oncologues, qu'on appelle directement.

I : D'accord, donc vous, vous n'avez jamais été en difficulté particulière vis-à-vis de ces thérapies ?

M15 : Non, non, en général même si les confrères spécialistes ne répondent pas dans l'immédiat, ils rappellent après donc on arrive toujours à se débrouiller.

I : Tout à l'heure vous parliez de formation, vous avez fait des formations particulières en oncologie ?

M15 : Oui bien sûr, de temps en temps on participe à des weekends, des conférences pour se mettre à jour. J'ai regardé de près aussi pour faire le DU mais je n'ai pas donné suite.

I : Vous trouvez que vous arrivez à correspondre facilement avec les spécialistes ?

M15 : Oui par téléphone, par mail.

I : Selon vous comment pourrions-nous améliorer les moyens d'information afin de faciliter la prise en charge de ces patients ?

M15 : Déjà j'ai vu beaucoup de choses se mettre en place avec le réseau ville-hôpital, je trouve que c'est déjà une avancée énorme, de la disponibilité avec le système de médecin référent, j'arrive à avoir assez d'informations pour gérer le reste.

I : D'accord, maintenant une question un peu plus générale, quel rôle pensez-vous avoir dans la prise en charge de vos patients cancéreux ?

M15 : C'est très important, parce que une fois qu'il rentre à la maison le patient a les traitements prescrits à l'hôpital, des fois les gens sortent, ils ne se souviennent même pas ce que le médecin de l'hôpital avec un jargon a dit. C'est le manque d'explication, ou les gens sont dans un état où ils n'enregistrent rien, ils sont déjà sidérés par la maladie. Et donc en

rentrant il y a les effets secondaires à la maison, l'angoisse à gérer, le moindre problème est amplifié, et la plupart du temps c'est l'hypotension, diarrhée, vomissement, faiblesse, parce qu'il ne mange pas, il y a pas de perfusion et les gens n'osent pas appeler tout de suite. De plus il faut adapter les traitements chroniques, notamment les traitements anti-hypertenseurs qui ne sont pas modifiés à l'hôpital. Les médecins de l'hôpital ne les suspendent pas en phase aiguë de la chimio. Et notamment ils laissent les statines, ça ne sert à rien, c'est même dangereux avec tout ça. Ils sont sous chimio, le Lasilix est toujours à la même dose, des choses comme ça. Je trouve que le médecin de l'hôpital ne met pas le nez en dehors, il n' imagine même pas comment sont les gens à domicile, ils sont seuls, ils sont faibles.

I : D'accord, bon vous, vous n'avez pas vraiment été confronté à ces thérapeutiques-là ?

M15 : Oui, mais on arrive toujours à se débrouiller pour apporter une réponse, après le problème c'est le manque de temps, j'ai encore six visites à faire ce soir.

I : Ok très bien, cela va être suffisant, je vous remercie.

## Entretien 16

Intervieweur : Des questions générales pour commencer, quel âge avez-vous ?

Médecin 16 : 32 (femme).

I : Vous êtes installée depuis combien de temps ?

M16 : Installée en collaboration depuis 1 an.

I : Donc là, on peut dire exercice urbain, en cabinet de groupe ?

M16 : Ouais en pôle de santé même.

I : Pratiquez-vous une autre activité à côté de votre activité libérale ?

M16 : Oui, je suis médecin salarié du planning familial, un jour par semaine.

I : D'accord, Ok, vous pensez avoir combien de patients sous ces thérapies ?

M16 : Je pense en avoir deux, enfin je suis sûre d'en avoir deux, après peut-être d'autres.

I : Oui oui, de toute façon on sait que ce n'est pas encore des thérapies très présentes, et avez-vous été confrontée à la gestion d'effets secondaires sur ces thérapies ciblées ? Vous avez un exemple en tête ?

