



**HAL**  
open science

# Perceptions de la coordination des thérapies ciblées orales anticancéreuses en auvergne par les médecins généralistes, patients, oncologues et onco-hématologues

Rémi Fillatre

► **To cite this version:**

Rémi Fillatre. Perceptions de la coordination des thérapies ciblées orales anticancéreuses en auvergne par les médecins généralistes, patients, oncologues et onco-hématologues. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03419370

**HAL Id: dumas-03419370**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03419370v1>**

Submitted on 8 Nov 2021

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

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



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

FILLATRE, Rémi

Présentée et soutenue publiquement le 01/04/2021

**PERCEPTIONS DE LA COORDINATION DES THERAPIES CIBLEES ORALES ANTICANCEREUSES  
EN AUVERGNE PAR LES MEDECINS GENERALISTES, PATIENTS, ONCOLOGUES  
ET ONCO-HEMATOLOGUES**

Directeur de thèse : Madame CACHEUX Victoria, Docteur, CHU Clermont-Ferrand (service de thérapie cellulaire et hématologie clinique)

Président du jury : Monsieur BAY Jacques Olivier, Professeur, CHU Clermont-Ferrand (service de thérapie cellulaire et hématologie clinique)

Membres du jury : Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Monsieur PEZET Denis, Professeur, CHU Clermont-Ferrand (service de chirurgie digestive et hépatobiliaire)

Madame DOUGÉ Aurore, Docteur et Chef de Clinique des Universités-Assistante Hospitalière, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

FILLATRE, Rémi

Présentée et soutenue publiquement le 01/04/2021

**PERCEPTIONS DE LA COORDINATION DES THERAPIES CIBLEES ORALES ANTICANCEREUSES  
EN AUVERGNE PAR LES MEDECINS GENERALISTES, PATIENTS, ONCOLOGUES  
ET ONCO-HEMATOLOGUES**

Directeur de thèse : Madame CACHEUX Victoria, Docteur, CHU Clermont-Ferrand (service de thérapie cellulaire et hématologie clinique)

Président du jury : Monsieur BAY Jacques Olivier, Professeur, CHU Clermont-Ferrand (service de thérapie cellulaire et hématologie clinique)

Membres du jury : Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Monsieur PEZET Denis, Professeur, CHU Clermont-Ferrand (service de chirurgie digestive et hépatobiliaire)

Madame DOUGÉ Aurore, Docteur et Chef de Clinique des Universités-Assistante Hospitalière, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand



## 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  
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT  
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION  
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE VICE  
PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA  
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE  
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias  
: **DEQUIEDT** Vianney  
: **WILLIAMS** Benjamin  
: **HENRARD** Pierre  
  
: **PEYRARD** Françoise  
: **PAQUIS** François

\*\*\*\*\*

## UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice  
: **HAZAL** Jean

DOYEN  
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre  
: **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 - 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. ROZAN Raymond - SCHOEFLER 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**

<b>PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE</b>
---

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 -Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mlle	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	Ophthalmologie

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.	MAQDASY 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

**Monsieur le Professeur Jacques Olivier BAY**

**Professeur d'oncologie**

**Chef de service de thérapie cellulaire et hématologie clinique (CHU d'Estaing), d'oncologie générale (CHU Gabriel Montpied)**

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse.

Je vous adresse mes plus sincères remerciements pour l'intérêt que vous me témoignez depuis le début de mon internat, pour les projets que vous m'aidez à concrétiser.

Vous m'avez écouté, compris et offert la chance de pratiquer avec passion lorsque beaucoup pratiquent par raison.

Votre disponibilité et l'attention que vous m'avez accordées m'ont aidées tout au long de cette aventure et m'aideront encore. Tout le monde n'appelle pas son interne au beau milieu de l'Ouzbékistan !

Votre dévouement auprès des patients, de vos équipes m'ont profondément inspiré.

Soyez assuré de ma profonde gratitude et de mon soutien réciproque.

**Monsieur le Professeur Philippe VORILHON**

**Professeur de Médecine Générale**

Je vous remercie profondément d'avoir accepté de participer à ce jury.

Merci de l'intérêt que vous avez témoigné pour le sujet présenté ici, ainsi que du temps que vous y avez accordé.

Vous me faites l'honneur d'évaluer ce travail, veuillez trouver ici toute l'expression de mon profond respect.

**Monsieur le Professeur Denis PEZET**

**Professeur de Chirurgie Digestive et Hépatobiliaire**

Je vous renouvelle très sincèrement ma reconnaissance pour votre présence parmi les jurés, d'autant avec les délais imprévus. Vous avez accepté, inconditionnellement, de participer à cette étude avec votre service. J'espère avoir prochainement l'opportunité d'apprendre à vos côtés par des prises en charges communes en oncologie.

Veillez trouver mes remerciements pour vos encouragements et votre disponibilité, très respectueusement.

**Madame le Docteur Victoria CACHEUX**

**Docteur en Hématologie**

**Praticien Hospitalier dans le service de thérapie cellulaire et hématologie clinique (CHU Estaing)**

Merci beaucoup Victoria ! Je suis vraiment fier d'avoir pu mener ce travail à tes côtés.

Ton écoute, ta disponibilité, ta rigueur m'ont été d'un profond soutien. Merci pour le temps consacré. Le semestre passé à tes côtés m'a été d'une grande richesse et ton engagement professionnel très inspirant.

J'ai hâte de poursuivre nos récits de voyages, nos bons plans, nos goûts d'aventures !

Sois certaine de mon profond soutien et de ma sincère gratitude.

Je te souhaite le meilleur et notamment de parcourir un jour les 4280 km du fameux PCT (*Pacific Crest trail*), le rêve !

**Madame le Docteur Aurore DOUGÉ**

**Docteur en Hématologie**

**Chef des Clinique des Universités-Assistante Hospitalière dans le service d'oncologie générale et thoracique (CHU Gabriel Montpied)**

Merci Aurore, vraiment !

Naturellement disponible pour m'aider dans ce travail, tu me fais l'honneur de le juger.

Je respecte beaucoup ton dévouement à l'égard des internes, leur formation. Ta bienveillance à l'égard des patients et de l'équipe est précieuse.

L'ouverture du service, les nombreux projets à mener sont profondément stimulants ! Nos soutiens réciproques me donnent confiance en cette team !

Je veillerai à t'être de tout soutien pour mener à bien ces nouveaux projets qui me semblent légitimes et dans l'intérêt premier des patients.

Je m'assurerai aussi d'être à tes côtés pour recueillir tes bons plans brunch/restos de Clermont !

Un très grand merci à **Muriel et Dihya**, attachées de recherche clinique du CHU, pour leur aide précieuse et le temps consacré à ce travail. Votre réelle implication dans ce projet a permis d'obtenir des résultats marquants.

Merci également à **Céline Lambert**, biostatisticienne du CHU, pour sa disponibilité et son aide dans le traitement statistique du nombre important des données collectées.

Sincères remerciements aux **patients, médecins et IDEC** pour leur participation à l'étude.

**Pour les remerciements aux proches, aux amis, aux collègues,** la tâche n'est pas singulière. Vous le savez, il m'est souvent difficile d'exprimer mes sentiments pourtant réels et forts à votre égard. Il est encore moins facile de les écrire. Les pages sont limitées, cela m'arrange. Que les choses soient simples, si vous apparaissez sur cette page c'est d'abord que je vous aime. La pudeur de ces quelques lignes n'enlève en rien l'estime que j'ai pour chacun. Surtout, je vous souhaite à tous le meilleur.

**A mes parents,** vous avez tout fait pour que je puisse réussir dans ce que je voulais. Vous m'avez toujours souhaité le meilleur, cette petite victoire est aussi la vôtre. Je connais vos appréhensions à me savoir côtoyer le monde médical, soyez rassurés, ce que vous m'avez appris à être m'aide à bien m'entourer.

**A Emilie, Maxime,** merci de m'avoir toujours soutenu. Tous les trois dans le médical comme dans le social, on sait ce que cela signifie. Vous êtes des repères pour moi autant que j'espère l'être pour vous. **A Charlie,** merci de ton soutien également.

**A ma grand-mère,** qui brave les 89 années avec talent. Ton infirmière se moque probablement que ton petit-fils soit docteur, mais merci de ta fierté. Les combats de ta vie et ton courage sont une force qui m'alimente.

**A mes tatas,** que je ne vois pas assez, mais auxquelles je pense fort.

**A Marie, Bernard, Clément, Amélie, Léa, Ju', Nora, Paul et nos trois merveilles,** merci de votre soutien permanent, de votre écoute. A Lyon, à Annecy ou ailleurs, ce sont les bons moments passés ensemble qui comptent.

A mes amis de collège, lycée, **Maxime, Dimitri, Lucie,** qui nous suivons depuis de nombreuses années. J'adore nos journées déconnades autour de la piscine, nos moments de retrouvailles dans le Beaujolais, nos moments de folie.

**A Quentin et Paul,** mes potes de fac. J'étais le canard boiteux de ce groupe de machines, mais certain que cet externat fût bien meilleur à vos côtés ! N'hésitez pas à venir faire un petit tour en Auvergne ! Il y a du soleil ici aussi.

A mes amis de la boîte à colles, **Pierre, Coudert, Loïc,** ces petits pépères qui mènent leur train de vie avec panache ! Vous avez assuré les gars.

**A Coline,** l'amie d'une vie, tu sais bien, tu me connais trop bien. On se connaît depuis presque toujours. Quelques secondes de retrouvailles suffisent à effacer le temps sans nouvelles. Que de bons souvenirs à Lyon comme en colos ou ailleurs.

**A Benoit** (el patron), **Nico, Alexandra, Victoria, Elisa,** la team d'animation la plus dingue de tous les temps. On a tellement envoyé, meilleures soirées une fois les jeunes couchés. Les souvenirs sont nombreux et toujours précieux à se remémorer. Benoit, nous continuerons de venir squatter ton havre de paix pour se retrouver tous ensemble, tu ne te débarrasseras pas de nous comme ça.

A toute la joyeuse compagnie lyonnaise, avec laquelle on ne s'ennuie jamais : **Clémence, Emilie, Déborah, Aude, Elise, Justine, Marie, Léa, Mathis, Quentin, Victor, Aurélien, Iliès**. Hâte de poursuivre ce tour de France des régions et renouveler ces bons moments à vos côtés !

**A mes potes de Clermont**, la bande du PEV, **Lulu** et ton goût de l'aventure, du voyage, ta bonne humeur permanente enjolivent nos moments, **Cricri** et ton énergie de chaque instant, merci pour nos discussions sérieuses suivies de nos moments de folie, **Paulo** le Cantalou, la force tranquille, le top chef du groupe, **Clément**, le pépère, sportif et spontané, les moments à tes côtés sont précieux. Merci de ton aide, je suis fier et ému de témoigner de votre union avec **Alizée**, exceptionnelle ! **Allan**, d'abord collègues à Lyon, l'Auvergne aura le mérite de nous avoir rendus amis. Ta bienveillance et ton honnêteté font de toi une personne unique. Je te retourne les compliments sur tes talents de médecin dont je ne doute jamais. Je vous souhaite le meilleur avec **Anissa**, adorable !

**A toute l'incroyable « team d'hémato »** : Le baptême du feu nous a unis ! Merci d'avoir été là. **Charlotte et Cédric**, merci de votre bienveillance et des bons moments passés ensemble ! Vivement les prochaines vacances aux ski, bière, tartiflette et inscription au flocon... **Carolynne et JB**, merci de vos discrètes attentions, je vous souhaite tout l'épanouissement et les réussites auxquelles vous aspirez. **A Xavier**, le bel homme au grand cœur ; au-delà de l'être tu mérites le meilleur. **A Thomas et Charlotte**, le Picasso des labos, tu mélanges œuvre artistique et cellule blastique. **A Jonathan**, le Wong, mon binôme, déroutant et brillant ! Tes qualités t'offriront le meilleur ; le futur auprès de **Christie** je l'espère aussi.

**A Amandine**, un grand merci d'être venue me repêcher le soir où je n'y croyais plus. Tes mots m'ont profondément touché, m'ont fait revenir. Tu es un exemple pour beaucoup, nous sommes fiers de t'avoir comme amie et parmi nous autant que possible.

**A Lucile**, dont les qualités humaines et professionnelles ne cesseront jamais de me surprendre. Les gens auront toujours la chance de t'avoir comme médecin, collègue ou amie, ne change pas. A nos soirées mémorables aussi.

**A Mathilde**, mon interne préférée et exemplaire lorsque j'étais externe. Tu m'as transmis ta passion de la médecine et de l'onco-hématologie. **Emilie** et **Amine** m'ont appris l'esprit d'équipe et l'humanisme inhérents aux spécialités oncologiques. Vous êtes le point de départ d'une passion que je cultive toujours.

A mes co-internes avec lesquels je passais les bons moments d'un stage, ou autour d'un verre : **Hédi, Sabrina** en hématologie, **Inès, Clémence, Claire, Simon** en pédiatrie, **Agathe, Benoit** à Vichy, **Elise** en dermatologie, **Manue (la Jeanine), Mouss Mouss' et Quentin** le tireur à balles réelles, je t'attends ! **A Salomé**, l'externe aux milles casquettes !

**A Vianney**, avec l'immense plaisir d'aller un jour voler ensemble au-dessus de nos volcans.

Aux médecins rencontrés au fil de mes stages, **Julie, Éric, Mathieu, Maureen, Sophie, Cécile, Sandrine, Jeff, David, Justine**. Merci pour la confiance dont vous m'avez fait part et le temps accordé à m'enseigner le maximum de votre spécialité.

**A Bénédicte**, merci de ton écoute attentive et du soutien apporté lors de cette fin d'internat.

**A Cédric**, tu es la 3<sup>ème</sup> mi-temps, le 6<sup>ème</sup> juré de cette thèse ! Merci pour ta bienveillance et ta disponibilité au cours de ce stage. J'ai adoré nos sorties en ski de rando et les autres bons moments. Je vous souhaite vraiment le meilleur à toi et tes proches.

**A Sébastien, Julien, Gaëlle, Patrick** dont j'aurai prochainement le plaisir de rejoindre l'équipe. J'espère être au niveau de vos attentes et bénéficier encore longtemps de vos conseils et de votre bienveillance quotidienne.

**A tous les personnels des services** dans lesquels j'ai effectué mes stages, votre dévouement me motive vraiment. Votre bienveillance, vos attentions, votre disponibilité ont souvent rendu mon quotidien plus facile. Une pensée particulière pour l'équipe de cardiologie du Puy-en-Velay, adorable, Danielle en hématologie, Nathalie en oncologie.

**A ma Romane**, présente à chaque instant et sans laquelle je n'aurais pas réussi tout cela. Merci d'être là. Je suis vraiment très fier de toi, de ton courage. J'admire la merveilleuse personne que tu es et le médecin que tu deviens. Tu sais déjà le reste et je te le redis, nous y arriverons !



