

Le médecin généraliste face à son patient en cours de chimiothérapie orale

Camilla-Élisa Doyat

▶ **To cite this version:**

Camilla-Élisa Doyat. Le médecin généraliste face à son patient en cours de chimiothérapie orale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02075312

HAL Id: dumas-02075312

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02075312

Submitted on 21 Mar 2019

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.

Année 2018 N°

UNIVERSITÉ DE CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE

THÈSE

Pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)
par

Camilla-Elisa, Mendonça DOYAT

Présentée et soutenue publiquement le 11 octobre 2018

LE MEDECIN GENERALISTE FACE A SON PATIENT EN COURS DE CHIMIOTHERAPIE ORALE

Président : Monsieur BAY Jacques Olivier, Professeur, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand

---

Membres du jury :
Monsieur ESCHALIER Alain, Professeur, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand
Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand
Madame BOTTET Anne, Professeur, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand
Madame MONANGE Brigitte, Docteur, Directrice de thèse, Centre Hospitalier Emile Roux, Le Puy en Velay
Madame BERTRAND-JARROUSSE Véronique, Docteur, Médecin Généraliste à Augerolles

UFR DE MÉDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES
Université Clermont Auvergne

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES UNIVERSITE D'AUVERGNE	: **JOYON** Louis : **DOLY** Michel : **TURPIN** Dominique : **VEYRE** Annie : **DULBECCO** Philippe : **ESCHALIER** Alain
PRESIDENTS HONORAIRES UNIVERSITE BLAISE PASCAL	: **CABANES** Pierre : **FONTAINE** Jacques : **BOUTIN** Christian : **MONTEIL** Jean-Marc : **ODOUARD** Albert : **LAVIGNOTTE** Nadine
PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER	: **BERNARD** Mathias
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT	: **DEQUIEDT** Vianney
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	: **WILLIAMS** Benjamin
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE	: **HENRARD** Pierre
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE	: **PEYRARD** Françoise
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES	: **PAQUIS** François

✧✧✧✧✧

UFR DE MEDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES	: **DETEIX** Patrice : **CHAZAL** Jean
DOYEN	: **CLAVELOU** Pierre
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE	: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques – CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - Mme MOINADE Simone - MM. MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. RISTORI Jean-Michel - ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain - DAUPLAT Jacques - DETEIX Patrice - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis – Mme LAFEUILLE Hélène – MM. LEMERY Didier - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M.	AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M.	LABBE André	Pédiatrie
M.	AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M.	DURIF Franck	Neurologie
M.	BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M.	BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M.	POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M.	CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme	PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M.	BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M.	BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M.	CLAVELOU Pierre	Neurologie
M.	DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique

M.	GILAIN Laurent	O.R.L.
M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M.	CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique

PROFESSEURS DE 1ère CLASSE

M.	DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénéréologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique

PROFESSEURS DE 2ème CLASSE

Mme	CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme	KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M.	TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M.	CORNELIS François	Génétique
M.	DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M.	POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M.	CANAVESE Fédérico	Chirurgie Infantile
M.	LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M.	AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M.	BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M.	BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M.	CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M.	AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme	BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme	HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M.	ESCHALIER Romain	Cardiologie
M.	MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme	TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M.	DURANDO Xavier	Cancérologie
M.	DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme	FANTINI Maria Livia	Neurologie
M.	SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M.	BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUIEZE Romain	Hématologie
M.	POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M.	SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M.	CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme	MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M.	VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme	BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M.	CAMBON Benoît	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme	CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme	BOUTELOUP Corinne	Nutrition

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M.	MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mle	GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme	FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle	GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M.	MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme	MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle	VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M.	DELMAS Julien	Bactériologie
Mle	MIRAND Andrey	Bactériologie Virologie
M.	OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M.	LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle	COSTE Karen	Pédiatrie
M.	EVRARD Bertrand	Immunologie
Mle	AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
M.	POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme	CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	LEBRETON Aurélien	Hématologie

MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème CLASSE

Mme	PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M.	JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M.	BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M.	COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme	SARRET Catherine	Pédiatrie
M.	MASDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme	NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme	VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle	AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M.	BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle	GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M.	BIDET Yannick	Oncogénétique
M.	MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M.	DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M.	SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme	VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme	LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M.	LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme	MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M.	PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M.	TANGUY Gilles	Médecine Générale
M.	BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme	ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme	RICHARD Amélie	Médecine Générale

Pr. Bay Jacques-Olivier,
Je vous remercie chaleureusement d'avoir accepté d'être le président de jury de cette thèse.
Votre participation à mon jury de soutenance est un grand honneur pour moi.

Pr. Eschalier Alain,
Je suis très honorée par votre présence dans mon jury.
Je vous remercie pour votre réponse positive à mon invitation et pour l'intérêt accordé à mon travail.

Pr.Bottet Anne,
Je suis très honorée par votre présence dans mon jury.
Merci pour votre dévouement et enthousiasme dans l'enseignement de la médecine générale, merci d'avoir consacré du temps en examinant mon manuscrit. Cette thèse vous doit beaucoup.

Pr. Clément Gilles,
Je suis très honorée par votre présence dans mon jury.
Les mots me manquent pour exprimer toute ma gratitude. Avec vous, l'impossible est entré dans le domaine du possible. Merci de m'avoir accompagnée, de m'avoir soutenue dans des moments difficiles et d'avoir cru en moi.

Dr. Bertrand-Jarrousse Véronique,
Je suis très honorée par votre présence dans mon jury.
Je suis incontestablement le fruit de votre enseignement. Merci d'avoir été ma tutrice et enseignante depuis 3 ans.

Dr. Monange Brigitte,
Je suis très honorée d'avoir réalisé ce travail avec vous.
Merci de m'avoir proposé ce sujet de thèse il y a plus de 2 ans, de m'avoir soutenue et dirigée tout au long de ce travail. J'ai énormément appris en votre présence. Merci pour votre patience, vous avez été un exemple professionnel et personnel.

A ma fille, Flavie Gabriella,

A mes parents et frères,

A M. et Mme Doyat,

A M. et Mme Filleux,

A Mariana Sala,

A toute l'équipe des urgences et SAMU du CH d'Ambert,

A Mme Agnès Roux et au secrétariat du DMG,

A toutes les correctrices de cette thèse,

A l'équipe du réseau OncAuvergne,

A mes amis et confrères,

Merci

1. INTRODUCTION 10

2. LA CHIMIOTHERAPIE ORALE
2.1 Les chiffres 11
2.2 L'essor de la chimiothérapie orale 12
2.3 Les chimiothérapies orales en pharmacie de ville ou en rétrocession
2.3.1 Les thérapies orales anticancéreuses conventionnelles 12
2.3.2 Les autres antinéoplasiques 15
2.3.3 L'hormonothérapie 15
2.3.4 La thérapie ciblée 16

3. LE PATIENT SOUS CHIMIOTHERAPIE ORALE
3.1 Le profil du patient sous chimiothérapie orale 19
3.2 Les difficultés rencontrées 20
3.3 Effets indésirables 21

4. LE MEDECIN GENERALISTE FACE A SON PATIENT EN COURS DE CHIMIOTHERAPIE ORALE, LE QUESTIONNEMENT 27

5. MATERIELS ET METHODES
5.1 Objectifs 28
5.2 Matériels 28
5.3 Méthode 29

6. RESULTATS
6.1 Caractéristiques de l'échantillon 33
6.2 La gestion des patients sous chimiothérapie orale au quotidien 34
6.3 Le médecin généraliste et la chimiothérapie orale 36
6.4 Les liens entre médecins généralistes et oncologues hospitaliers 38
6.5 Les entraves dans la gestion en ville des patients sous chimiothérapie orale 39
6.6 Les outils de soutien dans la gestion en ville des patients sous chimiothérapie orale 40

7. DISCUSSION 42
7.1 Limites 43

8. PERSPECTIVES 45

9. CONCLUSION 50

10. BIBLIOGRAPHIE 52

11. Liste d'abréviations 56

12. Index des figures 57

13. Index des tableaux 58

SERMENT D'HYPPOCRATE 59

En 2009, le médecin généraliste français a suivi en moyenne 20,4 patients atteints d'un cancer dans l'année[1]. Ces chiffres sont en constante croissance depuis 2000. En 2017, le nombre de personnes atteintes d'un cancer en France est estimé à 399 626 [2]. Le cancer est la deuxième cause de mise en ALD [1] derrière le diabète.

De par la proportion des cancers à bon pronostic et les constantes évolutions thérapeutiques, la pathologie cancéreuse évolue vers un suivi de longue durée à l'exemple des maladies chroniques.

Les options de traitements médicaux du cancer suivent une évolution sans précédent. Les 15 – 20 dernières années ont été marquées par l'apparition des thérapies orales, des thérapies ciblées, et de l'immunothérapie. Aujourd'hui, une centaine de thérapies orales sont disponibles en pharmacie de ville ou en rétrocession. Hélas, peu de stratégies ont été réfléchies pour permettre aux médecins généralistes d'intégrer le parcours thérapeutique de leurs patients. L'arrivée de la thérapie orale anticancéreuse et la prise en charge ambulatoire des patients atteints d'un cancer repositionnent le médecin généraliste au centre de la coordination de ces patients traités auparavant exclusivement à l'hôpital.

C'est pourquoi cette étude vise à mettre en évidence les souhaits et les besoins du médecin généraliste dans la gestion des patients sous chimiothérapie orale et formuler des propositions concrètes pour la mise de place d'un relais ville-hôpital du point de vue du médecin traitant.

[i] Données SNIIRAM 2014

2.1 Les Chiffres

En 2014, la chimiothérapie orale représente une dépense nationale estimé à 1 462 M€. En Ile de France, le rapport « Anticancéreux Oraux » établi par l'OMEDIT dresse la répartition des coûts entre les différentes catégories de traitement anticancéreux oraux :

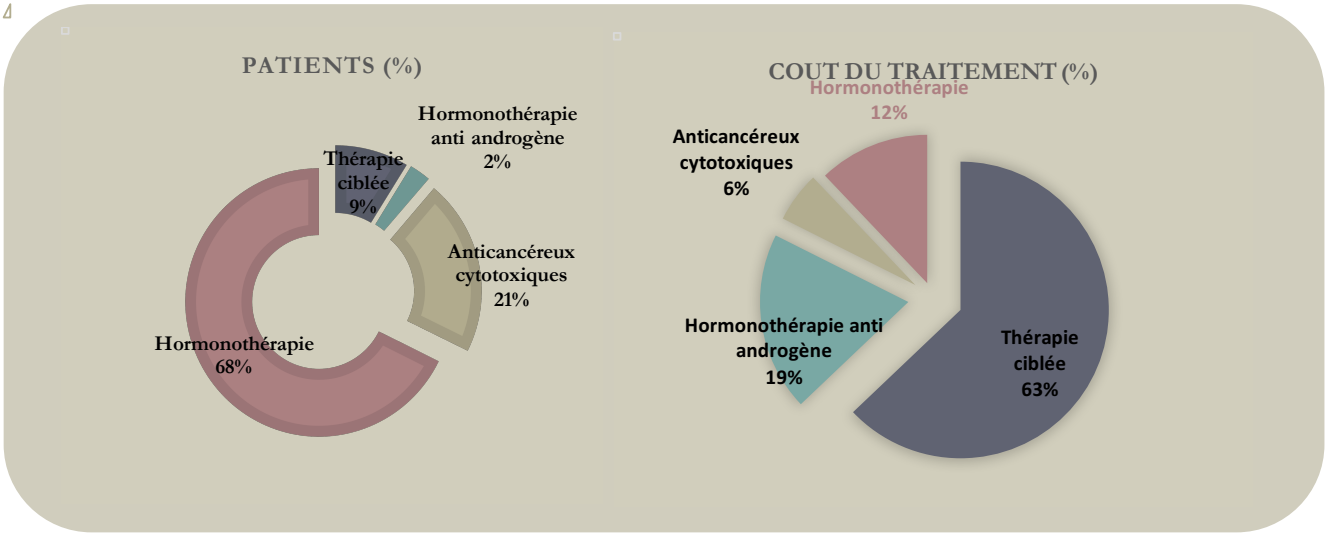


Figure. 1 Répartition de la dépense en Ile- de-France entre les différentes catégories de traitement anticancéreux oraux – Rapport Anticancéreux Oraux Omedit 2016

Il est possible d'observer que les thérapies ciblées répresentent la majorité du coût des thérapies orales pour un nombre réduit des patients. A l'inverse, l'hormonothérapie, représente la plus grande partie des thérapies orales délivrées en pharmacie de ville pour environ 17M€ de dépenses.