M16 : Donc j'ai deux patients, un monsieur, une dame, donc il y a eu des effets secondaires mais qui du coup ont été pris en charge par l'équipe hospitalière. Notamment une anémie hémolytique, c'est moi qui ai reçu la bio et qui ai alerté l'équipe de spécialistes et comme ils voyaient la patiente le lendemain. Une autre qui a eu une réaction allergique après la première dose de traitement donc c'est aussi eux qui ont vu la patiente et des douleurs avec une adaptation du traitement antalgique.

I : Donc finalement il y a pas d'effet que vous avez du gérer vous directement au cabinet ?

M16 : Non, mais c'est assez nouveau comme traitement, un ou deux mois pour les deux patients, pour le coup bien après avoir répondu à votre mail pour participer à votre étude (*rire*).

I : Quels moyens d'information utilisez-vous quand vous êtes confrontée à des difficultés vis-à-vis de ces nouveaux traitements ?

M16 : Et ben du coup moi j'ai le mail direct de l'oncologue, de l'équipe d'oncologie donc dès que j'ai un résultat bio un peu bizarre ou que... J'envoie un mail directement à l'oncologue et on me répond dans la journée en général. Sinon en cas d'absence il y a une réponse automatique qui oriente vers un autre oncologue. Et j'ai toujours la réponse au pire dans la soirée et dans ces cas-là je prends les coordonnées de la personne sur mon téléphone perso et je la rappelle pour avoir des nouvelles. A chaque fois j'ai géré comme ça, parce que j'en ai que deux mais... (*rire*)

I : Qui ont sollicité par mal de questions finalement ?

M16 : Ben ouais en tout cas j'ai eu besoin d'être appuyée par l'équipe d'oncologues, parce que les thérapies ciblées j'y connais rien moi.

I : Oui oui c'est bien ça le souci.

M16 : Et en même temps pour moi, dans ma façon de travailler, de voir la médecine générale c'est pas un problème, c'est-à-dire que je peux très bien accompagner les gens jusqu'à un certain point où je sais plus du tout de quoi il en ressort mais avec l'appui de mes confrères qui eux j'imagine, si ils les prescrivent et si ils rentrent dans ces protocoles là c'est qu'ils comprennent au moins un peu ce qu'il se passe, et du coup les patients viennent me voir et je fais la liaison avec le spécialiste. Jusqu'où on tolère l'anémie, jusqu'où les LDH peuvent monter, jusqu'à quand l'hémoglobine elle peut baisser, à quel moment vraiment on doit s'inquiéter ?

I : Donc vous, vous avez recours à l'avis du spécialiste directement, mais est-ce que vous connaissez d'autres moyens d'information pour ces thérapies-là ?

M16 : Et ben j'ai pas cherché, genre dans la banque Claude Bernard, j'imagine que je dois en avoir des tartines et que si vraiment j'étais toute seule dans la savane, je pourrais m'en servir notamment en visite, mais je suis jamais allée voir.

I : Oui, il y a aussi sur le site e-cancer où ils sont en train de développer une base d'informations où il n'y a pas encore toutes les molécules parce que il y en a une telle quantité. Mais après si vous avez accès facilement au spécialiste c'est peut-être pas nécessaire.

M16 : Oui, ou après c'est un coup de bol parce que pour le coup, là, sur l'équipe d'oncologues de Grenoble j'ai le même médecin référent pour mes deux patients mais c'est le hasard quoi, donc moi quand j'ai vu les comptes rendus j'ai dit (*elle se frotte les mains*) très bien (*rire*).

I : Est-ce que vous avez été confrontée à des difficultés particulières malgré les moyens d'information que vous utilisez ?

M16 : Et ben chez le monsieur il y a une bonne réponse, il ne se plaint pas d'effet secondaire directement, maintenant à chaque fois que je vais le voir en consultation en urgence j'ai une explication à ce qu'il se passe avec mes connaissances plus basiques, par exemple, une décompensation cardiaque, qui été traitée avant par anti-hypertenseur néphrotoxique, mais comme il a fait une insuffisance rénale aiguë, on lui a enlevé les néphrotoxiques mais là il a refait une poussée d'insuffisance cardiaque sur poussée hypertensive, et j'ai pas pensé directement que c'était le Firmagon ou alors l'arrêt de l'anti-hypertenseur, c'est dur de dire. Après la dame, avant ça elle était sous un autre protocole mais non c'était pas des thérapies ciblées, c'était de la chimio orale je crois, elle faisait des poussées hypertensives juste au moment de la prise du traitement et là avec le nouveau protocole d'immunothérapie elle n'a plus de problème d'hypertension.