## Table des matières

1. LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES .....	18
2. LISTE DES ABREVIATIONS.....	19
3. INTRODUCTION .....	20
4. METHODES .....	22
4.1. Echantillonnage .....	22
4.2. Critères d'inclusion des patients .....	23
4.3. Critères d'exclusion des patients .....	23
4.4. Questionnaire, diffusion et recueil .....	23
4.5. Analyses statistiques .....	25
5. RESULTATS .....	26
5.1. Caractéristiques des participants de l'étude .....	26
5.2. Diagramme de flux de l'étude .....	27
5.3. Concernant les perceptions des informations disponibles sur le traitement par thérapie ciblée orale .....	27
5.4. Concernant la perception des connaissances sur les thérapies ciblées orales anticancéreuses .....	30
5.5. Concernant les perceptions de la communication entre les acteurs .....	31
5.6. Concernant les améliorations de coordination souhaitées et les perceptions des rôles de chacun dans le suivi de la thérapie ciblée orale anticancéreuse .....	32
5.7. Concernant les rôles pouvant être partagés dans la coordination du traitement .....	33
5.8. Concernant les perceptions de la gestion des effets indésirables liés à la thérapie ciblée anticancéreuse .....	33
5.9. Questions spécifiques .....	34
5.9.1. Question spécifique du renouvellement .....	34
5.9.2. Questions spécifiques aux médecins généralistes .....	34
5.9.3. Question spécifique aux oncologues .....	36
5.9.4. Questions spécifiques aux patients .....	36
5.9.5. Questions spécifiques aux IDE de coordination .....	37
6. DISCUSSION .....	38
6.1. Évaluer les connaissances des différents acteurs .....	39
6.2. Améliorer les connaissances des différents acteurs .....	39
6.3. Évaluer la communication avec les médecins généralistes et partager le suivi .....	40
6.4. Améliorer la communication entre les différents acteurs .....	41
6.5. Évaluer la coordination actuelle perçue .....	42
6.6. Améliorer la coordination du traitement avec les médecins généralistes .....	44

6.7. Que nous enseigne cette étude ? .....	45
6.8. Proposition (Tableau III) .....	48
7. <b>CONCLUSION</b> .....	49
8. <b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	51
9. <b>Annexes</b> .....	54
9.1. <b>Tableau I</b> – Thérapies ciblées orales concernées dans l'étude .....	54
9.2. <b>Tableau II.</b> Résumé des propositions d'amélioration de la communication pour la coordination des thérapies ciblées orales .....	56
9.3. <b>Figure 13</b> – Exemples de kinomes du Sorafenib et du Sunitinib, désignant les kinases cibles et mutations éligibles à ces traitements .....	57
9.4. <b>Définitions</b> .....	57
9.5. <b>Questionnaire</b> .....	62
10. <b>Serment d'Hippocrate</b> .....	63

## LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

**Tableau I.** Thérapies ciblées orales concernées dans l'étude

**Tableau II.** Résumé des propositions d'amélioration de la communication pour la coordination des thérapies ciblées orales

**Tableau III.** Proposition d'annexe au courrier du prescripteur ou au Programme personnalisé de soins (PPS) remis au patient et son médecin généraliste

**Figure 1.** Diagramme de flux de l'étude

**Figure 2.** Moyens d'information les plus pertinents au sujet du traitement

**Figure 3.** Éléments les plus pertinents et nécessaires devant être communiqués entre les différents acteurs de santé

**Figure 4.** Connaissances perçues des thérapies ciblées orales anticancéreuses

**Figure 5.** Communication perçue entre soignants et avec les patients

**Figure 6.** Améliorations de coordination à mettre en place

**Figure 7.** Perceptions des rôles pouvant être partagés avec le médecin traitant

**Figure 8.** Responsabilité perçue de la gestion des effets indésirables

**Figure 9.** Perceptions de la gestion possible du renouvellement de la thérapie ciblée

**Figure 10.** Difficultés ressenties par les médecins généralistes dans la gestion des thérapies ciblées

**Figure 11.** Utilité de l'IDEC selon les patients

**Figure 12.** Utilité de la consultation tripartite selon les patients

**Figure 13.** Exemples de kinomes du Sorafenib et du Sunitinib, désignant les kinases cibles et mutations éligibles à ces traitements

## LISTE DES ABREVIATIONS

**AcSé** : Accès Sécurisé à des thérapies ciblées innovantes

**ALK** : Anaplastic Lymphoma Kinase

**AMM** : Autorisation de Mise sur le Marché

**ANSM** : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

**ARC** : Attaché(e) de Recherche Clinique

**ATU** : Autorisation Temporaire d'Utilisation

**CAT** : Conduite À Tenir

**CHU** : Centre Hospitalo-Universitaire

**CLCC** : Centre de Lutte Contre le Cancer

**CR** : Compte-Rendu

**DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins

**DREES** : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

**EGFR** : Epidermal Growth Factor Receptor

**EI** : Effet Indésirable

**HAD** : Hospitalisation À Domicile

**HDJ** : Hôpital De Jour

**HER2** : Human Epidermal Growth Factor Receptor-2

**IDE** : Infirmier(e) Diplômé(e) d'État

**IDEC** : Infirmier(e) de Coordination

**INCa** : Institut National du Cancer

**IPA** : Infirmier(e) de Pratique Avancée

**ITK** : Inhibiteur de Tyrosine Kinase

**MT** : Médecin Traitant

**NGS** : Next Generation Sequencing

**PPS** : Plan Personnalisé de Soins

**RCP** : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

**ROS1** : C-Ros oncogene 1

**TC** : Thérapie Ciblée

**URPS** : Union Régionale de Professionnels de Santé

## INTRODUCTION :

En 2018, on estime à 382 000 le nombre de nouveaux cas de cancers solides et à 45 000 d'hémopathies malignes en France (incidence). En 2017, cela correspondait à 157 400 décès, soit 25% des décès en France (mortalité), (1-3). Cette différence entre incidence et mortalité augmente. Ceci atteste s'il en est que le cancer est devenu une pathologie dont la prise en charge se chronicise durant plusieurs années et dont les thérapeutiques novatrices augmentent encore la survie (4). Le suivi nécessaire fait intervenir plusieurs professionnels de santé, que ce soit pour des prises en charge ambulatoires ou en hospitalisation. Une complémentarité des rôles au profit d'une meilleure fluidité du parcours de soins pour le patient est alors indispensable. Les acteurs de soins primaires, notamment les médecins généralistes, sont de plus en plus sollicités. Les thérapies ciblées orales anticancéreuses sont une innovation thérapeutique développée dans les années 2000. Les prescriptions et indications sont en croissance exponentielle (5). Mais tout cela entraîne des spécificités thérapeutiques majeures, avec un maniement complexe par l'oncologue et une gestion au domicile dépendante du patient et son médecin généraliste. Le plus crucial reste la gestion de ses effets indésirables en ambulatoire et leur surveillance. Cela conduit à un défi considérable pour les acteurs de soins primaires, les patients et leurs oncologues (6). Le Plan Cancer 3 (2014-2019) définit ces défis et tente d'apporter des solutions et recommandations afin de lutter contre les inégalités de soin. La thérapie ciblée orale anticancéreuse et sa coordination sont un modèle pertinent des difficultés aujourd'hui rencontrées par les médecins généralistes, les patients et leurs oncologues.

Le Plan Cancer 3 insiste sur les progrès à relever afin de garantir une meilleure coordination entre la ville et l'hôpital. Elle est indispensable au bon suivi du traitement des patients atteints

de différents types de cancer, afin de garantir une qualité et une sécurité de prise en charge.

(7-9)

Les médecins généralistes sont souvent confrontés à de nombreuses difficultés pour assurer le suivi ambulatoire de leurs patients atteints de cancer (10). Les connaissances des traitements en oncologie bénéficient d'évolutions rapides. Certes, il existe ainsi un nombre important de documents au niveau national (référentiels, recommandations) mais cela rend difficile l'identification des sources de référence et apporte de la confusion pour les professionnels. Les médecins généralistes déplorent un cruel manque de transmission d'informations en provenance des spécialistes, des délais d'information allongés, des informations non pertinentes, des difficultés à communiquer avec l'oncologue (10). Un tiers n'a suivi aucune formation complémentaire ayant lien avec la cancérologie. Deux tiers éprouvent des difficultés à gérer les effets indésirables des traitements ou prendre en charge les séquelles du cancer. Ils espèrent une véritable collaboration, avec une définition claire des rôles respectifs, une communication directe, durable et multidirectionnelle. Ils sont 92% à considérer leur rôle dans la coordination des soins d'un patient atteint de cancer comme importante.

En parallèle, les IDEC sont la preuve d'efforts faits en faveur d'une meilleure alliance. Leur place au sein de ce lien ville-hôpital et les perceptions de leurs rôles restent à définir.

Le premier objectif de l'étude est d'établir un état des lieux des perceptions des différents acteurs de la gestion des thérapies ciblées orales anticancéreuses en Auvergne. Secondairement, à partir de ces observations, nous proposerons des voies d'amélioration de coordination et de communication entre les différents acteurs, adaptées aux attentes communes.

## METHODES :

Il s'agit d'une étude qualitative observationnelle et descriptive de perceptions recueillies par un questionnaire non standardisé, auprès de patients, leur médecin généraliste respectif, leur oncologue ou onco-hématologue référent et les infirmières de coordination des services dans lesquels ils sont suivis. L'étude est multicentrique, puisque chaque service concerné détient son propre mode de fonctionnement au sein du CHU de Clermont-Ferrand et du Centre de Lutte contre le Cancer Jean Perrin.

### Echantillonnage :

Nous avons recueilli auprès des services concernés, sur leur accord, une liste de l'ensemble des patients en cours de traitement ou en surveillance après traitement par thérapie ciblée orale anticancéreuse. Les pathologies concernées étaient les suivantes : onco-hématologie (CHU), onco-pneumologie (CHU), onco-urologie (CHU), oncologie digestive (CHU), onco-dermatologie (CHU), ainsi que des patients du Centre Jean Perrin (CLCC).

Ces listes étaient préétablies dans chaque service, initialement au profit des infirmières de coordination qui avaient en charge de contacter régulièrement les patients sous ce type de traitement. Nous avons actualisé les listes en fonction du statut actuel du patient, des critères d'inclusion et des critères d'exclusion. A partir de la liste des patients concernés, nous avons établi une liste de leur médecin traitant respectif.

Tous les oncologues du CHU et du Centre Jean Perrin ont été contactés pour participer à l'étude.

Les infirmières de coordination des six services concernés ont également été invitées à participer à l'étude.

Critères d'inclusion des patients :

- âgés de 18 à 75 ans ;
- traités ou ayant été traités par thérapie ciblée orale anticancéreuse ;
- toute ligne de traitement, toute histologie, tout stade de la maladie et
- suivi oncologique au CHU de Clermont-Ferrand ou au Centre Jean Perrin.

Critères d'exclusion des patients :

- actuellement traités par chimiothérapie ou immunothérapie ou hormonothérapie ;
- absence de médecin traitant et
- patients en soins palliatifs.

Questionnaire, diffusion et recueil :

Les participants ont été interrogés par le biais d'un questionnaire, anonymisé, non standardisé, disponible en ligne pendant huit mois (01/05/2020 – 31/12/2020) par le biais d'un lien menant sur une plateforme sécurisée (RedCap).

Après avoir recueilli leur consentement oral à participer à l'étude, le lien internet menant au questionnaire était envoyé aux patients sur leur adresse mail personnelle, qu'ils nous communiquaient par téléphone.

Les patients souhaitant répondre sur papier pouvaient imprimer le questionnaire ou un exemplaire leur était envoyé par voie postale avec une enveloppe de retour. Les questionnaires anonymisés revenus par voie postale étaient récoltés et les données étaient ensuite transmises par une attachée de recherche clinique (ARC) sur la plateforme RedCap.



Le questionnaire a été envoyé aux médecins généralistes, accompagné du lien internet et d'une enveloppe de retour.

Les oncologues ont reçu le lien internet sur leur boîte mail professionnelle du CHU ou du CLCC. Ils pouvaient imprimer le questionnaire et nous le retourner par courrier s'ils le souhaitaient.

La complétude du questionnaire n'était pas un critère d'exclusion. La durée estimée pour remplir le questionnaire était de dix minutes, afin d'en améliorer l'exhaustivité des réponses.

Le questionnaire (Annexe) était constitué comme suit :

- un tronc commun avec dix-neuf questions accessibles par l'ensemble des répondeurs et
- des questions spécifiques à chaque statut de répondeur.

Le tronc commun était divisé en sous-parties concernant différents aspects de la coordination ville-hôpital :

- Perceptions des formations et informations disponibles sur le traitement par thérapie ciblée orale ;
- Evaluation des connaissances au sujet de la thérapie ciblée anticancéreuse ;
- Evaluation de la communication entre les acteurs du traitement et
- Perceptions des rôles de chacun dans le suivi de la thérapie ciblée orale anticancéreuse.

Une partie spécifique aux médecins généralistes (huit questions) les interrogeait sur le nombre de patients suivis sous thérapie ciblée anticancéreuse, leur appartenance à un réseau, leurs perceptions quant aux difficultés rencontrées dans le suivi des patients sous thérapie ciblée orale anticancéreuse.

Une partie spécifique aux oncologues (une question) les interrogeait sur le manque d'information ressenti au sujet de leurs patients sur leur situation ambulatoire.

Une partie spécifique aux patients (quatre questions) les interrogeait sur leurs perceptions à l'égard de l'infirmière de coordination et de la consultation tripartite.

Une partie spécifique aux IDEC (cinq questions) les interrogeait sur leurs perceptions à l'égard de la consultation tripartite, leur rôle et les difficultés rencontrées au cours de leur mission de coordination.

Le questionnaire a été soumis à relecture et à la validation d'un biostatisticien du CHU, d'un gestionnaire de données, d'un médecin généraliste et d'un oncologue.

Pour les questions demandant une notation à l'aide d'une échelle numérique de 0 à 100 :  
Les médianes égales ou supérieures à 70 étaient considérées comme la perception d'une satisfaction ou d'une utilité.

Les médianes comprises entre 40 et 70 étaient considérées comme la perception d'une insuffisance ou d'un avis mitigé.

Les médianes inférieures à 40 étaient considérées comme la perception d'une insatisfaction, d'une inutilité.

#### Analyses statistiques :

Les analyses statistiques, purement descriptives, ont été réalisées avec le logiciel Stata (version 15 ; StataCorp, College Station, Texas, USA). Les différents échantillons (patients, médecins généralistes, oncologues et IDEC) ont été décrits par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles et sous forme de médianes [intervalles interquartiles] pour les variables quantitatives.

