

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 30 OCTOBRE 2012
PAR **Joy BACRIE** et Donia LASSOUED

**ÉVALUATION DE FICHES
SUR LES EFFETS SECONDAIRES DES
CHIMIOTHÉRAPIES ANTI CANCÉREUSES À L'USAGE
DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES**

DIRECTEUR DE THESE : Madame le DOCTEUR Marie-Ève ROUGÉ BUGAT

JURY : Monsieur le PROFESSEUR Stéphane OUSTRIC, Président
Madame le PROFESSEUR Rosine GUIMBAUD, Assesseur
Monsieur le PROFESSEUR Jean-Pierre DELORD, Assesseur
Madame le DOCTEUR Marie-Ève ROUGÉ BUGAT, Assesseur
Madame le DOCTEUR Pascale RIVERA, Membre invité

Nom : BACRIE

Prénom : Joy

Évaluation de fiches sur les effets secondaires des chimiothérapies anti cancéreuses à l'usage des médecins généralistes.

Ville et date de soutenance : Toulouse, le 30 octobre 2012

Le médecin généraliste a un rôle pivot dans la prise en charge du patient atteint de cancer. Les effets secondaires liés à la chimiothérapie sont un motif de consultation en médecine de premier recours. Un outil a été créé et envoyé auprès des médecins généralistes de la région Midi Pyrénées. Il se présente sous la forme de fiches (effets secondaires et conduite à tenir) par protocole de chimiothérapie. Cette étude interventionnelle, prospective et multicentrique a pour objectif d'évaluer l'utilité de cet outil en pratique quotidienne. Elle a été réalisée par l'intermédiaire de trois questionnaires téléphoniques successifs de décembre 2011 à août 2012, auprès de 193 médecins. Le taux global de réponses est de 55,75%. Plus de la moitié des médecins consultés pour un effet secondaire (57,14%) a utilisé cette fiche. Cet outil est considéré comme intéressant et pratique. Il est disponible en ligne sur le site du réseau Oncomip.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Mots clés : médecine générale, outil, fiche, effets secondaires, chimiothérapie, cancer, enquête prospective

Faculté de Médecine Ranguel – 133 route de Narbonne – 31 062 TOULOUSE Cedex 04 – France

Directeur de thèse : Madame le Docteur Marie-Ève ROUGÉ BUGAT

TABLES DES MATIÈRES

INTRODUCTION :	3
1- Epidémiologie en cancérologie.....	3
2- Place du médecin généraliste face au cancer.....	3
3- La formation et les outils du médecin généraliste en cancérologie.....	4
4- Information en médecine générale et suivi des patients atteints de cancer.....	5
OBJECTIF:.....	6
MATÉRIEL ET MÉTHODE:.....	7
1- Création des fiches.....	7
2- Evaluation de nos fiches auprès des médecins généralistes de la région Midi Pyrénées.....	8
RÉSULTATS :	11
1- Caractéristiques de la première population.....	11
2- Médecin généraliste et cancer.....	12
3- Caractéristiques de la deuxième population.....	14
4- Opinions des médecins généralistes sur les fiches.....	16
5- Médecin généraliste et utilisation de ces fiches en tant qu'outil.....	17
DISCUSSION.....	20
CONCLUSION.....	27
BIBLIOGRAPHIE.....	28
ANNEXES.....	36

LISTES DES ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire T0.....	36
Annexe 2 : Questionnaire T1.....	38
Annexe 3 : Questionnaire T2.....	39
Annexe 4 : Lettre envoyée au médecin généraliste.....	40
Annexe 5 : Exemple de fiches : FEC 100, FOLFOX.....	41
Annexe 6 : Exemple de fiche RCP.....	45
Annexe 7 : Organigramme questionnaire T0.....	47
Annexe 8 : Organigramme questionnaire T1.....	48
Annexe 9 : Organigramme questionnaire T2.....	49

INTRODUCTION

Epidémiologie en cancérologie

Le cancer est responsable de 13% de la mortalité mondiale en 2008 (1).

En France métropolitaine, en 2011, le nombre de nouveaux cas de cancers est estimé à 365 500. Le cancer est responsable de près de 147 500 décès par an. Il est la première cause de mortalité chez l'homme et la deuxième chez la femme (2). Son incidence a augmenté de 89% entre 1980 et 2005 (3): elle est évaluée à 12,7 millions en 2008.

Le cancer du sein est de loin le cancer le plus fréquent de la femme. Son incidence est estimée à 1,38 millions en 2008 dans le monde (1) et 53 000 en France en 2011(2).

Le cancer colorectal est le troisième cancer le plus fréquent chez l'homme et le deuxième plus fréquent chez la femme dans le monde avec 1,23 millions de nouveaux cas en 2008. En France, en 2011, le nombre de nouveaux cas est estimé à 40 500 (2).

De nombreux professionnels de santé interviennent auprès du patient atteint de cancer. Son parcours de soin est complexe et multidisciplinaire. L'oncologue, le radiothérapeute, le chirurgien, le médecin généraliste (MG), les professionnels paramédicaux et médico-sociaux en sont les intervenants principaux.

Place du médecin généraliste face au cancer

La société européenne de médecine générale : la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners (WONCA) associe la médecine générale à la médecine de famille. Elle définit cette discipline scientifique et universitaire, comme une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. Cette dernière constitue habituellement le premier contact avec le système de soins, en permettant un accès ouvert et non limité aux usagers (4).

Selon la loi HPST de 2009, le MG possède un rôle pivot dans le système de soin et est un acteur essentiel de la prise en charge (PEC) des patients en ville : ses missions sont rappelées par l'article L.4130-1 et se retrouvent dans les articles L. 1411-11 à L. 1411-18 du code de la santé publique (5,6).

La prise en charge d'un malade atteint d'un cancer nécessite le savoir et les compétences des spécialistes qu'ils soient oncologue, chirurgien ou radiothérapeute. Néanmoins, le MG peut jouer un rôle essentiel notamment par sa position de médecin de premier recours mais aussi en raison de la diminution de la démographie médicale et d'une hausse de la demande des soins en oncologie (7).

En 2007, les MG suivent en moyenne 19,8 patients atteints de cancer. Ce chiffre a quasiment doublé en dix ans (8).

Si l'incidence et la prévalence des cancers augmentent, les progrès des traitements permettent la guérison ou la rémission de certains cancers. Le cancer évolue de plus en plus comme une maladie chronique. C'est donc un enjeu de santé publique (mesure 16 du plan cancer II). Le MG devient ainsi une personne clef dans la PEC de ces patients (9). Sa place est reconnue dans la prévention et le dépistage. La mesure 16 du Plan cancer 2009-2013 « *implique le MG dans les programmes nationaux de dépistages et garantit l'égalité d'accès aux techniques les plus performantes sur l'ensemble du territoire* » (9). Il intervient ainsi dans les dépistages organisés que ce soit pour le cancer du sein ou le cancer colorectal. Le MG peut également initier la recherche diagnostique puis participer à l'annonce de la maladie. Il reformule, explique, éclaire les points sombres de l'annonce à la demande de son patient. Il devra établir le protocole de soins d'Affection Longue Durée (ALD30) afin d'assurer à son patient une prise en charge financière optimale des soins. Il peut tenir le rôle du médecin conseil sur les différentes possibilités thérapeutiques. Plus de 50% des MG pensent avoir ce rôle(10).

Il accompagne son patient pendant et après son traitement et le suit dans l'après cancer, qu'il soit en soins palliatifs ou en rémission(11). L'implication du MG est aussi de plus en plus reconnue à tous les stades de la PEC en Europe et dans le monde. (11,14)

La formation et les outils du médecin généraliste en cancérologie

Afin d'affiner son rôle, les compétences du MG sont actualisées grâce à la formation médicale continue (FMC) en cancérologie. Cette FMC assure la mise à niveau des connaissances en fonction des données actuelles et est depuis 1996 légalement obligatoire pour les libéraux (15). La FMC évolue actuellement vers de nouvelles modalités sous le nom de Développement Professionnel Continu (DPC).

Malgré cette formation, une enquête d'opinion réalisée en France en 2010 montre que 98% des MG interrogés pensent avoir besoin de formation supplémentaire en oncologie et 96% accepteraient de la suivre (8).

La création d'outils de communication est en cours de développement afin d'améliorer le partage des données médicales entre professionnels de santé, via le dossier communicant de oncologie (DCC) et le dossier médical personnel. Selon une enquête d'opinion menée en Champagne Ardenne sur 405 MG, la communication avec les oncologues est de plus en plus satisfaisante et ce, grâce à ces outils de communication (16). Mais elle est probablement perçue comme insuffisante : la qualité de l'information est jugée mauvaise ou nulle dans 31 à 46% des cas concernant la pathologie, les traitements, et le suivi (17).

Dans un contexte de réorganisation des soins vers le secteur ambulatoire sont apparus les premiers réseaux de soins entre la ville et l'hôpital. Leur objectif est de favoriser l'accès aux soins, la coordination et la continuité de la prise en charge par une meilleure intervention des MG de proximité. Depuis les articles 29 et 30 de la loi du 24 avril 1996, « *les établissements de santé peuvent constituer des réseaux de soins spécifiques à certaines installations et activités de soins... ou à certaines pathologies* »(18). Un réseau s'articule autour de plusieurs acteurs : un médecin, une infirmière, une psychologue, une diététicienne, une secrétaire, etc. Cette multidisciplinarité cherche à améliorer la PEC du patient (loi du 4 Mars 2002)(19) et à renforcer la place du MG.

Information en médecine générale et suivi des patients atteints de cancer

Le deuxième plan cancer de 2009-2013 (9) propose d'élaborer des recommandations sur la surveillance partagée entre médecins hospitaliers et MG, avec une première priorité concernant les cancers du sein et colorectaux. Il vise à « *renforcer le rôle du médecin traitant (...) notamment durant la phase active du traitement* ». Une majorité des médecins est favorable à cette proposition (8). Les MG doivent faire face dans leur pratique quotidienne à la gestion des effets secondaires et des complications de la maladie. En effet, ils peuvent être sollicités à tous moments. Cependant, nombreux sont ceux qui rapportent la perte de vue de leurs patients

durant la phase active (20). De plus, une étude française sur 161 patients en cours de chimiothérapie révèle que 44% des sujets ne bénéficient d'aucun suivi carcinologique de la part de leur MG (21). Est-ce le choix délibéré du patient ou est-ce lié au manque d'information du MG concernant son patient ? La littérature concernant le rôle du MG dans le suivi suggère qu'une meilleure information donnée par les centres de soins augmenterait les capacités du MG à répondre aux besoins du patient (22) et faciliterait la coopération entre les spécialistes et les généralistes (23). Les progrès thérapeutiques, leur rapidité d'évolution, et par conséquent leurs effets secondaires sont les principales sources de difficultés rencontrées par les MG. Dans l'enquête réalisée par la ligue contre le cancer en 2010, les effets secondaires sont cités dans 81,4% des cas comme une des trois difficultés le plus souvent exprimées par les patients atteints de cancer (24).

Cette situation est similaire dans d'autres pays : Deux études Anglaise et Canadienne, ont démontré que des femmes atteintes de cancer du sein consultaient plus souvent leur MG dans l'année suivant le diagnostic de cancer que dans l'année précédente (25). Une autre étude rajoute à ce constat que leurs principaux motifs de consultations concernent la survenue d'effets secondaires des traitements (26).

L'incidence et la prévalence croissantes des cancers, et la complexité des chimiothérapies et thérapies ciblées soulignent l'importance de travailler en interdisciplinarité (27). Comment améliorer en pratique ce défaut d'information ?