I : Selon vous comment on pourrait améliorer les moyens d'information sur ces molécules-là pour faciliter votre prise en charge ?

M16 : Et bien ma question c'est « est-ce que ces molécules-là elles ne sont que dans des protocoles de recherche pour des patients en ultime traitement ou elles ont l'AMM » ?

I : Oui il y en a qui ont l'AMM.

M16 : Moi je crois que le meilleur moyen d'informer les médecins généralistes c'est dans le courrier avec un paragraphe bien spécifique sur le suivi de la thérapie notamment la contre-indication ou non à la vaccination anti-grippale ? Ou une fiche d'information écrite moi pour le coup j'avais fait ma thèse là-dessus, je sais pas.

I : Sur quoi ?

M16 : Sur le suivi des patients sous immunothérapie, j'ai travaillé sur l'information écrite pour le patient. Mais en fait on reçoit déjà tellement de courriers que j'ai peur que ça passe à la trappe quoi !

I : Donc plutôt dans le courrier spécifique du patient avec la molécule et ses spécificités ?

M16 : Et après pourquoi pas si ces molécules se développent des infos plus générales, il doit quand même avoir des similitudes dans ces thérapeutiques avec les grandes lignes, les effets secondaires, la vaccination anti-grippale, et de toutes façons ça finira par intégrer la formation initiale des internes.

I : Et d'ailleurs vous vous avez fait une formation particulière en oncologie ?

M16 : Non, ce n'est pas encore dans mes priorités, cette année j'ai plein de choses et l'année prochaine j'allais cibler pédiatrie.

I : Et maintenant une question plus générale sur la cancérologie : quel rôle pensez-vous jouer dans la prise en charge des patients cancéreux ?

M16 : Je pense que c'est un rôle primordial, on est vraiment avec le patient au centre du dispositif, c'est-à-dire que « médecine centrée patient », c'est la mouvance du moment et



c'est très bien. C'est-à-dire décision partagée, décision éclairée, simplement le premier professionnel sollicité ça va être nous et simplement il faut savoir dire nos limites à quel moment on ne sait plus. Et dans ces cas-là j'ai le patient devant moi j'écris le mail avec lui, je leur demande quels sont leurs questions et je les mets parfois même en copie du mail comme ça ils ont la réponse en direct et je préviens le professionnel que Monsieur, Madame sont en copies pour pas qu'il y ait de réponse incompréhensible pour le patient. Et notre rôle est clairement dans la coordination de soins. Et notre rôle c'est vraiment ça, on est là, on n'y connaît pas grand chose dans leurs thérapies ciblées en dehors d'un peu de physiopath qu'on a appris et oublié, et du coup c'est un peu délicat comme place, mais très intéressant. Et on a vraiment une vision plus globale que je ne suis pas sûre que les oncologues aient une vision si large. Et j'ai la chance de travailler dans un pôle de santé où on a du coup vraiment une vision pluri-professionnelle : et c'est vrai qu'on a des protocoles de concertation des cas complexes à domicile.

I : Ok, très bien, j'ai toutes les informations dont j'ai besoin, je vous remercie.

## Entretien 17

Intervieweur : D'abord des questions un peu générales : quel âge avez-vous ?

Médecin 17 : 55. (homme)

I : Et vous êtes installé depuis combien de temps ?

M17 : 24 ans.

I : On est donc ici en milieu urbain, en cabinet de groupe, c'est ça ?

M17 : Oui.

I : Et avez-vous une autre activité à côté ?

M17 : Non.

I : Et actuellement vous pensez avoir combien de patients sous thérapies ciblées orales ?