## RESULTATS :

### Caractéristiques des participants de l'étude :

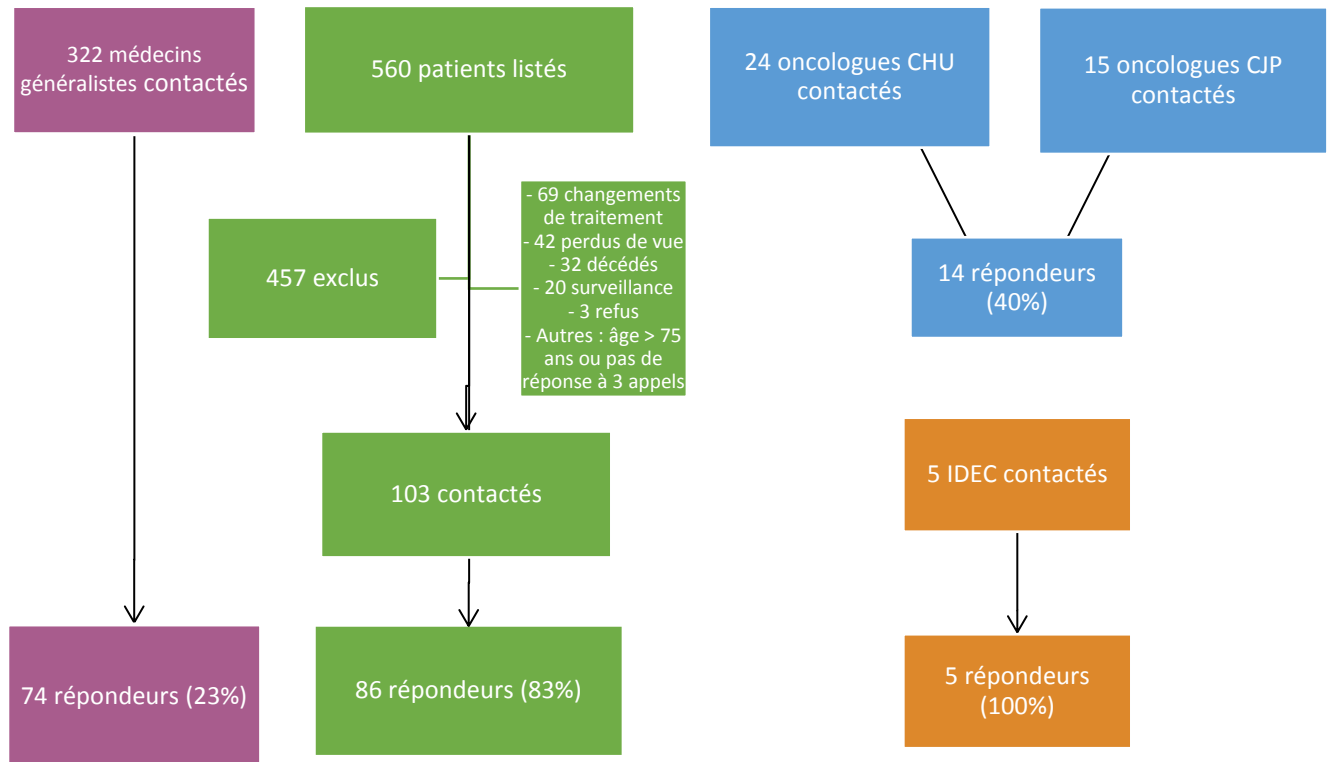
La moyenne d'âge des patients interrogés était de 61 ans et demi.

L'ensemble du recueil a permis d'obtenir 179 réponders : 48% de patients, 41% de médecins généralistes, 8% d'oncologues, 3% d'infirmières de coordination.

Sur les 560 patients listés, 457 ont été exclus : trente-deux patients étaient décédés, 42 étaient perdus de vue, vingt étaient en cours de surveillance après arrêt du traitement, 69 avaient changé de traitement (chimiothérapie, hormonothérapie, immunothérapie), trois ont refusé de participer à l'étude, les autres n'ont pas répondu à nos trois appels ou étaient âgés de plus de 75 ans.

Les 103 patients contactés étaient traités par 38 thérapies ciblées différentes, dont certaines sous ATU ou dans le cadre d'un essai de phase III. Les thérapies ciblées rencontrées dans l'étude sont consultables en Annexes – Tableau I.

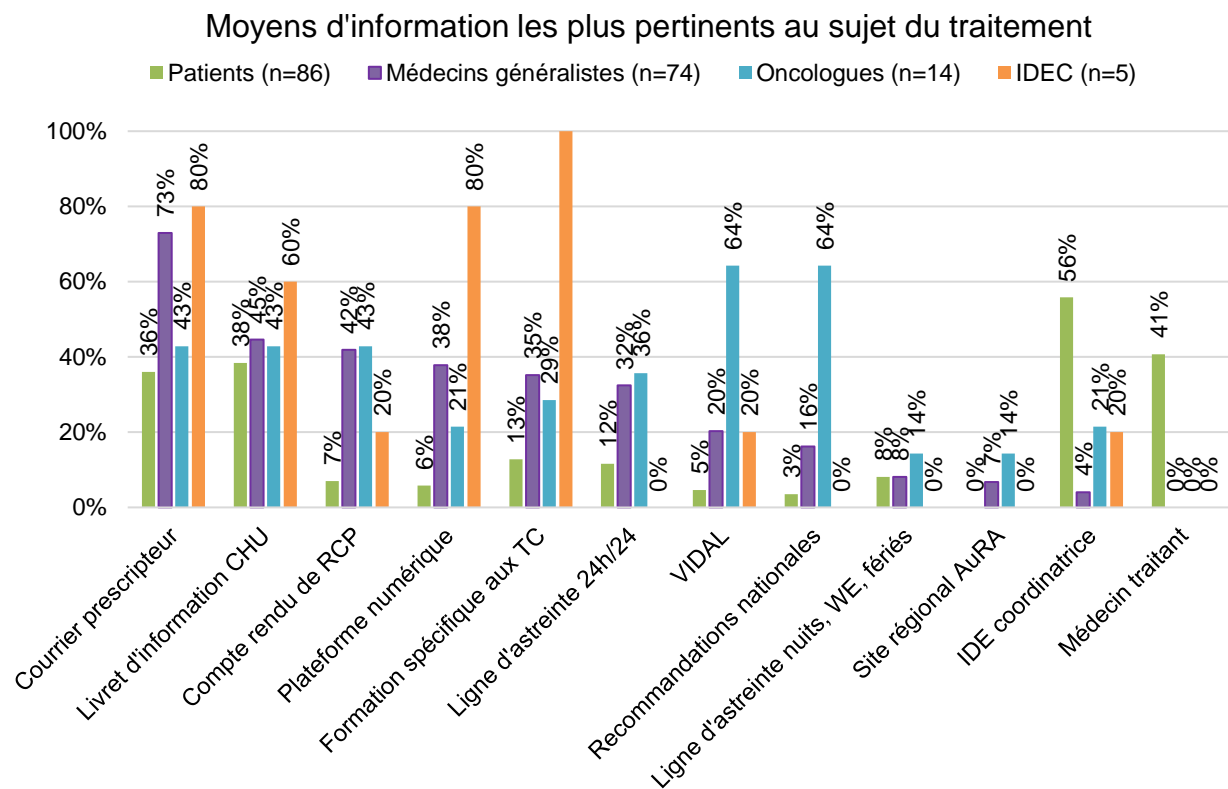
Diagramme de flux de l'étude (Figure 1) :



Concernant les perceptions des informations disponibles sur le traitement par thérapie ciblée orale :

Les médecins généralistes jugent insuffisantes la disponibilité et la qualité des informations sur la thérapie ciblée orale avec une médiane à 50 pour les deux critères (écarts-types : disponibilité [30 ; 60], qualité [40 ; 70]).

Les patients et oncologues sont satisfaits de la disponibilité et de la qualité des informations de façon égale avec une médiane à 80 (patients : disponibilité [50 ; 90], qualité [60 ; 90] ; oncologues : disponibilité [60 ; 90], qualité [70 ; 80]).



**Figure 2** - Les trois moyens d'information perçus comme les plus pertinents par l'ensemble des répondeurs sont le courrier du prescripteur (53%), le livret d'information du CHU (42%) et l'infirmière de coordination (31%).

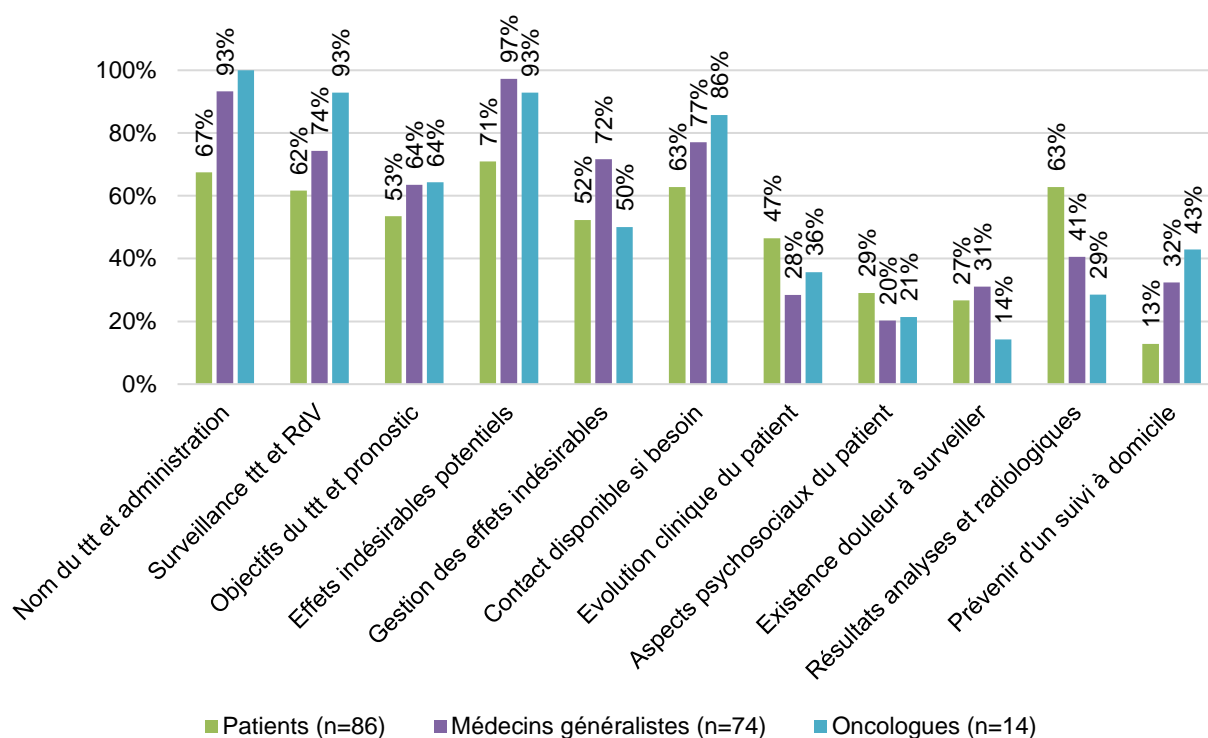
Les oncologues accordent le plus de pertinence aux moyens d'information officiels tels que le VIDAL et les recommandations (64%), puis aux moyens institutionnels (42% pour les trois) tels que le courrier du prescripteur, le compte-rendu de RCP et le livret du CHU.

Les médecins généralistes s'appuient préférentiellement sur les moyens institutionnels délivrés : courrier du prescripteur (73%), livret du CHU (45%) compte-rendu de RCP (42%).

Trois médecins généralistes (4%) considèrent l'IDE de coordination comme un moyen pertinent d'informations.

Les patients considèrent les moyens humains tels que l'IDE coordinatrice (56%) et leur médecin traitant (41%) comme les moyens les plus pertinents.

### Éléments les plus pertinents et nécessaires devant être communiqués entre les différents acteurs de santé



**Figure 3** - Les trois éléments les plus pertinents à communiquer entre les acteurs de santé sont le nom de la thérapie ciblée orale et son schéma d'administration (82%), les effets indésirables potentiels (84%) et les contacts disponibles en cas de besoin (71%).

Ils sont 72 médecins généralistes (97%) à considérer les effets indésirables potentiels comme pertinents dans un courrier (93% des oncologues) et 53 (72%) à souhaiter avoir des protocoles de leur gestion respective (50% des oncologues).

La disponibilité d'un contact oncologique dans les courriers semble être un élément davantage pertinent pour les médecins (77% de généralistes et 86% d'oncologues) que pour les patients (63%).

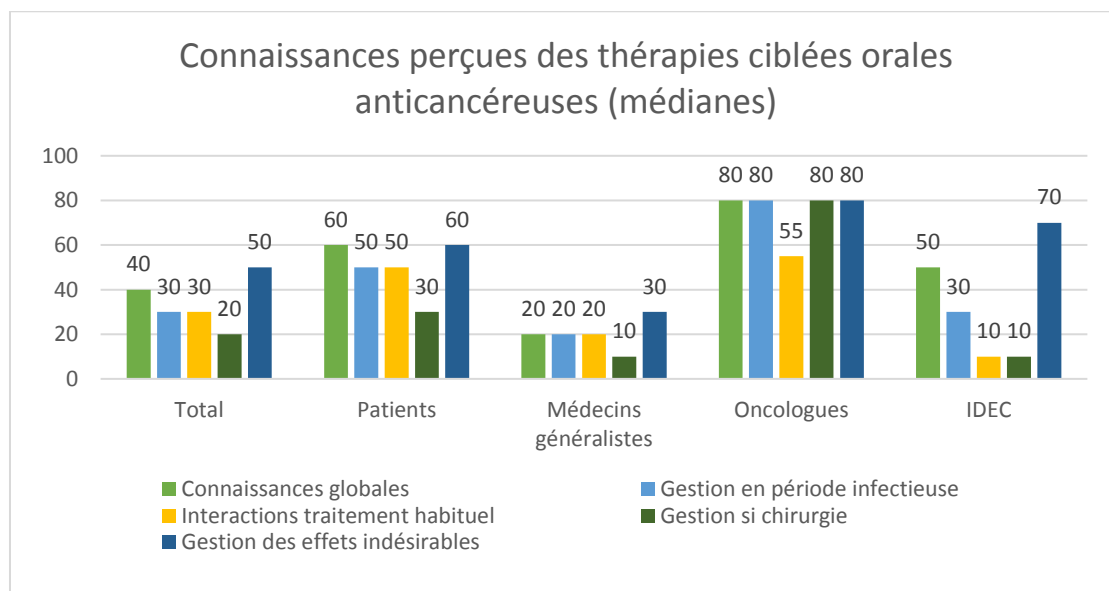
Pour les patients, les éléments les plus pertinents sont les effets indésirables potentiels (71%), le nom du traitement et son schéma de déroulement (67%), les résultats de leurs analyses et résultats radiologiques (63%), un contact oncologique disponible si besoin (63%) et les détails

de la surveillance avec les rendez-vous futurs (62%). La pertinence des protocoles de gestion des effets indésirables arrive en sixième position (52%).

L'ensemble des résultats concernant la pertinence des informations à intégrer dans la communication entre les acteurs de la thérapie ciblée orale sont présents dans le Tableau II. en annexe.

Concernant la perception des connaissances sur les thérapies ciblées orales anticancéreuses :

Deux médecins généralistes (2,7%) et six oncologues (43%) affirment avoir suivi une formation spécifique à la thérapie ciblée orale anticancéreuse.