Par exemple, en 2014 le nombre de thérapies ciblées orales dispensées en pharmacie de ville et en rétrocession hospitalière était de 42 510 (nombre de boîtes), dont 8 974 nouvelles prescriptions pour l'Imatinib et 7 516 nouvelles prescriptions pour l'Erlotinib. Le Vendetanib ne concerne que 36 prescriptions [3]. Le nombre total des dispensations de chimiothérapie orale en pharmacie de ville en 2014 (toutes thérapies comprises) était de 529 928 dispensations pour 75 019 patients.

2.2. L'essor de la chimiothérapie orale

Depuis une quinzaine d'années, les thérapies orales se sont multipliées. En 2003, il existait 27 thérapies orales ayant une autorisation de mise sur le marché aux Etats-Unis, aujourd'hui elles sont une centaine. En 2050, il est estimé que la part de chimiothérapie orale dans le traitement médicamenteux du cancer atteindra 50%.

2.3 Les chimiothérapies orales en pharmacie de ville ou en rétrocession [5, 6, 7]

2.3.1 Les thérapies orales anticancéreuses conventionnelles

Dans la catégorie des agents anticancéreux conventionnels, il existe :

° **Les agents alkylants**, antinéoplasiques cytostatiques forment des liaisons covalentes avec les nucléotides de l'ADN et inhibent la réplication et la transcription. Un autre mode de fonctionnement est la production d'adduits composés d'ADN. Ceci conduit à l'apoptose de la cellule. Les lésions d'ADN produites par les agents alkylants déclencheront rapidement les mécanismes de réparation cellulaire, et donc une résistance à cette classe thérapeutique.

Anticancéreux oraux disponibles en pharmacie de ville ou rétrocédables			
Sous classe	**DCI**	**Spécialité**	**Indication**
ALKYSULFONATES	**Busulfan**	**Myleran®**	Leucémie Myéloïde Chronique résistante ou CI aux autres traitements. Greffe des cellules souches hématopoïétiques
ETHYLENE-IMINES OU AZIRIDINES	**Altrétamine**	**Hexastat®**	Ovaire & CBPC.
AUTRES	**Pipobroman**	**Vercyte®**	Maladie de Vaquez
NITROSO-UREE	**Lomustine**	**Belustine®**	Tumeurs cérébrales primitives et secondaires, Cancer bronchopulmonaire épidermoïdes et à petites cellules, Lymphome hodgkiniens et non hodgkiniens. Myélomes. Mélanomes malins.
TRIAZENE	**Procarbazine**	**Natulan®**	Lymphome Hodgkiniens et non Hodgkiniens. Tumeurs cérébrales. Cancer bronchique à petite cellules (CBPC)
	Temozolomide	**Temodal®**	Gliome, Glioblastome multiforme, Astrocytome anaplasique
MOUTARDE A L'AZOTE	**Chlorambucil**	**Chloraminophene®**	LLC, Lymphome hodgkinien, LMNH
	Cyclophosphamide	**Endoxan®**	Sein, Ovaire, Poumon (CBPC), Testicule, Vessie, Sarcome, Neuro, LMNH, Lymphome de Hodgkin, MM, Leucémie aigue…
	Estramustine	**Estracyt®**	Prostate
	Melphalan	**Alkeran®**	Carcinome du sein. Myélome multiple. Adénocarcinome ovarien stade avancés.

Tableau 1. Anticancéreux oraux disponibles en pharmacie de ville ou rétrocédables - Les Alkylants

° **Les antimétabolites** agissent comme des substituts des acides aminés et des nucléotides, inhibant la multiplication cellulaire à la phase S du cycle cellulaire. Les chromosomes ne peuvent plus se former et la mitose ne peut pas aboutir.

Anticancéreux oraux disponibles en pharmacie de ville ou rétrocédables			
Sous classe	**DCI**	**Spécialité**	**Indication**
ANTIMETABOLITE	**Trifluridine, Tipiracil**	**Lonsurf®**	Cancer colorectal métastatique
ANTIMETABOLITES (ANTAGONISTE PURIQUE)	**Thioguanine**	**Lanvis®**	Leucémie Aigue Myéloïde ou lymphoïde
	Methotrexate	**Methotrexate®**	LAL
	Fludarabine	**Fludara®**	LLC
	Mercaptopurine	**Purinethol®**	LAL, LAM, LMC
	Mercaptopurine	**Xaluprine®**	LAL
ANTIMETABOLITES (ANTAGONISTES PYRIMIDIQUES)	**Capecitabine**	**Xeloda®**	Traitement adjuvant du cancer du colon stade III. Cancer colorectal métastatique. Première ligne du cancer gastrique avancé. Après échec d'une chimiothérapie cytotoxique dans le cancer du sein localement avancé ou métastatique.
Antimétabolites (autres)	**Hydroxycarbamide**	**Hydrea®**	LMC, Splénomégalie myéloïde, polyglobulie, thrombocytémie essentielle

Tableau 2. Anticancéreux oraux disponibles en pharmacie de ville ou rétrocédables - Les Antimétabolites

° **Les immunomodulateurs** : dans cette sous-classe chaque molécule possède une particularité d'action. Ainsi le Thalidomide® arrête le cycle cellulaire, incitant l'arrêt prolifératif et l'apoptose (action anti-tumorale), il empêche la vascularisation tumorale (action anti-angiogénique). Il empêche également l'action des ostéoclastes et module l'action immunitaire. Le Revlimid®, son analogue possède en plus une activité pro-érythropoïétique.

Anticancéreux oraux disponibles en pharmacie de ville ou rétrocédables			
Sous classe	**DCI**	**Spécialité**	**Indication**
IMMUNOMODULATEUR	**Lenalidomide**	**Revlimid®**	Myélome multiple, Syndrome myélodysplasique, Lymphome du manteau
	Pomalidomide	**Imnovid®**	Myélome multiple
	Thalidomide	**Thalidomide®**	Myélome multiple

Tableau 3. Anticancéreux oraux disponibles en pharmacie de ville ou rétrocédables - Les Immunomodulateurs

° Celltop® et l'Hycamtin® inhibent l'enzyme topoisomérase empêchant ainsi la réplication, la transcription et la réparation de l'ADN. Ninlaro est une prodrogue qui une fois sous forme active inhibe de façon sélective le protéasome induisant ainsi l'apoptose des cellules tumorales. Zavedos inhibe la synthèse des acides nucléiques provoquant des cassures de l'ADN.

Anticancéreux oraux disponibles en pharmacie de ville ou retrocédables			
Sous classe	**DCI**	**Spécialité**	**Indication**
INHIBITEUR DE LA TOPOISOMERASE II (ANTHRACYCLINES)	**Idarubicine**	**Zavedos®**	Leucémie Aigue Myéloïde
INHIBITEUR DE LA TOPOISOMERASE II (DERIVES DE LA PODOPHYLLOTOXINE)	**Etoposide**	**Celltop®**	Cancer testiculaire réfractaire, Poumon (CBPC), Choriocarcinome placentaire, LMNH, Lymphome de Hodgkin, Leucémie aigue,
INHIBITEUR DU PROTEASOME	**Ixazomib**	**Ninlaro®**	Myélome multiple
INHIBITEUR TOPOISOMERASE I (CAMPTOTHECINES)	**Topotécan**	**Hycamtin®**	Monothérapie dans les rechutes du CBPC.

Tableau 4. Anticancéreux oraux disponibles en pharmacie de ville ou rétrocédables - Les Inhibiteurs de la topoisomerase et les inhibiteurs du protéasome

° **Les Vinca-alcaloïdes** : la Vinorelbine (Navelbine®) est indiquée dans le cancer du sein métastatique et les cancers du poumon non à petite cellules. Issue de la pervenche, elle empêche la formation du fuseau chromatique au cours de la mitose.

2.3.2 Autres antinéoplasiques

Anticancéreux oraux disponibles en pharmacie de ville ou rétrocédables			
Sous classe	**DCI**	**Spécialité**	**Indication**
Inducteur de différenciation	**Bexarotene**	**Targretin®**	Lymphome cutané à cellules T
Inducteur de différenciation	**Tretinoine**	**Vesanoid®**	Leucémie aigue promyélocytaire
Inhibiteur de l'agrégation plaquettaire augmentant l'AMPc	**Anagrelide**	**Xagrid®**	Thrombocytémie essentielle
Inhibiteur d'histone déacétylase	**Panobinostat**	**Farydak®**	Myélome multiple
Inhibiteur d'histone déacétylase	**Vorinostat**	**Zolinza®**	Lymphome cutané à cellules T

Tableau 5. Anticancéreux oraux disponibles en pharmacie de ville ou rétrocédables - Les autres antinéoplasiques

Targretin® illustre le mécanisme d'action des autres antinéoplasiques. Son mode d'action n'est pas complètement connu, mais il forme une liaison sélective avec les récepteurs X des rétinoïdes. Ils agiront ensuite comme des facteurs de transcription régulant et inhibant le processus de développement tumoral.

2.3.3 L'hormonothérapie

Les anti-aromatases : cette classe thérapeutique est réservée aux femmes ménopausées lors d'un traitement adjuvant ou de première ligne métastatique d'un cancer du sein avancé RH+. Ils sont aussi indiqués en relai du Tamoxifène en traitement adjuvant lorsque la ménopause est avérée.

Les progestatifs : Megace® constitue une alternative thérapeutique dans le traitement palliatif des carcinomes du sein mais n'est quasiment plus utilisé.

Les anti-oestrogènes : en bloquant les récepteurs aux œstrogènes, ils inhibent leur action au sein des cellules cancéreuses. Par voie orale, ils sont les SERM (Selective Estrogen Receptor Modulator).

Les anti-androgènes : dérivés des progestatifs, ils ont une action centrale (en diminuant les taux de testostérone et LH) et une action périphérique (en bloquant le récepteur à la testostérone). Le Zytiga® est un anti-androgène périphérique qui inhibe la CYP17, indiqué dans le cancer de la prostate métastatique résistant à la castration.

Traitements hormonaux oraux disponibles en pharmacie de ville ou rétrocédables			
Sous classe	**DCI**	**Spécialité**	**Indication**
ANTAGONISTE GLUCOCORTICOÏDES	**Mitotane**	**Lysodren®**	Carcinome surrénalien
INHIBITEUR DES RECEPTEURS ANDROGENES (ANTI-ANDROGENES)	**Apalutamide**	/	Prostate
	Bicalutamide	**Casodex®**	
	Cyprotérone	**Androcur®**	
	Enzalutamide	**Xtandi®**	
	Flutamide	**Flutamide®**	
	Nilutamide	**Anandron®**	
INHIBITEUR DE LA SYNTHESE DES ANDROGENES	**Abiratérone**	**Zytiga®**	
ESTROGENES	**Diethylstilbestrol**	**Distilbène®**	
ANTI-AROMATASES	**Exemestane**	**Aromasine®**	Sein
	Anastrozole	**Arimidex®**	
	Letrozole	**Femara®**	
ANTI-ESTROGENES	**Tamoxifene**	**Nolvadex®**	
	Toremifene	**Fareston®**	
PROGESTATIFS	**Megestrol**	**Megace®**	Sein

Tableau 6. Traitements hormonaux oraux disponibles en pharmacie de ville ou rétrocédables - Les anti hormonaux

2.3.4 La thérapie ciblée

Alors que la chimiothérapie orale a complètement changé la qualité de vie des patients, la thérapie ciblée correspond à une révolution de la lutte contre le cancer. Glivec® a marqué la révolution de la chimiothérapie orale ciblée dans la leucémie myéloïde chronique. Depuis, le marché européen a vu l'arrivée fulgurante des

nouvelles thérapies ciblées. Par conséquent, les recherches mutationnelles sont systématiques. Selon l'INCa en 2011, 55000 patients ont bénéficié d'une recherche de mutation génomique sur pièce biopsique, dont 20 750 pour les mutations EGFR.