M17 : Souvent ces patients là sont pris directement en charge par les centres anti-cancéreux donc nous on les voit pour d'autres problèmes mais on ne sait pas forcément sous quels traitements ils sont, on sait qu'ils sont suivis on a des courriers mais bon...

I : Vous en avez combien vous pensez ?

M17 : Je sais pas je dirais moins de 5.

I : Et vous avez déjà été confronté à la gestion d'effets secondaires liés à ces thérapeutiques ?

M17 : Non pas trop, non, comme ils sont vus régulièrement par ces centres c'est plus les oncologues qui gèrent.

I : Et si vous êtes confronté à cette situation : un patient qui vient pour un éventuel effet secondaire du traitement, quels moyens d'information allez-vous utiliser pour vous aider à traiter la situation ?

M17 : Ben déjà le service qui les gère, de toutes façons ces centres là donnent directement leur numéro au patient, donc rarement on a géré ce genre de truc.

I : Vous avez une formation particulière en oncologie ?

M17 : Non

I : Et si vous n'utilisez pas l'appel au spécialiste, est-ce que vous connaissez d'autres moyens d'information ?

M17 : Dans le Vidal, mais la plupart du temps il y a rarement une urgence, et dans ce cas-là on rappelle le lendemain et on tombe sur l'oncologue référent, ou une personne plus compétente que nous dans le domaine.

I : D'accord donc finalement le réseau fonctionne bien ?

M17 : Oui.

I : Donc vous, vous n'avez pas été confronté à des difficultés particulières dans ce domaine finalement ?

M17 : Non je vous dis, dans ce domaine les gens gèrent directement avec les médecins prescripteurs.

I : Même si vous n'avez pas eu de difficulté particulière est-ce que pour vous il y aurait un moyen d'information particulier à mettre en place pour vous aider dans ces prises en charges ?

M17 : Internet avec des bases de données : effets secondaires, interactions médicamenteuses éventuelles, mais ce n'est pas ce que je fais en pratique.

I : Une question plus générale pour finir : quel rôle pensez-vous avoir à jouer en temps que médecin traitant chez les patients cancéreux ?

M17 : Au niveau médical pas trop parce qu'ils sont gérés, après c'est plus au niveau psychologique, explication, reformulation, et soutien et dans ce cas-là je n'hésite pas à téléphoner à l'oncologue pour savoir exactement ce qu'il en est.

I : Ok très bien, c'est terminé je vous remercie.

*(Remarque: après arrêt du magnéto, le médecin rajoute qu'un complément d'information dans les courriers pourrait être une bonne alternative)*

## **Entretien 18**

Intervieweur : D'abord pour commencer des questions d'ordre général, vous avez quel âge ?  
Médecin 18 : j'ai 54 (femme).

I : Et vous êtes installée depuis combien d'années ?

M18 : Depuis 94, ça fait 22 ans.

I : Donc là on est dans un cabinet de groupe en milieu urbain ?

M18 : (Hochement de tête).

I : Est-ce que vous avez une autre activité en dehors du libéral ?

M18 : Non.

I : Ok, et actuellement dans votre patientèle pensez-vous avoir des patients sous immunothérapie, ou thérapie ciblée orale ?

M18 : Oui je dois en avoir quand même quelques-uns, je dirais 2 ou 3.

I : Avez-vous été confrontée à la gestion d'effets secondaires liés à ces thérapeutiques ? Est-ce que vous avez un exemple ?

M18 : Non je n'ai pas d'exemple précis.

I : D'accord, et si un patient se présente à votre cabinet pour un problème lié à ces thérapeutiques-là, quels moyens d'information utiliseriez-vous pour vous aider dans votre prise en charge ?

M18 : Bien sûr la base Vidal ou Claude Bernard, bien sûr, et puis parfois certains patients ont des notices d'information qu'ils ramènent ou pas, et voilà c'est tout, après on traite de manière symptomatique ou alors on ne fait pas la corrélation avec le traitement (*sourire gêné*) voilà.