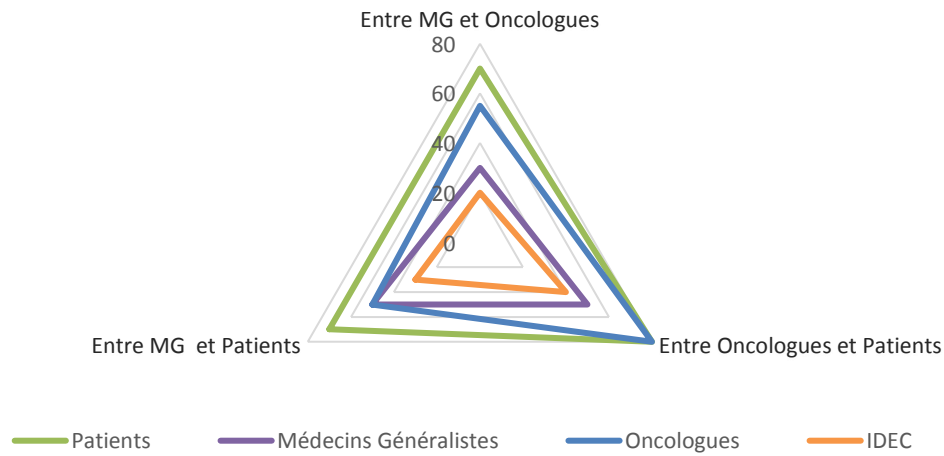


**Figure 4** - Les oncologues reconnaissent une très bonne maîtrise de ces thérapies avec une médiane de notation à 80 sur 100 [80 ; 90].

Les patients évaluent leur maîtrise globale à 60 sur 100 [30 ; 70], tandis que les médecins généralistes reconnaissent des lacunes avec une évaluation médiane à 20 sur 100 [10 ; 40].

Concernant les perceptions de la communication entre les acteurs :

Communication perçue entre soignants et avec les patients



**Figure 5** - La qualité médiane perçue de la communication entre oncologues et médecins généralistes est de 30 [20 ; 50] pour les médecins généralistes, 55 [50 ; 60] pour les oncologues, 70 [50 ; 80] pour les patients et 20 [0 ; 20] pour les IDEC.

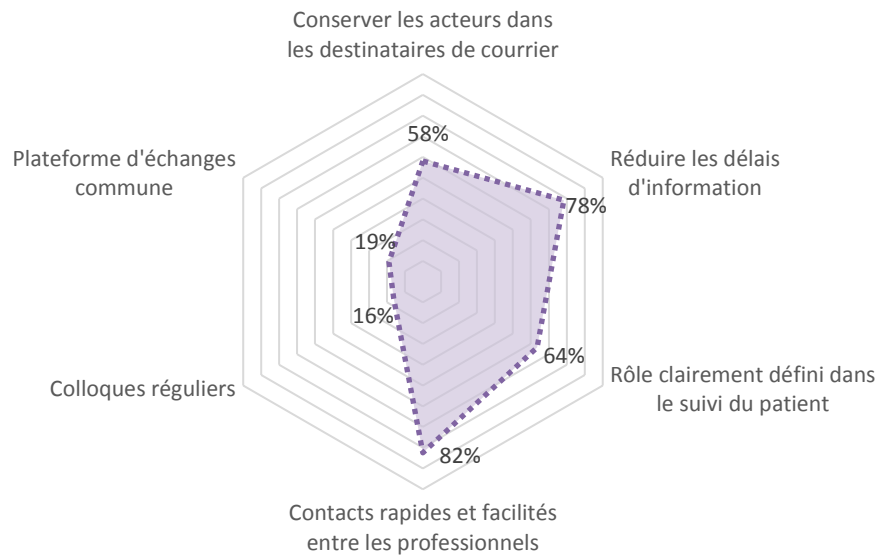
Il existe une perception médiane commune de 80 pour les patients et leurs oncologues concernant leur communication réciproque ([50 ; 90] pour les patients, [70 ; 80] pour les oncologues). Concernant la communication entre le patient et son médecin généraliste, la médiane de qualité perçue est de 70 [50 ; 90] pour les patients, de 50 [30 ; 70] pour les médecins généralistes (et oncologues [40 ; 50]) et de 30 [10 ; 55] pour les IDEC.



Concernant les améliorations de coordination souhaitées et les perceptions des rôles de chacun dans le suivi de la thérapie ciblée orale anticancéreuse :

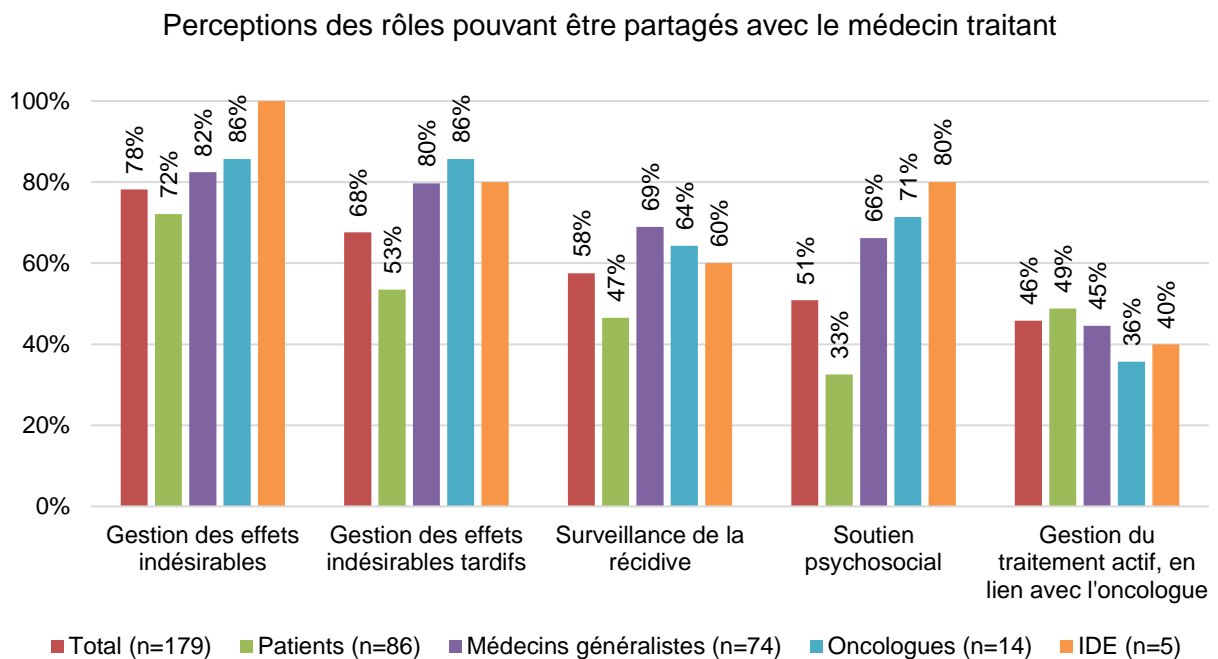
## AMÉLIORATIONS DE COORDINATION À METTRE EN PLACE

■ Médecins généralistes (n=74)



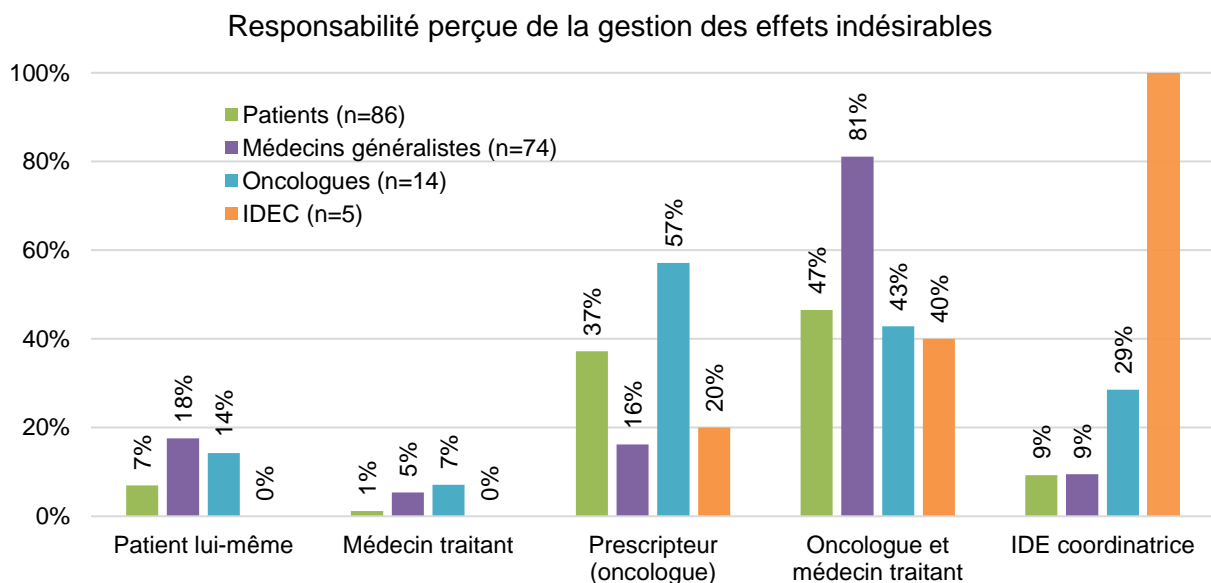
**Figure 6** - Les améliorations de coordination prioritaires doivent s'inspirer en premier lieu des attentes des médecins généralistes. Les trois principaux axes de développement concernent la mise en place de contacts rapides et facilités entre professionnels de santé par des numéros réservés (82% des médecins généralistes), la réduction des délais d'information (mails, appels, ...) pour 78% des médecins généralistes et définir clairement le rôle de chacun dans le suivi du patient (64%).

Concernant les rôles pouvant être partagés dans la coordination du traitement :



**Figure 7** – Les oncologues et médecins généralistes sont conjointement favorables à un partage de la gestion des effets indésirables, de la surveillance après traitement et du soutien psychosocial du patient. Quarante-cinq pourcents des médecins généralistes se disent favorables à prendre part à la gestion du traitement actif, en lien étroit avec l’oncologue.

Concernant les perceptions de la gestion des effets indésirables liés à la thérapie ciblée anticancéreuse :



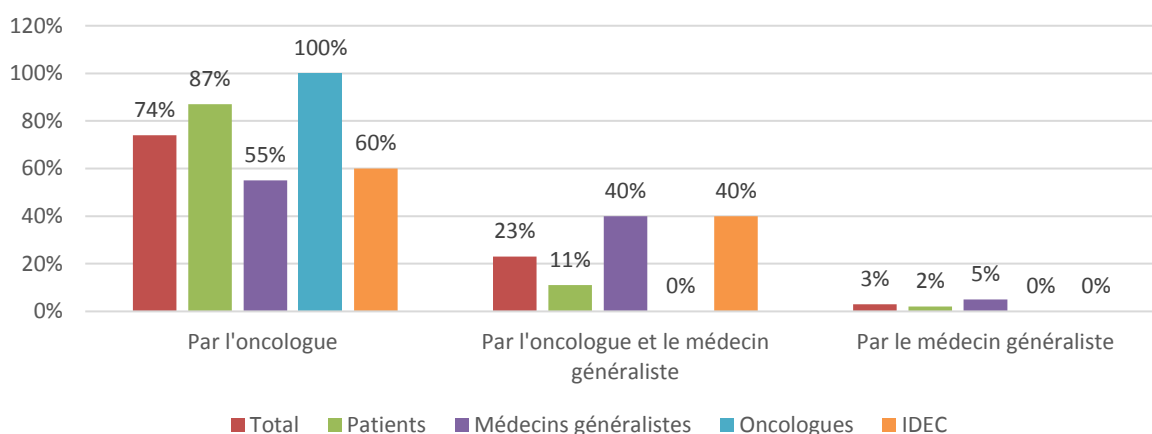
**Figure 8** – Cinquante-sept pourcents des oncologues/hématologues considèrent que la gestion des effets indésirables est de leur ressort, tandis que 81% des médecins généralistes et 47%

des patients perçoivent une responsabilité partagée avec le généraliste. Cent pourcent des IDEC s'impliquent dans ce rôle, tandis que 9% des patients et médecins généralistes leur reconnaissent.

Questions spécifiques :

Question spécifique du renouvellement :

Perceptions de la gestion possible du renouvellement de la thérapie ciblée



**Figure 9** – Le renouvellement de la thérapie ciblée par le médecin traitant, en lien étroit avec l'oncologue, semble être possible pour 40% des médecins généralistes et 11% des patients interrogés. Aucun oncologue/hématologue ne partage ce point de vue.

Questions spécifiques aux médecins généralistes :

Sept pourcents des généralistes ayant répondu font partie d'un réseau oncologique (OncAuvergne, HAD, autres).

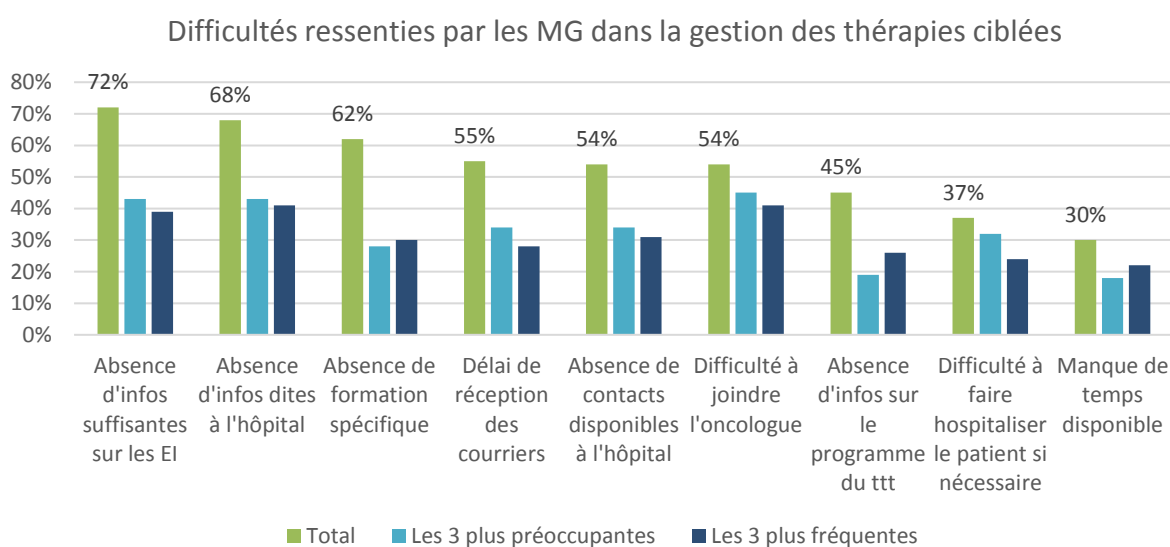
Pour les praticiens, voici la répartition du nombre de patients suivis, sous thérapie ciblée orale anticancéreuse :

- moins de cinq patients suivis : 66%
- cinq à dix patients suivis : 29%
- onze patients ou plus : 5%

Concernant les IDE de coordination ville-hôpital, 73% des médecins généralistes n'en connaissent pas l'existence. Quatre-vingt-quinze pourcents des praticiens n'ont jamais entendu parler de la consultation tripartite (oncologue, pharmacien, IDE).

Lors de la survenue d'un événement indésirable manifeste, attribuable à la thérapie ciblée, 53% préfèrent que la conduite à tenir leur soit disponible afin de l'appliquer, 46% préfèrent pouvoir contacter l'oncologue référent pour pouvoir l'obtenir. Un médecin généraliste a répondu préférer aller chercher la conduite à tenir lui-même plutôt que les deux autres options.

Plus spécifiquement, concernant les difficultés ressenties et rencontrées par les médecins généralistes dans la gestion de ces thérapies ciblées orales :



**Figure 10** - Les trois difficultés ressenties comme à la fois les plus fréquentes et les plus préoccupantes sont :

- l'absence d'informations suffisantes sur les effets indésirables (72%) ;
- l'absence d'informations sur ce qui a été dit au patient à l'hôpital (68%) et
- la difficulté à joindre l'oncologue (54%).