OBJECTIF

Le nombre de patients atteints de cancers augmente dans les consultations de médecine générale. La position du MG ne cesse de se définir. Les MG sont peu formés pour le suivi de ces patients. Nous avons créé un outil d'aide à la gestion des effets secondaires des chimiothérapies des cancers de la sphère digestive et gynécologique sous forme de fiches. Notre objectif est d'évaluer l'utilité de ces fiches à travers une enquête d'opinion dans la pratique quotidienne du MG.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Création des fiches sur les effets secondaires par protocole de chimiothérapies anticancéreuses :

En amont de notre étude, du 1^{er} Septembre 2011 au 10 Avril 2012, les fiches sur les effets secondaires de chimiothérapies anticancéreuses ont été créées après avoir sélectionné les protocoles de chimiothérapies les plus utilisés par les oncologues de la région Midi-Pyrénées. Elles s'inspirent du thésaurus de chimiothérapie en ligne sur le site du réseau régional de cancérologie (RRC) Oncomip (28). Ce réseau fait partie des 25 RRC présents en France. Il s'inscrit dans une logique de coordination dans la PEC des patients atteints de cancer (29). Oncomip est une association créée en 2004. Ses missions se déclinent selon 5 axes : Promotion et amélioration de la qualité des soins en cancérologie ; promotion d'outils de communication communs ; information des professionnels de santé, des patients et de leurs proches ; aide à la formation continue des professionnels de santé ; évaluation des pratiques en cancérologie. Par exemple, les RRC ont mis en œuvre et développé le Dossier Communicant de Cancérologie : le DCC (30). Initiative prise par le premier Plan Cancer de 2003-2007(mesure 34)(31). Son objectif est le recueil et la transmission informatisée des informations relatives à la prise en charge globale du patient quel que soit le lieu où il poursuit son traitement. Le DCC permet d'échanger des données médicales et de gérer les outils et les services nécessaires à l'activité de cancérologie (annuaires des RCP, gestion informatisée des RCP, élaboration du programme personnalisé de soins (PPS), accès aux recommandations de pratique clinique et aux registres des essais cliniques...). Nos sources d'informations pour répertorier l'ensemble des effets secondaires et les conduites à tenir retenus pour chaque protocole de chimiothérapies sont les suivants : site de la Fédération Française de cancérologie digestive (FFCD) (32), fiches du CHU de Toulouse (33), le Vidal, guides ALD créés par l'HAS et l'Inca, fiches créées par Oncodocs et autres RRC et recueil d'avis d'experts. Les fiches sont soumises à de multiples corrections et critiques auprès d'un groupe de médecins oncologues et de médecins généralistes de la région. La version définitive sous la forme de tableau est validée par ce groupe puis mise en ligne sur le site internet d'Oncomip.

Évaluation de nos fiches auprès des médecins généralistes de la région Midi Pyrénées

Nous avons réalisé une enquête d'opinion téléphonique entre le **1^{er} Décembre 2011 et le 31 Août 2012**. Cette étude est prospective, interventionnelle et multicentrique. Elle se déroule en trois temps :

- Le questionnaire T0 (Annexe 1) permet un **état des lieux** des connaissances et des informations en possession des MG sur la pathologie cancéreuse de leurs patients et sur les effets secondaires aux traitements par chimiothérapie.
- Le questionnaire T1 (Annexe 2) permet de recueillir les **impressions** des MG sur les fiches.
- Le questionnaire T2 (Annexe 3) permet d'établir si ces fiches sont perçues comme **un outil** intéressant dans la prise en charge en médecine générale des patients en cours de traitement par une chimiothérapie anticancéreuse.

Questionnaire T0

Pendant quatre mois, du **1^{er} Décembre 2011 au 31 Mars 2012**, nous avons inclus puis interrogé grâce au questionnaire, T0 les MG des patients suivants :

- Patients de plus de 18 ans.
- Atteints d'un cancer de la sphère gynécologique (ovaire, col, utérus ou sein).
- Ou atteints d'un cancer de la sphère digestive (pancréas, foie, estomac, œsophage, colon, rectum, voies biliaires).
- Qui ont reçu un premier cycle de chimiothérapie (quelque soit la ligne de traitement) entre le **1^{er} et le 30 septembre 2011**.

Les noms des patients sont recueillis dans les registres des hôpitaux de jour délivrant des chimiothérapies dans la région Midi-Pyrénées. Le recueil est effectué de façon exhaustive pour Toulouse (CHU de Purpan et Rangueil ainsi que le Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC) : l'Institut Claudius Régaud), et aussi les Centre Hospitaliers de Montauban, Tarbes, Auch, Cahors, Castres et St Gaudens. A partir du nom des patients sélectionnés et grâce au dossier médical informatisé, nous avons récupéré le nom et le numéro de téléphone du MG du patient.

Le critère d'exclusion est défini par un refus ou une absence de réponse après trois appels effectués auprès d'un même MG.

Le premier questionnaire est composé de onze questions. Il est directif avec des commentaires libres et certaines réponses sont à choix multiples. Il comporte trois parties :

- La première partie décrit notre population de MG sélectionné soit : leur lieu d'exercice, leur mode d'exercice (seul ou en cabinet de groupe), leurs capacités ou diplômes supplémentaires obtenus.
- La seconde partie renseigne sur l'incidence du cancer dans la patientèle, sur la présence ou l'absence d'un manque d'informations de la part des médecins spécialistes sur la pathologie des patients.
- La dernière partie plus orientée prend comme exemple le patient sélectionné. Elle porte sur les effets secondaires potentiels de leurs chimiothérapies.

Questionnaire T1

Du **1^{er} Mai au 8 Juin 2012**, nous avons inclus puis interrogé grâce au questionnaire T1 les MG des patients suivants :

- Patients de plus de 18 ans.
- Patients atteints d'un cancer de la sphère gynécologique ou atteints d'un cancer de la sphère digestive.
- Patients dont le dossier est discuté en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) du **1^{er} au 31 Mai 2012**.
- Proposition d'une chimiothérapie anticancéreuse quelque soit le cycle ou la ligne de traitement.
- Nom du médecin référencé sur le DCC du réseau Oncomip.

Les critères d'exclusion sont les suivant :

- Protocole de chimiothérapie proposé non référencé sur les fiches établies.
- Absence de nom de MG référencé dans le DCC.
- Absence de protocole de chimiothérapie clairement défini dans la conclusion de la RCP.

Un courrier est ensuite adressé aux MG dans les dix jours suivant la RCP avec trois éléments :

- Une lettre expliquant notre projet de recherche et les auteurs de ce projet. (Annexe 4)
- La fiche des effets secondaires correspondant au protocole de chimiothérapie décidé pour le patient concerné. (Annexe 5)
- La fiche RCP informant le médecin de la décision prise pour son patient et lui permettant de connaître le protocole de chimiothérapie choisi. (Annexe 6)

Le deuxième questionnaire est composé de huit questions. Il comporte deux parties. Il s'agit d'un questionnaire directif avec commentaires libres et pour certains items des réponses à choix multiples.

- Une première partie décrit notre population de MG sélectionné : leur âge, leur mode d'exercice (en cabinet de groupe ou seul), leur type d'exercice (médecine urbaine, rurale ou semi-rurale).
- Une seconde partie porte sur la fiche envoyée : A-t-elle été bien reçue, dans quel délai, apparaît-elle facile à lire et intéressante ?

Questionnaire T2

Pendant un mois, du **1^{er} au 31 Août 2012**, nous avons à nouveau interrogé les MG contactés pour le deuxième questionnaire. Ce troisième questionnaire téléphonique comporte neuf questions en deux parties:

- Une première partie permet de savoir si le patient sélectionné a présenté depuis le début de sa chimiothérapie un effet secondaire au traitement. Si tel est le cas a-t-il consulté son médecin généraliste à ce propos.
- La deuxième partie permet de déterminer si le médecin généraliste s'est servi de la fiche comme un outil dans la prise en charge des symptômes de son patient.

RÉSULTATS

Caractéristiques de la première population

Parmi les 242 MG sélectionnés, 102 ont répondu au premier questionnaire, soit un taux de réponse de 42,15 % (Annexe 7). Notre population est majoritairement composée d'hommes. Leur mode d'exercice principal est en cabinet de groupe, les autres travaillent seul. Certains MG ont acquis une capacité ou un diplôme universitaire (DU) : En médecine de soins palliatifs, en douleur, en oncologie. Mais aussi en gériatrie, en médecine d'urgence et du sport (Tableau 1).

	<i>Nombre d'observation</i>	<i>pourcentage</i>
<i>sexe</i>		
homme	74	72,54
femme	28	27,46
<i>mode d'exercice</i>		
groupe	60	58,82
seul	42	41,18
<i>capacités/DU</i>		
soins palliatifs	10	9,80
douleur	6	5,88
oncologie	2	1,96
gériatrie	8	7,84
médecine d'urgences	2	1,96
médecine du sport	4	3,92

Tableau 1 : Caractéristiques de la population du questionnaire T0

Médecin généraliste et cancer

Le suivi de patients atteints de cancer intéresse 98,04% (n=100) des MG interrogés. Seuls deux MG (1,96%) ne se disent pas intéressés par le suivi : l'un répond : « *je le fais mais ça ne m'intéresse pas particulièrement* ». La majorité des MG (85,29% avec n=87) a entre une et dix personnes en cours de chimiothérapie dans sa patientèle. Quinze MG en ont plus de dix. La plupart des MG, soit 84,31 % (n=86), considère ne pas manquer d'information en ce qui concerne la pathologie cancéreuse dont souffre leur patient. Ils estiment en majorité avoir ce type d'information sur la lettre des oncologues médicaux ou alors à travers leurs propres connaissances des cancers. Concernant les 15,69% (n=16) restants, ils disent manquer d'informations sur : la maladie elle-même dans 50,00% (n=8), le traitement dans 43,75% (n=7), le pronostic de la maladie dans 6,25 % (n=1).

Il existe 39,21% (n=40) des MG qui considèrent manquer d'informations sur les protocoles de chimiothérapies. En ce qui concerne les effets secondaires de ces protocoles de chimiothérapies, 57,84% des MG disent manquer d'informations à ce sujet (n=59). Dans ce contexte, ils ont pour 53,92% des cas (n=55), eu parfois besoin de rechercher des informations sur les chimiothérapies anticancéreuses de leur patient et pour 30,39% (n=31) eu souvent besoin de le faire. Ces recherches se répartissent selon le tableau 2.

	<i>Nombre d'observation</i>	<i>Pourcentage</i>
Vidal	53	25,73
Internet	34	16,50
Sites officiels (HAS/AFFSAPS/INCA)	18	8,74
Livres et revues médicales	18	8,74
Sites des RRC	13	6,31
Courriers des spécialistes	32	15,53
Téléphone aux spécialistes	38	18,45

Tableau 2 : Sources d'information des médecins généralistes

L'effet secondaire survenu a pu être pris en charge par le MG seul dans 64,70 % des cas (n= 66). Parmi les 35,29% (n= 36) qui n'ont pas pris en charge seul leur patient, ils évoquent pour 62,80% (n=27) d'entre eux que le patient ne s'est pas adressé à eux en premier recours. Le manque d'information sur la prise en charge est évoqué dans 20,93 % des cas (n=9) et 16,28 % (n=7) considèrent que cette prise en charge n'est pas de leur ressort. L'hospitalisation liée à un effet secondaire a été nécessaire pour 43,13% (n=44) des MG interrogés. Les motifs évoqués sont les suivants par ordre de fréquence : Fièvre/neutropénie fébrile, cytopénie, altération de l'état général (AEG), troubles digestifs, hypercalcémie, épanchement, malaise avec perte de connaissance. Pour le patient donné, 60,78% (n=62) des MG n'ont pas eu besoin de téléphoner au prescripteur. 39,21 % (n=40) ont tout de même eu besoin de le contacter à un moment de la prise en charge.

Enfin, une majorité de MG, soit 94,12% (n=96), souhaiterait recevoir des fiches récapitulatives des effets secondaires par protocole de chimiothérapie. Seulement 0,98% (n=1) ne le souhaite pas et 4,90% (n=5) ne se sont pas prononcés.

Caractéristiques de la deuxième population

Sur les 158 MG sélectionnés pour l'évaluation des fiches, 57,59% ont répondu (n=91) pour le temps T1 (Annexe 8). Cette population est composée majoritairement d'hommes (69,23%). La moyenne d'âge est de 53,17 ans. Ces MG exercent essentiellement en cabinet de groupe (58,24%) et considèrent pratiquer surtout une médecine semi-rurale (47,75%). (Tableau 3)

	Nombre de MG	Pourcentage
sexe		
Homme	63	69,23
Femme	28	25,27
Age en années	53,17	
Mode d'exercice		
Groupe	53	58,24
seul	38	47,75
Lieu d'exercice		
Urbain	37	40,66
Rural	16	17,58
Semi-rural	38	47,75

Tableau 3 : Caractéristiques de la population des MG pour les questionnaires T1 et T2

Les médecins non répondants au questionnaire T1 sont au nombre de 67. Les caractéristiques des MG non répondants pour le questionnaire T2 sont résumés dans le tableau 4.

	<i>Nombre de MG</i>	<i>Pourcentage</i>
<i>Sexe</i>		
Hommes	20	76,92
Femmes	6	23,08
<i>Age en moyenne</i>	52,85	
<i>Mode d'exercice</i>		
Groupe	14	53,85
Seul	12	46,15
<i>Lieu d'exercice</i>		
Urbain	13	50
Semi-urbain	10	38,46
Rural	3	11,54

Tableau 4 : Caractéristiques des MG non répondants au questionnaire T2

Opinions des médecins généralistes sur les fiches

La fiche correspondant au protocole de chimiothérapie de leur patient a été reçue chez 76,92% des MG (n=70). Elle a été reçue pour 91,3% (n=63) avant de revoir leur patient en consultation, soit très précocement dans la prise en charge. Parmi les médecins qui ont reçu la fiche, 73,13% (n=49) l'ont lue. Pour la majorité des MG, cette fiche est apparue intéressante et pratique. (Tableau 5)

	Nombre	Pourcentage
Intéressante	27	38,03
Pratique	19	26,76
Essentielle	6	8,45
Inutile	3	4,22
Pas de réponse	16	22,53

Tableau 5 : Principales opinions des MG sur les fiches

La mise en page est satisfaisante pour 71,64% d'entre eux (n=48) contre 1,49% (n=1) qui « *ne la trouve pas agréable à lire* ». Il faut noter cependant que 26,86% des MG (n=18) ne se prononcent pas à ce sujet soit parce qu'ils considèrent que cela est peu important soit parce qu'ils ne se souviennent pas de la mise en page. On compte 5,97% des MG (n=4) l'ont jeté. Les autres l'ont en majorité rangé dans le dossier du patient et 8,95% des MG (n=6) ne donnent pas de réponses soit parce qu'ils ne se rappellent pas soit parce qu'ils pensent que la secrétaire s'en est occupée. (Tableau 6)

	Nombre	Pourcentage
<i>Où avez-vous rangé la fiche envoyée ?</i>		
Dossier papier	26	38,80
Dossier informatisé	23	34,32
Sur le bureau	10	14,92
Dans un tiroir	6	8,95
Poubelle	4	5,97
Ne sait pas	6	8,95

Tableau 6 : Lieux de rangement des fiches

Les MG pensent utiliser cette fiche dans 77,61% des cas (n=52) . Enfin, 16,42% des MG interrogés (n=11) savent que cette fiche est consultable sur le site du réseau régional de cancérologie Oncomip.

Médecin généraliste et utilisation de ces fiches

Parmi les 91 médecins inclus pour le questionnaire T1, 80 sont retenus pour le questionnaire T2 (Annexe 9). Les 11 MG exclus le sont pour les raisons suivantes : Quatre ont eu des patients décédés, quatre autres ne suivent plus le patient, un est parti à la retraite, un autre a perdu la fiche et un dernier ne souhaite pas répondre au reste de l'étude. Sur les 80 MG inclus pour le questionnaire T2, 67,5% (n=54) ont répondu.

Il existe 60,81% (n=35) de MG qui affirment avoir un patient ayant présenté un effet secondaire de son traitement par chimiothérapie débuté deux mois auparavant. Aucun effet secondaire n'a été déclaré pour 31,48% de MG (n=17): treize d'entre eux ont revu leur patient dans un autre contexte, trois ont des informations sur leur patient par les courriers des spécialistes et un médecin n'a aucune information. Deux MG (5,12%), nous apprennent que leur patient n'a pu démarrer sa chimiothérapie :

Un patient la refuse, et l'autre a eu des complications post chirurgicales et donc n'a toujours pas reçu sa chimiothérapie au temps de l'appel. Les effets secondaires présentés sont principalement des troubles digestifs, à 34,54% (n=19). (Tableau 7)

	<i>Nombre</i>	<i>Pourcentage</i>
Troubles digestifs (Nausées, vomissements, diarrhées et mucites)	19	34,54
Asthénie/AEG	14	25,45
Alopécie	10	18,18
Troubles hématologiques (Neutropénie, anémie et thrombopénie)	7	12,72
Troubles neurologiques	3	5,45
Syndrome main pied	1	1,82
Trouble cardiaque	1	1,82

Tableau 7 : Effets secondaires présentés (n=55)

Sur l'ensemble des MG interrogés et ayant un patient ayant présenté un effet secondaire de son traitement, 57,14% (n=20) ont des patients qui les ont consultés spécifiquement pour cet effet secondaire. Pour les autres MG, soit 42,86%, les patients les ont consultés en majorité pour des renouvellements d'ordonnance, pour des affections aiguës sans lien avec la chimiothérapie, ou dans le cadre de leur suivi annuel. Parmi les 20 MG qui ont des patients qui consultent pour un effet secondaire, 70% (n=14) ont regardé et se sont servi de la fiche. Parmi les 30% (n=6) des MG n'ayant pas consulté la fiche, un ne se souvenait pas de son existence, un autre l'a jeté à la poubelle, un a fait hospitaliser son patient en urgence pour fièvre et les trois autres ne se sont pas justifiés. Parmi les 14 MG qui l'ont utilisée, 92,86% (n=13) ont trouvé qu'elle répondait parfaitement à leur questionnaire et n'ont pas eu besoin

d'avoir recours à des informations supplémentaires. Un MG a préféré appeler un spécialiste oncologue pour l'aider dans sa prise en charge. Six patients ont été hospitalisés pour l'apparition d'un effet secondaire au traitement (17,14%). Les motifs d'hospitalisation sont les suivants: une douleur angineuse sous folfox, une fièvre la nuit sous folfox chez un patient sous double dérivation urinaire et colique, deux neutropénies fébriles, une altération de l'état général chez une patiente âgée et des vomissements réfractaires à un traitement par vogalène chez un patient atteint d'un cancer de l'estomac dénutri. Aucun de ces MG n'a d'argument en ce qui concerne un moyen d'éviter cette hospitalisation. Enfin, sur l'ensemble des MG interrogés, seulement trois (3,75%) MG ont consulté ces fiches sur le site internet du réseau Oncomip. Les appels téléphoniques ont duré en moyenne entre trois et quarante minutes. Au total, notre taux de réponse est de 55,75% sur les trois questionnaires.

DISCUSSION

Nous avons réalisé une étude prospective, interventionnelle et multicentrique pour connaître l'utilité de fiches détaillant les effets secondaires et la conduite à tenir à adopter en médecine générale. Plus de la moitié des MG consultés pour la survenue d'effets secondaires à un traitement par chimiothérapie anticancéreuse a utilisé la fiche envoyée. La majorité d'entre eux (87,5%) a considéré que ces fiches répondaient à leur questionnement. Ils n'ont pas jugé nécessaire de rechercher des informations supplémentaires pour les aider dans leur prise en charge. Ces fiches sont considérées comme intéressantes et pratiques avec une mise en page adaptée. Les MG nous disent les avoir rangées en majorité dans les dossiers des patients qu'ils soient papiers ou informatisés. La majorité des MG contactés avant l'envoi des fiches souhaitaient les recevoir (94,12%). Lorsqu'ils la reçoivent, ils sont plus de 70% à la lire. Ce constat se fait auprès de MG qui se sentent concernés et intéressés par la prise en charge de patients atteints de cancer. Dans notre enquête, environ un médecin sur six a plus de dix patients en cours de chimiothérapie dans sa patientèle et 98,04% se disent intéressés par le suivi de patient cancéreux quelque soit le phase de la pathologie. Une enquête réalisée par la ligue contre le cancer en 2008 montre qu'une majorité des MG déclare se sentir « *très ou assez impliqué* » dans les différentes étapes du processus de prise en charge du cancer. A ces données s'ajoute le nombre croissant de patients en rémission de leur cancer: par exemple en Angleterre, ils représentent 9,8 million (34), soit 3,6% de la population(35). Cette implication est surtout forte dans la réalisation du diagnostic (88%), le conseil au malade (86%), le suivi après la sortie de l'hôpital (84%) et le conseil aux familles (77%). En revanche, pour les décisions concernant le traitement ou le suivi des traitements, l'implication est largement moindre à 7%(36). En moyenne, 80% des MG souhaiteraient s'impliquer davantage dans le suivi des traitements (37-40). Pourquoi existe-t-il une telle différence? Nous avons trois hypothèses :

1. Est-ce que les MG souhaitent se limiter à la prévention, au dépistage, parfois au diagnostic et aux soins palliatifs, et laisser les phases de traitements et de suivi per et post thérapeutiques aux spécialistes oncologues ? Dans notre enquête, moins de 2 % des MG ne sont pas intéressés par le suivi cancérologique de leur patient.

2. Probablement aussi parce que 85% des MG ont moins de dix patients en cours de chimiothérapie dans leur patientèle. La PEC des effets secondaires de ce type de traitements ne relève pas de leur activité quotidienne.
3. Nous pouvons aussi l'expliquer par le fait que plus de la moitié des MG considère leurs connaissances en oncologie insuffisantes (26) et 84% des MG disent avoir besoin d'une formation en oncologie(24). Le manque de confiance pourrait donc induire un manque de prise de décision.

Le manque de communication et donc d'information entre MG et oncologues est en partie responsable de ce constat (16,41). Dans notre enquête, 84,31% des MG interrogés disent ne pas manquer d'information en ce qui concerne la pathologie de leurs patients. En revanche, une enquête menée par la ligue contre le cancer en 2010 met en évidence que seuls 48% des MG se disent satisfaits de l'information qui leur est délivrée par leurs confrères (24). Dans notre étude, si seulement 15,69 % disent manquer d'information concernant la maladie dans son ensemble (l'histoire naturelle de la maladie, le pronostic...), ils sont près de 40% à manquer d'information concernant les protocoles de chimiothérapies et presque 60% concernant les effets secondaires du traitement. La spécificité des informations visées par notre étude peut expliquer cette différence. Ces résultats sont retrouvés par une enquête réalisée en Midi-Pyrénées auprès de 500 MG en 2009: 54% des MG interrogés jugent leur information adaptée, bonne ou excellente alors que 46% l'estiment mauvaise ou nulle(37). Devant les résultats divergents de l'étude de la ligue contre le cancer et la nôtre, nous pouvons nous demander si l'information dans la région Midi-Pyrénées est privilégiée par rapport aux autres régions? En réalité la communication est probablement satisfaisante en terme quantitatif mais pas forcément en terme qualitatif comme le souligne une étude publiée en 2009 dans la presse médicale(42). Les MG aimeraient avoir des outils précis pour prendre en charge les effets secondaires des traitements(43).

Les avancées dans les thérapies anticancéreuses ont permis d'améliorer la survie des patients et participent à la baisse du taux de mortalité. En effet, celui-ci diminue de 1,5% par an depuis 1989 chez l'homme et de 0,7% par an chez la femme (44). Ces thérapeutiques s'accompagnent d'effets secondaires (45). Parmi eux, des effets indésirables (EI) médicamenteux plus ou moins sévères peuvent survenir. Ils sont définis comme « *tout événement nuisible et non souhaité, susceptible d'être en*

relation avec les doses usuelles d'un médicament » (Office Intercantonale du Contrôle du Médicament). Ces effets secondaires sont multiples et concernent le plus souvent les lignées sanguines, l'état général (asthénie) et la sphère digestive (nausées et vomissements et mucites). Dans notre enquête, un peu plus de 60% des MG ont eu des patients qui ont présentés des effets secondaires et principalement des troubles digestifs. Dans la littérature, les nausées et vomissements concernent 70 à 80% des patients traités par chimiothérapie (46-48). On retrouve ensuite, l'asthénie, l'alopécie et les troubles hématologiques, dont la neutropénie fébrile (NF). La NF est très spécifique à la chimiothérapie et reste problématique puisqu'elle est à l'origine de plus de 60 000 hospitalisations aux états unis par an(49). Les effets secondaires des chimiothérapies anticancéreuses peuvent, suivant leur sévérité, être néfastes et altérer la qualité de vie des patients (50,51). Cette conséquence peut être alors à l'origine d'une mauvaise observance thérapeutique (52,53). Nous devons donc leur porter une considération particulière et les évoquer au patient mais également à son MG qui pourrait y être confronté. Une étude révèle que le MG assure la gestion des effets secondaires des traitements dans 55% des cas (54). Dans notre enquête, ce résultat est presque identique, 57,14%. En revanche, malgré le développement du plan Cancer (9), plus de 40% des MG de notre enquête ne prennent pas en charge leur patient pour ses effets secondaires : ils évoquent la plupart du temps que leur patient ne s'adresse pas à eux en premier recours. Cette perte de vue est très clairement exprimée par les médecins : « *mes patients cancéreux m'échappent* ». Une enquête de « *regards croisés* » retrouve 50% de perdus de vue en 2009(55). Une étude canadienne en 2010 fait le même constat : l'entrée en maladie (phase diagnostique et active thérapeutique) fait état d'une « *pause* » dans les relations médecins malade. En effet, 40% des patients n'ont pas eu de contact avec leur MG à cette phase de la maladie. Une fois cette phase active terminée, les patients retournent voir leur MG pour 88% d'entre eux (56).

Cette perte de vue est regrettable. En effet, le MG a déjà à disposition des outils d'information sur les effets secondaires des chimiothérapies qui sont disponibles sur différents sites en ligne : Les guides sur la prise en charge des différents cancers et leurs traitements publiés par la HAS et l'Inca, et qui assurent une information basée sur les recommandations (57). Le Vidal ou la Banque Claude Bernard (BCB) représentent des bases de données électroniques sur l'ensemble des médicaments,

dont les molécules de chimiothérapie, sans pour autant cibler les protocoles (58). La fédération francophone de cancérologie digestive a créé des fiches de toxicité par molécules à destination des professionnels de santé (32). Oncodocs, réunissant cinq réseaux de cancérologie du sud de l'Ile de France, a réalisé des fiches de médicaments anti cancéreux à destination des professionnels (59). Oncobretagne (RRC de Bretagne) a créé des fiches par molécule de chimiothérapie orale avec entre autre : effet secondaire, prévention et conduites à tenir très succinctes (60). Oncolor (RRC de Lorraine) met en ligne des cours sur chaque effet secondaire lié aux chimiothérapies avec des arbres décisionnels (61).

Ces informations sont complémentaires mais éparées. De plus, elles sont soit trop exhaustives soit trop courtes ; elles ne ciblent qu'une molécule et non un protocole de chimiothérapie. Or les molécules sont le plus souvent associées entre elles pour potentialiser leur action dans le cadre d'un protocole. Certaines encore ne concernent que les molécules de chimiothérapie orale. D'autres ne proposent pas toujours de conduite à tenir. La création de fiches comme outil pratique de prise en charge des effets secondaires est née de cette disparité d'information. Le choix de créer ces fiches sur des protocoles utilisés dans les traitements des cancers de la sphère digestive et gynécologique s'explique d'une part par leur épidémiologie. En 2008, dans le monde, les incidences du cancer du sein représentent 22,9%, des cancers gynécologiques 17,3% et des cancers de la sphère digestive 32,5% (62). D'autre part, les deux seuls cancers en France faisant l'objet d'un dépistage organisé au niveau national sont ceux du sein et du colon et implique donc le MG (63).

Dans notre enquête, un MG sur cinq dit ne pas avoir reçu la fiche envoyée. Ce résultat n'est pas négligeable. Une réflexion doit donc être menée pour déterminer le moyen de communication le plus efficace. Est-il plus judicieux d'avoir recours à des courriers, des e-mails, des fax, des sites internet spécifiques ou de joindre cette fiche au patient comme l'est le Programme Personnalisé de Soins (PPS)? Ce PPS est remis au patient à l'issue de la consultation d'annonce. Il permet une information rapide, simple, adaptée sur les symptômes qui doivent alerter sur la survenue d'une toxicité grave. Il comporte également les modalités d'administration de la chimiothérapie, de surveillance et de prise en charge des effets secondaires et les coordonnées nécessaires (64). De la même manière que la mise en place du PPS se généralise auprès du patient, notre outil pourrait devenir un dispositif d'information auprès du

médecin généraliste référent. Une étude australienne publiée dans le Journal of Clinical Oncology en 2008 révèle l'impact positif d'une information délivrée par fax au MG. Elle serait une méthode simple et à moindre coût, mettant en confiance le MG pour prendre en charge les effets secondaires des traitements. Elle améliorerait ses connaissances et augmenterait la satisfaction des patients pris en charge (65). La diffusion de l'information par internet est un mode de communication pertinent, même si dans notre enquête, moins de 10% des MG ont consulté le site Oncomip au moment des questionnaires. Ils sont finalement plus de 1300 visiteurs à les avoir consulté après quatre mois de mise en ligne.

Notre population est représentative de celle des MG du territoire français. En effet, nos deux échantillons sont représentés en majorité par des hommes (72,54% et 69,23%), âgés de 53,17 ans. Parmi les 93 394 MG inscrits au tableau de l'Ordre en 2011, 59% exercent en activité libérale : ils sont âgés en moyenne de 53ans et 69,5% sont des hommes (66). Le mode d'exercice principal est en cabinet de groupe de ville pour 58%. Le Dr Couraud retrouve un résultat identique dans sa thèse (8).

Les effets secondaires des chimiothérapies sont souvent à l'origine d'hospitalisations. Elles se font souvent en urgence. En incluant le MG dans cette prise en charge, peut-être pourrions-nous en diminuer le nombre ? En 2011, on recense par exemple à l'Institut Claudius Régaud (CLCC de la région Midi-Pyrénées), 1012 hospitalisations non programmées et 12 370 hospitalisations programmées, soit 7,56% d'hospitalisations non programmées le plus souvent liées aux EI des chimiothérapies : l'altération de l'état général et la douleur (62,94%), l'aplasie (6,62%), les transfusions sanguines (5,83%), le syndrome occlusif (4,44%). Pour certaines, une prise en charge à domicile pourrait être envisagée grâce à un MG formé et informé. De nombreuses études ont ciblé cette problématique autour des hospitalisations non programmées, liées à un des effets secondaires, la neutropénie fébrile (NF). Un outil d'aide à l'identification d'une NF à bas risque de complications, le score MASCC (Multinational Association for Supportive Care in Cancer), a été publié dans l'article JCO en 2000(67). Ce score prédictif du risque de complication médical lors d'une NF a une valeur prédictive positive de plus de 96% (68). L'utilisation en routine du score MASCC pour déterminer la PEC de la NF à l'entrée d'une hospitalisation a été évaluée en 2008. Les patients qui sont estimés avoir un score de bas risque de complications représentent 90% des patients hospitalisés pour

NF. La majorité a bénéficié d'un traitement antibiotique oral et d'une sortie précoce dans les 48 heures. Dans 94,5% des cas, la NF a été traitée avec succès et sans aucune complication médicale grave. A l'issue de cette étude, des recommandations sur la PEC de la NF ont été publiées (69). Cela renforce l'idée qu'une prise en charge orientée et guidée peut probablement diminuer le nombre d'hospitalisations non programmées.

Depuis une quinzaine d'années, l'organisation des soins en médecine passe par la mise en place de filières et réseaux pour coordonner les différents acteurs de la ville et de l'hôpital et maîtriser les coûts. C'est dans ce contexte que se développe la notion de maintien à domicile, appuyée par la loi HPST 2007. Le MG en a une place centrale. Elle représente un bon exemple de cette coordination ville-hôpital. Les structures d'hospitalisation à domicile se développent (HAD). 40000 malades atteints de cancer sont pris en charge chaque année par les 250 structures d'HAD implantées sur le territoire français. L'activité de cancérologie, incluant les soins palliatifs, représente 57% de l'activité globale des structures d'HAD (70). Les compétences de ces structures s'étendent à plusieurs domaines en cancérologie : les soins de support et de fin de vie (45,5%) mais aussi la chimiothérapie à domicile (15% des journées d'HAD concernent l'administration ou la surveillance des chimiothérapies) selon les critères d'éligibilité des patients définis en 2003 par l'ANAES (71).

Notre enquête possède quelques biais qu'il paraît intéressant de discuter. Tout d'abord, nous avons un faible taux de réponses. Ce résultat s'explique d'une part par le fait que ces MG ont été contactés pendant la période estivale, et d'autre part qu'ils sont contactés pendant leurs horaires de consultation. Ils ont toutefois été appelés à trois reprises pour augmenter le taux de réponse. Il semble difficile de multiplier le nombre d'appels. De plus, les caractéristiques des non répondants sont les mêmes que pour la population répondante. Nos médecins représentent donc un échantillon représentatif. D'autre part, la durée d'exposition à la chimiothérapie est faible (au maximum trois mois). Cette courte durée ne permet pas toujours d'avoir eu les effets secondaires du traitement. Une augmentation du temps de recueil permettrait d'accroître probablement le nombre de patients ayant eu des effets secondaires. De plus, le questionnaire téléphonique peut induire un biais de subjectivité. Toutefois, les réponses courtes et fermées favorisent les réponses directes. De plus, le questionnaire téléphonique permet d'assurer moins de réponses manquantes qu'un

questionnaire papier. Enfin, ce type de questionnaire permet d'éviter la perte des questionnaires envoyés par courrier. Enfin, il existe un biais relatif à une enquête d'opinion : toutes les réponses aux questions concernant les pratiques des médecins sont déclaratives et ne reflètent pas forcément la réalité. Ceci est caractéristique de ce type d'enquête. Toutefois, elle est le reflet d'une tendance et permet d'obtenir le ressenti des médecins interrogés. Dans notre étude, le fait de s'intéresser à un patient en particulier évite la confusion des informations données par le médecin. Cela permet de concentrer les informations de façon plus précises. Nous pouvons ainsi interpréter au mieux les besoins des MG.

Dans le rapport de la commission d'orientation sur le cancer en 2002, il est spécifié que « *le développement de la chimiothérapie à domicile doit être une priorité* ». Cet objectif du deuxième plan cancer (mesures 39 et 43)(9) est à l'origine de la mise en place d'une structure complexe où interviennent plusieurs acteurs de santé dont le MG(72). Une enquête d'opinion retrouve que 67,4% de patients cancéreux aimeraient que le MG s'occupe à la fois des problèmes liés au cancer et des problèmes non liés au cancer (21). La création de ce type d'outils est une aide à cette prise en charge. Les fiches sont maintenant disponibles pour les protocoles de chimiothérapies dans les cancers de la sphère digestive et gynécologique. Notre perspective est de créer les fiches pour les autres cancers et d'assurer leur diffusion et leur bonne pratique, sur le plan national. Un projet similaire sur la PEC des urgences en cancérologie pourrait être également intéressant.