I : Oui oui ben ça arrive, avez-vous recours à l'appel au spécialiste ?

M18 : Rarement, plutôt sur des problèmes médicaux, mais pas sur des effets secondaires.

I : Connaissez-vous d'autres moyens d'information que vous pourriez utiliser ?

M18 : Ben internet

I : Vous pensez qu'il existe des sites spécifiques ?

M18 : Non, ça non.

I : Avez-vous fait une formation particulière en cancérologie ?

M18 : Non.

I : Et vous, vous n'avez pas eu de difficulté particulière, comme vous n'avez pas vraiment été confrontée à ces molécules-là ?

M18 : Non, effectivement.

I : Donc pour vous quel moyen d'information serait le plus pratique pour vous, afin de vous aider dans la prise en charge de ces patients sous thérapie ciblée ?

M18 : J'ai du mal, parce que nous on fait partie d'une FMC, où on a déjà demandé régulièrement des formations sur ces thérapies-là, mais c'est difficile car on rentre rapidement dans le catalogue où ensuite nous on est noyé par les informations. Et si on n'a pas des patients sous ces thérapies-là on ne fera pas la démarche. Je pense qu'on ne pratique pas assez et on n'a pas assez de patients concernés pour se rappeler. Après, moi à mon niveau, si je vais me trouver en difficulté je vais aller chercher. Ce qui se passe aussi, c'est que les patients sont régulièrement vus par les oncologues, où ils sont kidnappés et nous on se retrouve un peu shunté. Je pense qu'on ne gère pas autant les effets

secondaires qu'on le devrait, parce que les familles appellent directement dans les services et on est court-circuité.

I : Donc des formations pour vous c'est pas la meilleure solution ?

M18 : C'est difficile, alors après est-ce qu'il faudrait pas un petit livret avec toutes les molécules où se référer. Après les FMC oui, mais il faut en faire régulièrement. Alors aussi ce qui marche bien c'est la feuille d'information pour le patient mais aussi pour le médecin.

I : Dans un courrier ou ?

M18 : Oui voilà exactement, moi si je reçois une feuille d'information spécifique pour un patient, je vais me la scanner et la mettre dans le dossier et si un jour j'ai besoin je vais aller chercher mon info dans le dossier, oui ça m'irait pas mal ça.

I : Et une dernière question plus générale, quel rôle pensez-vous jouer dans la prise en charge des patients cancéreux ?

M18 : Soutien psychologique, souvent les gens viennent nous demander le conseil, est-ce qu'on fait est-ce qu'on fait pas, est-ce que c'est bien ou pas ? On nous demande notre avis, c'est assez fréquent. Et effectivement la gestion des effets secondaires quand ils viennent nous voir.

I : Ok.

M18 : Ce qui est un peu difficile à notre niveau, c'est quelqu'un qui est suivi en cancéro, et quand il passe en soins palliatifs ça se fait un peu brutalement, où on dit « il y a plus de RDV en cancéro, maintenant c'est votre médecin traitant ». Et comme nous on a rien suivi à l'histoire de la maladie et bien ils ont vraiment l'impression d'être abandonnés. Et là ça devient lourd.

I : Donc vous avez la sensation d'être shunté pendant la phase active où le patient a ses rendez-vous en onco, ses scanners...

M18 : Nous on voit pas les scanners, et si un jour on a besoin d'en refaire un, on ne sait pas où on en est, après si les patients ont d'autres pathologies, HTA, diabète on continue de les suivre mais sinon c'est vrai qu'on est vraiment shunté.

I : Oui oui, c'est un peu le ressenti de vos autres collègues qui ont participé, et bien voilà, c'est tout, je vous remercie pour votre temps.

## **Entretien 19**

Intervieweur : Pour commencer des questions un peu générales, vous avez quel âge ?

Médecin 19 : moi, j'ai 35 ans.

I : Et vous êtes installé depuis combien de temps ?

M19 : 6 ans.

I : Donc en cabinet seul ? En milieu urbain ?