Question spécifique aux oncologues :

Soixante-et-onze pourcents des oncologues ont quant à eux rarement la sensation de manquer d'informations sur leur patient concernant sa santé globale (comorbidités, traitement habituel, mode de vie, situation psychosociale, domicile, emploi, ...).

Les 29% restants reconnaissent en avoir régulièrement l'impression.

Les autres propositions disponibles étaient « Jamais », « Fréquemment » et « Tout le temps ».

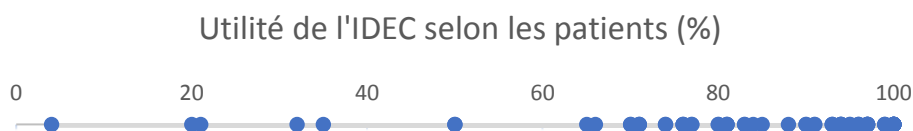
Questions spécifiques aux patients :

Parmi notre échantillon, 75% des patients n'ont jamais bénéficié d'une consultation tripartite (n = 19). Vingt-neuf patients ont répondu concernant l'utilité de ce type de consultation et l'ont considérée comme très utile avec une médiane à 77 [56 ; 97]. (Figure 11)

Quatre-vingt-huit pourcents des patients ont déjà eu contact avec une infirmière de coordination.

Soixante-dix patients ont répondu concernant l'utilité du suivi par l'IDE de coordination, et l'ont considérée comme indispensable, avec une médiane à 92 [76 ; 97]. (Figure 12)

**Figure 11.**



**Figure 12.**



Questions spécifiques aux IDE de coordination :

Les IDEC considèrent également la consultation tripartite, à laquelle elles contribuent, comme indispensable avec une médiane à 88 [86 ; 98].

Les trois difficultés ressenties à la fois comme les plus fréquentes et les plus préoccupantes dans le suivi des patients sont la difficulté à faire hospitaliser un patient si nécessaire (60%), les délais de réception des courriers (40%) et l'absence d'informations suffisantes sur ce qui a été dit au patient à l'hôpital (40%).

## DISCUSSION :

Le Plan Cancer 3 incite à une meilleure coordination ville-hôpital pour améliorer la gestion ambulatoire des thérapies ciblées orales anticancéreuses et en élargir l'accès et promouvoir le développement. (Annexes – Définitions)

L'objet de l'étude était de recueillir les perceptions des différents acteurs de la gestion des thérapies ciblées orales anticancéreuses en Auvergne. Puis de proposer des outils d'amélioration de la coordination et de la communication à partir de ces observations.

Dans notre discussion, nous avons présenté les points importants sous la forme de paragraphes spécifiques. Les trois thèmes abordés concernent les connaissances, la communication et la coordination de la thérapie ciblée orale. Chacun des thèmes est développé au dépend d'un paragraphe réunissant les constats (« Évaluer... »), suivi d'un paragraphe proposant des solutions en conséquence (« Améliorer... »).

Nous avons réalisé un recueil auprès de 86 patients, 74 médecins généralistes, quatorze oncologues et cinq infirmières de coordination. Questionner les patients s'assure de l'admissibilité ou non des propositions de coordination pertinentes et prioritaires. Questionner les médecins généralistes met en lumière les difficultés et attentes à l'intention des oncologues dans la coordination de ce traitement. Questionner les oncologues recueille les différences de point de vue et les voies de cogestion envisageables. La perception des IDEC souligne un point de vue global sur la coordination et définit plus concrètement leurs rôles.

Les taux de participation importants (83% des patients, 40% des oncologues et 25% des médecins généralistes contactés) montrent un intérêt confirmé pour la question étudiée.

### Évaluer les connaissances des différents acteurs :

Nous avons vérifié le manque de formation des médecins généralistes sur ce type de traitement. Seulement 2,7% des médecins généralistes ont suivi une formation spécifique. Cela était également constaté lors d'une étude concernant les médecins généralistes d'Isère (12) ainsi que dans l'étude de l'Institut Curie en 2015 (13).

L'étude a montré une lacune de connaissances concernant les interactions médicamenteuses de la thérapie ciblée avec le traitement habituel du patient, y compris chez les oncologues. Cela n'avait pas été questionné dans de précédentes études. C'est une information essentielle puisqu'elle conditionne indépendamment l'efficacité du traitement (sous-dosage) ainsi que l'apparition d'effets indésirables (surdosage).

### Améliorer les connaissances des différents acteurs :

L'étude de la DREES menée de Décembre 2015 à Mars 2016 auprès de 1193 praticiens suggérait que **l'appartenance à un réseau** ou le fait d'avoir reçu une **formation complémentaire en oncologie** confèrent au généraliste le sentiment d'avoir un rôle dans le suivi global (10). Nous ne pouvons que les encourager à en prendre part.

Il s'agit de mettre à disposition des médecins généralistes des moyens fiables d'information au sujet des thérapies ciblées. Le mode communément partagé par les généralistes et les oncologues semble être celui du **VIDAL**. Il est nécessaire de porter à leur connaissance **le site Ressources-AuRA** qui est une source pertinente d'informations actualisées, facilement accessible et gratuit, développé par le réseau Onco-AuRA (Réseau Régional de Cancérologie Auvergne Rhône-Alpes).



Le manque de connaissances concernant les interactions médicamenteuses renforce la pertinence des **consultations tripartites**. Le pharmacien examine le traitement habituel du patient et vérifie l'absence d'interactions potentielles ou propose des modifications thérapeutiques adéquates au prescripteur. Elle permet aussi de prévenir contre l'automédication et de renforcer l'adhésion au traitement par le patient.

[Évaluer la communication avec les médecins généralistes et partager le suivi :](#)

L'insatisfaction des médecins généralistes à l'égard de la communication actuelle est préoccupante. Ils jugent insuffisantes les informations fournies tant en termes de disponibilité que de qualité. Leur note concernant la communication avec les oncologues/hématologues est la plus mauvaise. Cela renforce l'intérêt de l'étude menée et la nécessité d'amplifier les efforts de communication à leur encontre. D'autres études montrent l'utilité de tels efforts sur la qualité de prise en charge (14 – 18).

Elle fait apparaître, de la part des médecins généralistes, un intérêt privilégié pour les moyens d'information institutionnels (courrier de l'oncologue, compte-rendu de RCP), tandis que les oncologues privilégient les référentiels (recommandations, sociétés savantes, VIDAL, ...).

Nous sommes surpris de constater que seulement 35% des médecins généralistes reconnaissent une pertinence à l'égard d'une formation spécifique leur étant dédiée.

Peut-être considèrent-ils qu'ils n'auront pas le temps de se former pour un nombre encore restreint de patients concernés dans leur patientèle.

La seconde surprise concerne l'intérêt commun pour un tiers des professionnels de santé, médecins généralistes (32%), oncologues et hématologues confondus (36%), d'une ligne téléphonique d'astreinte 24 heures sur 24.

Seulement trois médecins généralistes (4%) considèrent l'IDE de coordination comme un interlocuteur pertinent. Ce résultat est certainement dû en partie au fait que la majorité ne connaissent pas l'IDEC ou son rôle (77%).

#### Améliorer la communication entre les différents acteurs :

La communication écrite doit privilégier le courrier de l'oncologue et le **livret d'informations** sur la thérapie ciblée orale remis au patient. L'étude de l'Institut Curie de 2015 rapporte que 40 % des médecins généralistes interrogés souhaiteraient un approfondissement des informations sur les prescriptions faites aux patients (traitements choisis, effets secondaires potentiels, compatibilité avec d'autres traitements...). Vingt-six pourcents des médecins généralistes souhaiteraient un renforcement de la **formation médicale continue en cancérologie**. (13)

Suite à notre étude, les **informations semblent prioritaires et sollicitées** sont :

- le nom de la thérapie ciblée orale et son schéma d'administration ;
- les effets indésirables fréquents et spécifiques à surveiller ;
- les protocoles thérapeutiques de premier recours à débiter en cas de survenue d'un effet indésirable et
- les contacts nécessaires pour joindre un oncologue ou une IDE de coordination.

En parallèle, une saisine réalisée par l'INCa à la demande de la DGOS (19) insiste sur la nécessité de transmettre le **compte-rendu de RCP et le Plan personnalisé de soins (PPS)** au médecin généraliste.

Nous suggérons que **l'IDE de coordination soit un interlocuteur privilégié pour le patient**. Des appels téléphoniques fixés et réguliers peuvent permettre à l'équipe de soins d'adapter et de solliciter les professionnels de ville. (19)

**Les médecins généralistes doivent bénéficier d'un contact direct et rapide auprès d'un oncologue/hématologue d'astreinte par un numéro réservé.**

L'envoi d'informations ciblées aux généralistes peut améliorer la prise en charge des patients mais la communication de documents ne semble pas suffisante.

Plus qu'une simple amélioration de l'information, c'est bien une véritable collaboration qui semble faire défaut dans les échanges hôpital-ville, collaboration qui impliquerait à la fois une **définition claire des rôles respectifs des oncologues et des médecins généralistes dans le suivi à long terme** des patients atteints de cancer, et une communication sans intermédiaire, dans le temps et dans les deux sens. (14 ; 20)

Un résumé des propositions d'amélioration de la communication pour la coordination des thérapies ciblées est disponible en Annexes – Tableau II.

Évaluer la coordination actuelle perçue :

Les améliorations de coordination attendues par les médecins généralistes sont la définition claire des rôles de chaque interlocuteur dans le suivi partagé du patient, la réduction des délais d'information entre interlocuteurs et l'existence de contacts rapides et facilités entre ville et

hôpital. C'est également ce qu'a permis de montrer une étude norvégienne à ce sujet : les médecins généralistes acceptent de prendre un rôle plus important dans le suivi de ces patients à conditions d'avoir un accès facile aux spécialistes. (17, 21)

Nous avons constaté que les médecins généralistes ne connaissent pas assez les moyens de coordination préexistants tels que les IDE de coordination, les consultations tripartites.

Les médecins généralistes semblent être plus favorables (45%) que les oncologues (36%) au partage des rôles dans le suivi des patients. D'autres études montrent que leurs confrères allemands, australiens, américains et canadiens partagent ce sentiment (15-16 ; 22-24). Les concernant, un patient sur deux (49%) considère que le suivi du traitement pourrait être partagé par les deux acteurs. C'est ce qu'avait constaté une revue de la littérature australienne publiée en 2013. (25)

Lors d'une étude menée en 2015 par l'Institut Curie auprès de 200 médecins généralistes, 54% des oncologues considèrent que la prise en charge des effets indésirables est du ressort des médecins généralistes, versus 32% chez ces derniers (13).

Dans notre étude, la cogestion des effets indésirables constitue le rôle pour lequel les médecins généralistes (82%) comme les oncologues (86%) se disent être le plus enclins. En revanche, une étude française publiée en 2020 montrait qu'une majorité (69%) des patients ne considéraient pas le médecin traitant comme un premier recours pour la gestion des complications de leur traitement. (26)

La gestion des effets indésirables tardifs, la surveillance des récurrences sont également considérées comme pouvant être partagées respectivement à 86% et 64% pour les oncologues, à 80% et 69% pour les médecins généralistes. Ces perceptions sont communément vérifiées dans d'autres études. (20, 24, 27-28)

Preuve d'une volonté grandissante, 45% des médecins généralistes se disent favorables à effectuer un renouvellement de la thérapie, dont 40% en lien avec l'oncologue. En revanche les oncologues (0%) et les patients (11%) sont encore réticents à idée d'une telle proposition.

#### Améliorer la coordination du traitement avec les médecins généralistes :

Lors de la primo-prescription, l'INCa préconise de **recueillir l'avis du médecin traitant sur l'éligibilité du patient** au traitement anticancéreux au domicile (19). Cela permet d'assurer des conditions d'hygiène et de sécurité minimales.

Il est licite de les informer de l'existence, des rôles et de la pertinence des IDE de coordination. Ils doivent savoir lorsqu'une consultation tripartite a été effectuée.

Soixante-quinze pourcents des patients interrogés affirment ne pas avoir bénéficié d'une consultation tripartite. Cette constatation offre une marge d'amélioration considérable, directement bénéfique pour la coordination.

L'étude laisse à penser que si les médecins généralistes ne se sentent pas expérimentés dans la prise en charge de ces traitements, il semble compliqué que les patients puissent y recourir spontanément. Ainsi pour que les patients soient en confiance, il faut prémunir les médecins traitants pour ces gestions complexes, par la formation et le développement du lien entre généralistes et oncologues/hématologues.

Comme l'indique une revue systématique de la littérature réalisée en 2016, la **définition claire des rôles imputables au généraliste** est une demande récurrente de leur part. Ils sollicitent les oncologues et hématologues pour un **élargissement du suivi partagé des patients** (20, 28).

Le renouvellement des thérapies ciblées n'est pas encore autorisé par les instances de santé. Cependant, les autres étapes du suivi sont d'ores et déjà des enjeux majeurs de coordination à développer. (15-16, 22, 29)

#### Que nous enseigne cette étude ?

Il n'existe pas de questionnaire validé pour les sujets traités, cela constitue une faiblesse pour l'étude. L'absence de validation empêche la mesure exacte des perceptions recueillies, mais informe sur une tendance.

Afin d'améliorer la pertinence, les questions ont été inspirées de l'expérience ressentie et perçue auprès des malades, des oncologues, hématologues et médecins généralistes. Certaines questions sont issues de la bibliographie dans le but d'améliorer la pertinence du questionnement et vérifier les données dans notre échantillon de population. (13, 20, 30 - 31)

Les variables recueillies sont nombreuses et les biais de sélection et de mesure indissociables à la subjectivité des perceptions.

Nous n'avons pas réalisé de pré-test officiel du questionnaire sur un échantillon de la population cible, mais uniquement des pré-tests auprès d'un médecin généraliste et d'une statisticienne. Cette carence méthodologique nous a amené à découvrir a posteriori des erreurs dans le questionnaire, des incompréhensions parfois exprimées par les participants.

Par exemple, l'item de la question n°2 indiquant « Livret du CHU » était une mauvaise formulation impliquant un biais de réponse pour les patients suivis au Centre Jean Perrin, les oncologues rattachés et les médecins traitants. Au cours du recueil, nous avons modifié l'item par « Livret d'informations remis à la consultation ». Elle reste malgré tout la seconde

proposition la plus cochée après le courrier du prescripteur, montrant un intérêt marqué pour ce mode de communication (taux de réponse compris entre 38% et 45% selon les groupes).

Il existe plusieurs biais de sélection. Dans un souci d'anonymat, les caractéristiques des participants n'étaient pas détaillées. Les oncologues interrogés exerçaient en CHU ou CLCC. Nous n'avons pas interrogé les oncologues et hématologues des hôpitaux périphériques. Les acteurs du secteur privé n'ont pas donné suite à notre sollicitation. Leur mode d'exercice peut modifier leurs perceptions de la coordination évaluée.

Concernant les médecins généralistes interrogés, l'étude de la DREES d'Octobre 2017 montrait des disparités de réponses selon l'âge, le sexe et la localité d'exercice (rural, urbain, ...). Le Conseil de l'Ordre Départemental et l'URPS médecins libéraux d'AuRA n'ont pas permis de recueillir ces données dans notre étude.