CONCLUSION

Les nouveaux parcours coordonnés de soins redonnent à la médecine de ville une place de plus en plus importante dans la prise en charge du malade atteint de cancer et notamment en cours de chimiothérapie anticancéreuse. L'interdisciplinarité est le maître mot dans cette situation. Le suivi idéal semble être celui d'un suivi partagé pour une intégration complète du médecin généraliste en phase active du traitement de la maladie et afin d'appréhender le patient dans sa globalité. Il sera meilleur grâce au développement d'outils pratiques. Notre enquête a démontré l'intérêt d'utiliser des fiches récapitulatives des effets secondaires liées aux protocoles de chimiothérapie. Ces fiches proposent des conduites à tenir pouvant guider le médecin dans sa pratique quotidienne. Plus de la moitié des médecins généralistes confrontés à ces situations a utilisé l'outil que nous lui avons proposé et l'a trouvé utile. Devant les résultats favorables de cette enquête, nous pourrions envisager de créer des fiches similaires pour l'ensemble des protocoles de chimiothérapie anti cancéreuse, et étendre la diffusion de cet outil au niveau national. Reste à savoir quel serait le meilleur moyen de diffusion.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ferlay J, Shin H-R, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *International Journal of Cancer* 2010;127(12):2893-2917.
2. Les données - Institut National Du cancer
<http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-thematiques/21-epidemiologie.html>
3. Belot A, Grosclaude P, Bossard N, Jouglu E, Benhamou E, Delafosse P, Guizard A-V, Molinié F, Danzon A, Bara S, Bouvier A-M, Trétarre B, Binder-Foucard F, Colonna M, Daubisse L, Hédelin G, Launoy G, Le Stang N, Maynadié M, Monnereau A, Troussard X, Faivre J, Collignon A, Janoray I, Arveux P, Buemi A, Raverdy N, Schvartz C, Bovet M, Chérié-Challine L, Estève J, Remontet L, Velten M. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2008 juin;56(3):159-175.
4. woncadefmg.pdf
<http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/MG%20externes/woncadefmg.pdf>
5. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires/ Legifrance
<http://www.legifrance.gouv.fr/>
6. Code de la santé publique | Legifrance <http://www.legifrance.gouv.fr/>
7. Rivera P, Delord J-P, Grosclaude P, AERIO, Grand A, Bugat R. Démographie des oncologues praticiens en exercice en France. *Bulletin du Cancer* 2004 mars;91(3):271-277.
8. Couraud Laouisset Céline. Le médecin généraliste face à la prise en charge des patients atteints de cancer. 169 pages. Th. Médecine générale. Paris 2010.

http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3525_THESE-COURAUD.pdf

9. 3855-brochure-plan-cancer-2009-2013.pdf

http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/3855-brochure-plan-cancer-2009-2013

10. Klabunde CN, Ambs A, Keating NL, He Y, Doucette WR, Tisnado D, Clauser S, Kahn KL. The Role of Primary Care Physicians in Cancer Care. *J Gen Intern Med* 2009 sept;24(9):1029-1036.
11. Williams PT. The role of family physicians in the management of cancer patients. *J Cancer Educ* 1994;9(2):67-72.
12. Demagny L, Holtedahl K, Bachimont J, Thorsen T, Letourmy A, Bungener M. General practitioners' role in cancer care: a French-Norwegian study. *BMC Res Notes* 2009;2:200.
13. Campbell NC, MacLeod U, Weller D. Primary care oncology: essential if high quality cancer care is to be achieved for all. *Fam Pract* 2002 déc;19(6):577-578.
14. McAvoy BR. General practitioners and cancer control. *Med. J. Aust.* 2007 juill;187(2):115-117.
15. Code de déontologie médicale - Article 11 | Legifrance <http://www.legifrance.gouv.fr/>
16. Tardieu É, Thiry-Bour C, Devaux C, Ciocan D, Carvalho V de, Grand M, Rousselot-Marche E, Jovenin N. Place du médecin généraliste dans le traitement du cancer en Champagne-Ardenne. *Bulletin du Cancer* 2012 mai;99(5):557-562.
17. Marie Eve Rougé. Prévention, dépistage et annonce du cancer: le rôle du médecin généraliste.« enquête d'opinion dans la région Midi Pyrénées ». 2010
18. Ordonnance no 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins | Legifrance <http://www.legifrance.gouv.fr/>
19. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé | Legifrance <http://www.legifrance.gouv.fr/>

20. 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 2006;7:19.
21. Gérard Pauline . Place du Médecin généraliste dans le suivi des patients en cours de chimiothérapie. Enquête auprès des patients de l'Hopital de Jour d'oncologie du CHR d'Annecy. Th. médecine générale. 2012. http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/69/24/09/PDF/2012GRE15023_gerard_pauline_1_D_.pdf
22. Kousgaard KR, Nielsen JD, Olesen F, Jensen AB. General practitioner assessment of structured oncological information accompanying newly referred cancer patients. Scand J Prim Health Care 2003 juin;21(2):110-114.
23. Hickner J, Kent S, Naragon P, Hunt L. Physicians' and patients' views of cancer care by family physicians: a report from the American Academy of Family Physicians National Research Network. Fam Med 2007 févr;39(2):126-131.
24. La ligue contre le cancer. Les médecins généralistes face au cancer en 2010.
25. Macleod U, Ross S, Twelves C, George WD, Gillis C, Watt GC. Primary and secondary care management of women with early breast cancer from affluent and deprived areas: retrospective review of hospital and general practice records. BMJ 2000 mai;320(7247):1442-1445.
26. Roorda C, de Bock GH, van der Veen WJ, Lindeman A, Jansen L, van der Meer K. Role of the general practitioner during the active breast cancer treatment phase: an analysis of health care use. Support Care Cancer 2012 avr;20(4):705-714.
27. Grunfeld E. Primary Care Physicians and Oncologists Are Players on the Same Team. JCO 2008 oct;26(14):2246-2247.
28. ONCOMIP
<http://oncomip.org/>
29. Les réseaux régionaux de cancérologie (RRC) - Les réseaux régionaux de cancérologie (RRC) - Soins - Institut National Du Cancer

<http://www.e-cancer.fr/soins/les-reseaux-regionaux-de-cancerologie-rrc>

30. Cancérologie et coordination des soins : l'ASIP Santé et l'INCa publient le cadre national DCC / DMP - Actualités - Institut National Du Cancer

<http://www.e-cancer.fr/toutes-les-actualites/360/4672-cancerologie-et-coordination-des-soins--lasip-sante-et-linca-publient-le-cadre-national-dcc--dmp#>

31. plan_cancer.pdf

http://www.anses.fr/ET/DocumentsET/plan_cancer.pdf

32. Fédération Francophone de la Cancérologie Digestive

<http://www.ffcd.fr/>

33. [Site internet du CHU de Toulouse] [Internet].

<http://www.chu-toulouse.fr/>

34. Grunfeld E. Cancer survivorship: a challenge for primary care physicians. The British Journal of General Practice 2005 oct;55(519):741.

35. McAvoy BR. General practitioners and cancer control [Internet]. Med. J. Aust. 2007;187(2)

<https://www.mja.com.au/journal/2007/187/2/general-practitioners-and-cancer-control>

36. la ligue contre le cancer 24 nov 08.pdf
http://www.lh2.fr/_upload/ressources/sondages/societe/lh2liguecontrecancer24nov08.pdf

37. Marie Eve Rougé. La prise en charge par le médecin généraliste du patient atteint de cancer: « enquête de pratiques dans la région Midi-Pyrénées ». 2009;

38. Bischoff L. La place du médecin généraliste dans la réorganisation des soins en cancérologie: enquête auprès de 350 généralistes du Centre Alsace. 2009;

39. Grimoult M. Place et rôle du médecin généraliste dans le traitement et le suivi du patient traité pour un cancer : enquête auprès de 139 patients du centre Paul Strauss (Centre régional de lutte contre le cancer). 2010;
40. Boiche T. Suivi d'un patient cancéreux en médecine générale : enquête auprès des médecins généralistes de Poitou. 2005;
41. Spiegel W, Zidek T, Karlic H, Maier M, Vutuc C, Isak K, Micksche M. Cancer patients' perception of information exchange between hospital-based doctors and their general practitioners. *J Eval Clin Pract* 2010 déc;16(6):1309-1313.
42. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. [General practitioners' perceptions of medical information from hospitals]. *Presse Med* 2009 oct;38(10):1404-1409.
43. Zitzelsberger L, Grunfeld E, Graham ID. Family physicians' perspectives on practice guidelines related to cancer control. *BMC Fam Pract* 2004 nov;5:25.
44. Guérin S, Doyon F, Hill C. La fréquence des cancers en France en 2006 et les évolutions de la mortalité depuis 1950 et de l'incidence depuis 1980. *Bulletin du Cancer* 2009 janv;96(1):51-57.
45. Spichiger E, Müller-Fröhlich C, Denhaerynck K, Stoll H, Hantikainen V, Dodd M. Symptom prevalence and changes of symptoms over ten days in hospitalized patients with advanced cancer: a descriptive study. *Eur J Oncol Nurs* 2011 avr;15(2):95-102.
46. Jenns K. Importance of nausea. *Cancer Nurs* 1994 déc;17(6):488-493.
47. Foubert J, Vaessen G. Nausea: the neglected symptom? *Eur J Oncol Nurs* 2005 mars;9(1):21-32.
48. Dibble SL, Isreal J, Nussey B, Casey K, Luce J. Delayed chemotherapy-induced nausea in women treated for breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 2003 avr;30(2):E40-47.
49. Caggiano V, Weiss RV, Rickert TS, Linde-Zwirble WT. Incidence, cost, and mortality of neutropenia hospitalization associated with chemotherapy. *Cancer*

2005 mai;103(9):1916-1924.

50. Mazzotti E, Antonini Cappellini GC, Buconovo S, Morese R, Scoppola A, Sebastiani C, Marchetti P. Treatment-related side effects and quality of life in cancer patients. *Support Care Cancer* 2012 oct;20(10):2553-2557.
51. Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *J. Exp. Clin. Cancer Res.* 2008;27:32.
52. Cella D, Fallowfield LJ. Recognition and management of treatment-related side effects for breast cancer patients receiving adjuvant endocrine therapy. *Breast Cancer Res. Treat.* 2008 janv;107(2):167-180.
53. Richardson LC, Wang W, Hartzema AG, Wagner S. The role of health-related quality of life in early discontinuation of chemotherapy for breast cancer. *Breast J* 2007 déc;13(6):581-587.
54. 2008-rapport-prise-en-charge-cancer-medecine-generale.pdf
<http://www.cermes3.fr/IMG/pdf/2008-rapport-prise-en-charge-cancer-medecine-generale.pdf>
55. Chouaïd C, Colin P, Maloïsel F, Mitry E, Zelek L, Le Calvé P. « Regards croisés 2009 »: enquête menée auprès de patients atteints de cancer et de professionnels de santé sur la perception de la fatigue et de l'anémie chimio-induite. *Oncologie* 2010;12(3):239-244.
56. Aubin M, Vezina L, Verreault R, Fillion L, Hudon E, Lehmann F, Leduc Y, Bergeron R, Reinharz D, Morin D. Family Physician Involvement in Cancer Care Follow-up: The Experience of a Cohort of Patients With Lung Cancer. *The Annals of Family Medicine* 2010 nov;8(6):526-532.
57. Haute Autorité de Santé - Page d'accueil - Accueil
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil
58. RESIP - Banque Claude Bernard

http://www.resip.fr/infos_bcb.asp

59. OncoDocs - Fiches

<http://oncodocs.fr/fiches.php>

60. OncoBretagne - Les prises en charge > La chimiothérapie > Chimiothérapie par voie orale

<http://www.oncobretagne.fr/index.php?espace=espaceProfessionnels&page=lesPrisesEnCharge/laChimiotherapie/chimiotherapieParVoieOrale#aB>

61. Oncolor | Réseau régional de cancérologie en Lorraine

<http://www.oncolor.org/>

62. GLOBOCAN 2008

<http://globocan.iarc.fr/>

63. Le dépistage organisé, première arme anti cancer.

<http://www.ligue-cancer.net/article/prevenir-et-depister/depistages-organises-generalises>

64. 6551-modele-de-pps-avec-volet-social.doc

http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/6551-modele-de-pps-avec-volet-social

65. Jefford M, Baravelli C, Dudgeon P, Dabscheck A, Evans M, Moloney M, Schofield P. Tailored Chemotherapy Information Faxed to General Practitioners Improves Confidence in Managing Adverse Effects and Satisfaction With Shared Care: Results From a Randomized Controlled Trial. JCO 2008 oct;26(14):2272-2277.

66. Conseil national de l'Ordre des Médecins, Dr Michel Legmann, Président. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2011. 2011;

67. Klastersky J, Paesmans M, Rubenstein EB, Boyer M, Elting L, Feld R, Gallagher J, Herrstedt J, Rapoport B, Rolston K, Talcott J. The Multinational Association for

- Supportive Care in Cancer risk index: A multinational scoring system for identifying low-risk febrile neutropenic cancer patients. *J. Clin. Oncol.* 2000;18(16):3038-3051.
68. Innes H, Lim SL, Hall A, Chan SY, Bhalla N, Marshall E. Management of febrile neutropenia in solid tumours and lymphomas using the Multinational Association for Supportive Care in Cancer (MASCC) risk index: feasibility and safety in routine clinical practice. *Support Care Cancer* 2008 mai;16(5):485-491.
69. Marti FM, Cullen MH, Roila F, On behalf of the ESMO Guidelines Working Group. Management of febrile neutropenia: ESMO Clinical Recommendations. *Annals of Oncology* 2009 mai;20(Supplement 4):iv166-iv169.
70. rapport_commission_orientation_cancer.pdf
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_commission_orientation_cancer.pdf
71. Haute Autorité de Santé - Critères d'éligibilité des patients à une chimiothérapie anticancéreuse à domicile
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_451135/criteres-d-eligibilite-des-patients-a-une-chimiotherapie-anticancereuse-a-domicile
72. Urban T. [Home care for lung cancer]. *Rev Mal Respir* 2003 nov;20(5 Pt 1):659-661.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire T0

Questionnaire de Thèse T0

Données médecins :

Nom : Prénom :

Téléphone :

Mode d'exercice

- Seul
 Cabinet de Groupe

Compétence particulière :

- Oncologie :
 Douleur :
 Soins palliatifs :
 DU DESC

Autre :

1. Le suivi de patients atteints de cancer vous intéresse-t-il?

- Oui
 Non

Commentaire:

2. Combien de patients cancéreux en cours de chimiothérapie avez-vous dans votre patientèle aujourd'hui?

- 0-5 **Concernant Mr ou Mme** **qui a reçu une chimiothérapie en**
 5-10
 >10

3. Manquez-vous d'informations concernant son cancer ?

- Oui Non

Et si Oui :

- Sur le cancer lui même ?
 Sur le traitement ?
 Sur le pronostic de la maladie ?

commentaire

4. Manquez-vous d'informations concernant son protocole de chimiothérapie ?

- Oui Non

commentaire

5. Manquez-vous d'informations concernant les effets secondaires potentiels de son traitement ?

- Oui Non

commentaire

6. De façon générale, avez vous déjà eu besoin de rechercher de l'information sur la chimiothérapie ?

Jamais Parfois Souvent

7. Si oui, où avez-vous cherché ?

- Vidal, logiciels d'aide à la prescription, logiciels d'informations sur les médicaments en ligne :
- internet
- sites internet officiels : Inca, HAS, Affsaps..
- livres, revues
- sites des réseaux ou spécialités, Oncomip
- courriers de spécialistes
- en téléphonant au prescripteur :

8. En cas d'effet secondaire de sa chimiothérapie, est-ce que vous arrivez à prendre en charge seul votre patient?

- Oui
- Si non, pourquoi ?
- Vous estimez que cela n'est pas de votre ressort
- Vous manquez d'information à ce sujet
- Vos patients ne s'adressent pas à vous en premier recours

9. En cas de problème, avez-vous déjà été obligé d'hospitaliser votre patient ?

Oui Non

10. En cas de problème, avez-vous eu besoin d'appeler le prescripteur en ce qui concerne les traitements de votre patient ?

Oui Non

11. Seriez-vous intéressé par des fiches récapitulatives sur les effets secondaires des chimiothérapies et leur prise en charge?

Oui Non

COMMENTAIRE SUITE APPEL

Questionnaire de Thèse T1

Données médecins :

Nom : Prénom :

Téléphone : Age du médecin : ans

Mode d'exercice

Seul Cabinet de Groupe

Lieu d'exercice

Rural Semi Urbain Urbain

Date de la RCP de votre patient :

Protocole du patient :

1. Avez-vous reçu une fiche sur les effets secondaires du protocole de chimiothérapie de ce patient ?

Oui Non Commentaires :

2. L'avez-vous reçue avant de revoir votre patient ?

Oui Non (dans quel délai...)?

3. L'avez-vous lue ?

Oui Non Commentaires :

4. Quelle a été votre première impression sur cette fiche ?

Essentielle Intéressante Pratique Inutile Commentaires :

5. La mise en page vous plaît-elle ?

Oui Non Commentaires :

6. Où l'avez-vous rangée ?

Dans le dossier papier du patient Dans le dossier informatisé du patient
 Dans un tiroir A la poubelle Commentaires :

7. Allez vous l'utiliser ?

Je pense Je ne pense pas Commentaires :

8. Savez-vous qu'elle est disponible sur le site du réseau régional de cancérologie Oncomip ?

Oui Non Commentaires :

Avec votre accord, on vous rappelle dans 2 mois pour d'autres questions.

Commentaires :

Enregistrer

Annuler

Questionnaire de Thèse T2

Données médecins :

Nom : Prénom :
 Téléphone : Age du médecin : ans

Mode d'exercice

Seul Cabinet de Groupe

Lieu d'exercice

Rural Semi Urbain Urbain

Date de la RCP de votre patient :

Protocole :

1. Votre patient a-t-il présenté un ou des effet(s) secondaire(s) de sa chimiothérapie ?

Oui Non

2. Quel était cet effet secondaire? :

Commentaires :

3. Votre patient vous a t-il consulté à ce propos ?

Oui Non Commentaires :

4. Si oui, avez-vous utilisé la fiche d'effets secondaires que l'on vous a envoyée ?

Oui Non Autre : Commentaires :

5. Si oui, a-t-elle répondu à votre questionnement?

Oui Non Commentaires :

6. Avez vous complété l'information apportée par cette fiche par d'autres outils, tels que le Vidal ou internet ou l'appel au spécialiste ?

Oui Non Commentaires :

7. L'effet secondaire présenté a-t-il entraîné une hospitalisation?

Oui Non Commentaires :

8. Si oui, d'après vous, par quels moyens aurait-on pu l'éviter?

Oui Non Commentaires :

9. Avez-vous consulté ces fiches sur le site du réseau Oncomip ?

Oui Non Commentaires :

Commentaire appel



Réseau de Cancérologie de Midi-Pyrénées

20-24, rue du Pont St-Pierre
31052 Toulouse cedex
Tél : 05 61 16 49 30
Fax : 05 61 84 51 60
Courriel :
secretariat@oncomip.fr
Site : www.oncomip.fr

Dr. Bernard Couderc
Président
Dr. Eric Bauvin
Coordonnateur

**Fiches effets
indésirables des
chimiothérapies à
destination des
médecins généralistes**

Coordonnateur du projet
**Dr Marie Eve Rougé -
Bugat**

*Internes
en médecine générale*
**Joy Bacrie
Donia Lassoued**

Cabinet médical du docteur

XXXXXXX

19 avenue des

..... st

Toulouse, le 15 Mai 2012

Cher(e) confrère,

Ci-joint, la fiche du PROTOCOLE : **FEC 100 DOCETAXEL**
(Taxotère®)

Chimiothérapie envisagée lors de la RCP du **09/05/2012**

Pour le traitement de votre patient(e)

Mme. XXXXXXXXXXXXXXXX- Né(e) le 03/07/1963 (48 ans)

Internes en dernière année de médecine générale, nous évaluons l'utilité de ces fiches par protocoles de chimiothérapie, dans le cadre de notre thèse et sous la responsabilité du Département Universitaire de Médecine Générale.

Elles reprennent les effets indésirables potentiels (par ordre de fréquence), et vous proposent une aide à leur prise en charge.

Dans le cadre de cette évaluation nous vous contacterons dans les semaines qui arrivent.

Nous nous tenons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Veillez croire, Cher confrère, à l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Joy Bacrie
Donia Lassoued
Docteur Marie-Eve Rougé Bugat

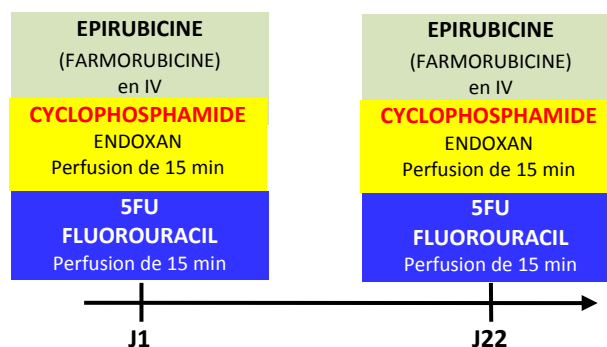
Annexe 5 : Exemple de fiches

FEC100

Association 5 FU

+ Epirubicine (anthracycline)

+ Cyclophosphamide (Agent alkylant).



Ces effets sont fréquents mais non systématiques, d'intensité inconstante et variable en fonction des personnes. Cette liste n'est pas exhaustive, nous vous proposons de rester en contact avec l'oncologue référent de la pathologie de votre patient

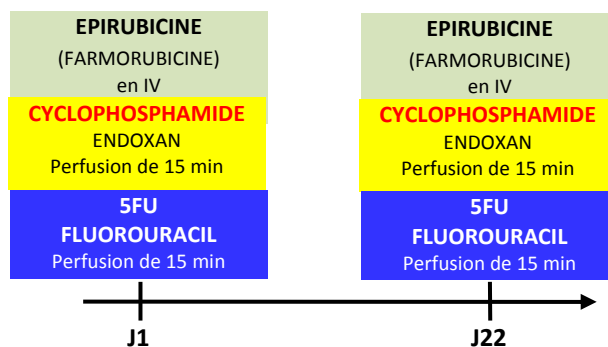
Effets indésirables	Conduite à tenir et Traitement
Toxicité digestive haute : (nausées, voire vomissements)	<p>1- en traitement préventif : antiémétiques centraux : l'APREPITANT (EMEND® 80mg par jour) peut être prolongé jusqu'à 4jours. Si insuffisant, ajouter des corticoïdes (1mg/kg) ou des antiémétiques de type SETRON (ex. ZOPHREN® ou KYTRIL®)</p> <p>2- si nécessaire : antiémétiques prokinétiques (ex. MOTILYO®, VOGALENE®, PRIMPERAN®) toutes les 4 heures au besoin.</p> <p>3- en cas d'échec : anxiolytiques de type Benzodiazépines ou Neuroleptiques (ex HALDOL® 3gouttes 4 fois par jour)</p> <p>En cas de vomissements non contrôlés par le traitement médical : <u>Hospitalisation pour hydratation IV</u></p>
Neutropénie : PNN sont susceptibles d'être au bas environ 10 à 14 jours après la chimiothérapie (à mi-parcours du cycle de traitement de 21 jours).	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Contrôle de la NFS avant chaque cure ▶ En cas de température t° > 38,5°C : NFS en urgence <ul style="list-style-type: none"> ☞ PNN<500/mm³ et mauvaise tolérance : <u>Hospitalisation</u> ☞ PNN<500/mm³ et bonne tolérance : bilan bactériologique, antibiothérapie orale à large spectre (type AUGMENTIN/CIFLOX) et <u>surveillance au domicile possible</u> après avis de l'équipe d'oncologie référente. ☞ PNN entre 500 et 1000/mm³ : bilan bactériologique, antibiothérapie orale à large spectre (type AUGMENTIN/CIFLOX) et <u>surveillance au domicile</u>. ☞ En l'absence de fièvre, pas de nécessité d'hospitalisation ni d'antibiothérapie. ▶ Prescription G-CSF préventif en cas de neutropénie profonde selon avis de l'oncologue référent.
Anémie :	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bilan d'anémie à réaliser (bilan martial, vitaminique, réticulocytes...). ▶ Prescription EPO exceptionnelle, selon avis de l'oncologue référent. ▶ Indication de transfusion si Hg<8g/dl ou Hg>8g/dl et mauvaise tolérance clinique
Thrombopénie : très rare	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Surveillance saignements ou apparition de pétéchies ▶ Transfusion plaquettaires si < 20.000 Pq ou saignement
Alopécie : (début 2 à 3 semaines après le 1 ^{er} cycle), parfois associée à une perte de poils.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Prévention : port d'un casque réfrigéré. ▶ Les cheveux repousseront pendant ou après le traitement, parfois différemment. <ul style="list-style-type: none"> ☞ Nous recommandons perruques, foulards, des turbans ou prothèses capillaires etc.
Toxicité muqueuse : (stomatite, mucite, vaginite, anite, conjonctivite....)	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Prévention de la mucite : <ul style="list-style-type: none"> ☞ un brossage régulier avec une brosse à dents douce. ☞ Bains de bouche 3 à 4 fois par jour au Bicarbonate (solution à 1,4%) ▶ Traitement : <ul style="list-style-type: none"> ☞ Les antalgiques par voie générale, éventuellement de palier 3 (privilégier la libération immédiate). ☞ XYLOCAINE visqueuse ☞ Les antifongiques locaux et généraux en cas de mycose surajoutée. ☞ Les antibiotiques ne sont généralement pas nécessaires.
Asthénie :	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Rester le plus actif possible : l'exercice physique semble réduire la fatigue.
Coloration des urines en rouge :	

FEC100

Association 5 FU

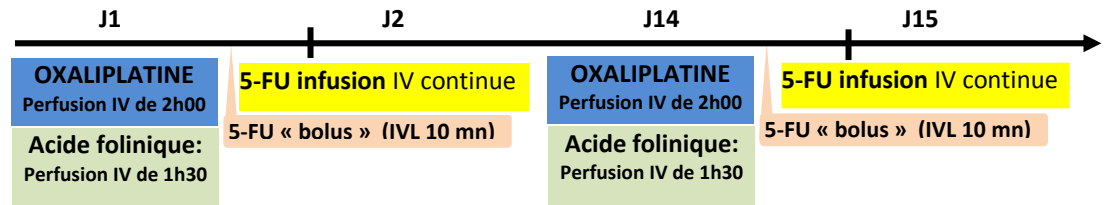
+ Epirubicine (anthracycline)

+ Cyclophosphamide (Agent alkylant).



<p>Cardiotoxicité exceptionnelle : rare mais grave à dose cumulative : IDM, angor, TDR (surtout si antécédents coronariens)</p>	<p>▶ Alerter l'oncologue référent en cas de symptomatologie évocatrice.</p>
<p>Maladie thromboembolique : (rare)</p>	<p>▶ Alerter l'oncologue référent en cas de symptomatologie évocatrice.</p>
<p>Aménorrhées chez les femmes :</p>	<p>Moyen contraceptif non hormonal</p>
<p>Interactions médicamenteuses :</p>	<p>▶ Contre Indication formelle : SORIVUDINE et apparentés (BRIVUDINE), vaccins vivants. ▶ Déconseillés : anticoagulants, ALLOPURINOL ▶ Précautions avec : Phénytoïne</p>

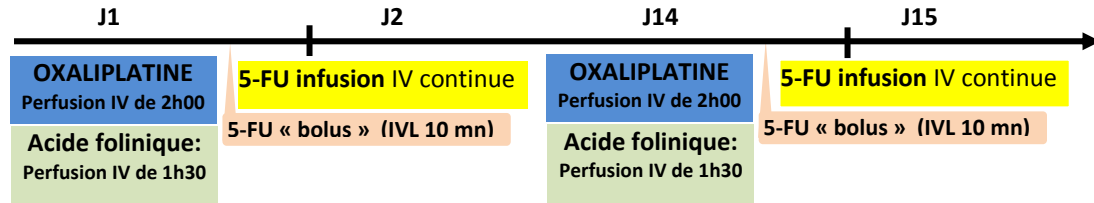
FOLFOX

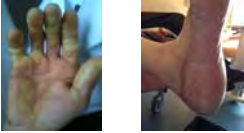


Ces effets sont fréquents mais non systématiques, d'intensité inconstante et variable en fonction des personnes.
 Cette liste n'est pas exhaustive, nous vous proposons de rester en contact avec l'oncologie référent de la pathologie de votre patient.

Effets indésirables	Conduite à tenir et Traitement
<p>Neuropathie sensitive aigue et/ou chronique : Très fréquente (85 à 95 %) - Dysesthésies ou paresthésies de l'extrémité des mains et des pieds (lors de l'exposition au froid). Blocages mandibulaires et paresthésies laryngées (rare)</p>	<p>▶ Traitement symptomatique de la neuropathie chronique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊖ GABAPENTINE (Neurontin[®]) ou ABALINE (Lyrica[®]) ⊖ AMITRIPTYLINE (Laroxyl[®])
<p>Toxicité digestive haute : moyennement émetisante (nausées, voire vomissements)</p>	<p>4- en traitement préventif : antiémétiques centraux : l'APREPITANT (EMEND[®] 80mg par jour) peut être prolongé jusqu'à 4 jours. si insuffisant, ajouter des corticoïdes (1mg/kg) ou des antiémétiques de type SETRON (ex. ZOPHREN[®] ou KYTRIL[®])</p> <p>5- si nécessaire : antiémétiques prokinétiques (ex. MOTILYO[®], VOGALENE[®], PRIMPERAN[®]) toutes les 4 heures au besoin.</p> <p>6- en cas d'échec : anxiolytiques de type Benzodiazépines ou Neuroleptiques (ex HALDOL[®] 3gouttes 4 fois par jour)</p> <p>En cas de vomissements non contrôlés par le traitement médical : <u>Hospitalisation pour hydratation IV</u></p>
<p>Diarrhées : 20 à 30%</p>	<p>▶ Traitements symptomatiques: SMECTA[®], TIORFAN[®] +/- LOPERAMIDE au domicile</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊖ Hospitalisation si : diarrhée fébrile, persistante (>48h), profuse (avec déshydratation, retentissement hémodynamique) ou associée à une aplasie (PNN<500)
<p>Mucite : fréquente</p>	<p>▶ traitement préventif :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊖ un brossage régulier avec une brosse à dents douce. ⊖ Bains de bouche 3 à 4 fois par jour au Bicarbonate (solution à 1,4%) <p>▶ traitement curatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊖ L'adjonction de XYLOCAINE Visqueuse aux bains de bouche peut apporter un soulagement. ⊖ Les antibiotiques ne sont généralement pas nécessaires. ⊖ Les antifongiques locaux et généraux seront utiles en cas de mycose surajoutée. <p>Les antalgiques par voie générale pourront être nécessaires, dont les paliers 3 dans certains cas. Les morphiniques à libération immédiate seront à privilégier.</p>
<p>Neutropénie PNN sont susceptibles d'être au plus bas environ 8 à 10 jours après la chimiothérapie</p>	<p>▶ Contrôle de la NFS avant chaque cure</p> <p>▶ En cas de température t° > 38,5°C une NFS doit être réalisée en urgence</p> <p>▶ 4 cas de figure :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊖ PNN<500/mm³ et t° > 38,5°C et mauvaise tolérance : <u>Hospitalisation</u> pour bilan bactériologique et antibiothérapie ⊖ PNN<500/mm³ et t° > 38,5°C et bonne tolérance : bilan bactériologique et antibiothérapie <u>Surveillance au domicile possible</u> après avis de l'équipe d'oncologie référente. A discuter au cas par cas. ⊖ PNN entre 500 et 1000/mm³ : <u>Surveillance au domicile possible</u> <p>Bilan bactériologique et antibiothérapie orale à large spectre (type AUGMENTIN+CIFLOX) à discuter, en accord avec l'équipe d'oncologie référente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊖ Les patients dont la numération est basse, asymptomatiques et apyrétiques, n'ont besoin ni d'être hospitalisés, ni d'antibiotiques.

FOLFOX



Anémie :	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Bilan d'anémie à réaliser (bilan martial, vitaminique, réticulocytes...). Prescription EPO exceptionnelle à discuter avec l'équipe d'oncologie référente. ▶ Indication de transfusion si Hg<8g/dl ou Hg>8g/dl et mauvaise tolérance clinique
Thrombopénie :	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Surveillance saignements ou apparition de pétéchies ▶ Transfusion plaquettaires si < 20.000 Pq ou saignement
Syndrome main-pieds/érythrodysesthésies - <u>mineur</u> : engourdissement, inconfort, - <u>majeur</u> : œdème, érythème douloureux, desquamation, ulcérations avec retentissement fonctionnel 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Conseils Hygiéno-diététiques : <ul style="list-style-type: none"> ⊖ Eviter l'exposition solaire, les douches et bains très chauds, les chaussettes et vêtements serrés, les traumatismes des mains et des pieds (jardinage, bricolage..) ▶ Hydratation locale : crèmes émollientes de type DEXERYL, cold cream, IALUSET
Toxicités cardiaques : - <u>rare</u> : troubles du rythme, douleurs angineuses	arrêt immédiat du traitement et consultation spécialisée
Asthénie :	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Nous recommandons que les patients tentent de rester le plus actif possible : l'exercice physique augmente la résistance à l'effort.
Interaction médicamenteuse :	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Contre Indications : Vaccin anti-marijuana et vaccins vivants atténués. ▶ Déconseillés: Phénytoïne, Métronidazole et Ornidazole, INF alpha, Inducteurs (RIFAMPICINE, CARBAMAZEPINE, PHENOBARBITAL, PHENYTOÏNE, Spécialités à base de millepertuis type : Arkogélules millepertuis, Arnica 4% crème, Biopur sommeil sachets, Cicaderma pommade, Complexe Lehning n°1, n°26, Ergycalm solution buvable, Milleriane, Mildac, Millprimum, Procalmil, Serimag, Zeniphyt ampoules buvables...) et les inhibiteurs (kétoconazole) du cytochrome CYP450 3A4 ▶ Précautions avec : anticoagulants (si indispensable, contrôle INR)

Ces fiches sont téléchargeables sur le site d'Oncomip www.oncomip.fr

Annexe 6 : Exemple de RCP

Réunion de Concertation Pluridisciplinaire : GYNÉCOLOGIE /
SÉNOLOGIE du 09/05/2012 Etablissement : CLINIQUE ORMEAU

Réseau Régional de Cancérologie de Midi-Pyrénées

Mme. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX - Né(e) le 03/07/1963 (48 ans)

Sein

Fiche discutée en RCP / verrouillée

Informations générales :

Dossier présenté par :XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Médecins présents : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Médecins du patient

XX

Tumeur primitive

03/04/2012 (Date diagnostic) **Sein : Sein SAI(code CIM10 : 50.9)** / Côté : **Droit** /
Circonstance de découverte : **Manifestation clinique**

Etat général

Examens

03/04/2012 **Mammographie**

Examen ACR4 à droite, ACR2 à gauche.

20/04/2012 **Radiographie pulmonaire + échographie abdominale**

Bilan d'extension mammaire. THORAX FACE PROFIL Transparence pleuro-parenchymateuse sensiblement normale. Aspect émoussé des culs de sac costodiaphragmatiques. Silhouette cardiomédiastinale normale. ECHOGRAPHIE ABDOMINALE Le foie n'est pas augmenté de volume, ses contours sont réguliers et son échostructure est homogène. Intégrité de la vésicule, des voies biliaires, du pancréas, du rétro péritoine médian et des deux reins.

Stade initial

Stade pathologique initial : **pT1cpN2Mx**

Anatomopathologie

06/04/2012 Type : **Biopsie** / Site : **Primitif** / Morpho : **Infiltrant : carcinome canalaire infiltrant / Grade Ellston et Ellis 3 / RE -/ RP -/ CERB2 : -/ Adicap : PHGSA7B2 PHGSGSG3 PHGSRPRN PHGSROEN PHGSHERN**

Carcinome canalaire infiltrant du sein droit, de grade 3 (3-3-3) de phénotype basal: RE(-); Ki 67 très élevé, HER2(-). Présence d'embolies lymphatiques.

(IDO : 100000879131)

Document édité par le logiciel MOCancersBis,

© Mediware -



Etablissement : CLINIQUE ORMEAU Réunion de Concertation
Pluridisciplinaire : GYNÉCOLOGIE / SÉNOLOGIE du 09/05/2012

Réseau Régional de Cancérologie de Midi-Pyrénées

Mme. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX - Né(e) le 03/07/1963 (48 ans)

Sein

26/04/2012 Type : **Pièce opératoire** / Site : **Primitif** / Morpho : **Infiltrant : carcinome canalaire infiltrant / Grade Ellston et Ellis 3** / Adicap : **OEGSA7B2 OEGSGSG3** / Qualité de la résection : **R0** / (Stade initial : **pT1cpN2Mx / 7 ganglions envahis / 12 ganglions enlevés** / Taille tumorale : **13mm**)

Carcinome canalaire infiltrant du quadrant supéro externe du sein droit, mesurant 13mm de grand axe, de grade 3 (3-3-3-). Présence de deux foyers carcinomateux distants de la tumeur initiale au niveau de la partie externe, mesurant 9 et 3mm de grand axe. Ces deux foyers sont histologiquement identiques à la tumeur principale. Présence d'une métastase de 5mm de grand axe au niveau du ganglion sentinelle principal sans effondrement capsulaire. Métastase au niveau d'un ganglion non sentinelle de 15mm de grand axe. Le reste du curage ganglionnaire axillaire a retrouvé 5 métastases sans effondrement capsulaire sur les 10 ganglions examinés. Il existe donc 7 métastases ganglionnaires en tout. Les recoupes inférieure et profonde sont saines. Classification TNM 2009 7 ème édition: pT1c pN2 R0 L0 P.S : Une étude des récepteurs hormonaux et du HER2 est en cours : Le résultat vous sera communiqué ultérieurement.

Prise en charge

23/04/2012 **Chirurgie : Mammaire (Mastectomie / Reconstruction : Non) / Ganglionnaire (Evidement)**

Mastectomie partielle du quadrant supéro-externe du sein droit avec curage axillaire complet et conservateur.

Consultations/Hospitalisations

Etat évolutif

Synthèse

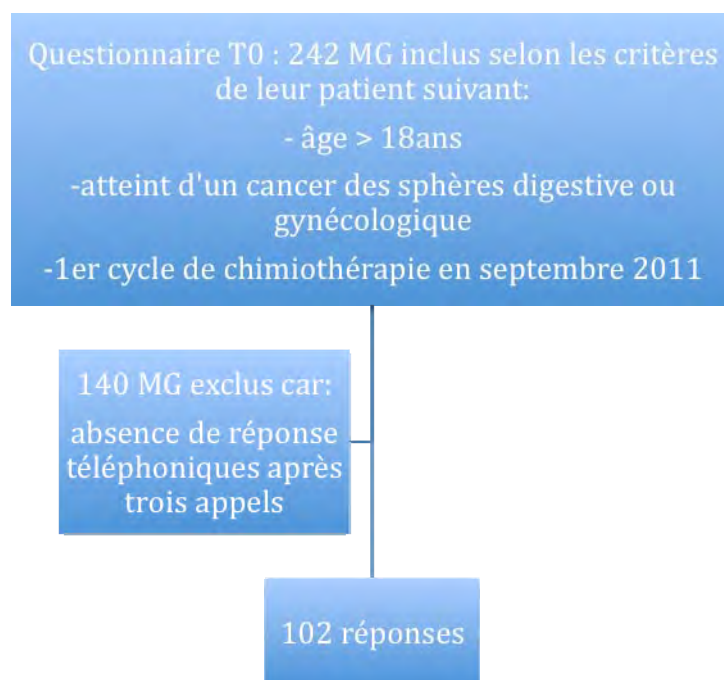
Compte rendu des RCP précédentes

17/04/2012 CLINIQUE ORMEAU (GYNÉCOLOGIE / SÉNOLOGIE)
Chirurgie (Mastectomie partielle avec curage)

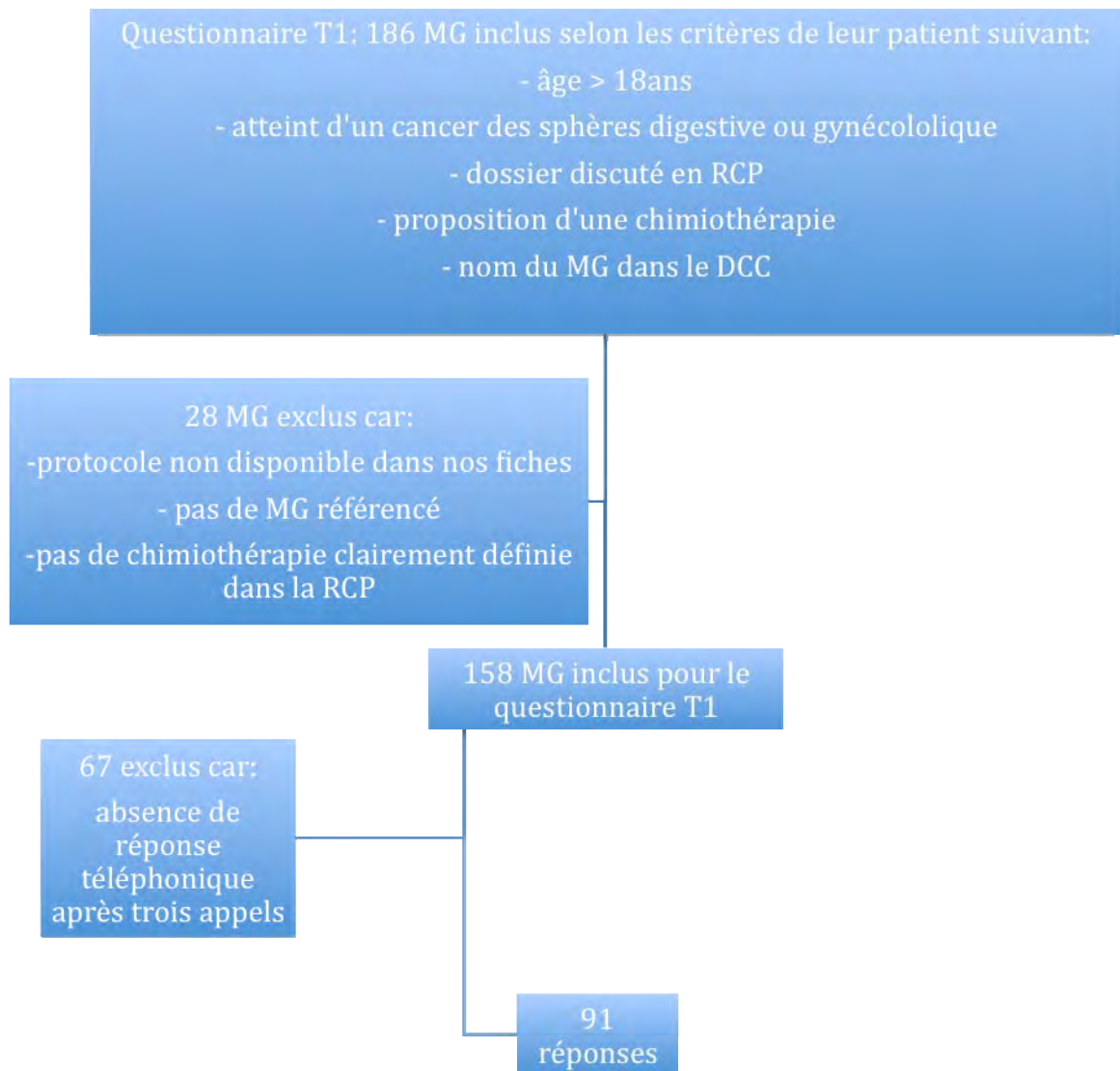
Proposition

09/05/2012 **Chimiothérapie (3 FEC + 3 TAXOTERE) / Radiothérapie (sein + aires ganglionnaires)**

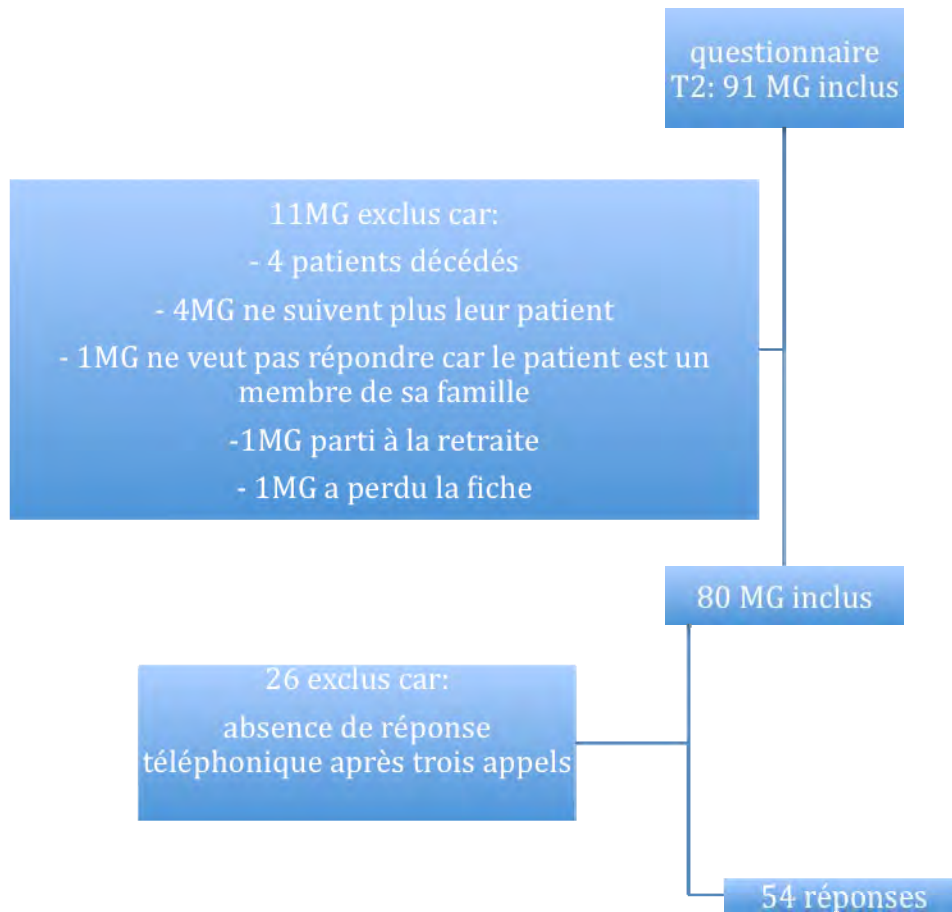
Annexe 7 : Organigramme du questionnaire T0 :



Annexe 8 : Organigramme du questionnaire T1 :



Annexe 9 : Organigramme du questionnaire T2 :



BACRIE Joy et LASSOUED Donia

Évaluation de fiches sur les effets secondaires des chimiothérapies anti cancéreuses à l'usage des médecins généralistes.

Ville et date de soutenance : Toulouse, le 30 octobre 2012

Le médecin généraliste a un rôle pivot dans la prise en charge du patient atteint de cancer. Les effets secondaires liés à la chimiothérapie sont un motif de consultation en médecine de premier recours. Un outil a été créé et envoyé auprès des médecins généralistes de la région Midi Pyrénées. Il se présente sous la forme de fiches (effets secondaires et conduite à tenir) par protocole de chimiothérapie. Cette étude interventionnelle, prospective et multicentrique a pour objectif d'évaluer l'utilité de cet outil en pratique quotidienne. Elle a été réalisée par l'intermédiaire de trois questionnaires téléphoniques successifs de décembre 2011 à août 2012, auprès de 193 médecins. Le taux global de réponses est de 55,75%. Plus de la moitié des médecins consultés pour un effet secondaire (57,14%) a utilisé cette fiche. Cet outil est considéré comme intéressant et pratique. Il est disponible en ligne sur le site du réseau Oncomip.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Mots clés : médecine générale, outil, fiche, effets secondaires, chimiothérapie, cancer, enquête prospective

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31 062 TOULOUSE Cedex 04 – France

Directeur de thèse : Madame le Docteur Marie-Ève ROUGÉ BUGAT