M19 : Oui, plutôt semi-urbain.

I : Vous avez une autre activité à côté de votre activité libérale ?

M19 : Non.

I : Et actuellement vous pensez avoir combien de patients sous thérapies ciblées orales ?

M19 : Environ 5.

I : Est-ce que vous avez déjà été confronté à la gestion d'effets secondaires liés à ces thérapies ? Avez-vous un exemple en tête ?

M19 : Je me souviens plus de la molécule, mais c'était un traitement pour le myélome, où il y avait essentiellement des troubles du transit, de la diarrhée et puis des nausées, ou parfois encore des prurits ou des démangeaisons. Et il y a aussi un patient que j'ai vu hier qui est sous comprimés pour un néo du poumon et qui lui a des paresthésies des membres inférieurs. En gros c'est les effets secondaires qu'on retrouve assez classiquement dans beaucoup de traitements anti-cancéreux.

I : Oui oui, et quand vous êtes confronté à ces effets secondaires vous utilisez quels moyens d'information pour vous aider à gérer la situation ?

M19 : Alors ça dépend, parfois les patients arrivent avec un dossier et des informations sur leur traitement et les effets secondaires, c'était le cas pour ma patiente avec son myélome. Par contre celui avec le néo pulmonaire, il n'avait pas trop d'info sur son traitement. Sinon j'ai le Vidal mais c'est pas toujours utile parce qu'il y a tout et rien, et puis c'est tout. Et pis j'ai pas forcément le temps d'aller sur les sites internet, pas le temps de chercher 10 minutes sur internet, et pis je ne sais même pas sur quel site aller. Ce que je dis aux gens c'est, ben je ne sais pas à quoi c'est dû, mais la prochaine fois que vous voyez l'oncologue en HDJ, il faut lui en parler.

I : Ouais donc vous orientez les patients vers leur oncologue ?

M19 : J'essaye de résoudre le problème mais bien souvent les gens vont voir leur oncologue dans les 15 jours suivants, donc je leur dis de quand même préciser au médecin prescripteur.

I : Et est-ce que vous connaissez d'autres moyens d'information que vous n'utilisez pas ?

M19 : Non.

I : Ben vous me disiez internet...

M19 : Ben il y a internet, mais je ne l'utilise pas particulièrement, parce que ça prend beaucoup de temps et voilà.

I : Vous avez fait des formations particulières dans le domaine de la cancéro ?

M19 : Non.

I : Et malgré les moyens d'information que vous avez à disposition, à quelles difficultés vous avez été confronté lors de la gestion de ces patients-là particulièrement, enfin si il y a eu des difficultés ?

M19 : Il y a pas eu tant de difficultés que ça en fait, parce que les médicaments pour ce genre d'effets secondaires c'est des médicaments qu'on utilise tout le temps, donc au final voilà ; éventuellement les nausées avec le Zophren et les autres médicaments qu'on utilise moins souvent, mais qu'on connaît enfin que moi je connais. Ceci étant dit, on n'a pas eu de

formation là dessus, et la patiente qui avait des diarrhées ça a été un peu chaud on a du faire des mélanges de molécules un peu important, mais ça a été validé finalement par l'hématologue, Docteur Gressin qui la suivait et de toute façon on ne pouvait pas faire autrement. Après les fiches d'information elles sont trop longues, il y a trop d'informations sur les fiches.

I : Les fiches qui sont données aux patients ?

M19 : Oui, parce que passé un moment, lors des RCP, ou lors des courriers de première consultation, on avait ensuite le protocole qui nous était envoyé, donc soit par courrier, soit par mail en même temps que la lettre, avec 3 ou 4 pages avec le protocole qui était détaillé. Et ça c'était bien, parce que nous les protocoles on ne les connaît pas, et puis les effets secondaires étaient notés, ce qui nous permet pas forcément de les connaître parce qu'on avait pas forcément le temps de les lire, mais on pouvait les mettre dans les dossiers et si jamais j'ai un souci on pouvait s'y référer. Mais ça fait un bout de temps que je n'en ai pas eu dans les courriers.