Il existe un biais de sélection quant à la thérapie ciblée orale reçue, l'histologie et le stade de leur maladie, les comorbidités des patients. Chacun de ces facteurs confondants peut comporter des spécificités de toxicité, de suivi, d'administration qui n'ont pas été détaillés.

La sélection de patients âgés de moins de 75 ans constitue un biais de sélection. Ce choix a été fait devant la difficulté de complétude des questionnaires en ligne par les populations plus âgées et l'accès à internet manquant pour une part importante d'entre eux.

Les patients étaient parfois trop fatigués pour pouvoir remplir le questionnaire eux-mêmes. Ils laissaient alors leur proche le faire. Il existait alors un risque de biais de mesure.

Nous aurions pu interroger les patients sur la survenue ou non d'effet(s) indésirable(s) au cours de leur traitement afin de mieux juger de la pertinence des questions à ce sujet.

Nous n'avons pas évoqué les autres difficultés décrites par les médecins généralistes dans l'étude de la DREES publiée en Octobre 2017, notamment l'accompagnement des patients en fin de vie, la prise en charge des séquelles du cancer, l'aide à la réinsertion professionnelle, le soutien psychologique du patient, la gestion de la douleur. (10, 20, 28)

Pour améliorer l'exhaustivité de l'état des lieux, nous aurions dû interroger les pharmaciens. Leur rôle est nettement valorisé par ce traitement ambulatoire en plein essor, pourvoyeur d'effets indésirables, de nombreuses interactions médicamenteuses et dont l'observance dépend d'une meilleure éducation thérapeutique. La démarche d'éducation thérapeutique vise à rendre plus autonome le patient et son entourage dans la gestion de sa maladie, de ses traitements et des effets secondaires.

Actuellement, la thérapie ciblée orale intéresse encore un nombre limité de patients. En 2014, deux thérapies ciblées sur trois concernaient moins de 2000 patients chacune par an. Leur délivrance ambulatoire détient un modèle fort de coordination entre l'hôpital et la ville, pouvant être étendu à d'autres pratiques ou spécialités. Le nombre de leurs prescriptions et indications va augmenter dans la durée. En Septembre 2020, 103 anticancéreux oraux disposent d'une autorisation de mise sur le marché dont 76 thérapies ciblées. (11)

L'étude auprès des différents participants actualise la réflexion commune au sujet de la coordination de la thérapie ciblée orale anticancéreuse en Auvergne. Les réponses recueillies ont montré un intérêt marqué pour le sujet. Une étude hollandaise avait par exemple montré un faible attrait de leurs praticiens à l'égard des patients atteints d'un cancer. (27) Les questionnements posés sur leurs perceptions, leurs connaissances, leurs modes de communication, leur disponibilité, leurs attentes les invitent à avoir une démarche progressiste et collaborative.



Les IDEC (Annexes – Définitions) détiennent en partie la solution à la problématique exposée par l'étude. On note que la communication se fait bien avec le patient et l'oncologue, dans les deux sens mais il y a clairement un problème de communication avec le médecin généraliste qui ne connaît pas ou peu son existence. Or cela fait partie de ses attributions. La discussion reste ouverte quant aux moyens de démocratiser l'existence, le rôle et les compétences de l'IDEC au sein de cette coordination.

En considérant l'ensemble de ces résultats et discussions, nous pouvons proposer un modèle de résumé, spécifique à chaque thérapie ciblée, pouvant être intégré au courrier du prescripteur ou au Programme personnalisé de soins (PPS) remis au patient. Cette proposition peut également être incluse dans des fiches d'information « patient », « professionnels » pour les médecins et pharmaciens habituels par exemple. Il ne s'agit que d'une proposition pouvant servir de base de réflexion pour chaque service. Elle est uniquement inspirée des résultats obtenus et de la bibliographie attenante. Elle ne saurait être imposée à l'organisation d'aucun service ni à la volonté d'aucun praticien.

Proposition (Tableau III) :

<b>Nom de la Thérapie Ciblée :</b>		
<b>Dosage, schéma d'administration :</b>	(ex : 2 cp le matin, 3 semaines puis 1 semaine de pause)	
<b>Consignes particulières :</b>	(ex : 1h avant ou 2h après le repas, en cas d'oubli, ...)	
<b>Surveillance / Biologie :</b>	(ex : TA, BU, NFS, ionogramme, BH, TSH, ... mensuels)	
<b>Effets secondaires du traitement :</b>	<b>Propositions thérapeutiques (grades I - II)</b>	<b>Grades III-IV (contacter un médecin)</b>
<b>Toxicités survenues (grade) :</b>		
<b>Interactions :</b>	(ex : Inducteurs et inhibiteurs CYP 3A4, Curcuma, Ginseng, Thé vert, vit. C/E, Zinc, ...)	
<b>Rendez-vous :</b>	(ex : RdV consultation, HDJ, Scanner, ...)	
<b>Soins de support réalisés/en cours</b>		
<b>Nous contacter :</b>		
<b>Vous êtes patient :</b>	N° IDEC / IPA	
<b>Vous êtes professionnel de santé :</b>	N° astreinte onco/hémato	
<b>Informations complémentaires :</b>	VIDAL, Thériaque, Ressources AuRA, AFSOS	

## CONCLUSION :

La cancérologie s'est complètement transformée en 50 ans. Outre l'amélioration de la technique universelle, diagnostique ou autre, les traitements médicaux sont devenus multiples, complexes et coûteux. Par ailleurs, d'une prise en charge très hospitalière, les patients ont progressivement bénéficié d'une prise en charge tournée vers le domicile. Cela est rendu possible grâce aux traitements oraux et ciblés, basés sur le principe de médecine personnalisée. Cette médecine impose une coordination meilleure intra-hospitalière, entre la ville et l'hôpital et entre les professionnels libéraux.

Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes sont multifactorielles. Elles concernent le manque d'informations et connaissances quant aux thérapies ciblées orales, leur gestion, leurs effets indésirables mais aussi les difficultés de communication avec l'hôpital, le manque de disponibilité de l'oncologue ainsi que la méconnaissance des moyens déjà disponibles tels que les IDE de coordination, l'appartenance à un réseau de santé oncologique (OncAuvergne, HAD, ...).

Nous pensons que l'ensemble de ces difficultés est en partie la conséquence d'un nombre encore faible de patients sous thérapie orale suivis par les médecins généralistes.

Le rôle des IDEC doit être communiqué et sollicité car elles sont une solution essentielle à la fluidité des parcours de soins complexes tels en cancérologie.

Grâce aux remarques et préférences colligées par ce travail, nous pouvons formuler des propositions d'amélioration à l'intention des oncologues et hématologues, au bénéfice des patients et médecins généralistes. Certaines de ces thérapies ciblées sont utilisées dans

d'autres applications que l'oncologie et l'hématologie. Nous pouvons considérer que les propositions présentées peuvent être élargies à ces diverses applications.

Clermont-Ferrand, le  
Pierre CLAVELOU  
Doyen-directeur



Clermont-Ferrand, le 24/3/2021  
Le Président du Jury

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'P. Clavelou', written over the typed name 'Le Président du Jury'. The date '24/3/2021' is written in the top right corner of the signature area.

## BIBLIOGRAPHIE :

1. Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E,, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Synthèse. [Internet]. Santé Publique France; 2019. Disponible sur: <https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=home> ; <http://lesdonnees.e-cancer.fr/> ; <https://www.e-cancer.fr/>
2. Defossez G, , Uhry Z, Le Guyader-Peyrou S, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 1 – Tumeurs solides [Internet]. Santé Publique France; 2019. Disponible sur: <http://www.santepubliquefrance.fr/>; <https://geodes.santepubliquefrance.fr> ; <http://lesdonnees.e-cancer.fr/> ; <https://www.e-cancer.fr/>
3. Le Guyader-Peyrou S, Defossez G, Dantony, E, Mounier M, Cornet E, Uhry Z, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 2 – Hémopathies malignes. [Internet]. Santé Publique France; 2019. Disponible sur: <http://www.santepubliquefrance.fr/>; <https://geodes.santepubliquefrance.fr> ; <http://lesdonnees.e-cancer.fr/> ; <https://www.e-cancer.fr/>
4. INCa. ©Les cancers en France, l'essentiel des faits et chiffres / Édition 2019 [Internet]. 2019. Disponible sur: [e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)
5. INCa. ©Développement des anticancéreux oraux - Projections à court, moyen et long termes [Internet]. Collection Etats des lieux et des connaissances ; 2016. Disponible sur: [e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)
6. INCa. ©Les thérapies ciblées dans le traitement du cancer en 2015 /États des lieux et enjeux, appui à la décision [Internet]. 2016. Disponible sur: [e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)
7. INCa. Plan cancer 2014 - 2019 [Internet]. 2014. Disponible sur: [e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)
8. INCa. Plan cancer 2014 - 2019. Objectif 2 : Garantir la qualité et la sécurité des prises en charge. [Internet]. 2014. Disponible sur: [e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)
9. INCa. Plan cancer 2014 - 2019. Réduire les inégalités et les pertes de chance, une priorité du Plan cancer [Internet]. 2014. Disponible sur: [e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)
10. Dominique Rey, Sabine Lescher, Alain Paraponaris, Claire Julian-Reynier. Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital. oct 2017;(1034).
11. INCa. Plan cancer 2014-2019 : 6 années d'actions au service des Français [Internet]. 2020. Disponible sur: [e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)

12. Aurélie Levy, TiffanyRevil. Moyens d'information dans l'aide à la gestion des effets secondaires des thérapies ciblées anti-cancéreuses orales : perception des médecins généralistes de l'Isère. [Internet]. Grenoble; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01553459>
13. Institut Curie. Observatoire cancer Institut Curie - Viavoice 2015 [Internet]. 2015. Disponible sur: [www.curie.fr](http://www.curie.fr)
14. Jefford M, Baravelli C, Dudgeon P, Dabscheck A, Evans M, Moloney M, et al. Tailored chemotherapy information faxed to general practitioners improves confidence in managing adverse effects and satisfaction with shared care: results from a randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 10 mai 2008;26(14):2272-7.
15. Sada YH, Street RL, Singh H, Shada RE, Naik AD. Primary care and communication in shared cancer care: a qualitative study. *Am J Manag Care*. avr 2011;17(4):259-65.
16. Easley J, Miedema B, Carroll JC, Manca DP, O'Brien MA, Webster F, et al. Coordination of cancer care between family physicians and cancer specialists: Importance of communication. *Can Fam Physician*. oct 2016;62(10):e608-15.
17. Trabjerg TB, Jensen LH, Søndergaard J, Sisler JJ, Hansen DG. Improving continuity by bringing the cancer patient, general practitioner and oncologist together in a shared video-based consultation - protocol for a randomised controlled trial. *BMC Fam Pract*. 25 juin 2019;20(1):86.
18. Rouge-Bugat M-E, Lassoued D, Bacrie J, Boussier N, Delord J-P, Oustric S, et al. Guideline sheets on the side effects of anticancer drugs are useful for general practitioners. *Support Care Cancer*. déc 2015;23(12):3473-80.
19. INCa. ©Parcours de soins d'un patient traité par anticancéreux oraux, réponse saisine [Internet]. 2016. Disponible sur: [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)
20. Schütze H, Chin M, Weller D, Harris MF. Patient, general practitioner and oncologist views regarding long-term cancer shared care. *Fam Pract*. 23 mai 2018;35(3):323-9.
21. Anvik T, Holtedahl KA, Mikalsen H. « When patients have cancer, they stop seeing me »-- the role of the general practitioner in early follow-up of patients with cancer--a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 21 mars 2006;7:19.
22. Emery JD, Shaw K, Williams B, Mazza D, Fallon-Ferguson J, Varlow M, et al. The role of primary care in early detection and follow-up of cancer. *Nat Rev Clin Oncol*. janv 2014;11(1):38-48.
23. Dahlhaus A, Vanneman N, Guethlin C, Behrend J, Siebenhofer A. German general practitioners' views on their involvement and role in cancer care: a qualitative study. *Fam Pract*. avr 2014;31(2):209-14.

24. Cheung WY, Neville BA, Cameron DB, Cook EF, Earle CC. Comparisons of patient and physician expectations for cancer survivorship care. *J Clin Oncol*. 20 mai 2009;27(15):2489-95.
25. Jiwa M, McManus A, Dadich A. Continuity of cancer care: Where do primary care practitioners fit in? *Cancer Forum*. 1 mars 2013;37:31-4.
26. Tomasso D, Salleron J, Lamouille C, Baumard F, Conroy T, Henry A. Recours des patients à leur médecin généraliste en situation d'hospitalisation non planifiée dans la prise en charge oncologique : étude prospective dans un institut de cancérologie. *Bulletin du Cancer*. 1 févr 2020;107.
27. Geelen E, Krumeich A, Schellevis FG, van den Akker M. General practitioners' perceptions of their role in cancer follow-up care: a qualitative study in the Netherlands. *Eur J Gen Pract*. mars 2014;20(1):17-24.
28. Lawrence RA, McLoone JK, Wakefield CE, Cohn RJ. Primary Care Physicians' Perspectives of Their Role in Cancer Care: A Systematic Review. *J Gen Intern Med*. oct 2016;31(10):1222-36.
29. McCabe MS, Bhatia S, Oeffinger KC, Reaman GH, Tyne C, Wollins DS, et al. American Society of Clinical Oncology statement: achieving high-quality cancer survivorship care. *J Clin Oncol*. 10 févr 2013;31(5):631-40.
30. Young JM, Walsh J, Butow PN, Solomon MJ, Shaw J. Measuring cancer care coordination: development and validation of a questionnaire for patients. *BMC Cancer*. 15 juill 2011;11:298.
31. Neau JB. Mieux travailler ensemble pour prendre en charge les douleurs des patients cancéreux. A partir d'une enquête auprès de 248 Médecins Généralistes. *Rencontres Prescrire 2012* : « travailler ensemble pour mieux soigner ». 2012;

## Annexes :

Tableau I – Thérapies ciblées orales concernées dans l'étude :