L'exemple du cancer bronchique et les inhibiteurs de la tyrosine kinase (ITK).

La majorité des cancers bronchiques sont non à petites cellules (CBNPC). Parmi eux, 10 à 15% sont EGFR positifs. Avant la thérapie ciblée la survie moyenne globale était de 3 mois. Depuis l'apparition de la thérapie ciblée, notamment les inhibiteurs de la tyrosine kinase, la survie moyenne globale dépasse 1 an.

Hélas, dans les 12 mois suivant le début de la thérapie ciblée, certains patients sous ITK deviendront résistants. Dans plus de 50% des cas, cette résistance est initiée par la mutation T790M. Cette mutation est une adaptation de la cellule tumorale afin de continuer à assurer sa multiplication, mais là encore la thérapie ciblée est en mesure de s'attaquer à cette mutation de novo avec des ITK dit irréversibles de deuxième génération.

Depuis la première molécule ayant obtenu l'AMM en 2001, le nombre de thérapies ciblées ne cesse de croître avec une soixantaine de molécules en cours actuellement et une centaine de molécules en cours d'essai clinique à travers le monde.

Enfin, il existe aujourd'hui une centaine de chimiothérapies orales. Ces nouvelles molécules redirigent en ville, des patients autrefois traités uniquement à l'hôpital.

Anticancéreux oraux disponibles en pharmacie de ville ou rétrocédables			
Sous classe	**DCI**	**Spécialité**	**Indication**
Inhibiteur de Farnesyl transférase	**Tipifarnib**	**Zarnestra®**	Leucémie aiguë myéloïde
Inhibiteur de IDH1 (Isocitrate dehydrogenase)	**Ivosidenib**	/	
Inhibiteur de IDH2 (Isocitrate dehydrogenase)	**Enasidenib**	**Idhifa®**	
Inhibiteur de la tyrosine kinase (BcR-Abl)	**Bosutinib**	**Bosulif®**	Leucémie Myéloïde Chronique
	Dasatinib	**Sprycel®**	Leucémie Myéloïde Chronique, LAL
	Imatinib	**Glivec®**	LMC, GIST, LAL, myélodysplasie, dermatofibrosarcome, syndrome myéloprolifératif, leucémie chronique à éosinphiles,
	Nilotinib	**Tasigna®**	LMC
	Ponatinib	**Iclusig®**	Leucémie Myéloïde Chronique
Inhibiteur de la tyrosine kinase de Bruton	**Ibrutinib**	**Imbruvica®**	LLC, lymphome du manteau, macroglobulinémie de Waldenström
Inhibiteur de la voie de Hedgehog ou inhibiteur des protéines smoothered homolog (SMO)	**Sonidegib**	**Odomzo®**	Carcinome basocellulaire
Inhibiteur de la voie de Hedgehog ou inhibiteur des protéines smoothered homolog (SMO)	**Vismodegib**	**Erivedge®**	
Inhibiteur de mTOR	**Everolimus**	**Afinitor®**	Rein, Sein, Tumeur endocrine d'origine pancréatique, gastro-intestinale ou pulmonaire
Inhibiteur de PARP	**Niraparib**	**Zejula®**	Ovaire, Trompe fallope, Péritonéal
	Olaparib	**Lynparza®**	
	Rucaparib	**Rubraca®**	Ovaire
	Talazoparib	/	Sein
Inhibiteur de Protéine Kinase	**Tivozanib**	**Fotivda®**	Rein
Inhibiteur de protéine kinase (anti MEK)	**Binimetinib**	**Mektovi®**	Mélanome
	Cobimetinib	**Cotellic®**	
	Trametinib	**Mekinist®**	Mélanome, Poumon (CBPC)
Inhibiteur de protéine kinase (PI3K)	**Idelalisib**	**Zydelig®**	LLC, lymphome folliculaire non hodgkinien
Inhibiteur de sérine/thréonine kinase	**Vemurafenib**	**Zelboraf®**	Mélanome
Inhibiteur de tyrosine kinase (anti ALK)	**Alectinib**	**Alecensa®**	Poumon (CBNPC)
	Crizotinib	**Xalkori®**	
	Crizotinib sol buvable	/	
Inhibiteur de tyrosine kinase (anti RET)	**Loxo-292**	/	Poumon, Thyroïde
Inhibiteur de tyrosine kinase (anti VEGF et MET)	**Cabozantinib**	**Cabometyx®**	Rein
Inhibiteur de tyrosine kinase (anti VEGF/PDGF)	**Axitinib**	**Inlyta®**	Rein
	Lenvatinib	**Lenvima®**	Thyroïde
	Pazopanib cpé	**Votrient®**	Rein
	Regorafenib	**Stivarga®**	Cancer colorectal, carcinome hepatocellulaire, GIST
	Sorafenib	**Nexavar®**	Foie, Rein, Thyroïde
	Sunitinib	**Sutent®**	GIST, Rein, Pancréas
	Vandetanib	**Caprelsa®**	Thyroïde
Inhibiteur de tyrosine kinase (C,anti FLT3, KIT)	**Midostaurine**	**Rydapt®**	Leucémie aiguë myéloïde, mastocytose, leucémie à mastocytes
Inhibiteur de tyrosine kinase (C,anti FLT3, KIT)	**Midostaurine sol buvable**	/	Leucémie aiguë myéloïde
Inhibiteur de tyrosine kinase (Janus Kinase)	**Ruxolitinib**	**Jakavi®**	Splénomégalie Myéloïde, Myélofibrose secondaire, Maladie de Vaquez
Inhibiteur des CDK 4/6	**Palbociclib**	**Ibrance®**	Sein
	Ribociclib	**Kisqali®**	
Inhibiteur tyrosine kinase (anti ALK)	**Brigatinib**	/	Poumon (CBNPC)
	Ceritinib	**Zykadia®**	
	Lorlatinib	/	
Inhibiteur tyrosine kinase (anti EGFR)	**Afatinib**	**Giotrif®**	
	Erlotinib	**Tarceva®**	
	Gefitinib	**Iressa®**	
	lapatinib	**Tyverb®**	Sein
	Osimertinib	**Tagrisso®**	Poumon (CBNPC)
Inibiteur de la protéine antiapoptotique BCL-2	**Vénétoclax**	**Venclyxto®**	LLC
Inibiteur de sérine/thréonne kinase (anti BRAF)	**Dabrafenib**	**Tafinlar®**	Mélanome
	Encorafenib	**Braftovi®**	

Tableau 7. Anticancéreux oraux disponibles en pharmacie de ville ou rétrocédables - La thérapie ciblée

3.1 Le profil du patient sous chimiothérapie orale

Lorsque le patient accepte le traitement anticancéreux par voie orale, il accepte de devenir responsable de son traitement. Les raisons sont multiples : moins de contraintes liées aux déplacements fréquents à l'hôpital, l'envie d'être actif dans la prise en charge de sa maladie, et parfois l'envie de ne pas être « malade » car un petit nombre des patients pensent que la chimiothérapie orale est moins forte que la chimiothérapie injectable[9]. Sans surveillance directe, à leur domicile et loin des stigmates qui caractérisaient la maladie cancéreuse, le patient vit une vie active tout en suivant sa chimiothérapie.

La prescription de la chimiothérapie orale se fait sous certaines conditions. Premièrement le patient doit donner son accord. Le patient doit connaître toutes les contraintes et bénéfices liés à son traitement. La présence d'un entourage est un atout. Le niveau de compréhension ainsi que le statut psychologique et cognitif sont des conditions à prendre en considération.

La moyenne d'âge du patient sous chimiothérapie orale est de 66 ans. L'hormonothérapie représentée par le Letrozole et le Tamoxifène sont les traitements prescrits pour des durées plus longues. [7]

La thérapie ciblée par Imatinib® est prescrite environ 19 - 24 fois sur 2 ans. Malheureusement 80% des patients sous inhibiteur de la tyrosine kinase ou de la capécitabine auront en moyenne seulement 6 dispensation sur 2 ans [3, 8].

3.2 Les difficultés rencontrées

La primo prescription de la chimiothérapie orale reflète une relation de confiance entre médecin et patient. Le médecin conscient des risques et de la complexité que celle-ci représente s'engage dans une relation de confiance avec son patient, en espérant que celui-ci va adhérer au traitement et s'engager dans un protocole rigoureux de prise en charge. Le médecin devient moins paternaliste et le malade est désormais acteur de son traitement [9,10].

La personne âgée éligible à la chimiothérapie orale présente souvent un défi lors de la décision médicale. Souvent, ces patients présentent déjà une ordonnance conséquente, ils sont aussi isolés. Pourtant ce patient pourrait bénéficier d'une chimiothérapie orale dans le confort de son domicile, et c'est justement un cas typique où l'alliance thérapeutique ville-hôpital peut le plus aider le patient faisant entrer en jeu d'autres acteurs.

Toutefois, cette alliance est défaillante, ce qui conduit certains patients sous chimiothérapie orale à traverser seuls des contraintes autrefois gérées à l'hôpital. La première barrière est celle de l'adhésion, seul un patient déterminé sera en mesure de comprendre l'importance de l'observance. Ensuite, vient l'observance[11,12], condition sine qua non à la réussite de la prise en charge. Le patient doit comprendre le degré d'implication demandé. Il ne peut pas « adapter » son traitement, un patient capable de commettre un écart pourra tout aussi bien interrompre son traitement. C'est bien dans ce genre de situation où la co-gestion oncologue et médecin traitant peut-être d'une grande aide.

Et lorsque l'on aborde la problématique de l'observance, la sur-observance [9] fait partie des comportements redoutés, les schèmas de pause doivent être respectés et les oublis ne doivent pas faire l'objet d'une majoration lors de la prise suivante. Un patient surinvesti ou anxieux peut aussi devenir surobservant et nuire à son traitement.

Les effets indésirables constituent une grande majorité des causes de non observance. Une étude britannique publiée en février 2014 a analysé les motifs de consultation en dehors des horaires d'ouverture en soins primaires de 950 patients atteints d'un cancer, presque un tiers des motifs concernent des excès douloureux non maitrisés suivis de nausées et vomissements [12].

3.3 Effets indésirables [13, 14, 15, 16]

A titre d'exemple :

- **Fatigue** : c'est le symptôme le plus fréquemment décrit et toutes les thérapies orales sont concernées.

- **Déséquilibre de la tension artérielle** : concerne surtout la famille des anti VEGF et VEGFR : Sutent®, Nexavar®, Votrient®, Inlyta®, Stivarga®, Caprelsa® et le Cotellic®.

- **Protéinurie** : nécessitant la mise en place d'un traitement protecteur rénal (IEC ou AA2) ainsi qu'un avis néphrologique. Concerne surtout la famille des anti VEGF et VEGFR : Sutent®, Nexavar®, Votrient®, Inlyta®, Stivarga®, Caprelsa®.

- **Insuffisance cardiaque** : Les anti VEGF de type inhibiteur de tyrosine kinase nécessitent une surveillance des signes d'insuffisance cardiaque congestive et un contrôle périodique de la FEVG.

- **Allongement du QTC** : concerne surtout la famille des anti VEGF et VEGFR : Sutent®, Nexavar®, Votrient®, Inlyta®, Caprelsa®. Les anti ALK : Xalkori® et Zykadia®, mais aussi le Tyverb®, Tafinlar® et Zelboraf®. C'est pourquoi des contrôles périodiques de la kaliémie, calcémie, magnésémie et TSH sont recommandés.

- **Bradycardie** : observée lors des traitements par les inhibiteurs de ALK : Xalkori® et Zykadia®. Souvent asymptomatique et souvent causée par la prise concomitante d'un autre médicament bradycardisant.

- **Risques thrombo-emboliques** : concernent la famille des anti VEGF et VEGFR

- **Les toxicités hématologiques** : concernent toutes les classes de chimiothérapie orale. L'anémie, la polyglobulie, la leucopénie et la thrombopénie sont des toxicités hématologiques fréquentes, leur grade peut induire l'arrêt du traitement.

- **Folliculite** : éruption papulo-pustuleuse monomorphe associée à un prurit dans les zones séborrhéiques du visage, haut du tronc et cuir chevelu qui concerne 50 à 80% des patients. Les médicaments mis en cause sont les anti EGFR, anti BRAF, Anti MEK et le Lapatinib. Le traitement dépendra du grade de ces symptômes.

- **Syndrome main pied** : Prédominance aux points d'appui, apparition précoce (2-3 semaines) et évolution favorable. Les médicaments concernés sont les anti VEGF, VEGFR, les anti EGFR, anti BRAF et le Cotellic®.

- **Alopécie** : sont concernés les anti-BRAF : Zelboraf®, Tafinlar®, Nexavar® et Erivedge®.

- **Mucite** : sont concernés les anti EGFR, les inhibiteurs de mTOR, les anti VEGF. Les bains de bouche au bicarbonate de sodium sont recommandés en prévention. Les mucites sont des effets indésirables redoutés car ils peuvent freiner le traitement.

- **Les troubles métaboliques** : la dysthyroïdie (anti VEGF, VEGFR, et l'immunothérapie), la dyslipidémie (inhibiteurs de mTOR), et l'hyperglycémie (inhibiteurs de mTOR).

- **Les effets secondaires digestifs** : notamment les nausées et vomissements et diarrhées concernent toutes les thérapies orales. Les perforations gastro-intestinales et les fistules concernent les anti VEGF et VEGFR, les inhibiteurs de Hedgehog. De par leur élimination hépatique et souvent faisant appel au métabolisme du cytochrome p450, toutes les chimiothérapies orales peuvent perturber le bilan hépatique. Leur métabolisme peut être modifié par l'absorption concomitante d'autres traitements, aliments ou produits de phytothérapie

- **Le reflux gastro-oesophagien** concerne le Sorafenib et le Sunitib.

- **Les effets secondaires pulmonaires** : la pneumopathie interstitielle est un phénomène décrit sous mTOR et anti PD1.

- **Tous les traitements anti-tumoraux** (plus souvent les anti-angiogéniques) sont susceptibles de causer une nécrose tumorale responsable d'hémorragie.

- **Les effets secondaires neurologiques** : les neuropathies périphériques concernent les anti VEGF et VEGFR, inhibiteurs de BRAF, anti HER2 et l'immunothérapie.

- **Les douleurs musculo-squelettiques** concernent les inhibiteurs de c-kit, les inhibiteurs de mTOR, les inhibiteurs de BRAF, les inhibiteurs de la voie de signalisation Hedgehog, ainsi que l'Afatinib

- **Troubles ophtalmiques**

- **Troubles des phanères :** concernent les inhibiteurs de la Tyrosine kinase (anti EGFR) Erlotinib et Géfitinib. Très contraignants au quotidien nécessitent la mise en place des traitements préventifs et curatifs (dermocorticoïdes).

4. LE MEDECIN GENERALISTE FACE A SON PATIENT EN COURS DE CHIMIOTHERAPIE ORALE, LE QUESTIONNEMENT

Le médecin généraliste aborde le patient de façon globale et personnalisée, il bénéficie d'une relation privilégiée auprès du malade qu'il connaît et qu'il suit pour d'autres affections. Souvent le médecin généraliste connaît également l'environnement du patient, son domicile et son entourage. Cette expertise est un atout dans la gestion en ville de la chimiothérapie orale.

Le Plan Cancer 2014-2019 [17] renforce la place du médecin généraliste comme coordinateur des soins à toutes les étapes de la maladie cancéreuse.

Ainsi l'objectif 2 – « Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge » prévoit de soutenir et faciliter le travail de toute l'équipe de premier recours avec les actions suivantes :

- *« Action 2.1 :* ***Garantir aux patients, avec l'appui du médecin généraliste*** *ou de l'équipe de premier recours, un premier rendez-vous avec l'équipe de cancérologie la plus adaptée à leur situation et dans un délai rapide.*
- ***Aider le médecin généraliste*** *ou l'équipe de premier recours à adresser rapidement leurs patients vers l'équipe de cancérologie adaptée en améliorant la lisibilité de l'offre locorégionale (voire interrégionale pour les cancers de l'enfant ou les pathologies rares ou très complexes), grâce aux réseaux régionaux de cancérologie, en lien avec les ARS en charge de l'organisation de cette offre.*
- ***Sensibiliser les médecins traitants aux circonstances de découverte*** *des cancers …* ***et leur donner les outils*** *via des recommandations pour une orientation rapide vers les centres spécialisés.*

- *Mettre en place dans chaque service hospitalier autorisé pour le traitement du cancer et dans chaque structure de coordination (plateformes d'appui, réseaux territoriaux…)* ***un numéro de téléphone dédié au médecin traitant*** *coordonnant l'équipe de premier recours. » page 28*

L'objectif 4 *« Faire évoluer les formations et métiers de la cancérologie, page 43 »* fait mention du nouveau métier **d'infirmier coordinateur** prioritairement dans le champ de la cancérologie qui travaillera étroitement avec le médecin traitant.

L'objectif *7 « Assurer des prises en charge globales et personnalisées »* l'action 7.1 prévoit justement de rendre disponible un accès téléphonique dédié au médecin traitant mis en place par les services hospitaliers.

- Action 7.1 : Garantir aux malades une orientation adéquate dès le diagnostic de cancer. Il s'agit de garantir aux malades avec l'appui du médecin généraliste ou de l'équipe de premier recours un premier rendez-vous avec une équipe de cancérologie adéquate dans un délai rapide dès la forte suspicion ou la confirmation du diagnostic. À cette fin, l'organisation de la prise en charge en cancérologie sera rendue plus lisible et **un numéro de téléphone dédié au médecin traitant sera mis en place par les services hospitaliers** et les structures de coordination en cancérologie

En revanche la place du médecin généraliste dans la décision thérapeutique est moins tranchée. Dans l'étude lyonnaise des Drs. Bachevillier & Guichard 76% des généralistes et spécialistes interrogés, estiment que le médecin traitant a sa place dans une RCP de cancérologie. Leur présence permettrait de renforcer les liens ville-hôpital.[18]

Cette présence en RCP permettrait également au médecin traitant de connaître les informations sur le pronostic de son patient et ainsi unifier le discours des médecins généralistes et oncologues.

Hélas, le médecin généraliste ne possède pas tous les éléments lui permettant d'aider à la gestion de ces malades. Parfois même, il se retrouve devant le « patient–expert » car le malade connaît bien plus sa thérapie orale et ses effets indésirables que son propre médecin traitant.

Du côté du patient, une autre étude révèle que 56% des patients souhaitent un suivi partagé entre oncologue et médecin généraliste[20].

5.1 Objectifs

En raison de l'importante croissance des chimiothérapies orales, comme décrit précédemment, cette étude vise à connaître la pratique des médecins généralistes, leurs attentes et leurs freins vis à vis du suivi des patients en cours de chimiothérapie orale. Celle-ci a été conçue pour répondre aux objectifs suivants :

- Dresser le schéma de la consultation en ville des patients en cours de chimiothérapie orale ;
- Connaître les attentes des médecins généralistes vis-à-vis de la gestion de ces patients ;
- Connaître les pratiques en fonction de l'année de thèse, et lieu d'exercice.
- Repérer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients sous chimiothérapie orale.

Potentiellement, l'analyse de ces résultats permettra d'envisager des pistes pour l'optimisation du parcours de soins extra hospitalier des patients en cours de chimiothérapie orale.

5.2 Matériel

Pour cette étude, un formulaire papier a été créé pour les envois postaux, et parallèlement un formulaire électronique a été développé avec le logiciel REDCap. REDCap est une application Web pour la construction et la gestion de bases de données et de questionnaires sécurisés et accessibles sur Internet.

5.3 Méthode

L'enquête est un audit clinique auprès des médecins généralistes.

Sélection des médecins généralistes

Dans un premier temps, le numéro de téléphone et l'adresse de 144 médecins généralistes de Clermont-Ferrand et 80 médecins généralistes de Haute-Loire ont été saisis à partir des informations recueillies auprès de l'annuaire professionnel des pages jaunes. Cette liste a été comparée et complétée avec le listing disponible sur le site internet du Conseil de l'Ordre des Médecins du Puy-du-Dôme. Les médecins généralistes ont été contactés par téléphone, afin de leur exposer l'étude et ses objectifs. L'ordre d'appel a été tiré au sort aléatoirement. Un total de 50 médecins généralistes de Clermont-Ferrand et 32 médecins de Haute-Loire ont accepté (directement ou par l'intermédiaire de leur secrétariat) de recevoir par courrier le formulaire à remplir.

Dans un deuxième temps, un mail aux 23 généralistes de la Société de Médecine du Livradois a été envoyé avec le lien de l'enquête sur REDCAP.

Enfin, le lien a été envoyé aux médecins généralistes désireux de participer à l'enquête par le biais d'un forum à destination des médecins.

Aucune relance n'a été faite.

Durée de l'étude

Le recueil des données s'est étendu sur 3 mois allant du 1er juin au 13 août 2018.

Critères d'inclusion

Ont été inclus des médecins généralistes pratiquant la médecine générale

exclusivement en libéral en zones rurales et urbaines

Critères d'exclusion

Lors de la saisie des questionnaires envoyés par mail le logiciel REDCAP mettait fin au questionnaire si le médecin généraliste n'avait pas de patient sous chimiothérapie orale.

Les formulaires des médecins généralistes qui n'avaient pas de patients en cours de chimiothérapie orale ont été exclus.

Les médecins généralistes à mode d'exercice particulier (MEP) exclusifs ont été exclus.

Choix de la taille et nature de l'échantillon

Des praticiens urbains et ruraux ont été choisis. Compte tenu de la spécificité de la recherche, cet échantillon a été étendu au-delà des frontières auvergnates afin d'avoir un nombre de réponses suffisantes.

Nous avons également comparé les groupes médecin ruraux et urbains. Ainsi que médecins thésés avant 2001 et après 2001, année d'apparition du Glivec® (Imatinib), thérapie ciblée par voie orale.

Réalisation de l'étude

Phase préparatoire

Le formulaire a été créé en octobre 2017 puis soumis à l'appréciation de 3 médecins généralistes, 1 professeur de Médecine Générale et 1 Oncologue. Il a été ensuite modifié pour aboutir à la version finale le 22 mai 2018.

Analyse des résultats

Le questionnaire comporte 4 volets :

- Le portrait du médecin généraliste (temps et mode d'exercice, présence d'une patientèle sous chimiothérapie orale).
- La gestion de leurs patients sous chimiothérapie orale au quotidien
- La relation médecin généraliste et oncologues hospitaliers
- Les perspectives de la chimiothérapie orale en ville

Statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata (version 13 ; StataCorp, College Station, Texas, USA), en considérant un risque d'erreur de première espèce bilatéral de 5%. Une différence a été considérée comme statistiquement significative quand le degré de signification (p) était inférieur à 0.05 (risque α=5%). La population est décrite par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles, et par la moyenne (± écart-type) ou la médiane [intervalle interquartile] pour les variables quantitatives, au regard de leur distribution statistique (normalité étudiée par le test de Shapiro-Wilk). Les comparaisons entre groupes indépendants concernant des paramètres de nature quantitative, ont été réalisées par le test t de Student ou par le test de Mann-Whitney si conditions du t-test non respectées (normalité, homoscédasticité étudiée par le test de Fisher-Snedecor). Les comparaisons entre groupes concernant des paramètres qualitatifs ont été effectuées par le test du Chi2 ou par le test exact de Fisher, le cas échéant.

Figure 2. Questionnaire envoyé aux médecins généralistes

LE MEDECIN GENERALISTE FACE A SON PATIENT EN COURS DE CHIMIOTHÉRAPIE ORALE

A votre propos

- Votre âge : _____
- Sexe : H( ) F ( )
- Année de thèse : _____
- Département d'exercice : _____
- 1. Temps d'exercice en libéral : _____
- 2. Quel est votre mode d'exercice?
  ( ) Rural ( ) Urbain
- 3. Suivez vous des patients atteints d'une tumeur cancéreuse ?
  ( ) Oui ( ) Non
- 4. Parmi ces patients, certains sont sous chimiothérapie orale ?
  ( ) Oui ( ) Non

Cochez l'option de votre choix. Question 9, 10, 16 et 17 plusieurs choix possible

5. Quel est votre opinion au sujet des thérapies orales anti cancéreuses :
A. ( ) Elles sont tout aussi efficaces que la chimiothérapie classique
B. ( ) Elles sont moins efficaces que la chimiothérapie classique

6. Avec quelle fréquence vos patients consultent-ils après la découverte de leur cancer ?
A. ( ) Tout aussi souvent qu'avant
B. ( ) Seulement pour les renouvellements d'ordonnance
C. ( ) Ils ne consultent plus.

7. Lorsque le patient ou son entourage vous interroge sur la thérapie orale, vous sentez-vous en capacité d'apporter des réponses ?
A. ( ) Oui
B. ( ) Non

8. Selon vous, après la découverte du cancer de ces patients, êtes vous toujours au centre de la coordination des soins de vos patients ?
A. ( ) Oui, j'ai des échanges fréquents avec les oncologues et le personnel de soins
B. ( ) Oui, mais je ne suis pas assez informé du parcours de mon patient
C. ( ) Non, ce patient est géré exclusivement par les oncologues.

9. Concernant les thérapies orales anticancéreuses, vous sentez vous en mesure de conseiller votre patient en cas (plusieurs choix possibles) :
A. ( ) D'oubli d'une prise ou non observance stricte de son traitement
B. ( ) Effets indésirables et toxicités
C. ( ) Iatrogénie entre traitement habituel et chimiothérapie orale
D. ( ) Interaction alimentaire et chimiothérapie orale

10. Compte-tenu de votre mode de pratique et de vos connaissances actuelles, à quel niveau pensez-vous être le mieux placé pour gérer les patients sous thérapie orale (plusieurs choix possibles) :
A. ( ) Gestion de l'observance
B. ( ) Gestion globale psycho sociale
C. ( ) Gestion des toxicités
D. ( ) Gestion des effets indésirables

11. Combien de temps dure une consultation de médecine générale pour les patients en cours de chimiothérapie orale ?
A. ( ) Le même temps qu'une consultation de médecine générale classique
B. ( ) Au moins 30 minutes
C. ( ) Plus d'une heure

12. Est-ce que le nouveau tarif des consultations longues et complexes vous permet de mieux soigner vos patients en cours de thérapie orale anticancéreuses ?
A. ( ) Oui
B. ( ) Pas assez
C. ( ) Non

13. Avez-vous été informé par le cancérologue de la thérapie orale anticancéreuse administrée à votre patient et des ses effets indésirables potentiels ?
A. ( ) Oui, le cancérologue m'a adressé toutes ces informations
B. ( ) Non, je n'ai pas été informé à ce propos.

14. Trouvez vous que l'oncologue responsable de la prise en charge de votre patient est facilement joignable en général ?
A. ( ) Oui
B. ( ) Non

15. Souhaiteriez-vous participer à la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire concernant vos patients ?
A. ( ) Oui, en allant à la réunion de RCP concernant mon patient
B. ( ) Oui, par visioconférence ou appel téléphonique
C. ( ) Non, mais je souhaiterais recevoir les conclusions de la RCP
D. ( ) Non

16. Parmi ces items, lesquels sont un frein dans votre pratique auprès de vos patients en cours de thérapie orale anticancéreuse ? (plusieurs choix possibles)
A. ( ) La méconnaissance des effets indésirables
B. ( ) La méconnaissance des interactions médicamenteuses
C. ( ) La complexité de la prise en charge
D. ( ) Les informations du dossier du patient
E. ( ) Les informations sur le pronostic de la maladie
F. ( ) Le manque de temps

17. Parmi ces options, laquelle vous permettrait de mieux gérer vos patients sous chimiothérapie orale (plusieurs choix possibles) :
A. ( ) Outils informatiques : site dédié aux professionnels
B. ( ) Télémédecine : pouvoir joindre rapidement un spécialiste par mail ou téléphone
C. ( ) Le partage d'information : Dossier Communicant en Cancérologie
D. ( ) Aide au quotidien : Infirmière libérale coordinatrice en cancérologie

6.1 Caractéristiques de l'échantillon

Au total, 82 réponses ont été analysées. Sur 247 médecins contactés sur les départements du Puy-du-Dôme et Haute-Loire, seuls 51 ont répondu, ce qui correspond à un taux de réponse de 20,7%.

En 2018, la Haute-Loire compte 183 médecins généralistes et le Puy-du-Dôme 544 (soit n = 727 au total), un total de n = 51 réponses ont été recueillies, ce qui correspond à13,2%. n= 31 réponses provenaient des médecins d'autres départements de France.

Description de la population	Total (n=82)
Age (années), moyenne ± ET	45.4 ± 11.8
Genre féminin, n (%)	48 (58.5)
Rural, n (%)	40 (49)
Urbain, n (%)	42 (51)
Année de thèse, n (%)	
1975-1985	11 (13,4)
1985-1995	16 (19,5)
1995-2005	10 (12,2)
2005-2017	45 (55)
Département d'exercice, n (%)	
Puy-de-Dôme	28 (34)
Haute-Loire	23 (28)
Autres	31 (38)
Temps d'exercice, n (%)	
Moins de 10 ans	33 (40)
Plus de 10 ans	49 (60)

ET : écart-type

Tableau 8. Description de la population

Comparaison des sous-groupes ruraux et urbains :

Variable	Rural (n=40)	Urbain (n=42)	*p*
Age (années), moyenne ± ET	45.4 ± 11.2	42.0 ± 12.5	0,95
Genre féminin, n (%)	24 (60.0)	24 (57.0)	0,79
Thèse après 2001, n(%)	24 (60.0)	25 (59.5)	0,97
Moins de 10 ans d'exercice, n(%)	15 (37.5)	18 (42.9)	0,62

Tableau 9. Comparaison des sous groupes ruraux et urbains

Comparaison des sous-groupes de thèses avant 2001 et après 2001 :

Caractéristiques	Thèse après 2001 (n=49)	Thèse avant 2001 (n=33)	*p*
Age (année), moyenne ± ET	36.8± 5.1	58.4±5,1	
Genre féminin, n(%)	33 (67.3)	15 (45.4)	0.48
Années d'exercice			
Plus de 10 ans, n(%)	16 (32.6)	33 (100)	<0.0001
Moins de 10 ans , n(%)	33 (67.3)	0 (0.0)	
Rural	24 (49.0)	16 (48,5)	0.96
Urbain	25 (51.0)	17 (51,5)	

Tableau 9. Comparaison des sous groupes de thèse avant et après 2001

Les répondants sexe ratio H/F était de 70,8 (n=48 femmes et n=34 hommes), 49 d'entre eux avaient plus de 10 ans d'exercice. Ils étaient 40 à exercer en milieu rural et 42 à exercer en milieu urbain. Parmi l'échantillon étudié n=49 avaient passé leur thèse après 2001 et n=33 avant 2001.

6.2 La gestion des patients sous chimiothérapie orale au quotidien

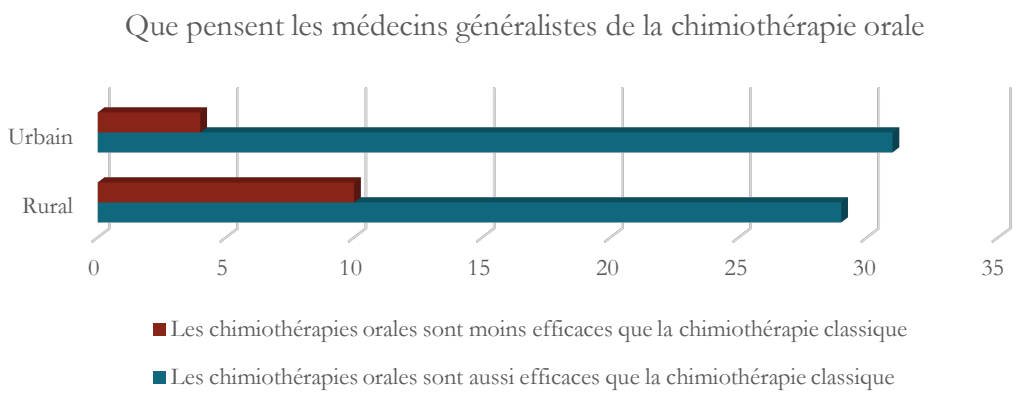


Figure 3. Que pensent les médecins médecins généralistes de la chimiothérapie orale

Concernant l'opinion des médecins généralistes à propos de la chimiothérapie orale, 18,9% (n=14) des médecins généralistes estiment que la chimiothérapie orale est

moins efficace que la chimiothérapie classique par voie intra veineuse. Il n'existe pas de différence significative entre le choix de cette réponse et l'année de thèse.

Quant à la fréquence des consultations après la découverte de leur cancer, 50% des médecins généralistes déclarent suivre leurs patients régulièrement après la découverte de leur cancer. En revanche, 13,5% des patients ne consultent plus et 36,5% ne consultent que pour les renouvellements d'ordonnance. Les patients en zone rurale sont plus nombreux (56,4%) à garder les liens avec leur médecin traitant.

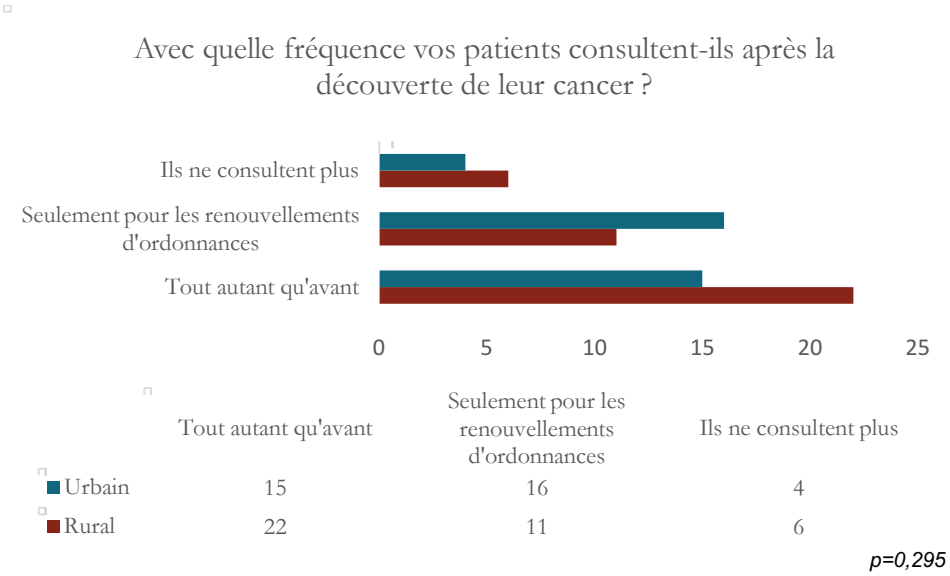


Figure 4. Avec quelle fréquence vos patients consultent-ils après la découverte de leur cancer ?

Par ailleurs, 29,7% des médecins généralistes considèrent qu'ils ne sont plus au centre de la coordination de leur patient après la découverte de leur cancer :

Selon vous, après la découverte du cancer de ces patients, êtes vous toujours au centre de la coordination des soins de vos patients ?		
Oui, j'ai des échanges fréquents avec les oncologues et le personnel des soins	12	16,2%
Oui, mais je ne suis pas assez informé du parcours de mon patient	40	54%
Non, ce patient est géré exclusivement par les oncologues	22	29,7%

Tableau 10. Selon vous, après la découverte du cancer de ces patients, êtes vous toujours au centre de la coordination des soins de vos patients ?

Le temps de consultation et la tarification des consultations complexes

Selon 50% des répondants la consultation des patients sous chimiothérapie orale dure au moins 30 minutes, 5,56 % déclarent qu'elle dure plus d'une heure et 44,44% déclarent qu'elle dure le même temps qu'une consultation de médecine générale classique. Lorsqu'on compare les répondants entre médecins thésés avant et après 2001, il s'avère que 60,7% des médecins thésés avant 2001 déclarent prendre au moins 30 minutes au cours de cette consultation. 50 % des médecins thésés après 2001 estiment que cette consultation dure le même temps qu'une consultation de médecine générale classique.

Néanmoins, 68% les médecins affirment que la nouvelle tarification des consultations longues et complexes ne leur permet pas de mieux soigner leur patient en cours de chimiothérapie orale. Seulement 11% affirment que la nouvelle tarification est satisfaisant. 32% estiment que cette nouvelle tarification n'est pas assez suffisante.

6.3 Le médecin généraliste et la chimiothérapie orale

Lorsque le médecin généraliste est interrogé par les patients ou leur famille à propos de la chimiothérapie orale. 63,5% (soit 47 médecins) déclarent ne pas être en mesure d'apporter des réponses, 36,5% (soit 27 médecins) affirment le contraire. 8 participants n'ont pas répondu à cette question.

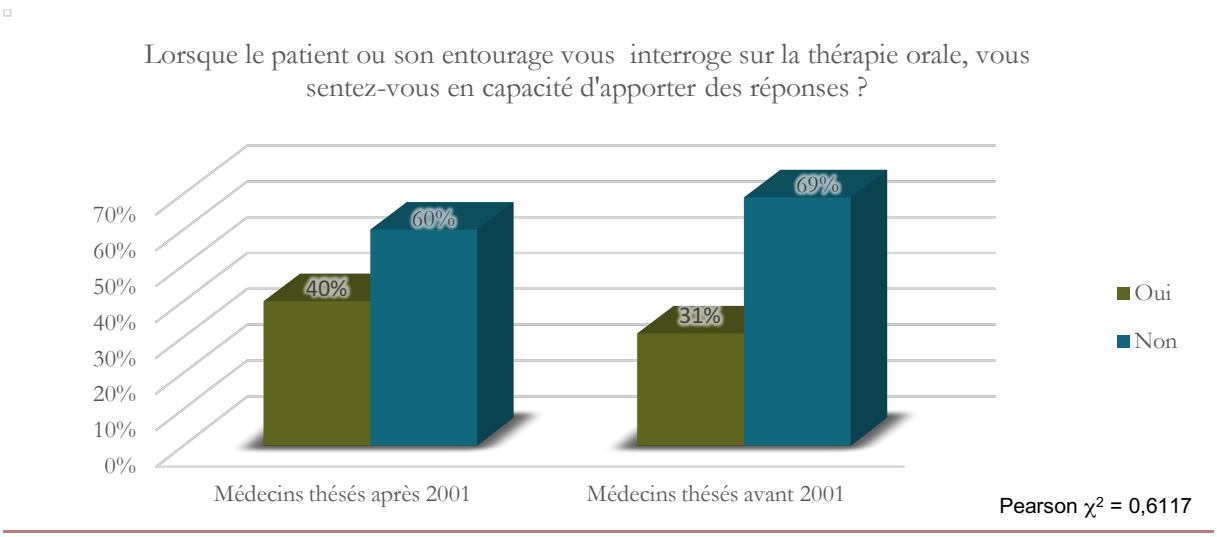


Figure 5. Lorsque le patient ou son entourage vous interroge sur la thérapie orale, vous sentez-vous en capacité d'apporter des réponses ?

Concernant les conseils que le médecin généraliste est en mesure de donner aux patients en cours de chimiothérapie orale, 44% des interrogés n'ont pas répondu à la question :

Concernant les chimiothérapies orales, vous sentez-vous en mesure de conseiller votre patient en cas :		
D'oubli d'une prise ou non observance stricte de son traitement	3	3,66%
Interaction alimentaire et chimiothérapie orale	5	6,10%
Iatrogénie entre traitement habituel et chimiothérapie	12	14,63%
Effets indésirables et toxicités	26	31,71%
Pas de réponse	36	43,90%

Tableau 11. Concernant les chimiothérapies orales, vous sentez vous en mesure de conseiller votre patient ?

En revanche, les médecins généralistes affirment à 50,7% (35 réponses) être les mieux placés pour gérer les aspects globaux et psycho-sociaux, ainsi que les effets

indésirables de la chimiothérapie orale (43,5% soit 30 réponses). Ils sont 4,3% (3 réponses) à affirmer être disposés à gérer l'observance et seulement 1 médecin a répondu être le mieux placé pour gérer les toxicités de la chimiothérapie orale :

Compte tenu de votre mode de pratique et de vos connaissances actuelles, à quel niveau pensez-vous être le mieux placé pour gérer les patients sous chimiothérapie orale :		
Gestion des toxicités	1	1,45%
Gestion de l'observance	3	4,35%
Gestion des effets indésirables	30	43,48%
Gestion Globale et psycho-sociale	35	50,72%

Tableau 12 Compte tenu de votre mode de pratique et de vos connaissances actuelles, à quel niveau pensez-vous être le mieux placé pour gérer les patients sous chimiothérapie orale ?

6.4 Les liens entre médecin généraliste et oncologues hospitaliers

Les médecins généralistes affirment à 72,6% (n= 53 réponses) ne pas être informés à propos de la chimiothérapie orale administrée à leur patient ainsi que leurs effets indésirables. 20 médecins répondent avoir reçu ces renseignements (soit 27,4%), 9 médecins n'ont pas répondu. Il n'existe pas de différence significative des réponses dans les groupes rural ou urbain ou médecins thésés avant ou après 2001.

Les médecins généralistes sont 60,27% (soit 44 réponses) à affirmer que l'oncologue responsable de la prise en charge de leur patient n'est pas facilement joignable. Cependant, 39,7% (soit 29 médecins) affirment pouvoir communiquer facilement avec l'oncologue responsable de leur patient. Il n'existe pas de différence significative des réponses dans les groupes rural ou urbain ou médecins thésés avant ou après 2001.

Concernant leur souhait à participer aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP), 32 médecins (soit 44%) ne souhaitent pas participer aux RCP mais souhaitent recevoir les compte-rendu de ces réunions. En revanche 29 médecins (soit 40%) souhaiteraient participer à la RCP par appel téléphonique ou visio-conférence, et 5 (soit 7%) médecins généralistes auraient souhaité participer physiquement aux RCP.

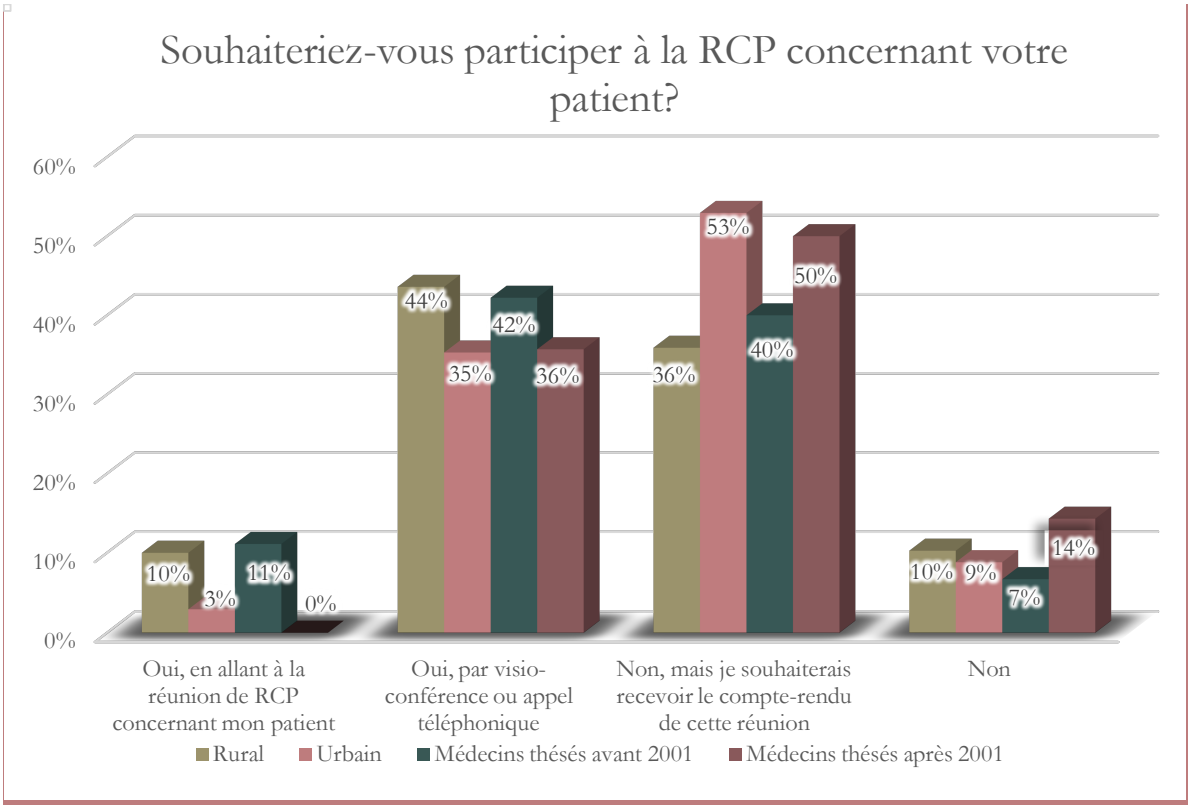


Figure 6. Souhaiteriez-vous participer à la RCP concernant votre patient ?

6.5 Les entraves dans la gestion en ville des patients sous chimiothérapie orale

Les médecins généralistes considèrent **la méconnaissance vis-à-vis des interactions médicamenteuses** comme premier obstacle dans la gestion de la chimiothérapie orale en ville (54,8%, n=45 réponses) suivi de **la méconnaissance des effets indésirables** (52,4%, n=43 réponses). Ils estiment aussi que **la complexité de la prise en charge** constitue un frein lors de la gestion de ces patients (46,3% n=38 réponses). **Le manque**

d'information sur le pronostic de la maladie arrive en quatrième position (40% n= 33 réponses). Enfin **le manque de temps** (39% n= 32 réponses) et **le manque d'information sur le dossier du patient** (35,4% n= 29 réponses) font partie des éléments limitant la prise en charge extra hospitalière des patients sous chimiothérapie orale. Il n'existe pas de différence significative entre les groupes de thèse avant et après 2001 ou entre les groupes ruraux et urbains.

Obstacles	Thèse après 2001 (n=49)	Thèse avant 2001 (n=33)	*p*
Méconnaissance des interactions médicamenteuses, n(%)	28 (57)	17 (51,5)	0,61
Méconnaissance effets indésirables, n(%)	24 (49)	19 (57,6)	0,44
La complexité de la prise en charge, n(%)	22 (44,9)	16 (48,5)	0,75
Les informations sur le pronostic de la maladie, n(%)	23 (47)	10 (30)	0,13
Le manque de temps, n(%)	20 (40,8)	12 (36,4)	0,68
Le manque d'information à propos du dossier du patient, n(%)	20 (40,8)	9 (27,2)	0,2

Tableau 13. Les entraves dans la gestion en ville des patients sous chimiothérapie orale

6.6 Les outils de soutien dans la gestion en ville des patients sous chimiothérapie orale

Les médecins généralistes souhaitent à 65,8% (n=54 réponses) une aide par la télémédecine avec la possibilité de joindre rapidement un spécialiste par mail ou téléphone. Le Dossier Communicant en Cancérologie arrive en deuxième position, choisi par 58,5% (n=48 réponses) des médecins généralistes.

Le développement des outils informatiques avec un site dédié aux professionnels est demandé par 13,9% des médecins (n=10 réponses).

Enfin, 31 (37,8%) des médecins généralistes préfèrent une aide au quotidien par un(e) infirmier(ère) libéral(e) coordinateur en cancérologie.

Aide à la gestion de la chimiothérapie orale en ville	**Thèse après 2001 (n=49)**	**Thèse avant 2001 (n=33)**	***p***
Télémédecine : pouvoir joindre rapidement un spécialiste par mail ou téléphone, n(%)	33 (67)	21 (64)	0.73
Le partage d'information : Dossier Communicant en Cancérologie, n(%)	30 (61)	18 (54)	0.55
Outils informatiques : site dédié aux professionnels, n(%)	22 (45)	12 (36)	0.44
Aide au quotidien : Infirmier(e) libéral(e) coordinateur en cancérologie, n(%)	19 (39)	12 (36)	0.82

Tableau 14. Les outils de soutien dans la gestion en ville des patients sous chimiothérapie orale

L'objectif principal de cette étude est de connaître comment le médecin généraliste s'intègre au parcours de soins des patients sous chimiothérapie orale, ainsi que leurs attentes et les obstacles auxquels ils doivent faire face. Cette étude s'inscrit dans une démarche active afin de proposer des ajustements de pratique simples et efficaces pour sécuriser la prise en charge des patients sous chimiothérapie orale du point de vue de la médecine générale. Ce questionnement est aussi déclenché par l'émergence des chimiothérapies orales.

Cette étude démontre principalement que le médecin généraliste est volontaire dans la prise en charge du patient sous chimiothérapie orale. Il souhaite garder son patient et d'autres études démontrent que ce souhait est partagé par les patients[19].

Hélas, malgré l'envie de s'impliquer, il se trouve démuni par le manque d'information à propos de la thérapie orale de leur patient et le manque de communication avec les services d'oncologie. Contrairement à toute attente, le manque de temps n'est pas le premier frein à la prise en charge, ne concernant que 36% des réponses.

Alors que des informations existent par le biais des fiches informatives sur internet, les médecins préfèrent en grande majorité des contacts plus rapprochés et humains avec leurs confrères, notamment par le biais de la télémédecine, l'aide au quotidien par un infirmier coordinateur en cancérologie ou par le dossier communicant en cancérologie. Seuls 14% préfèrent la mise en place d'outils informatiques par des sites dédiés. Ce résultat évoque l'hypothèse que le médecin généraliste ne souhaite pas avoir accès à une information généralisée mais il préfère recueillir auprès des professionnels impliqués dans le parcours du patient les informations dont il a besoin.

Cette étude démontre qu'avec la mise en place des bons outils de communication et d'information, le médecin traitant sera en mesure de s'impliquer davantage dans le parcours thérapeutique des patients sous chimiothérapie orale.

Enfin, cette étude révèle que le médecin généraliste se sent écarté du parcours de soins des patients sous chimiothérapie orale. Ce résultat soulève l'hypothèse d'un méconnaissance du métier et du rôle du médecin généraliste. Par ailleurs, une autre étude réalisée auprès des patients en cours de chimiothérapie intra-veineuse indique que les patients ne connaissent pas tous les champs de compétence du médecin généraliste[19]. Le médecin traitant est compétent dans les actions de premier recours et d'urgence, de relation et communication avec une approche centrée sur le patient. Le médecin traitant est aussi en mesure d'avoir une approche globale dans la complexité. Et surtout le médecin généraliste est le coordinateur des soins dont il assure la continuité et le suivi.

7.1 Limites

Les biais de sélection

Seuls 13,24% (n=82) des médecins concernés (n= 727)[1] par l'enquête ont répondu. De ce fait, les résultats ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des médecins généralistes en France.

Le taux de participation en revanche est de 20,7% (n= 51 réponses pour 247 médecins contactés).

38 réponses proviennent de médecins d'autres départements qui ont répondu à un lien envoyé sur un forum destiné aux médecins. Ces réponses ont été incluses dans les résultats mais exclues du taux de participation.

Et enfin les thérapies orales ne concernent pas l'ensemble des médecins généralistes.

Le biais de confusion

A la question 9 l'option « aucune des réponses » était manquante. Ceci est une erreur de ma part. Plusieurs médecins m'en ont fait la remarque, par conséquent certains ont répondu à la question par défaut.

Le biais d'information

Étant la seule investigatrice de cette enquête et médecin généraliste en cours de DESC de cancérologie, la formulation de mon questionnaire aurait pu être influencé.

La discussion de cette enquête ouvre des perspectives de travail sur lesquelles nous pourrions nous appuyer afin de faire évoluer dans notre pratique quotidienne.

Le **co-management** contre les défauts d'observance et d'adhésion : L'enjeu majeur de la chimiothérapie orale

Tout patient peut être ou devenir non observant. La décision liée à l'observance n'est pas fixe ou figée dans le temps. Cette décision se fait à chaque prise et le corps médical ne peut pas rationaliser les mécanismes intrinsèques liés à cette décision. Toutefois, un patient qui bénéficie d'une co-gestion entre oncologue, médecin traitant et infirmier sera plus susceptible d'adhérer à son traitement sur le long terme.

La communication…

Plébiscité par l'action 2.1 du plan cancer, un numéro de téléphone ou adresse mail dédié au médecin traitant devrait être mis en place dans les services d'oncologie. Il existe déjà des services où ces mesures sont mises en place. Cet effort, ni chronophage, ni coûteux, éviterait ainsi les recours aux services d'urgences inutiles.
Par ailleurs, le médecin traitant regrette de ne plus suivre régulièrement ces patients qui sont pris en charge en oncologie. L'oncologue serait le mieux placé pour inciter les patients à rentrer dans une démarche de co-suivi.

La place du médecin généraliste en RCP

Cette étude démontre l'envie du médecin généraliste de participer et de connaître le contenu des RCP. Toutefois, il est difficile pour les deux parties d'organiser cette participation. En revanche le médecin généraliste peut être consulté ponctuellement

avant la RCP dans des cas où la situation du patient ne permet pas de déceler si la chimiothérapie orale peut être une option thérapeutique.

L'information

Le default de partage d'information est l'obstacle principal du suivi en ville des patients sous chimiothérapie orale. En attendant la mise en place étendue sur le territoire d'un dossier communicant en cancérologie le médecin généraliste pourrait retrouver les informations dont il a besoin dans les documents suivants :

- Compte-rendu de RCP
- Fiche de la molécule concernée avec interactions potentielles et effets indésirables (carte d'information, carte d'alerte patient, exemple « Opdivo® »)
- Plan personnalisé de soins
- Les contraintes et le schéma de prise médicamenteuse

Actuellement ces documents existent mais ils ne sont pas systématiquement diffusés aux médecins traitants.

La télémédecine

Dans l'hypothèse du co-suivi, le binôme médecin généraliste et oncologue pourrait consulter ensemble par le biais de la télémédecine en cabinet de ville ou à l'hôpital un patient qui démarre une chimiothérapie orale. Le patient saurait alors dès la mise en place de son traitement anticancéreux oral, que son médecin généraliste fait partie de son parcours per-thérapeutique.

Les mesures déjà mises en place sur le territoire Auvergnat

Infirmière coordinatrice réseau ville hôpital,

l'exemple du service d'hématologie CHU Estaing

Un dispositif mis en place pour structurer le parcours de soins avec les finalités suivantes:

Garantir une même qualité de prise en charge pour tous les patients atteints de cancer sur le département Rhône Alpes Auvergne.

Coordonner la communication entre les différents intervenants pour assurer la continuité des soins (médecins, pharmaciens, paramédicaux…)

Accompagner les patients et leur famille tout au long de leur parcours et ainsi, créer un lien par l'échanges, l'écoute et les paroles. Cela passe également par la possibilité de les orienter vers les soins de support adaptés, afin d'améliorer leur qualité de vie.

Le modèle du Puy-en-Velay : La journée d'éducation thérapeutique

Lors de ces journées entièrement consacrées à l'éducation thérapeutique, le patient voit en consultation le médecin, le pharmacien, le psychologue, et l'infirmière clinicienne en cancérologie. L'après-midi est consacrée aux ateliers : diététique, sophrologie, sport, esthétique.

Oncovithal (l'expérimentation du suivi des patients sous chimiothérapie orale ville-hôpital)

Actuellement en cours de phase expérimentale avec les pharmaciens hospitaliers et d'officine. Ce projet s'appuie sur le dossier communicant en cancérologie (DCC). Le

pharmacien hospitalier insère l'ordonnance, le consentement du patient, le compte-rendu de la consultation tripartite et la fiche spécifique concernant la molécule et les informations des correspondants du patient (médecin généraliste et pharmacien hospitalier). Le pharmacien d'officine installe un accès web sécurisé au DCC. Ensuite, pendant toute la durée du traitement, la pharmacie d'officine remplit 3 questionnaires avec le patient, une fois par mois. Ces questionnaires permettent à l'équipe hospitalière de suivre la tolérance et l'état du patient. Ils ont la possibilité de dialoguer avec les correspondants du patient via le DCC. Toute modification est signalée par une alerte dans la boîte mail professionnelle des pharmaciens.

Programme Onc'idec

Dispositif Infirmier de Coordination en Cancérologie

Dispositif de coordination entre professionnels libéraux du premier recours avec les professionnels hospitaliers, afin de garantir aux patients une fluidité de prise en charge au cours des phases à la fois hospitalières et de ville de leur parcours. Les situations complexes, à la fois en termes médical et psycho-social, sont particulièrement visées par cette démarche. Onc'idec propose :

- Une coordination des professionnels libéraux du 1er recours avec les professionnels hospitaliers par une équipe de 27 infirmiers libéraux en activité.

- La fluidité de la prise en charge des patients au parcours complexe.

- Le suivi du parcours du patient dans un contexte de sécurité médicale et paramédicale.

- Une plate-forme de coordination par l'URPS-IDEL avec un numéro d'appel unique de l'IDEC (04.73.99.0000)et une permanence assurée de 9h à 17h et 7/7j (Dimanches et jours fériés compris)

- La mise en place d'un dossier de liaison.

Autant d'initiatives qui démontrent le besoin d'accompagner le patient lors de son retour à domicile.

9. CONCLUSION

Pendant des décennies le parcours des patients atteints d'un cancer était bref et les options thérapeutiques étaient simplement palliatives.

Désormais, le profil des patients change. Le malade atteint d'un cancer sous thérapie orale est à domicile, et souvent, le patient garde des activités compatibles avec une qualité de vie satisfaisante.

La moitié de ces patients auront un suivi moins régulier chez leur médecin traitant pour privilégier leur suivi hospitalier. L'autre partie de ces patients resteront fidèles à leur suivi chez le médecin généraliste, qui regrette de ne pas avoir les informations nécessaires à la gestion de son patient.

A l'ère de la communication, avec une multitude d'outils d'échange, la principale difficulté à la gestion du patient en cours de thérapie orale est le manque d'information.

Pourtant, il a urgence à organiser et sécuriser le parcours des patients sous chimiothérapie orale. Le nombre de molécules sur le marché ne cesse de s'accroître et la file active des patients sous chimiothérapie orale augmente.

Pour ce faire, médecins libéraux et oncologues doivent s'unir et s'appuyer sur d'autres corps de métier capables d'apporter leur aide comme le pharmacien d'officine et l'infirmier coordinateur en cancérologie. De nouveaux outils doivent être inventés, informatique, éducation thérapeutique et sûrement bien d'autres.

Les priorités des institutions de santé, notre pratique médicale, et la recherche, avec notamment la multiplication des thérapies orales, convergent vers une prise en charge extra hospitalière. Des acteurs formés à la fois sur le plan scientifique et pratique sont primordiaux au succès du tournant thérapeutique en cancérologie.

Le Doyen de l'UFR de Médecine,
Pierre CLAVELOU

U.F.R. DE MÉDECINE
Clermont-Ferrand

Le Président du Jury,
Jacques Olivier BAY

1. OMG - Données. Available from: http://omg.sfmg.org/content/donnees/donnees.php

2. INCA - Les cancers en France [Internet]. Available from: http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/#page=1
3. Les thérapies ciblées dans le traitement du cancer en 2015 - État des lieux et enjeux - Ref : APDEMOMED16 [Internet]. Available from: http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-therapies-ciblees-dans-le-traitement-du-cancer-en-2015-Etat-des-lieux-et-enjeux
4. Oral Oncolytics: Part 1—Financial, Adherence, and Management Challenges | Cancer Network [Internet]. Available from: http://www.cancernetwork.com/practice-policy/oral-oncolytics-part-1financial-adherence-and-management-challenges

5. Recherche - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. Available from: https://ansm.sante.fr/Recherche

6. Haute Autorité de Santé - Commission de la Transparence [Internet]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_412210/fr/commission-de-la-transparence

7. Chimiothérapies orales - Site OMEDIT Bretagne [Internet]. Available from: http://www.omeditbretagne.fr/lrportal/accueil/cancer/boite-outil/chimio-per-os

8. OMEDIT A. Rapport Anticancéreux Oraux Etat des lieux en Île-de-France. 2016.

9. Denois V, Poirson J, Soum Pouyalet F, Chauvin F. Oral anti-cancer chemotherapy: social representations and medical practices. Psycho-oncologie. 2009 Jan 1;3:168–75.

10. Intentional and non-intentional non-adherence to medication amongst breast cancer patients - European Journal of Cancer [Internet]. Available from: https://www.ejcancer.com/article/S0959-8049(06)00209-7/fulltext

11. Increased Use of Oral Chemotherapy Drugs Spurs Increased Attention to Patient Compliance. J Oncol Pract [Internet]. 2008 Jul ;4(4):175–7. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2793947/

12. Rosalind Adam PW, Peter Murchie. Why do patients with cancer access out-of-hours primary care? A retrospective study. British Journal of General Practice. 2014 Feb;

13. Pr. Florence Joly. THECITOX : Prise en charge des effets secondaires des thérapies ciblées. Les Livrets de Médecine Pratique. Potentiel d'action éditions; 2011. 65 pages.

14. VIDAL : Base de données médicamenteuse pour les prescipteurs libéraux [Internet]. VIDAL. Available from: https://www.vidal.fr/

15. Oncomip - Traitements anticancéreux par voie orale [Internet]. Available from: http://oncomip.org/fr/espace-professionnel/traitements-anti-cancereux-fiches-d-informations/voie-orale.html

16. HematoLim R d'hématologie du L. LIVRET D'INFORMATION SUR LA CHIMIOTHERAPIE ORALE.

17. Plan cancer 2014-2019 : priorités et objectifs - Plan cancer [Internet].. Available from: http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs

18. Chancerel C, Guichard A. La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie: place du médecin généraliste traitant [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2014.

19. Gérard P. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients en cours de chimiothérapie: enquête auprès des patients de l'hôpital de jour du CHR d'Annecy [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2012.

20. Weingart SN, Brown E, Bach PB, Eng K, Johnson SA, Kuzel TM, et al. NCCN Task Force Report: Oral chemotherapy. J Natl Compr Canc Netw. 2008 Mar;6 Suppl 3:S1-14.

21. Chesnot M, Rousseau P. Prise en charge à l'officine des patients sous anticancéreux oraux. France; 2014.

22. Bedell, C. H. (2003). A Changing Paradigm for Cancer Treatment: The Advent of New Oral Chemotherapy Agents. Clinical Journal of Oncology Nursing, 7(0), 5–9. doi:10.1188/03.cjon.s6.5-9

23. Managing Oral Chemotherapy: How Oncologists Can Help Patients Improve Adherence At Home [Internet]. Available from: https://labblog.uofmhealth.org/rounds/how-oncologists-can-help-oral-chemotherapy-patients-manage-their-adherence

24. Garcia M. Thérapies orales en oncologie: enquête sur la prise en charge en ville des patients sous AFINITOR. 2015. 296 p.

25. May P, LaPlant K, McGee A. Practice Model: Establishing and Running an Oral Chemotherapy Management Clinic. Asia Pac J Oncol Nurs [Internet]. 2017;4(4):299–303. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5559939/

26. Jacobs JM, Pensak N, Nisotel LE, Fishbein JN, MacDonald JJ, Ream M, et al. Randomized trial of a smartphone mobile app for adherence to oral chemotherapy. 2017 Oct 27; Available from: https://meetinglibrary.asco.org/record/154573/abstract

27. Inner conflict in patients receiving oral anticancer agents: a qualitative study | BMJ Open [Internet]. Available from: https://bmjopen.bmj.com/content/5/4/e006699#ref-13

28. Leeuwen RWF van, Jansman FGA, Bemt PMLA van den, Man F de, Piran F, Vincenten I, et al. Drug–drug interactions in patients treated for cancer: a prospective study on clinical interventions. Ann Oncol [Internet]. 2015 May 1;26(5):992–7. Available from: http://annonc.oxfordjournals.org/content/26/5/992

29. Effets secondaires des immunothérapies aux urgences : erreurs possibles [Internet]. Medscape. Available from: http://www.medscape.com/viewarticle/3602532

30. Pivodic L, Harding R, Calanzani N, McCrone P, Hall S, Deliens L, et al. Home care by general practitioners for cancer patients in the last 3 months of life: An epidemiological study of quality and associated factors. Palliat Med [Internet]. 2016 Jan [cited 2016 Apr 9];30(1):64–74. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4681160/

31. van der Plas AG, Francke AL, Vissers KC, Jansen WJ, Deliens L, Onwuteaka-Philipsen BD. Case management in primary palliative care is associated more strongly with organisational than with patient characteristics: results from a cross-sectional prospective study. BMC Palliat Care [Internet]. 2015 Jul 2 [cited 2016 Apr 9];14. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4488052/

32. Stub T, Musial F, Quandt SA, Arcury TA, Salamonsen A, Kristoffersen A, et al. Mapping the risk perception and communication gap between different professions of healthcare providers in cancer care: a cross-sectional protocol. BMJ Open [Internet]. 2015 Sep 3 [cited 2016 Apr 9];5(9). Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4563259/

33. Jiwa M, Meng X, O'Shea C, Magin P, Dadich A, Pillai V. How do general practitioners manage patients with cancer symptoms? A video-vignette study. BMJ Open. 2015;5(9):e008525.

34. Neergaard MA, Olesen F, Sondergaard J, Vedsted P, Jensen AB. Are Cancer Patients' Socioeconomic and Cultural Factors Associated with Contact to General Practitioners in the Last Phase of Life? Int J Family Med [Internet]. 2015 [cited 2016 Apr 9];2015. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4564657/

35. Maher J, Radford G. Addressing future challenges for cancer services: part I. Future Oncology [Internet]. 2016 Feb 1 [cited 2016 Apr 9];12(4):439–43. Available from: http://www.futuremedicine.com/doi/full/10.2217/fon.15.339

36. Lewis RA, Neal RD, Williams NH, France B, Hendry M, Russell D, et al. Follow-up of cancer in primary care versus secondary care: systematic review. Br J Gen Pract. 2009 Jul;59(564):e234-247.

APA	Activité physique adapté
CAR-T cells	cellule T porteuse d'un récepteur chimérique
CBNPC	Cancer bronchique non à petite cellule
CBPC	Cancer bronchique à petite cellule
CI	Contre indication
EGFR	Epidermal Growth Factor
GIST	Tumeur stromale gastro-intestinale
INCA	Institut National du Cancer
LAL	Leucémie aiguë lymphoblastique
LAM	Leucémie aiguë myéloblastique
LLC	Leucémie lymphoïde chronique
LMNH	Lymphome malin non hodgkinien
MM	Myélome Multiple
OMEDIT	Observatoire des Médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutique
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
DCC	Dossier communicant de cancérologie
SERM	Specific Estrogen Receptor Modulators
VEGFR	Vascular Endothelial Growth Factor

INDEX DES FIGURES

Figure. 1
« Répartition de la dépense en Ile de France entre les différentes catégories de traitement anticancéreux oraux – Rapport Anticancéreux Oraux Omedit 2016 » page 5

Figure 2.
« Formulaire envoyé aux médecins généralistes » page 25

Figure 3.
« Que pensent les médecins médecins généralistes de la chimiothérapie orale » page 28

Figure 4.
« Avec quelle fréquence vos patients consultent-ils après la découverte de leur cancer ? » page 29

Figure 5.
« Lorsque le patient ou son entourage vous interroge sur la thérapie orale, vous sentez-vous en capacité d'apporter des réponses ? » page 31

Figure 6.
« Souhaiteriez-vous participer à la RCP concernant votre patient ? » page 33

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1.
« Anticancéreux oraux disponibles en pharmacie de ville ou rétrocédables - Les Alkylants » page 7

Tableau 2.
« Anticancéreux oraux disponibles en pharmacie de ville ou rétrocédables - Les Antimétabolites » page 7

Tableau 3.
« Anticancéreux oraux disponibles en pharmacie de ville ou rétrocédables - Les Immunomodulateurs » page 8

Tableau 4.
« Anticancéreux oraux disponibles en pharmacie de ville ou rétrocédables - Les Inhibiteurs de la topoisomerase et les inhibiteurs du protéasome » page 8

Tableau 5.
« Anticancéreux oraux disponibles en pharmacie de ville ou rétrocédables - Les autres antinéoplasiques » page 9

Tableau 6.
« Traitements hormonaux oraux disponibles en pharmacie de ville ou rétrocédables - Les anti hormonaux » page 10

Tableau 7.
« Anticancéreux oraux disponibles en pharmacie de ville ou rétrocédables - La thérapie ciblé » page 12

Tableau 8.
« Description de la population » page 27

Tableau 9.
« Comparaison des sous groupes ruraux et urbains » page 27

Tableau 10.
« Selon vous, après la découverte du cancer de ces patients, êtes vous toujours au centre de la coordination des soins de vos patients ? » page 29

Tableau 11.
« Concernant les chimiothérapies orales, vous sentez vous en mesure de conseiller votre patient ? » page 31

Tableau 12.
« Compte tenu de votre mode de pratique et de vos connaissances actuelles, à quel niveau pensez-vous être le mieux placé pour gérer les patients sous chimiothérapie orale ? » page 32

Tableau 13.
« Les entraves dans la gestion en ville des patients sous chimiothérapie orale » page 34

Tableau 14.
« Les outils de soutien dans la gestion en ville des patients sous chimiothérapie orale » page 35

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.
Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne 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.

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.

DOYAT Camilla

LE MEDECIN GENERALISTE FACE A SON PATIENT EN COURS DE CHIMIOTHERAPIE ORALE

Thèse de doctorat en médecine, Clermont-Ferrand, 2018

RESUME

En cancérologie, l'arrivée des nouvelles thérapies orales a révolutionné la prise en charge des patients. Les malades se retrouvent désormais chez eux et le médecin généraliste est à nouveau impliqué dans la prise en charge du malade auparavant gérée uniquement à l'hôpital.

L'objectif de ce travail était de cibler les difficultés rencontrées par les médecins généralistes, et d'identifier les outils dont ils auraient besoin pour mieux articuler la coordination des soins de ces patients. Pour cela, un questionnaire a été adressé aux médecins généralistes de Clermont-Ferrand et de la Haute-Loire, en excluant les exercices particuliers et les médecins généralistes qui n'ont pas suivi de patients sous chimiothérapie orale.

Le premier constat est le manque d'information, avec 19% des médecins traitants qui estiment que la chimiothérapie orale est moins efficace que la chimiothérapie par voie intraveineuse. Les médecins traitants (63,5%) se retrouvent démunis face aux questionnements des patients et de leur famille, car ils sont 72,6% à ne pas être informés de la chimiothérapie proposée à leur patient.

Cependant, ils sont volontaires à intégrer le parcours thérapeutique de leur patient sous chimiothérapie orale : 47% souhaitent participer aux RCP (par visioconférence, téléphone ou physiquement) ; ils s'estiment capables d'aider dans la gestion globale et psychosociale (50,72% des réponses) ainsi qu'à la gestion des effets indésirables (43,48%) si des informations leur sont fournies par l'oncologue référent. Pour ce faire, les médecins généralistes plébiscitent la télémédecine à 65,8%, ainsi que la mise en place d'un dossier communicant en cancérologie à 58,5%.

La cancérologie connait un essor sans précédent avec de nouvelles options thérapeutiques. Aucun autre domaine médical et scientifique n'a autant progressé en 20 ans. Hélas, lorsque le monde hospitalier avance à grande vitesse avec les thérapies ciblées, l'immunothérapie et la toute nouvelle arrivée de l'immunothérapie à CAR-T cells, le médecin généraliste peine à trouver les informations essentielles au suivi de ses patients faute d'un moyen de dialogue efficace et simplifié.

MOTS-CLES : Traitement anticancéreux oraux, médecin généraliste, lien ville-hôpital

JURY :

Président : Monsieur BAY Jacques Olivier, Professeur, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand

Membres :

Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand
Monsieur ESCHALIER Alain, Professeur, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand
Madame BOTTET Anne, Professeur, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand
Madame MONANGE Brigitte, Docteur, Directeur de thèse, Centre Hospitalier Emile Roux, Le Puy en Velay
Madame BERTRAND-JARROUSSE Véronique, Docteur, Médecin Généraliste à Augerolles

DATE DE SOUTENANCE : le 11 octobre 2018, à 19h

ADRESSE DE L'AUTEUR :