I : Donc c'était pas mal comme moyen d'information ces courriers ?

M19 : C'était pas mal ou, alors après il y avait le numéro de l'infirmière de coordination, ça c'était pas mal aussi, parce que souvent quand on est amené à suivre des patients en cancéro, on doit se déplacer chez eux, donc on n'a pas forcément le dossier avec nous et du coup c'est bien qu'il ait un dossier pour eux, à eux, à la maison, ou alors le coup de téléphone à l'infirmière de liaison qui peut être intéressant, je ne l'ai pas fait souvent, parce que pas le temps ou pas aux horaires de permanence, mais comme je vous dis c'est pas souvent des effets secondaires qu'on est amené à traiter, enfin qui ne nécessitent rien de plus qu'un traitement symptomatique. Donc c'est des traitements qu'on connaît. Pour moi le plus gros souci, c'est pour faire le diagnostic, et dire à ben oui là vraiment, c'est lié à votre traitement, ce qu'il manque le plus c'est pas forcément de traiter l'effet secondaire, mais de le reconnaître, et le reconnaître comme effet secondaire, c'est ça la vraie difficulté. C'est pour ça aussi qu'on dit aux patients, même si l'effet disparaît, parlez en à votre oncologue, parce que il y a un traitement à changer, notamment pour les neuropathies périphériques, c'est classique.

I : Et donc selon vous, comment pourrait-on améliorer les moyens d'information, pour vous faciliter la prise en charge ?

M19 : Ce qui serait bien c'est qu'on ait une base de données sur internet avec un site dédié, ou je clique sur Google, accessible avec mon portable, si en plus il y avait une appli associée ce serait formidable, mais je clique sur Google, je tape la molécule. Alors je sais pas peut-être que ça existe ?

I : Alors ça se développe, notamment sur le site e-cancer.

M19 : Alors le problème aussi c'est quand on va à domicile, on ne sait pas forcément quelle molécule il prend. Alors oui ce qui serait pas mal c'est soit d'avoir un site dédié notamment quand les gens viennent au cabinet, après euh le Vidal il y a tout et rien, faut pas oublier que pour être sur le Vidal il faut payer, tout le monde ne paie pas, par exemple la Josacine elle n'est pas dans le Vidal donc voilà, mais euh voilà, donc je pense que le meilleur accès à l'information c'est par internet, la 3G quand on est en visite à domicile sur le portable, c'est intéressant. Aller déranger un oncologue pour lui poser la question, je trouve qu'ils ont d'autres choses à faire et c'est pas forcément obligatoire. Surtout que quand les gens ils sont sous protocole, ben finalement ils voient assez régulièrement les oncologues de l'hôpital et donc on peut faire comme je me débrouille, on essaye le traitement, je donne de la Claratine, je donne du Motilium, je donne du Primperan, je donne du Lyrica, de la Gabapentine, à la limite du Rivotril, on voit ce que ça donne sur quinze jours et forcément dans les 15 jours, 3 semaines, ils sont amenés à retourner à l'hôpital pour leur suivi et à revoir le protocole, donc ça c'est pas forcément gênant car on a déjà commencé le traitement mais il faut que l'info