Thérapies ciblées	Mécanismes d'action	Mutation/Anomalie requises	Applications
Abémaciclib	anti-CDK4/CDK6	RH+ HER 2-	Sein
Afatinib	anti-EGFR	Mutation activatrice EGFR	CBNPC
Alectinib	ITK ALK/RET	ALK positif	CBNPC
Alpélisib	ITK PI3Ka	PI3KCA RH+ HER2-	Sein
Axitinib	ITK VEGFR	/	Rein (CCR)
Brigatinib	ITK ALK/ROS1/IGFR1	ALK positif	CBNPC
Cabozantinib	multi ITK (MET/ VEGF GAS6/ROS1/MET/RET/...)	/	Rein (CCR) / Foie (CHC)
Céritinib	ITK ALK	ALK positif	CBNPC
Crizotinib	ITK ALK/HGFR/ROS1	ALK positif / ROS1 positif	CPNPC
Dabrafénib + tramétinib	ITK BRAF	BRAF V600	Myélome / CBNPC
Dasatinib	ITK BCR-ABL	BCR-ABL	LAL / LMC
Encorafénib + Biminetinib	ITK BRAF	BRAF V600 (E)	Mélanome / (Colorectal)
Enasidénib [ATU]	Inh IDH2	IDH 2 positive	LAM
Erlotinib	ITK EGFR (HER1)	Mutation activatrice EGFR	CBNPC
Géfitinib	ITK EGFR	Mutation activatrice EGFR	CBNPC
Ibrutinib	BTK	/	LLC / Lymphome du manteau, Waldenström
Idélalisib	ITK Pi3Kd	del 17p ou mut TP53	Lymphome folliculaire
Imatinib	ITK BCR-ABL	BCR-ABL / mutation activatrice PDGFR	LAL / LMC / GIST (PDGFR)
Ixazomib	Inh protéasome	/	Myélome
Ipatasertib (phase III)	Inh AKT	Triple neg	Sein
Lorlatinib	ITK ALK / ROS1	ALK positif	CBNPC
Mobocertinib [ATU]	ITK EGFR	Mutation activatrice EGFR	CBNPC
Nilotinib	ITK BCR-ABL	BCR-ABL	LMC
Niraparib	iPARP	(+/- BRCA)	Ovaire / Fallope / péritoine
Olaparib	iPARP	BRCA	Ovaire / Fallope/ péritoine/ Sein/ Pancréas / Prostate
Osimertinib	ITK EGFR	Mutation activatrice EGFR (+ T790M)	CBNPC

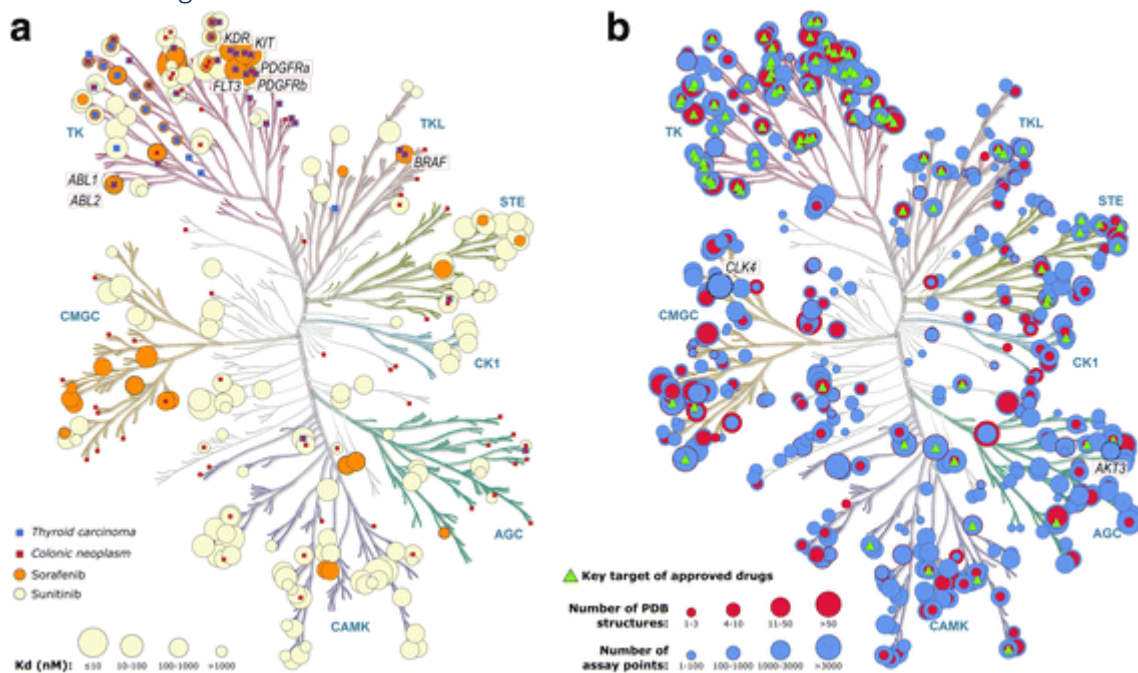
Palbociclib	ITK CDK1 CDK4 CDK 6	RH+ HER2-	Sein
Panitumumab	ITK <i>EGFR</i>	<i>RAS wt</i>	Colorectal
Pazopanib	multi ITK ( <i>VEGF</i> , <i>PDGF</i> , <i>c-KIT</i> )	/	Rein, Sarcome
Pomalidomide	anti-CRBN	/	Myélome
Ponatinib	ITK <i>BCR-ABL</i>	<i>BCR-ABL</i>	LMC / (LAL)
Poziotinib [ATU]	ITK <i>EGFR</i>	Mutation activatrice <i>EGFR (exon 20)</i>	CBNPC
Regorafenib	multi ITK ( <i>VEGFR</i> , <i>PDGFR</i> , <i>FGFR</i> , <i>KIT</i> , <i>RET</i> , <i>BRAF</i> )	/	Colorectal / GIST / CHC
Ribociclib	ITK CDK1 CDK4 CDK 6	RH+ HER2-	Sein
Rucaparib	iPARP	(+/- <i>BRCA</i> )	Ovaire / Fallope / péritoine
Ruxolitinib	ITK JAK/STAT	/	Myélofibrose / Vaquez
Sunitinib	multi ITK ( <i>PDGFR</i> , <i>VEGFR</i> , <i>KIT</i> , <i>FLT3</i> , <i>RET</i> )	/	Rein / GIST / TNE
Talazoparib	iPARP	<i>BRCA</i> et HER2-	Sein



**Tableau II.** Résumé des propositions d'amélioration de la communication pour la coordination des thérapies ciblées orales :

<b>Destinataires</b>	<b>Patients</b>	<b>Médecins généralistes</b>
<b>Informations</b> utiles/prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nom de la thérapie ciblée</li> <li>• Schéma d'administration</li> <li>• Effets indésirables</li> <li>• Contact IDEC/IPA ou contacter votre MT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nom de la thérapie ciblée</li> <li>• Schéma d'administration</li> <li>• Effets indésirables + Protocoles de gestion</li> <li>• Grade &gt;2 : Contacter oncologue/hématologue</li> </ul>
<b>Modes de communication</b> à privilégier	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Livret récapitulatif de la thérapie ciblée</li> <li>• Consultation tripartite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compte-rendu RCP</li> <li>• Plan Personnalisé de Soins (PPS)</li> <li>• Livret récapitulatif de la thérapie ciblée</li> <li>• Courrier prescripteur</li> <li>• VIDAL / Thériaque / AuRA Ressources / AFSOS</li> </ul>
<b>Contact direct</b>	Numéro IDEC / IPA	Numéro oncologue/hématologue (réservé aux professionnels)
<b>Spécificités à communiquer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interactions alimentaires et médicamenteuses</li> <li>• Si fièvre : contacter médecin traitant ou IDEC / IPA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interactions alimentaires et médicamenteuses</li> <li>• Si épisode infectieux : CAT</li> <li>• Si chirurgie : CAT</li> </ul>
<b>Surveillance et RdV</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RdV consultation, HDJ, Scanner, ...</li> <li>• Biologies</li> </ul>	idem
<b>Soins de support (contacts)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation tripartite</li> <li>• Prise en charge diététique</li> <li>• Equipe Mobile de Soins de support</li> <li>• Equipe douleur</li> <li>• Onco-psychologue</li> <li>• Assistante Sociale</li> <li>• Autres</li> </ul>	idem

**Figure 13** – Exemples de kinomes du Sorafenib et du Sunitinib, désignant les kinases cibles et mutations éligibles à ces traitements.



Définitions :

Plan cancer 3 (2014-2019) :

Il s'agit d'un Plan national, piloté par l'INCa (Institut National du Cancer) et visant à réduire les inégalités d'accès aux soins pour les malades atteints d'un cancer et leurs proches. Il tend à promouvoir la prévention et la recherche, l'innovation, notamment dans le domaine des cancers de l'enfant, de l'adolescent et des jeunes adultes.

Il analyse les besoins et attentes des personnes malades, de leurs proches et de l'ensemble des citoyens. Il s'agit de guérir et également d'accompagner la personne, ainsi que ses proches, tout en préparant l'avenir de tous par la recherche et la prévention.

La survie des patients étant étroitement dépendante de la qualité de la formation des acteurs de santé, le Plan Cancer 3 fait de la réduction des pertes de chance une priorité. Cela consiste à maîtriser les délais des étapes de la prise en charge, lutter contre les écarts de pratique ayant

un impact sur le pronostic par la diffusion de recommandations.

Il est également porteur d'un défi lié à l'accès le plus large aux traitements innovants, notamment concernant les thérapies ciblées, par le biais des séquençages génomiques et l'augmentation des inclusions dans les essais cliniques (objectif de 50 000 inclusions par an). Enfin, il accorde une importance prioritaire à la mise en place d'une coordination des acteurs garantissant les approches pluridisciplinaires et limitant les ruptures préjudiciables de parcours. Ainsi donc, l'action 3.2 du Plan veut adapter les organisations à l'essor des traitements anticancéreux oraux.

#### La thérapie ciblée orale anticancéreuse :

Ce médicament cible une anomalie moléculaire présente dans la tumeur pour inhiber les mécanismes spécifiques de l'oncogenèse. Elle donne accès à une médecine de précision qui définit une cible moléculaire intra-tumorale, éligible à une thérapie ciblée spécifique. La première molécule concerne le Trastuzumab (un anticorps dirigé contre HER2 dans le cancer du sein avec surexpression d'HER2).

En 2020, la médecine de précision comprend 76 thérapies ciblées dans 23 types de cancers (11) ; Il existe souvent plusieurs thérapies ciblées pour un même type de cancer. À titre d'exemple, on compte à ce jour, jusqu'à treize traitements pour le cancer du poumon (anti-EGFR, anti-ALK, anti-ROS1, ...), dix pour le cancer du rein et sept pour le cancer du sein.

Une anomalie moléculaire détectée sur un cancer peut être la cible de plusieurs thérapies ciblées. Une thérapie dite « ciblée » peut inhiber plusieurs kinases. Ces notions de cibles multiples sont facilement identifiables sur les kinomes disponibles (Figure 13 – Annexes)

Les thérapies moléculaires ciblées orales sont de maniement complexe, les marges thérapeutiques étroites, les interactions médicamenteuses nombreuses. Les effets indésirables sont fréquents, spécifiques et variables chronologiquement et de manière inter-individuelle. Elles requièrent une personnalisation à chaque patient pour obtenir une efficacité clinique suffisante tout en conservant une toxicité jugée acceptable par le patient. Sécuriser leur prise ambulatoire est la priorité du Plan Cancer 3. Il est indispensable de renforcer la coordination ville-hôpital, en facilitant la communication entre professionnels.

Leur développement (recherche, essais cliniques, programme AcSé) :

Ces traitements concernent encore une minorité de patients traités pour le cancer. En 2014, deux tiers des thérapies ciblées orales avaient permis de traiter moins de 2000 patients chacune dans l'année. La chimiothérapie actuelle est parfois greffée d'une thérapie ciblée orale en combinaison, augmentant encore les prescriptions. De nombreux essais testant les combinaisons sont en cours. Entre 2012 et 2015, 60% des AMM initiales délivrées (n = 24) ont été délivrées à des thérapies ciblées.

L'action 6.2 sur Plan Cancer 2014-2019 vise à renforcer l'accès aux analyses moléculaires par le séquençage à haut débit (NGS – Next Generation Sequencing) permettant ensuite l'emploi des thérapies ciblées. En 2017, 81000 patients ont bénéficié d'un test moléculaire pour la mise en place d'une thérapie ciblée (11).

De plus, l'INCa a mis en place un programme d'essais cliniques AcSé (Accès Sécurisé à des thérapies ciblées innovantes). Ce programme offre l'accès à une thérapie ciblée aux patients en impasse thérapeutique et présentant une anomalie spécifique, mais non validée dans

l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) par l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé).

Patients et cancer, suivi ambulatoire :

Les traitements par voie orale rendent possible la prise en charge du cancer des patients à leur domicile. Cette évolution nécessite une meilleure coordination avec les acteurs de soins primaires tels que les médecins généralistes, pharmaciens d'officines, acteurs paramédicaux. Elle doit s'accompagner d'une meilleure éducation thérapeutique du patient afin d'assurer une meilleure observance.

Comme le suggèrent les actions 3.1, 3.2 et 3.4 du Plan Cancer 3 (2014-2019), les patients sous thérapie ciblée orale bénéficient d'une administration au long cours, jusqu'à progression, le plus souvent orale, au domicile. D'autres professionnels de santé que les spécialistes en oncologie et en hématologie sont désormais impliqués dans le suivi, notamment les acteurs de soins primaires, mais également certains spécialistes d'organes dont les effets indésirables peuvent être fréquents (cardiologues, dermatologues, ophtalmologues, ...). Cela nécessite leur formation, la mise à disposition d'une information appropriée et la mise en place d'une coordination efficace entre tous ces acteurs.

Le suivi principalement ambulatoire modifie également les relations entre le patient et ses soignants. Le patient est plus acteur de son traitement, le médecin généraliste occupe une place plus importante dans le suivi, la relation avec l'oncologue référent est modifiée.

Les IDEC en cancérologie (Infirmier(ère) de Coordination) :

Il s'agit d'un nouveau modèle de prise en charge globale, coordonnée et intégrée reposant sur un(e) infirmier(ère) de coordination ou infirmier(ère) pivot comme cela a été développé au Canada.

L'IDEC a quatre fonctions clés : l'évaluation des besoins des patients et des proches ; l'information ; l'écoute et le soutien ; la facilitation du parcours et la coordination hôpital-ville.

Il s'agit d'un interlocuteur référent du patient et de ses proches, d'une personne-ressource auprès des équipes de soins. Elle coordonne un parcours et favorise une coopération interprofessionnelle avec la mise en place d'une collaboration structurée pour une continuité des soins.

## Questionnaire :

Nous souhaitons faire l'état des lieux de la gestion des thérapies ciblées orales en région Auvergne. Ce questionnaire est à destination des patients traités ou ayant été traités par thérapie ciblée orale, leur prescripteur, leur médecin généraliste, les infirmières de coordination dans le cas présent.

La prescription des thérapies ciblées orales chez les patients atteints d'un cancer est en plein essor depuis le début des années 2000.

Cette médecine personnalisée provoque un développement de l'ambulatoire et implique la prise du traitement à domicile.

Ce type de traitement représente aujourd'hui un enjeu majeur en termes de coordination ville-hôpital, de sécurisation de la prise en charge ambulatoire.

Nous souhaitons évaluer la gestion ambulatoire de ces traitements, questionner le point de vue de chaque acteur (prescripteur initial, médecin traitant, patient, coordination paramédicale).

Il s'agit de mettre en lumière les forces et faiblesses de la coordination ville-hôpital actuelle et proposer des solutions pour en favoriser l'alliance et la pertinence, qui est indispensable pour les années futures.

Le questionnaire est ANONYME, répondez le plus spontanément et sincèrement possible !

Nous ne manquerons pas de vous envoyer les résultats après analyse.

### Vous êtes :

- Patient
- Médecin généraliste
- Oncologue
- IDE coordination
- Pharmacien

### Tronc commun :

Avez-vous déjà suivi une formation spécifique à la thérapie ciblée orale anticancéreuse ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Si oui, sous quelle(s) forme(s) ?