remonte. Alors c'est vrai que je ne fais pas forcément de courrier pour l'oncologue. Ce qui manque vraiment c'est un accès direct avec l'information, avec des sources fiables, sinon on va taper dans Google mais on va tomber sur [aufemina.com](http://aufemina.com) qui va nous dire un tas de chose qui auront peu d'intérêt (*rire*). Mais c'est vrai que la difficulté n'est pas vraiment de traiter quand, où, comment, mais de savoir quand ce problème est réellement lié à la chimio ou au traitement, ou si c'est lié à autres choses, nous ça va plus être le problème du diagnostic, et souvent ce que va nous amener l'avis de l'oncologue c'est vraiment ça : c'est nous dire « oui, oui au bout de 10 jours, on a fréquemment cet effet secondaire ». Alors ce qui pourrait nous aider c'est des formations avec les oncologues, qui fassent des petits congrès, des choses comme ça, ça pourrait nous aider. Ou alors qu'on puisse poser nos questions, qu'ils nous disent dans tels types de molécules, il y a tels types d'effets secondaires : exemple « c'est classique de voir au dixième jour le type il fait un rash », ou un truc comme ça par exemple. Ça c'est quand même intéressant parce que jusqu'à maintenant c'est plus l'expérience qui fait qu'on apprend les choses sur le tas. Donc c'est vrai que l'accès à l'information par une plateforme dédiée, et à la limite qu'il n'y ait pas juste une liste d'effets secondaires, qu'il y ait en plus un peu comme le fait le Vidal avec des ordres de fréquence, et c'est tout. Ça, ça serait déjà pas mal du tout.

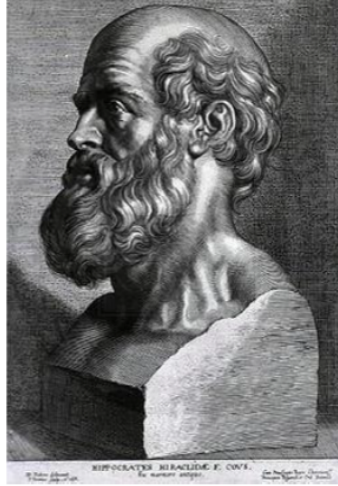
I : Et maintenant une question un peu plus générale pour finir, quel rôle pensez-vous jouer dans la prise en charge des patients cancéreux ?

M19 : Ben ça dépend à quel stade ils sont, dans le diagnostic, c'est le rôle principal. Dans la mise en route du traitement, on n'a pas de rôle réel, même si on essaye d'en avoir un mais finalement ce qu'il se passe c'est que les gens on les voit beaucoup au début et on les voit beaucoup à la fin mais au milieu pas trop, et c'est bien normal. Et c'est pas dérangeant parce qu'on ne va pas surcharger les gens en consultation, pour s'apercevoir de la même chose, l'oncologue est très bien capable, même mieux que nous de surveiller les gens pendant la phase active du traitement, et après pendant la surveillance on est présent quand même. Et pis les gens ils n'ont pas que des cancers donc on les voit pour autre chose et ça nous permet de les voir aussi. Et je trouve que pour le moment la place du médecin généraliste est plutôt bonne et faut qu'il garde cet intérêt du diagnostic, parce que c'est quand même dommage que ce soit d'autres personnes qui fassent le diagnostic. Je pense qu'on est les mieux placés pour faire le diagnostic et le dépistage, après pour le traitement on est pas les mieux placés ça c'est certain. Après pour la surveillance, une surveillance alternée c'est tout à fait correct, et la récidive on est là aussi. Et pour la fin de vie, ça dépend aussi, on peut être là aussi, mais c'est quand même plus rare, plus fréquemment c'est l'HAD, et le plus fréquemment les gens meurent à l'hôpital, pour toutes les complications, les douleurs, etc.... C'est pas forcément un choix du patient, pas forcément un choix du médecin, mais parfois c'est quand même nécessaire d'hospitaliser quelqu'un pour pouvoir mourir tranquillement. Donc finalement c'est vrai on est vraiment là, avec un rôle précis au moment du dépistage et diagnostic, et puis la surveillance. Alors souvent on voit les gens pour le dépistage, on a un doute, on fait faire des examens on l'adresse au spécialiste, et on le voit plus pendant six mois, un an. Alors on reçoit des courriers, c'est rassurant de savoir qu'il est en vie (*rire*), mais par exemple j'ai un patient qui est suivi pour un mélanome ça fait trois ans que je ne l'ai pas vu, il se développe il évolue, alors là c'est un peu gênant quand même, 3 ans c'est trop long, après 4 à 6 mois c'est pas dérangeant.

I : Ok, très bien ça sera tout. Merci à vous.



## X. SERMENT D' HIPPOCRATE



### **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerais jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*