- Dans le cadre de ma formation professionnelle
- Participation à un ou plusieurs congrès
- Dans le cadre de la formation médicale continue (FMC)
- DESC ou FST Cancérologie
- Conférence destinée
- Inscription à une revue sur le sujet
- Bibliographie

Concernant les informations disponibles sur le traitement :

Lorsque j'ai besoin d'informations sur le traitement, j'utilise (une ou plusieurs réponses possibles) :

- Le courrier du prescripteur
- Le VIDAL
- Le livret d'informations remis à la consultation
- Le Dossier Médical Informatisé par les 3C
- Le CR de RCP
- Le site régional : Ressources AURA (ressources-aura.fr)
- Internet
- J'appelle l'IDE coordinatrice
- J'appelle le médecin prescripteur
- J'appelle le médecin traitant

Comment noteriez-vous la **DISPONIBILITE** des informations actuelles au sujet du traitement ?  
 (0 – Impossible // 10 – Très facile, claire, adaptée)  
 0 - 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Comment noteriez-vous la **QUALITE** des informations actuelles au sujet du traitement ?  
 (0 – Impossible // 10 – Très facile, claire, adaptée)  
 0 - 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Quel(s) vous semble(nt) être le(s) moyen(s) d'informations le(s) plus pertinent(s) au sujet du traitement ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- Courrier du prescripteur oncologue
- Compte-rendu de RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire)
- Un livret récapitulatif du traitement
- Une ligne d'astreinte oncologique 24h/24
- Une ligne d'astreinte oncologique nuit, WE et jours fériés
- Une plateforme numérique, accessible aux soignants, actualisée en temps réel
- Médecin traitant
- Infirmière coordinatrice
- Une formation spécifique aux thérapies ciblées orales
- Recommandations et référentiels nationaux
- Le VIDAL
- Le site Ressources AURA

Quels sont les éléments les plus pertinents et nécessaires qui doivent être communiqués entre les différents acteurs de santé ? (Une ou plusieurs réponses possibles)

- Nom du traitement, son schéma de déroulement
- Surveillance du traitement et rendez-vous futurs
- Objectifs du traitement (curatif, adjuvant, ...), le pronostic
- Effets indésirables potentiels
- Protocoles de gestion des effets indésirables
- Contact(s) disponible(s) en cas de besoin
- L'évolution clinique du patient
- Les aspects psychosociaux du patient
- L'existence potentielle d'une douleur à surveiller, avec protocole/contact
- Résultats des dernières analyses, évaluations radiologiques



- Prévenir d'un suivi à domicile, des circonstances actuelles particulières

Evaluation de vos connaissances au sujet de la thérapie ciblée orale anticancéreuse :

Comment évaluez-vous vos connaissances globales de la thérapie ciblée orale (1 – Aucune connaissance // 10 – Très bonne maîtrise) :

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Comment évaluez-vous vos connaissances concernant la thérapie ciblée orale et sa gestion en période infectieuse ? (0 – Aucune connaissance // 10 – Très bonne maîtrise)

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Comment évaluez-vous vos connaissances concernant la thérapie ciblée orale et ses interactions avec le traitement habituel du patient ? (0 – Aucune connaissance // 10 – Très bonne maîtrise)

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Comment évaluez-vous vos connaissances concernant la thérapie ciblée orale et sa gestion lors de la nécessité d'une chirurgie chez le patient ? (0 – Aucune connaissance // 10 – Très bonne maîtrise)

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Comment évaluez-vous vos connaissances concernant la thérapie ciblée orale et la gestion de ses effets indésirables ? (0 – Aucune connaissance // 10 – Très bonne maîtrise)

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Evaluation de la communication :

Comment percevez-vous la communication entre le prescripteur initial et le médecin traitant au sujet du traitement ?

(0 – pas de communication // 10 – excellente, fluide)

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Comment percevez-vous la communication entre le prescripteur initial et le patient au sujet du traitement ?

(0 – pas de communication // 10 – excellente, fluide)

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Comment percevez-vous la communication entre le médecin traitant et le patient au sujet du traitement ?

(0 – pas de communication // 10 – excellente, fluide)

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Quelles vous semblent être les améliorations de coordination prioritaires à mettre en place entre les acteurs de santé dans la gestion des traitements anticancéreux oraux ?

(Une ou plusieurs réponses possibles)

- Conserver les différents acteurs d'une prise en charge d'un patient dans les destinataires de correspondance

- Réduire les délais de transfert d'informations (privilégier mails, plateforme numérique, appels)
- Utiliser une plateforme d'échange commune aux différents acteurs de santé, actualisée
- Contact rapide et facilité entre acteurs professionnels par des numéros réservés
- Instaurer des colloques réguliers entre acteurs ambulatoires et hospitaliers
- Définir clairement le rôle de chacun dans le suivi du patient au cours du traitement et la surveillance après-traitement.

Evaluation de la gestion du traitement :

Diriez-vous que le renouvellement de prescription du traitement est du ressort du : (1 seule réponse possible)

- Pharmacien
- Prescripteur (oncologue)
- Médecin traitant
- Aussi bien de l'oncologue que le médecin traitant

Diriez-vous que la gestion des effets indésirables du traitement est du ressort principal du : (2 réponses maximum)

- Patient lui-même
- Prescripteur (oncologue)
- Médecin traitant
- Aussi bien de l'oncologue que le médecin traitant
- Pharmacien
- Infirmière coordinatrice

Diriez-vous que la gestion des effets indésirables TARDIFS (> 1 an après la fin du traitement) est du ressort principal du :

- Patient lui-même
- Prescripteur (oncologue)
- Médecin traitant
- Aussi bien de l'oncologue que le médecin traitant
- Pharmacien
- Infirmière coordinatrice

Selon votre point de vue, quel(s) est(sont) le(s) rôle(s) qui pourraient être partagé(s) avec le médecin généraliste ? (Une ou plusieurs réponse(s) possible(s))

- Gestion du traitement actif, en lien avec l'oncologue
- Gestion des effets indésirables durant le traitement
- Gestion des effets indésirables après la fin du traitement
- Surveillance de récurrence après traitement, chez un patient à faible risque de récurrence
- Soutien psychosocial pendant et après traitement

Si IDE coordination :

Comment jugez-vous la consultation tripartite (oncologue, pharmacien, IDE coordination) ?

(0 – Inutile // 10 – Indispensable)

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Commentaire(s) :

Parmi ces difficultés, lesquelles avez-vous déjà ressenties au cours de la gestion des patients sous thérapie ciblée orale :

- Absence d'information suffisante sur ce qui a été dit au patient à l'hôpital
- Absence d'information suffisante sur le programme du traitement
- Absence d'information suffisante sur les effets indésirables
- Absence de contacts disponibles à l'hôpital
- Absence de formation spécifique
- Délai de réception des courriers/comptes-rendus
- Difficulté à joindre l'oncologue
- Difficulté à joindre le médecin généraliste
- Difficulté à faire hospitaliser le patient si nécessaire
- Manque de temps disponible

Parmi ces difficultés, choisissez **les 3 plus préoccupantes** :

- Absence d'information suffisante sur ce qui a été dit au patient à l'hôpital
- Absence d'information suffisante sur le programme du traitement
- Absence d'information suffisante sur les effets indésirables
- Absence de contacts disponibles à l'hôpital
- Absence de formation spécifique
- Délai de réception des courriers/comptes-rendus
- Difficulté à joindre l'oncologue
- Difficulté à joindre le médecin généraliste
- Difficulté à faire hospitaliser le patient si nécessaire
- Manque de temps disponible

Parmi ces difficultés, choisissez **les 3 plus fréquentes** :

- Absence d'information suffisante sur ce qui a été dit au patient à l'hôpital
- Absence d'information suffisante sur le programme du traitement
- Absence d'information suffisante sur les effets indésirables
- Absence de contacts disponibles à l'hôpital
- Absence de formation spécifique
- Délai de réception des courriers/comptes-rendus
- Difficulté à joindre l'oncologue
- Difficulté à joindre le médecin généraliste
- Difficulté à faire hospitaliser le patient si nécessaire
- Manque de temps disponible

Concernant le suivi post-traitement, à quel(s) rôle(s) êtes-vous prêt(e) à participer :

- Mon rôle ne doit concerner que le suivi pendant le traitement
- Gestion des effets indésirables
- Gestion des surveillances (biologies, RDV)
- Surveillance des récives
- Suivi psychosocial

Si pharmacien :

Comment jugez-vous la consultation tripartite (oncologue, pharmacien, IDE coordination) ?

(0 – Inutile // 10 – Indispensable)

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Commentaire(s) :

Avez-vous connaissance de l'existence d'IDE de coordination ville-hôpital concernant la prise en charge des patients sous thérapie ciblée ?

- Oui
- Non

Avez-vous déjà entendu parler de la consultation tripartite (oncologue/pharmacie/IDE) avant ce questionnaire ?

- Oui
- Non

Si médecin :

Combien de patients sous thérapie ciblée orale suivez-vous (en cours ou terminée) ?

- Moins de 5 patients
- 5 à 10 patients
- 10 à 30 patients
- Plus de 30 patients

Faites-vous partie d'un réseau de santé oncologique ? (OncAuvergne, HAD, ...)

- Oui
- Non

En cas d'événement indésirable manifeste, je préfère :

- Avoir la conduite à tenir disponible et l'appliquer
- Contacter l'oncologue pour obtenir la conduite à tenir
- Contacter l'IDE de coordination pour obtenir la conduite à tenir
- Aller chercher les informations moi-même

Avez-vous connaissance de l'existence d'IDE de coordination ville-hôpital concernant la prise en charge des patients sous thérapie ciblée ?

- Oui
- Non

Avez-vous déjà entendu parler de la consultation tripartite (oncologue/pharmacie/IDE) avant ce questionnaire ?

- Oui
- Non

Parmi ces difficultés, lesquelles avez-vous déjà ressenties au cours de la gestion des patients sous thérapie ciblée orale :

- Absence d'information suffisante sur ce qui a été dit au patient à l'hôpital
- Absence d'information suffisante sur le programme du traitement
- Absence d'information suffisante sur les effets indésirables

- Absence de contacts disponibles à l'hôpital
- Absence de formation spécifique
- Délai de réception des courriers/comptes-rendus
- Difficulté à joindre l'oncologue
- Difficulté à joindre le médecin généraliste
- Difficulté à faire hospitaliser le patient si nécessaire
- Manque de temps disponible

Parmi ces difficultés, choisissez **les 3 plus préoccupantes** :

- Absence d'information suffisante sur ce qui a été dit au patient à l'hôpital
- Absence d'information suffisante sur le programme du traitement
- Absence d'information suffisante sur les effets indésirables
- Absence de contacts disponibles à l'hôpital
- Absence de formation spécifique
- Délai de réception des courriers/comptes-rendus
- Difficulté à joindre l'oncologue
- Difficulté à joindre le médecin généraliste
- Difficulté à faire hospitaliser le patient si nécessaire
- Manque de temps disponible

Parmi ces difficultés, choisissez **les 3 plus fréquentes** :

- Absence d'information suffisante sur ce qui a été dit au patient à l'hôpital
- Absence d'information suffisante sur le programme du traitement
- Absence d'information suffisante sur les effets indésirables
- Absence de contacts disponibles à l'hôpital
- Absence de formation spécifique
- Délai de réception des courriers/comptes-rendus
- Difficulté à joindre l'oncologue
- Difficulté à joindre le médecin généraliste
- Difficulté à faire hospitaliser le patient si nécessaire
- Manque de temps disponible

Si oncologue :

A quelle fréquence avez-vous eu la sensation de manquer d'informations sur votre patient concernant sa santé globale ? (Comorbidités, traitement habituel, mode de vie, situation psychosociale, domicile, emploi, ...)

- Jamais
- Rarement
- Régulièrement
- Fréquemment
- Tout le temps

Si patient :

Avez-vous eu accès à une consultation tripartite (oncologue, pharmacien, IDE coordination) ?

- Oui
- Non
- NSP

Si oui, à combien évalueriez-vous cette consultation pour le déroulement du traitement ?

(0 – inutile // 10 – Indispensable)

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Avez-vous été en contact avec une infirmière de coordination ?

Oui

Non

NSP

Si oui, à combien évalueriez-vous l'utilité de ce contact avec votre infirmière de coordination ?

(0 – inutile // 10 – Indispensable)

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

Tribune libre (Précisions, commentaires que vous souhaitez exprimer) et toujours anonyme :

[...]

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

FILLATRE, Rémi

## 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.

FILLATRE, Rémi



**Perceptions de la coordination des thérapies ciblées orales anticancéreuses en  
Auvergne par les médecins généralistes, patients, oncologues et onco-hématologues**

Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine  
Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand, Avril 2021

**Résumé**

**CONTEXTE :** La prévalence des patients atteints d'un cancer augmente en France. L'innovation thérapeutique des thérapies ciblées orales implique une prise orale et une gestion ambulatoire. Elles sollicitent davantage les médecins généralistes et questionnent les oncologues et hématologues sur la coordination ville-hôpital actuelle.

**OBJECTIFS :** Recueillir les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la gestion des thérapies ciblées orales. Etablir un état des lieux des perceptions des différents acteurs de la gestion de ces traitements en Auvergne. Proposer des voies d'amélioration de coordination et de communication entre les différents acteurs, adaptées aux attentes communes.

**METHODES :** Etude multicentrique, qualitative observationnelle et descriptive de perceptions recueillies par un questionnaire non standardisé, auprès de patients, leur médecin généraliste respectif, leur oncologue ou onco-hématologue référent et les infirmières de coordination.

**RESULTATS :** 179 personnes ont répondu : 86 patients, 74 médecins généralistes, 14 oncologues ou onco-hématologues, 5 IDEC. L'étude a permis d'observer des tendances. Il est prioritaire de faire parvenir rapidement au médecin généraliste le Plan Personnalisé de Soins de son patient, le compte-rendu de RCP et un livret récapitulatif de la thérapie ciblée orale. Il est licite de leur communiquer en priorité le mode d'administration du traitement, ses effets indésirables potentiels, une proposition de gestion des effets indésirables de grade I-II, un numéro téléphonique réservé, direct et facilité auprès de l'oncologue/hématologue. Les oncologues et médecins généralistes sont conjointement favorables à une cogestion des effets indésirables, de la surveillance après traitement et du soutien psychosocial du patient. Les patients considèrent la consultation tripartite comme très utile et le suivi avec l'IDEC comme indispensable.

**CONCLUSION :** Ce modèle de thérapie ambulatoire exacerbe les difficultés ressenties par les médecins généralistes, questionne le manque de communication entre les acteurs de soins primaires et les praticiens hospitaliers. Grâce aux tendances perçues par ce travail, nous pouvons formuler des propositions d'amélioration à l'intention des oncologues et hématologues, au bénéfice des patients et médecins généralistes.

**Mots-Clés :** Thérapie ciblée orale – Médecin généraliste – Coordination – Effets indésirables - Communication

**Jury :**

Directeur de thèse : Madame CACHEUX Victoria, Docteur, CHU Clermont-Ferrand (service de thérapie cellulaire et hématologie clinique)

Président du jury : Monsieur BAY Jacques Olivier, Professeur, CHU Clermont-Ferrand (service de thérapie cellulaire et hématologie clinique)

Membres du jury : Monsieur VORILHON Philippe, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Monsieur PEZET Denis, Professeur, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Madame DOUGÉ Aurore, Docteur et Assistant-Chef de Clinique, UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand