



UNIVERSITE DE LILLE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Suivi partagé des patients traités médicalement pour un
cancer broncho-pulmonaire : enquête quantitative auprès
des médecins généralistes des Hauts de France**

Présentée et soutenue publiquement le 12 décembre 2024
à 18h au Pôle Formation

Par Célia Kangbeni

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Alexis CORTOT

Asseseurs :

Monsieur le Docteur Anthony HARO Y MELGUIZO

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Dimitri HUET

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Sigles

ALD	Affection Longue Durée
CBP	Cancer broncho-pulmonaire
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DCC	Dossier Communicant en Cancérologie
DRESS	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
GHT	Groupement Hospitalier Territorial
HdF	Hauts de France
INCA	Institut National du Cancer
MG	Médecin généraliste
NSN	Nombre de sujets nécessaires
PPS	Plan Personnalisé de Soins
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

Sommaire

Avertissement.....	2
Remerciements	3
Sigles.....	8
Sommaire	9
Introduction.....	11
1 Epidémiologie	11
2 Projets régionaux et nationaux	11
2.1 Echelle nationale	12
2.2 Echelle régionale.....	12
3 Avancées thérapeutiques	13
4 Apports et but de l'étude.....	14
Matériel et méthodes	15
1 Design de l'étude.....	15
2 Population de l'étude	15
3 Méthode d'observation	15
4 Objectifs de l'étude	16
5 Analyses statistiques	17
5.1 Analyses univariées.....	17
5.2 Analyses bivariées.....	17
6 Cadre réglementaire.....	17
Résultats.....	18
1 Description de l'échantillon.....	18
2 Résultat principal.....	20
3 Résultats secondaires	20
3.1 Implication du MG dans le suivi.....	20
3.2 Communication entre l'équipe hospitalière et le MG	22
3.3 Utilisation des outils numériques de coordination.....	24
3.4 Difficultés et obstacles au suivi rencontrés par les MG	24
3.5 Lien entre la quantité d'informations reçues par les MG et leur sentiment d'être accompagné dans le suivi ?.....	27

3.6	Lien entre la distance du cabinet à l'hôpital de référence et le sentiment d'être suffisamment impliqué dans la prise en soins du patient ?	28
	Discussion	29
1	Résultat principal	29
2	Résultats secondaires	30
2.1	Un manque d'implication dans les étapes clés du suivi ?	30
2.2	Le médecin généraliste, un acteur plus personnel que les autres professionnels impliqués ?	31
2.3	Des lacunes dans le soutien et l'accès aux informations concernant les traitements ?	32
2.4	Une nécessité de canaux de communication plus solides et efficaces ?	33
2.5	Une implication influencée par la distance ?	35
3	Forces et limites de cette étude	35
	Conclusion	38
	Liste des tables	39
	Liste des figures	40
	Références	41
	Annexe 1	46
	Annexe 2	47
	Annexe 3	51
	Annexe 4	52
	Annexe 5	53

Introduction

1 Epidémiologie

En 2021, le cancer bronchopulmonaire (CBP) représentait le troisième cancer le plus fréquent en France, ainsi que la première cause de décès par cancer avec 30400 décès [1].

La région Hauts-de-France (HdF) est particulièrement touchée. En effet, il s'agit de la région de France métropolitaine possédant les taux d'incidence et de mortalité par cancer, quel que soit le type, les plus élevés. Entre 2007 et 2016, on estimait le nombre de nouveaux cas de CBP dans la région à 3734 par an. On notait une sur-incidence régionale de 21% chez les hommes par rapport à la France métropolitaine et une sous-incidence de 18% chez les femmes [2,3].

De plus, il est le cancer le plus meurtrier de la région occupant la première place chez les hommes et la troisième chez les femmes en termes de taux de mortalité : 26,4% de taux de mortalité chez les hommes et 9,4% chez les femmes. Là encore, la différence entre les genres au niveau régional est marquée : alors qu'il existe une surmortalité masculine régionale de 27% par rapport à la France métropolitaine, il existe une sous-mortalité féminine de 13%. [3].

Ces disparités se retrouvent au niveau départemental, le Nord et le Pas-de-Calais étant les plus touchés. De la même manière, il existe une surmortalité dans les territoires suivants : Lens, le Béthunois, le Valenciennois et le Boulonnais [4,5].

2 Projets régionaux et nationaux

Au regard des taux d'incidence et de mortalité, le cancer a fait l'objet de plusieurs projets nationaux et régionaux depuis deux décennies. Ils étaient axés sur des stratégies de prévention, de réduction des inégalités territoriales, d'accompagnement et sur le parcours de soins des patients atteints de cancer. On entend par parcours de soins :

« La prise en charge globale, structurée et continue des patients, au plus près de chez eux. »[6]

2.1 Echelle nationale

Les deux premiers plans Cancer (2003-2007 et 2009-2013) ont eu pour volonté de réaffirmer la place du médecin généraliste (MG) comme pivot dans la coordination de soins et la nécessité de son intégration dans le parcours du patient [7,8]. De ces projets sont nés les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP), le plan personnalisé de soins (PPS) et le dossier communicant de cancérologie (DCC).

L'institut National du Cancer (INCA) définit le DCC comme :

« Un service permettant à l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer de partager entre eux et avec le patient l'ensemble des documents médicaux. » [9]

Le PPS est un document remis au patient à l'issue de la RCP, résumant le projet thérapeutique décidé [10].

La RCP est une réunion regroupant au moins trois spécialités différentes, permettant :

« D'émettre la proposition de traitement la plus adaptée à chaque patient. » [11]

Le troisième plan Cancer (2014-2019) a insisté sur la nécessité d'amélioration de la communication entre l'hôpital et les professionnels de santé libéraux via le déploiement d'outils de communication numérique. Cette dernière idée est reprise dans l'actuelle stratégie décennale de lutte contre les cancers (2021-2030) qui a pour projet de recentrer le suivi du patient sur le binôme patient-médecin traitant [12,13].

2.2 Echelle régionale

Certains des axes présents dans les projets nationaux sont adaptés à l'échelle régionale. Dans le troisième plan Cancer, il était évoqué la possibilité de production de supports d'informations pour chaque type de cancer. Ils étaient à destination des MG, afin de les guider à différents moments clés de la prise en soins.

En ce sens, le réseau régional de cancérologie ONCO-HdF est en cours d'élaboration de fiches de recommandations sur l'utilisation des anti-cancéreux oraux et injectables, en collaboration avec d'autres réseaux régionaux. Ces fiches sont à destination des patients et des MG. Elles regroupent pour chaque molécule les effets indésirables possibles, des informations sur leur gestion, ainsi que leurs modalités de surveillance clinico-biologiques [14]. ([Annexe 1](#))

Le projet régional des HdF (2018-2023) a voulu réduire les inégalités territoriales et régionales liées au cancer [5]. Il a insisté sur la nécessité d'amélioration de la coordination de soins pour réorganiser le parcours des malades en ambulatoire. On y mentionne la création de programmes d'éducation thérapeutique en cancérologie pour l'accompagnement de la prise en soins ambulatoire, avec un accent mis sur les traitements anti-cancéreux.

3 Avancées thérapeutiques

Le CBP a fait l'objet d'avancées majeures en termes de thérapeutiques ces deux dernières décennies. Avec le développement des thérapies ciblées orales, le patient peut être amené à prendre son traitement à domicile. Concernant la chimiothérapie et l'immunothérapie, les injections intra-veineuses vont la plupart du temps avoir lieu en ambulatoire à l'hôpital, bien qu'elles se réalisent parfois au domicile. Ces avancées en oncologie thoracique ont provoqué un virage thérapeutique vers l'ambulatoire. Cela met en lumière la nécessité d'une coopération efficace entre l'équipe de soins hospitalière et les professionnels de santé libéraux, à fortiori le MG.

En 2001, Norman et al décrivaient trois schémas de soins reflétant une implication croissante du MG : [15]

- **Le suivi séquentiel** dans lequel la totalité des soins est effectuée par le spécialiste en oncologie ou le pneumologue
- **Le suivi en parallèle** dans lequel le MG est principalement impliqué dans les soins non liés au cancer
- **Le suivi partagé** dans lequel le MG va également gérer les symptômes liés au cancer et où les deux médecins sont en réelle collaboration

Bien que la place du MG et la volonté de tendre vers un schéma de suivi partagé chez les patients atteints de cancer soient au cœur des questionnements régionaux et

nationaux, en pratique on comprend qu'il soit parfois difficile pour le MG de trouver sa place au sein du trinôme patient / onco-pneumologue / MG. En effet, même si le suivi du patient se fait la majeure partie du temps de manière ambulatoire, ce dernier va fréquemment se rendre à l'hôpital et être en contact avec son médecin référent en cancérologie, pouvant parfois mener à une mise à l'écart du MG de son suivi. L'oncologue prenant alors le rôle d'interlocuteur privilégié [16,17].

Une récente analyse post hoc d'une étude de cohorte prospective française concluait en une augmentation en nombre et fréquence des consultations des patients chez leur MG, le trimestre avant le diagnostic de cancer et l'année qui le suivait. Toutefois, ils estimaient que 27% des patients pendant le trimestre précédant le diagnostic et 22% dans l'année qui le suivait expérimentaient une perte de continuité de soins avec leur MG [18].

4 Apports et but de l'étude

Le suivi du cancer en médecine de ville a fait l'objet de plusieurs études ces vingt dernières années. Certaines interrogeaient les MG, d'autres les oncologues ou les patients. Plusieurs études qualitatives ont été réalisées sur le sujet. Beaucoup d'entre elles ont eu lieu à l'étranger comme au Royaume-Uni, au Danemark, en Australie ou au Canada, donc dans des systèmes de soins différents du notre. Certaines ont été réalisées en France, se concentrant sur une région précise.

Dans cette étude, l'auteure a voulu s'intéresser plus précisément au suivi du CBP en soins primaires dans la région HdF. Un travail de recherche plus récent permettrait de prendre en compte les progrès qui ont été faits ces dernières années à la suite des différents projets successifs, ainsi que les modifications apportées par les nouvelles thérapeutiques.

Le but de cette étude était d'évaluer le degré d'implication ressenti par les MG des HdF dans le cadre du suivi partagé de leur patient sous traitement médicamenteux pour un CBP.

Les objectifs secondaires étaient de déterminer les raisons pour lesquelles les MG ont été sollicités par leur patient dans le suivi, les informations qu'ils ont pu recevoir de l'équipe de cancérologie, de même que les difficultés qu'ils ont pu rencontrer afin de dégager des pistes d'amélioration.

Matériel et méthodes

1 Design de l'étude

Il s'agissait d'une étude quantitative, descriptive, observationnelle et transversale.

2 Population de l'étude

La population cible correspondait aux MG installés en libéral dans la région HdF et suivant au moins un patient en cours de traitement pour un CBP. Les critères d'inclusion étaient :

- D'être MG
- D'être installé dans la région HdF
- D'avoir dans sa patientèle au moins un patient ayant un CBP
- Ce patient devait bénéficier d'un traitement médicamenteux : immunothérapie et/ou thérapie ciblée et/ou chimiothérapie

Les critères d'exclusion étaient les MG n'étant pas installés en libéral (activité salariale unique, MG remplaçants, internes), ne suivant pas de patient atteint de CBP au moment de répondre au questionnaire ou dont le traitement n'avait pas de composante médicamenteuse (chirurgie ou radiothérapie exclusives).

3 Méthode d'observation

Les MG ont été interrogés via un questionnaire anonyme réalisé sur le serveur Lime Survey® mis à disposition par l'Université de Lille (

[Annexe 2](#)). Celui-ci a été diffusé de plusieurs manières :

- Envoi par courriel aux maitres de stage universitaires de la faculté de Lille
- Envoi par adresse électronique sécurisée professionnelle disponible sur l'annuaire Apicrypt®
- Annonce sur les sites du Conseil de l'Ordre des médecins des départements

- Envoi par courriel aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) de la région pour diffusion aux médecins adhérents
- Diffusion sur les groupes de remplacement sur les réseaux sociaux
- Appel des secrétariats de cabinets médicaux
- Dépôt d'un QR code renvoyant au questionnaire dans les boîtes aux lettres de cabinets médicaux de la métropole Lilloise et de la Pévèle (cabinets choisis pour leur proximité géographique avec le lieu d'habitation ou de stage de l'auteure).

Le recueil des données a duré du 23 mars 2023 au 23 mars 2024. Plusieurs relances ont été effectuées par courrier électronique et sur les réseaux sociaux au cours de cette période.

La région HdF comptait 4900 MG libéraux en 2022 [19]. La population cible de cette étude correspondait aux MG suivant au moins un patient ayant un CBP sous traitement médicamenteux. La taille de la population étudiée est donc inférieure à 4900, néanmoins celle-ci était difficilement estimable. Il avait donc été retenu le chiffre de 4900 comme taille de population cible. Le calcul de la taille de l'échantillon a été effectué avec le logiciel Raosoft®. Pour une marge d'erreur à 5% et un intervalle de confiance à 95%, la taille d'échantillon requise était de 357.

4 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer le degré d'implication ressenti par les MG des HdF dans le cadre du suivi partagé de leur patient sous traitement médicamenteux pour un CBP. Pour cela, le critère de jugement principal était le pourcentage de réponses positives à la question : « Vous sentez vous suffisamment impliqué dans la prise en charge de votre patient ? ».

Les objectifs secondaires étaient de déterminer les motifs pour lesquels les MG étaient sollicités en consultation par ces patients, le type d'informations reçues de la part de l'équipe de soins référente et les difficultés qu'ils rencontraient dans le suivi.

5 Analyses statistiques

Les données recueillies à l'aide du questionnaire ont été exportées dans un fichier sur le logiciel Excel®. Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Jamovi®. Certaines questions comportaient des données manquantes liées au fait que les questionnaires n'avaient pas été menés jusqu'au bout par le participant. Ces données manquantes étant peu nombreuses, il a été décidé de ne pas les inclure dans les analyses statistiques.

5.1 Analyses univariées

Les variables qualitatives, binaires ou discrètes avec très peu de modalités sont exprimées en effectif et pourcentage.

5.2 Analyses bivariées

L'indépendance entre deux variables qualitatives est testée à l'aide d'un test du Khi^2 . Il a été préféré au test exact de Fischer car il est plus puissant que ce dernier et donc plus apte à rejeter l'hypothèse que deux variables soient indépendantes. De plus, les effectifs étant nombreux, il était possible d'utiliser le test du Khi^2 .

6 Cadre réglementaire

Cette étude a fait l'objet d'une exonération de déclaration relative au règlement général sur la protection des données le 21 février 2023 ([Annexe 3](#)). Il n'a pas été effectué de déclaration au comité de protection des personnes dans la mesure où cette étude n'interrogeait pas les patients.

L'étude a été uniquement financée par l'auteure.

Résultats

1 Description de l'échantillon

La Figure 1 représente le diagramme de flux.

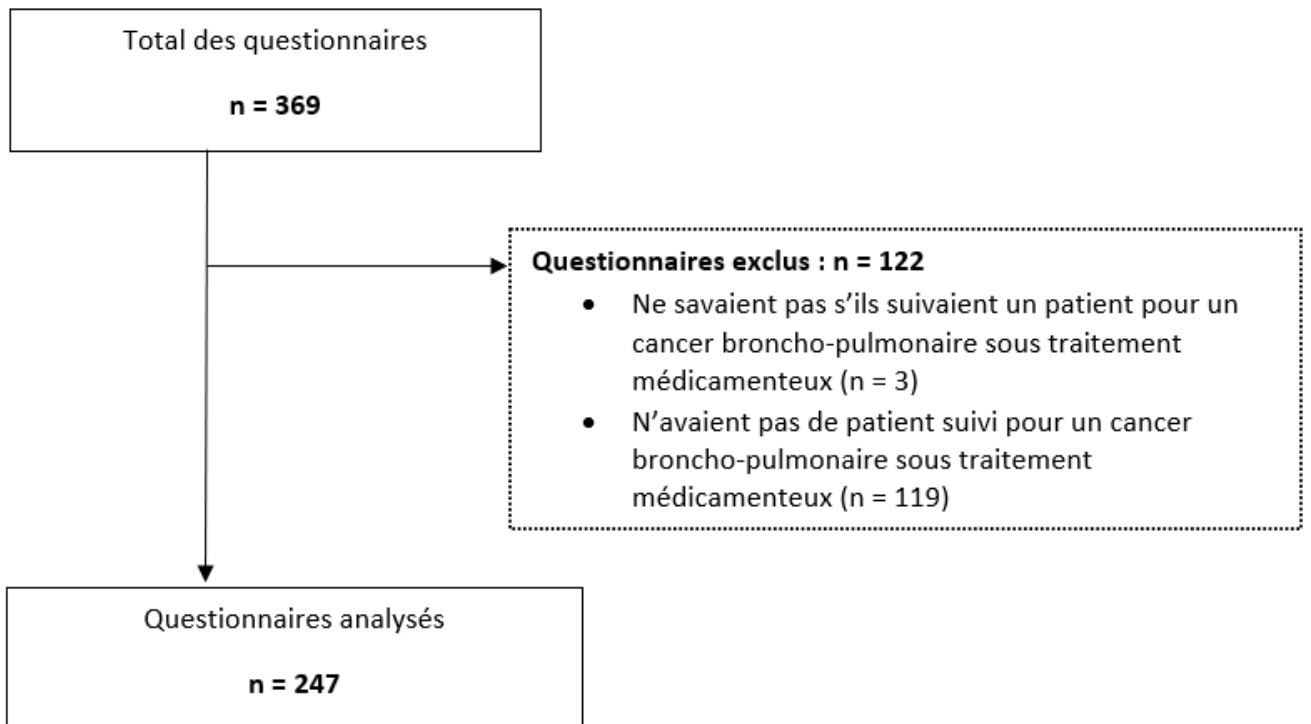


Figure 1: Flow Chart des participants à l'étude

La Figure 2 représente la répartition des répondants selon leur groupement hospitalier territorial (GHT) d'appartenance. Au moins 33,19% des participants exerçaient dans le Pas de Calais, 39,3% dans le département du Nord, seulement 20,08% en Picardie. De plus, 5,68% appartenaient au GHT Dunkerquois et Audomarois qui se situe à cheval entre les départements du Nord et du Pas de Calais. 4 MG ne connaissaient pas leur GHT d'appartenance (Annexe 4).

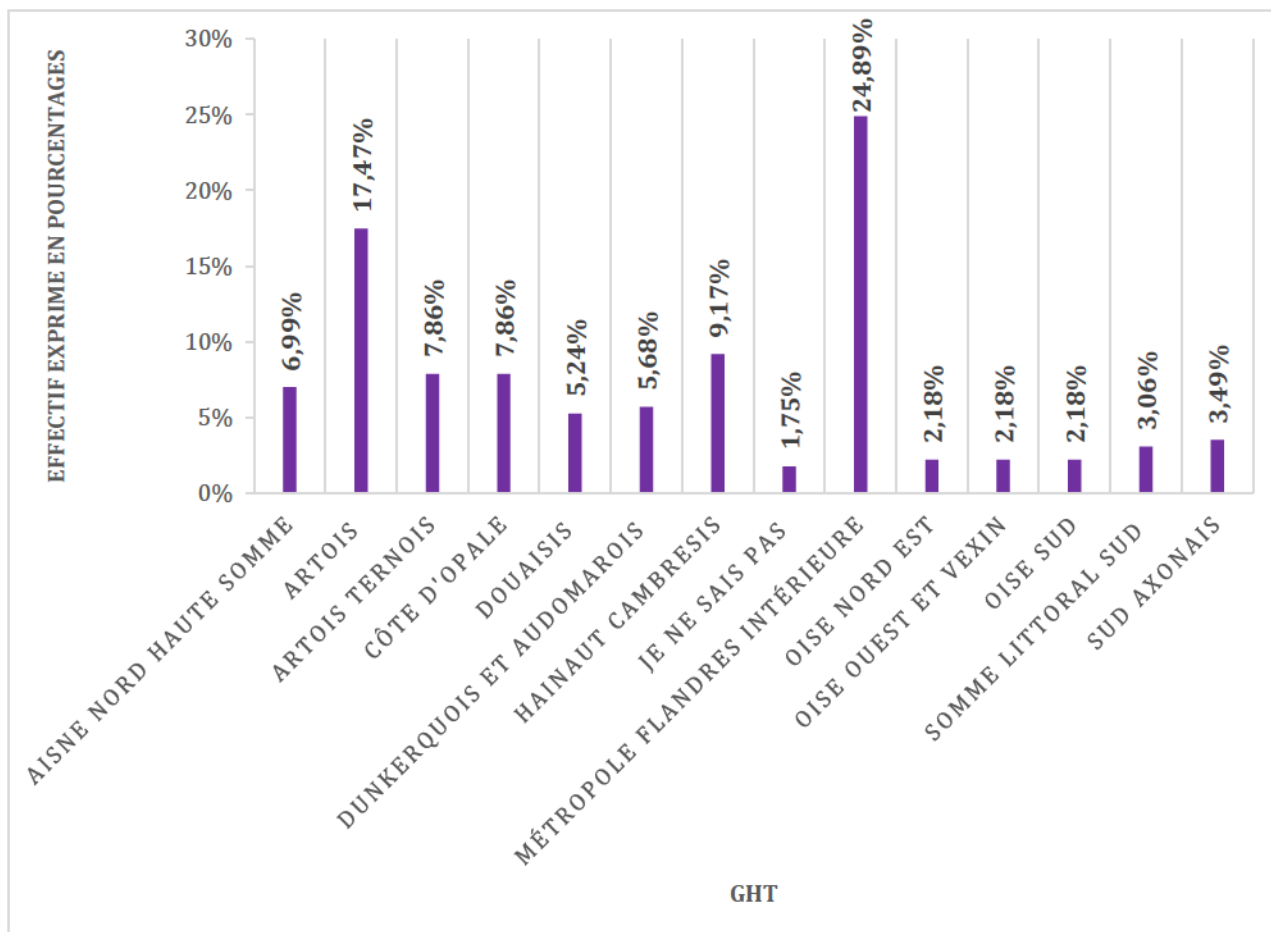


Figure 2 : GHT d'appartenance des MG participants

La Figure 3 présente la distance séparant le lieu d'exercice des MG et leur hôpital de référence.

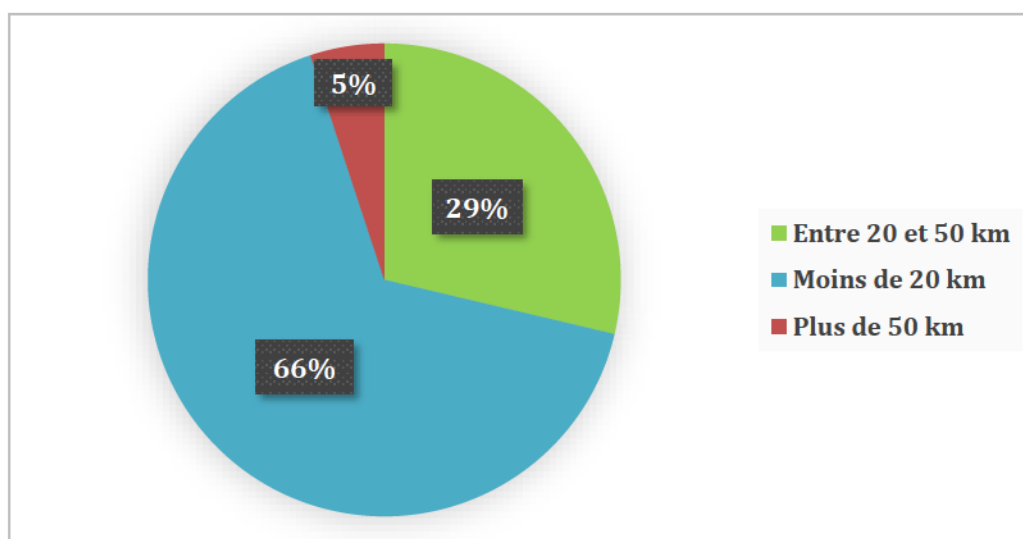


Figure 3 : Répartition selon la distance entre le lieu d'exercice et l'hôpital de référence

2 Résultat principal

61% (n=138) des MG trouvaient qu'ils étaient suffisamment impliqués dans le suivi de leur patient atteint d'un CBP. ([Figure 4](#))

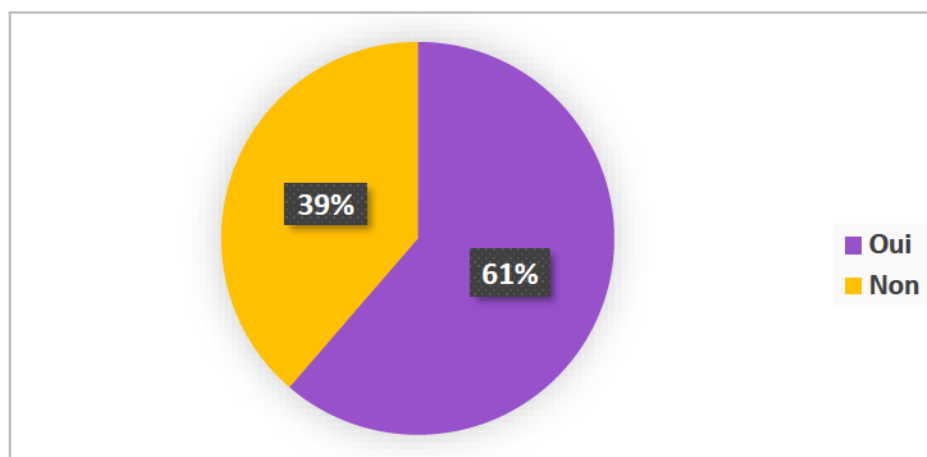


Figure 4 : Ressenti de l'implication des MG dans le suivi de leur patient comme étant suffisante

3 Résultats secondaires

3.1 Implication du MG dans le suivi

La [Figure 5](#) présente les différentes phases de suivi auxquelles les MG ont été impliqués.

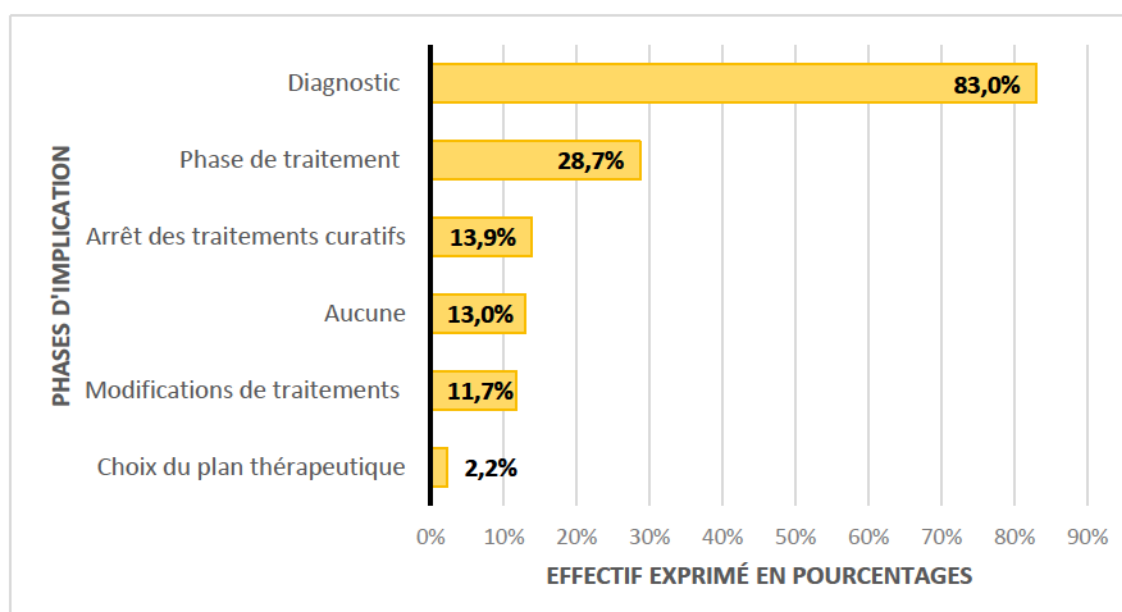


Figure 5 : Effectif des MG impliqués aux différentes phases de suivi de leur patient

90,8% des médecins (n=207) n'avaient pas été conviés à la RCP. 30,7% (n=70) estimaient ne pas avoir le temps d'y assister. 5,3% (n=12) ne souhaitaient pas y assister. Certains rapportaient comme limite à leur participation le fait que ce soit un temps professionnel non rémunéré.

La Figure 6 présente le pourcentage de MG ayant vu leur patient atteint de cancer en consultation.

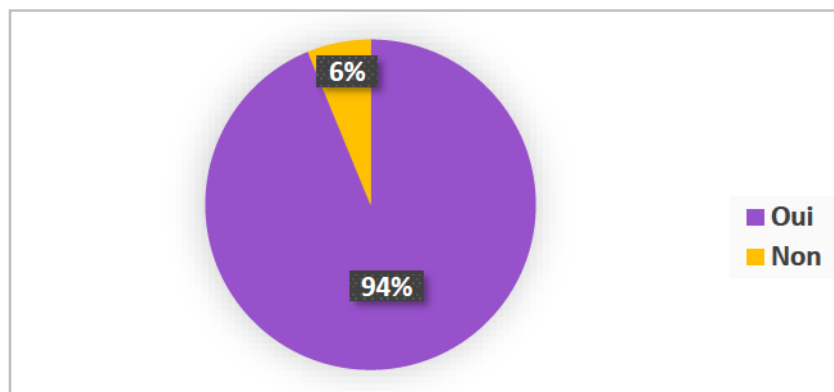


Figure 6 : Pourcentage des MG sollicités en consultation par leur patient

Les patients consultaient les médecins interrogés pour différentes pathologies ([Figure 7](#)). 80% (n=169) des MG voyaient leurs patients pour des consultations en lien avec le cancer. 85% (n=180) étaient sollicités par leurs patients pour des motifs liés à une pathologie chronique autre et 83% (n=175) pour des pathologies aiguës intercurrentes. Un MG pouvant évidemment recevoir son patient pour plusieurs de ces pathologies.

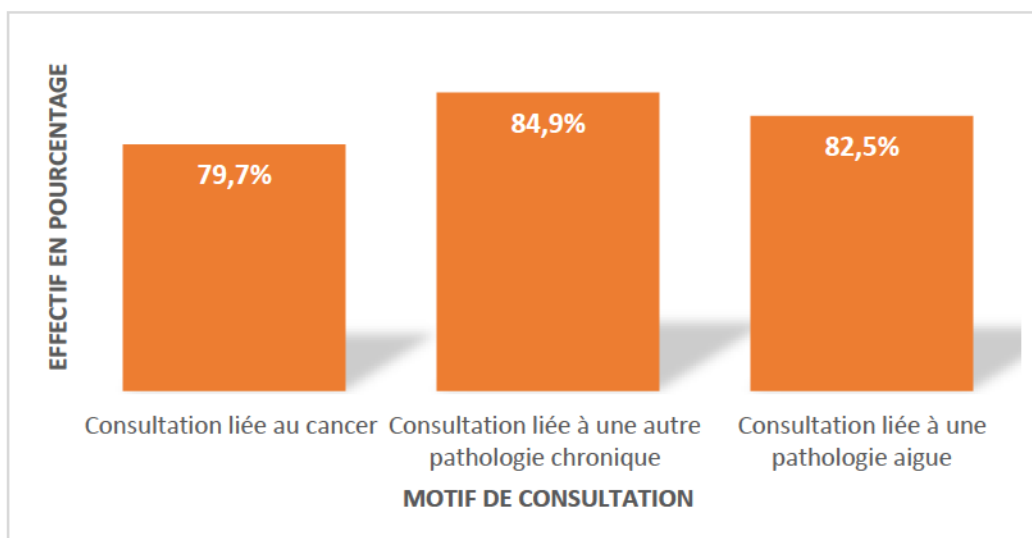


Figure 7 : Pathologies pour lesquelles les MG étaient sollicités en consultation par leurs patients

La [Figure 8](#) présente les différents motifs de consultation en lien avec le cancer. Les quatre domaines les plus fréquemment abordés par les patients étaient par ordre décroissant : les aspects administratifs, les aspects psychologiques, la gestion de la douleur et la survenue d'effets indésirables des traitements. Ont été considérés comme faisant partie des tâches administratives la déclaration en affection longue durée (ALD), la réalisation d'arrêt de travail ou une consultation pour une demande de mi-temps thérapeutique.

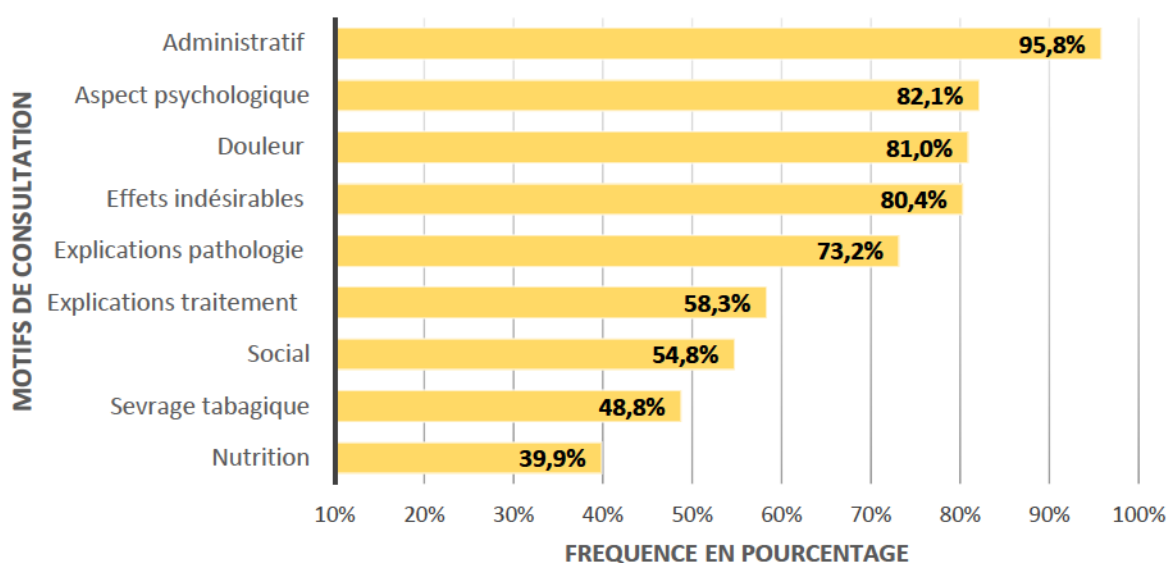


Figure 8 : Histogramme des motifs de consultation en lien avec le CBP pour lesquels les MG ont été sollicités

Parmi les 135 participants qui ont été sollicités pour la gestion d'effets indésirables, 82% (n=111) utilisaient des sources informatiques pour les guider (telles que le VIDAL®, les recommandations de la Haute Autorité de Santé ou la réalisation de bibliographie). 80% (n=108) utilisaient leurs connaissances médicales personnelles. 29% (n=39) avaient recours au médecin référent du patient pour recueillir son avis et les aider dans la conduite à tenir. Enfin, 12% (n=16) s'aidaient d'un guide de gestion des effets indésirables remis par le centre de soins du patient.

3.2 Communication entre l'équipe hospitalière et le MG

La Figure 9 présente le type d'informations reçues par le MG de la part de l'oncologue ou pneumologue référent. La réponse 'Traitement' correspond au type de traitement reçu par le patient : chimiothérapie / immunothérapie / thérapie ciblée.

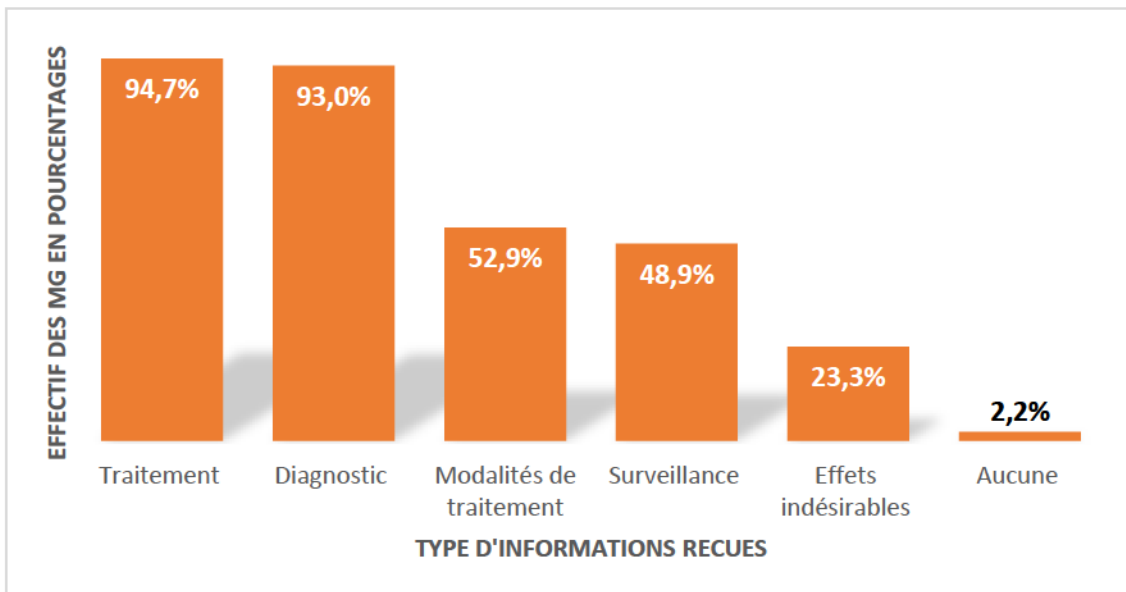


Figure 9 : Pourcentage des MG ayant reçu chaque type d'information par l'équipe de soins référente en oncologie

Concernant la manière de contacter un interlocuteur médical directement (le médecin référent ou un autre médecin de l'équipe) : 11% (n=26) avaient un numéro de téléphone direct, 7% (n=16) une adresse mail directe. 6,6% (n=15) avaient à la fois une adresse mail ainsi qu'un numéro de téléphone direct. 75% (n=170) n'avaient reçu aucun des deux. 7 médecins précisaient en commentaire libre avoir reçu le numéro du secrétariat et 17 médecins le numéro de téléphone du service hospitalier.

La [Figure 10](#) présente le pourcentage de médecins jugeant la quantité d'informations reçues de la part de l'équipe de soins hospitalière comme suffisante pour un suivi optimal de leur patient.

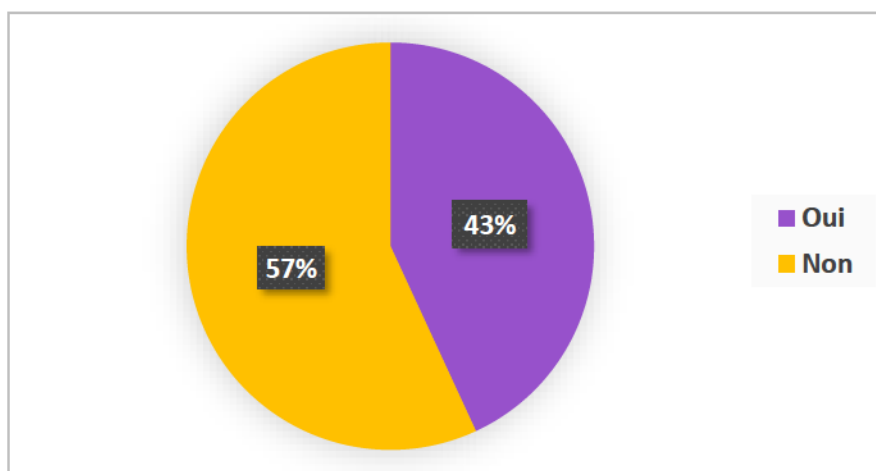


Figure 10 : Quantité d'informations reçues par le MG de la part de l'équipe de soins jugée comme suffisante

Parmi les MG considérant manquer de certaines informations nécessaires, 85,2% (n=109) manquaient d'informations sur les modalités de suivi de leur patient. 69,5% (n=89) avaient besoin d'informations sur les modalités de traitement et 60,9% (n=78) nécessitaient des informations sur le pronostic de la maladie. Seuls 4,7% (n=6) avaient besoin d'informations sur le diagnostic. Dans les commentaires libres certains relevaient le manque d'informations plus particulièrement sur les effets indésirables.

3.3 Utilisation des outils numériques de coordination

La Table 1 présente l'accès aux outils numériques de coordination. Parmi les répondants ayant accès à au moins l'un des deux outils (DCC ou PPS), 11 personnes ne l'utilisaient pas.

Table 1 : Effectifs et pourcentages de l'accès aux outils de coordination de soins par les MG

	Effectif n	Pourcentage %
Accès au DCC seul	5	2,2%
Accès au PPS seul	14	6,2%
Accès au PPS et DCC	13	5,8%
Aucun accès	193	85,8%

3.4 Difficultés et obstacles au suivi rencontrés par les MG

La Figure 11 présente le pourcentage de MG se sentant suffisamment accompagnés dans le suivi de leur patient.

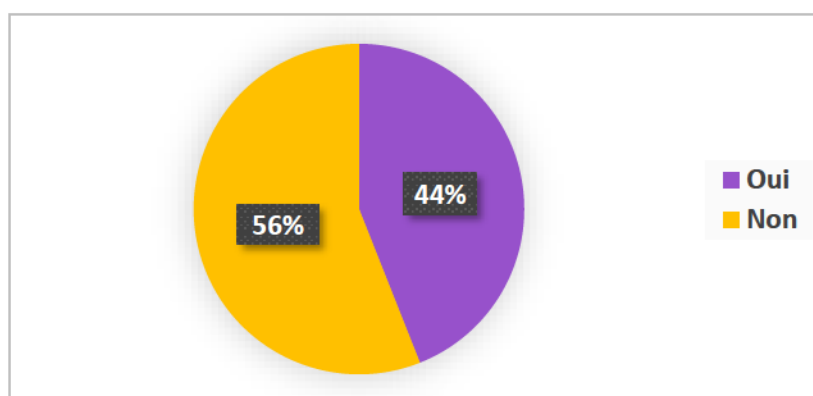


Figure 11 : MG se sentant suffisamment accompagnés dans le suivi de leur patient

Parmi ces 126 MG ne se sentant pas suffisamment accompagnés, la raison évoquée par 65,7% (n=85) d'entre eux était le manque d'accès aux outils numériques de coordination comme le DCC ou le PPS.

59,5% (n=75) estimaient que cela était dû à une absence de coordonnées permettant de joindre le médecin référent du patient de manière plus directe. De la même manière, 38,1% (n=48) trouvaient que le médecin référent était peu joignable : soit un manque de réponse ou des réponses jugées trop tardives. Enfin, 41,3% (n=52) évoquaient le manque d'informations reçues de la part de l'équipe de soins référente.

La Figure 12 présente les principales difficultés rencontrées par les MG dans le suivi de leur patient.

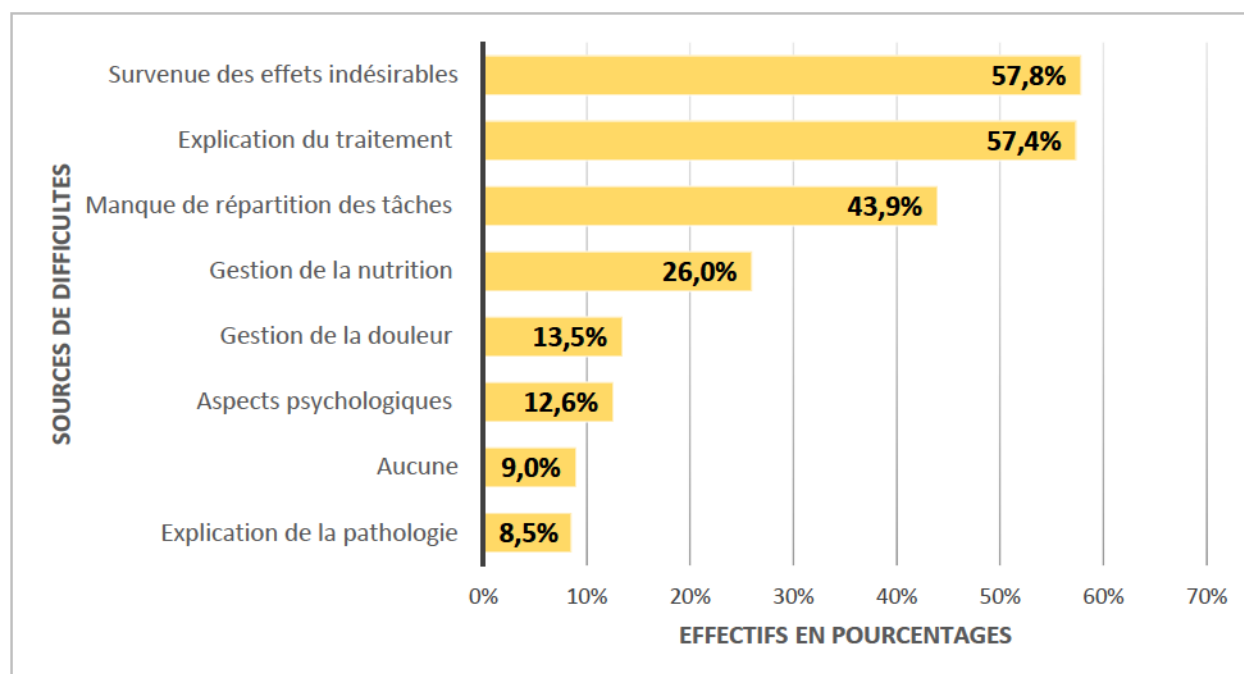


Figure 12 : Difficultés rencontrées par les MG dans la gestion du cancer

La Figure 13 présente les domaines dans lesquels des améliorations pourraient être envisagées pour optimiser le suivi des patients.

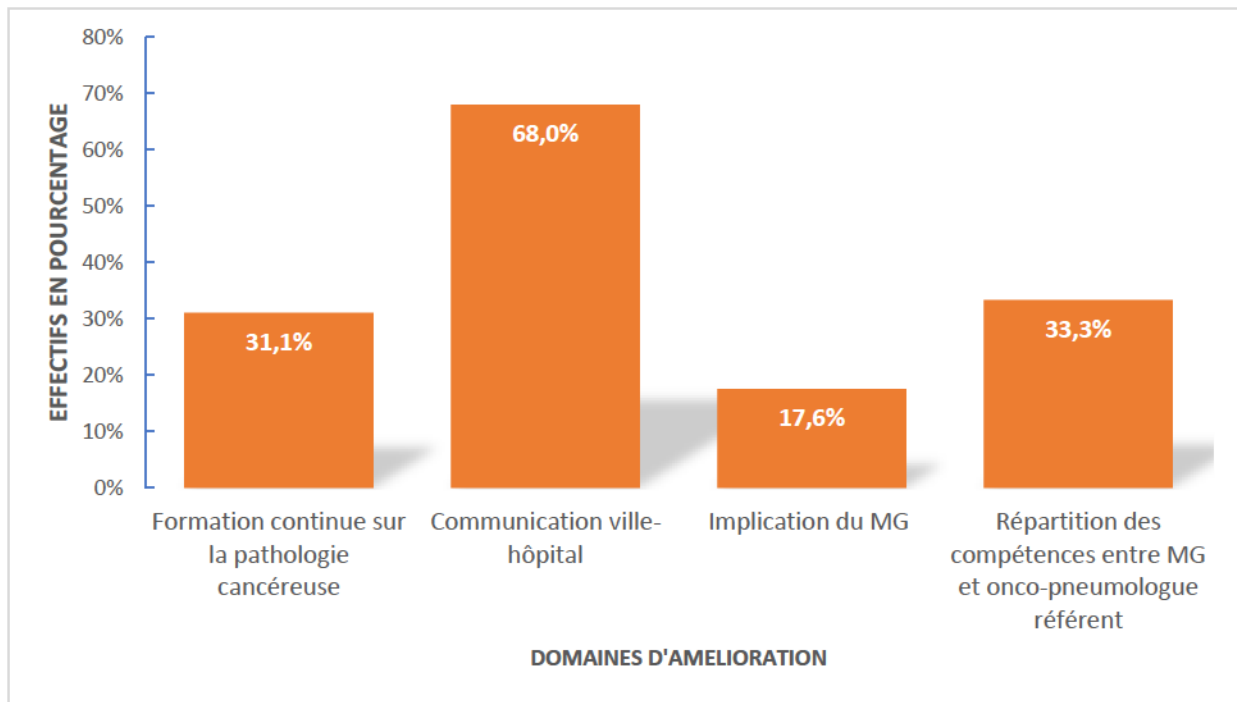


Figure 13 : Domaines nécessitant une amélioration pour optimiser le suivi

Pour cette question les médecins ont pu compléter les réponses par un commentaire libre, certains seront détaillés ci-dessous.

Concernant la formation continue, les sujets plébiscités par 10 MG étaient les modalités de surveillance des traitements médicamenteux, à fortiori les effets indésirables possibles et leur gestion, ainsi que sur les traitements anti-cancéreux plus récents comme l'immunothérapie.

Quant à la communication, la difficulté majeure rapportée était celle du retard de réception des informations et notamment des courriers d'hospitalisation et de consultation. De plus, 20 MG déploraient une communication uniquement impersonnelle via les plateformes numériques ou les courriers et un manque de communication plus directe par téléphone ou de visu.

Au sujet de l'implication du MG, 12 souhaitaient être conviés à la RCP de leur patient. De plus, certains précisaient être intéressés par une implication plus importante du MG sous réserve d'une rémunération plus spécifique pour ces nouvelles missions. 3 médecins avaient l'impression d'être complètement mis à l'écart du suivi du patient une fois cancer diagnostiqué et d'être à nouveau seul face au patient une fois que la situation se dégradait ou lors de l'arrêt des traitements curatifs.

3.5 Lien entre la quantité d'informations reçues par les MG et leur sentiment d'être accompagné dans le suivi ?

La [Table 2](#) présente un tableau de contingence entre les variables 'Quantité d'informations reçues jugée comme suffisante' et 'Sentiment d'accompagnement suffisant'.

Table 2 : Tableau de contingence entre la quantité d'informations reçues et le sentiment d'accompagnement des MG dans le suivi

		Quantité d'informations reçues suffisante		Total	
		Non	Oui		
Sentiment d'accompagnement suffisant	Non	Effectif observé	95	31	126
	Oui	% par colonne	74.2%	32%	56%
Total	Non	Effectif observé	33	66	99
	Oui	% par colonne	25.8%	68%	44%
Total		Effectif observé	128	97	225

Le χ^2 calculé était de 40 avec un $p < 0,001$, cela permettrait d'affirmer que les différences entre les effectifs théoriques et observés n'étaient pas uniquement liées au biais d'échantillonnage. Ainsi, il existerait un lien entre la quantité d'informations reçues par les MG et leur sentiment d'être accompagné dans le suivi. La proportion des MG se sentant suffisamment accompagnés était significativement plus élevée chez les MG ayant reçu assez d'informations (68% vs 25,8%, $p < 0,001$).

Dans le groupe des MG ne se sentant pas suffisamment accompagnés, 25% estimaient avoir reçu assez d'informations tandis que 75% n'en avaient pas eu assez. Concernant ceux qui se sentaient suffisamment accompagnés, environ 70% avaient reçu une quantité suffisante d'informations, contre 30% qui n'en avaient pas eu assez. Ainsi, recevoir une quantité suffisante d'information favoriserait la sensation d'un accompagnement suffisant dans le suivi de leur patient. (Figure 14)

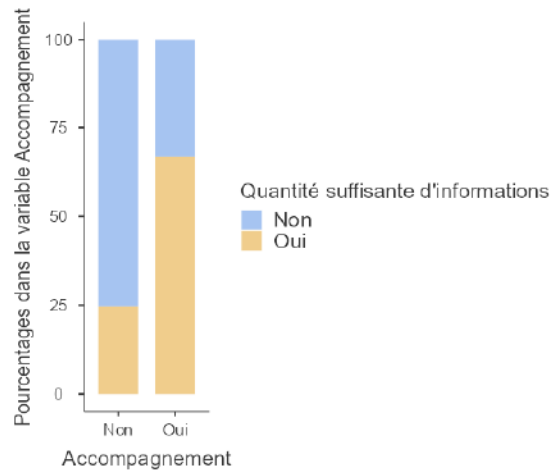


Figure 14 : Diagramme en barres empilées affichant la quantité d'informations reçues jugée comme suffisante ou non en fonction du groupe d'appartenance à un accompagnement suffisant ou non

3.6 Lien entre la distance du cabinet à l'hôpital de référence et le sentiment d'être suffisamment impliqué dans la prise en soins du patient ?

Table 3 : Tableau de contingence entre les variables distance du cabinet à l'hôpital de référence et le sentiment d'implication suffisante dans la prise en soins du patient

Distance entre le cabinet et l'hôpital de référence		Implication suffisante dans la prise en soins		Total	
		Non	Oui		
Moins de 20 km	Observé	54	94	148	
	% par ligne	36.5%	63.5%	100%	
Entre 20 et 50 km	Observé	29	37	66	
	% par ligne	43.9%	56.1%	100%	
Plus de 50 km	Observé	4	7	11	
	% par ligne	36.4%	63.6%	100%	
Total		Observé	87	138	225

Les effectifs observés sont similaires aux effectifs théoriques qui seraient retrouvés s'il n'y avait pas de lien entre l'implication des médecins dans la prise en soins et la distance séparant leur cabinet de l'hôpital de référence. (Table 3) Les différences observées seraient liées à des fluctuations d'échantillonnage plutôt qu'à l'existence d'un lien entre les deux variables étudiées.

Discussion

1 Résultat principal

Le but de cette étude était d'évaluer le degré d'implication ressenti par les MG des HdF dans le suivi partagé de leur patient bénéficiant d'un traitement médicamenteux pour un CBP. L'étude mettait en évidence que 61% des MG interrogés se sentaient suffisamment impliqués dans ce suivi. Bien qu'il s'agisse de la majorité des participants, ce pourcentage restait trop faible.

Ce résultat était difficilement comparable à ceux de la littérature car certaines études étaient qualitatives. Par exemple, en 2000, des MG de la région Aquitaine ont exprimé leur souhait d'être plus impliqués dans le traitement de leurs patients [20]. Dans une étude australienne de 2012, les MG participants se sont trouvés sous-impliqués dans la surveillance de leurs patients [21]. De la même manière, en 2014, des MG allemands ont trouvé que leur degré d'implication variait en fonction des phases de soins, de plus certains ont dit être à peine impliqués (« barely involved ») dans le suivi de leur patient [22].

Une étude française interrégionale de 2010 s'est intéressée aux MG exerçant dans les départements de l'Aisne, des Ardennes, de l'Aube, de la Marne et Haute Marne. Les participants ont été majoritairement favorables à une forte implication dans différents domaines de la prise en soins. Plus de 70% d'entre eux ont souhaité être impliqués dans le suivi thérapeutique et les soins ambulatoires et plus de 90% dans la surveillance post thérapeutique [23].

Même si tous ces résultats semblaient difficilement comparables entre eux, il apparaît que les MG ont toujours été favorables à une implication dans le suivi du cancer de leurs patients. Certains jugeant parfois qu'ils avaient été trop peu sollicités, ou souhaitant prendre part de manière plus active à certaines étapes clés.

2 Résultats secondaires

2.1 Un manque d'implication dans les étapes clés du suivi ?

Au cours de cette étude, les MG étaient 83% à être impliqués au moment du diagnostic. Ce qui coïncidait avec les résultats de précédentes études [24,25]. Ils n'étaient cependant qu'une minorité impliquée au cours de la phase de traitement, dans les décisions concernant les modifications ou arrêt des traitements. En effet, seuls 5 médecins (2,2%) étaient impliqués dans le choix du plan thérapeutique et notamment au cours de la RCP. Il s'agissait donc d'un taux inférieur à celui décrit précédemment en France au cours du rapport de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS) de 2017 (10% de participants parmi 1193 généralistes) [24].

90,8% des médecins de cette étude indiquaient ne pas avoir été conviés à la RCP de leur patient. L'un des principaux freins énoncés en commentaire concernant leur participation à la RCP était la difficulté à se dégager du temps ou la réception tardive de l'invitation empêchant d'anticiper la réunion afin de s'organiser au sein du cabinet. L'autre entrave relevée était celle de l'absence de rémunération, ne valorisant pas leur participation.

Leur participation aux RCP permettrait pourtant d'apporter des informations concernant le parcours de vie des patients (mode de vie, étayage familial, situation sociale et professionnelle, environnement, autres pathologies ou une éventuelle fragilité psychologique). Toutes ces informations semblent nécessaires afin de prendre en compte le patient dans sa globalité et lui proposer le traitement le plus adéquat. Il paraît donc primordial de tout mettre en œuvre pour faciliter l'intégration des MG à ces réunions [26].

Dans le but de contourner les difficultés organisationnelles, plusieurs études se sont intéressées à la possibilité de faire participer les MG via une visioconférence [26]. Afin que cette participation puisse être valorisée financièrement, certains médecins ont précédemment soumis l'idée de lui faire prendre la forme d'une télé-expertise ou de l'intégrer au sein de la Rémunération sur Objectif de Santé Publique [27,28].

Cette participation s'intègre pourtant déjà au sein du forfait structure, qui est une aide financière à destination des médecins libéraux. En effet, dans le volet 2 'Service

au patient', il existe un item 'Implication dans une démarche d'exercice coordonné' dans lequel la présence en RCP fait partie. Cette valorisation financière peut atteindre jusque 840€ pour cet item d'exercice coordonné [29]. Il existe également un système de rémunération de la participation aux RCP mis en place via le fond d'intervention régional de 2015. Cependant, celui-ci semble bénéficier aux médecins libéraux associés aux établissements de santé privés lucratifs et non lucratifs ainsi qu'aux radiothérapeutes et non pas aux médecins généralistes [30]. Cette question financière pose la limite de la rémunération à l'acte actuelle qui ne valorise pas le temps passé hors consultation au suivi global du patient et à l'organisation de son parcours de soins.

2.2 Le médecin généraliste, un acteur plus personnel que les autres professionnels impliqués ?

Bien que les MG se sentent parfois mis à l'écart, dans cette étude 94% d'entre eux avaient reçu au moins une fois en consultation leur patient au cours de leur suivi. Pour 80% d'entre eux ces consultations étaient en lien avec le cancer. Les motifs les plus fréquents étaient les suivants : demandes administratives (demande ALD, vie professionnelle), les aspects psychologiques, la gestion de la douleur. 80,4% des consultations concernaient la survenue d'effets indésirables des traitements.

Ces résultats coïncident avec ceux de l'étude de 2016 de Coindard et al au cours de laquelle les patients ont rapporté consulter leur MG principalement pour les motifs suivants : la gestion des effets indésirables, la gestion de maladies pré existantes, les aspects psychologiques et administratifs [31]. Dans une étude réalisée en 2024 les patients ont mis en avant le fait que leur MG était source d'informations supplémentaires et de reformulation. Le suivi avec leur généraliste y est décrit comme complémentaire de celui de l'onco-pneumologue [32].

Cette importance du MG sur le suivi psychologique a été plusieurs fois mise en avant au cours d'études interrogeant les oncologues ou les patients [33,34]. Les patients ont insisté sur leur relation singulière avec leur généraliste et notamment le sentiment d'écoute qu'il leur a procuré. Ils ont apprécié leur disponibilité et réactivité face aux urgences réelles ou ressenties [32].

Il apparaît que les MG sont sollicités à la fois pour la gestion de la maladie cancéreuse en elle-même mais surtout pour son retentissement sur tous les aspects

de la vie du patient et de ses proches. Cela renforce le rôle de proximité que peut prendre le MG auprès de ses patients.

2.3 Des lacunes dans le soutien et l'accès aux informations concernant les traitements ?

Le pourcentage de consultation pour la survenue d'effets indésirables était supérieur à celui retrouvé dans une précédente étude : seuls 55% des médecins ont géré des effets secondaires dans une étude de 2009 contre 80,4% dans cette étude [25]. Cette différence de résultats pourrait s'expliquer par le renforcement du rôle des MG dans la pathologie cancéreuse au fil des années.

Bien que l'apparition d'effets secondaires représentait un des motifs de consultation le plus fréquent, il s'agissait de l'aspect sur lequel les médecins semblaient être les moins informés. En effet, seuls 23% avaient reçu des informations à ce sujet et 61% estimaient manquer d'informations sur les modalités de traitement. Ces résultats concordent avec ceux des études précédentes [24,35]. Il en découle que 57,8% des médecins voyaient la gestion des effets indésirables comme la principale difficulté à laquelle ils devaient faire face. Pour contrer cela, ils avaient recours à plusieurs stratégies : la restitution de leurs connaissances personnelles, la bibliographie ou la sollicitation de l'avis de l'onco-pneumologue référent.

Dans cette étude, les médecins n'étaient pas interrogés sur leur connaissance de l'existence des fiches de recommandations de bonne pratique établies par les réseaux régionaux de cancérologie ou par l'INCA. Par ailleurs, seuls 16 d'entre eux avaient pu bénéficier d'un guide de gestion des effets indésirables remis par le centre de soins. Une étude réalisée en Midi Pyrénées en 2015 avait recueilli l'avis des MG sur des guides établis sur les effets indésirables (praticité, informations contenues). Elle avait évalué leur utilisation ou non du guide ainsi que sa capacité à leur procurer une réponse. Bien que peu de réponses avaient été obtenues au cours de cette étude, sur les 56% des médecins qui ont eu recours au guide, la totalité y a trouvé leur réponse. Il a semblé que l'utilisation des guides diminuerait le pourcentage d'hospitalisation des patients [35].

L'autre moyen mis en avant au cours de cette étude afin de pallier le manque d'informations sur les traitements était la formation continue. Les médecins interrogés

demandaient surtout des formations sur les modalités de surveillance des traitements, les effets indésirables et leur gestion ainsi que sur les nouvelles modalités de traitement, notamment l'immunothérapie.

2.4 Une nécessité de canaux de communication plus solides et efficaces ?

L'un des principaux problèmes que rencontraient les médecins au cours de ce suivi semblait être les difficultés de communication avec les équipes de soins hospitalières. En effet, 68% des médecins trouvaient que cette communication pouvait être améliorée. Seuls 43% jugeaient recevoir suffisamment d'informations pour prendre en soin leur patient. Le fait de ne pas recevoir assez d'informations pouvait leur procurer le sentiment de ne pas être suffisamment accompagnés dans ce suivi.

Ces difficultés de communication pouvaient prendre plusieurs formes : des difficultés à joindre les équipes de soins notamment l'onco-pneumologue référent du patient, du retard dans la réception des documents notamment les comptes rendus d'hospitalisation ou de consultation ainsi que l'absence d'accès aux outils numériques pourtant censés pallier ces difficultés. Pour 65,7% des médecins, avoir accès au DCC et au PPS leur permettrait de se sentir mieux accompagnés dans le suivi de leur patient. Ces résultats rejoignent ceux de l'étude de 2012 menée par Tardieu et al dans laquelle l'accès au DCC a été le moyen le plus cité pour améliorer la communication avec les équipes de cancérologie (par 86% des médecins) [36].

Le DCC est évoqué pour la première fois lors du premier plan Cancer en 2003. Il était décrit comme une plateforme numérique d'échange et de partage de documents pour les professionnels de santé impliqués dans le suivi d'un patient en cancérologie. Il apparaissait alors comme un moyen de contourner la latence de réception de certains comptes-rendus par les professionnels de ville et faciliter ainsi leur intégration et collaboration dans le suivi. Néanmoins, pour l'instant cet outil semble plutôt permettre l'organisation des RCP ainsi que l'harmonisation et la numérisation de leurs comptes-rendus [13,37]. De plus, la majorité des MG de cette étude n'avait pas accès au DCC, le rendant très peu utilisé par les professionnels de soins primaires. Il a pourtant initialement été créé dans le but de développer l'interface de communication entre les soins primaires et l'hôpital. Il semble donc nécessaire de poursuivre son déploiement afin qu'il puisse remplir entièrement sa fonction première.

Depuis presque 3 ans, la plateforme Mon espace santé a été créée en articulation avec le dossier médical partagé et la messagerie MS santé. Il s'agit d'un carnet de santé numérique dans lequel les comptes rendus médicaux sont déposés sur l'espace du patient. Le patient peut également ajouter des documents par lui-même. L'espace santé est automatiquement créé sauf en cas d'opposition du patient, il est toutefois nécessaire qu'il active son espace. Il revient également au patient de sélectionner les professionnels de santé auxquels il autorise l'accès à ses documents. En février 2024 (soit 2 ans après le début du service), 11 millions de français avaient activé leur profil [38]. En septembre 2024, on estimait le nombre de documents déposés dans Mon espace santé à 4,8 documents par habitants et par an dans la région HdF, dont 16% provenant de l'hôpital [39]. Bien que cet outil soit prometteur, il apparaît que le nombre de français ayant activé leur espace est trop faible. De plus, l'une des limites de ce service est qu'il est nécessaire que le patient autorise l'accès aux documents à son MG. Ainsi, si cette démarche n'a pas été effectuée, les documents sont accessibles uniquement par le patient.

Dans ce but d'amélioration du lien entre la ville et l'hôpital, une nouvelle plateforme numérique de santé nommée Prédice est en cours de déploiement dans la région depuis 2019. Sa mission est de renforcer la coordination et de mettre en relation les professionnels de santé. Elle intègre un dossier de coordination régional qui dans le cadre de la cancérologie permettrait de partager les comptes rendus entre tous les professionnels hospitaliers et libéraux participant au suivi du patient. Les professionnels pourraient également communiquer via un service de tchat sécurisé. Ce service semble prometteur afin de pallier les difficultés rapportées par les MG de cette étude [40].

Il apparaît pourtant que les missions de cette plateforme soient similaires aux missions initiales du DCC ainsi qu'à celles de Mon espace santé. Celle-ci étant régionale, elle sera peut-être plus facilement déployée sur le territoire afin de devenir un outil quotidien. La multiplication de ces différents outils numériques ces dernières années peut paradoxalement rendre plus difficile leur utilisation par les professionnels de ville, ne sachant pas forcément quelle plateforme privilégier parmi celles existantes. Il a été choisi de ne pas interroger les médecins de cette étude sur leur connaissance de l'existence de Prédice, il pourrait être utile de s'y intéresser dans le futur.

2.5 Une implication influencée par la distance ?

Une étude australienne de 2008 a comparé le rôle des MG auprès de leur patient atteint d'un cancer colorectal en fonction de leur lieu d'exercice : urbain, rural ou reclus. Il est apparu que tous les MG étaient impliqués lors des phases de diagnostic, en post opératoire, dans le suivi, sur le plan psychosocial et lors des soins palliatifs. Il est cependant ressorti que les médecins ruraux ou isolés étaient plus grandement impliqués dans le suivi en général et notamment dans la coordination de soins, le soutien psychologique et dans les traitements [41].

Dans cette étude, il n'était pas mis en évidence de lien entre la distance séparant le cabinet des MG et leur degré d'implication dans le suivi de leurs patients. L'auteure avait émis l'hypothèse initiale que plus les MG étaient éloignés du centre référent plus ils avaient tendance à se débrouiller seuls et être plus impliqués dans le suivi, l'accès au centre étant plus compliqué. Une seconde hypothèse pouvait être que plus ils étaient éloignés des centres référents, moins les professionnels se connaissaient entre eux, diminuant ainsi l'intégration des MG au suivi.

Afin de développer la question du lien entre la distance et l'implication dans le suivi il pourrait être intéressant de recueillir d'avantages de réponses de médecins dont le cabinet est situé à une plus grande distance de l'hôpital référent.

3 Forces et limites de cette étude

L'un des points fort de cette étude est d'avoir un nombre de participants conséquent ayant permis à la taille d'échantillon d'atteindre le nombre de sujets nécessaires (NSN). Le calcul du NSN a été effectué en prenant comme taille de population étudiée le nombre total de MG libéraux de la région HdF. La population cible correspondait cependant aux MG suivant un patient avec un CBP sous traitement médicamenteux au moment de l'étude. N'ayant pas réussi à déterminer la taille exacte de cette population cible, il a été choisi d'effectuer le calcul du NSN de cette manière. Cela afin d'être certains d'atteindre le NSN qui aurait été calculé avec notre population cible réelle.

Ceci est néanmoins à nuancer. En effet, parmi les 247 questionnaires analysés correspondant à ceux des médecins ayant un patient suivi pour un CBP, 22

questionnaires étaient incomplets. Ils ont été analysés mais il a été décidé de ne pas inclure les données manquantes dans les analyses statistiques ce qui fait qu'il n'y avait pas autant de réponses totales à toutes les questions.

De plus, l'autre atout majeur de cette étude réside dans les différentes méthodes de recrutement utilisées, dans le but d'atteindre une représentativité de tous les MG de la région. De cette manière les réponses de MG aux profils différents ont pu être recueillies : exerçant dans différents territoires de la région, exercice en milieu rural, urbain ou semi-urbain, exerçant seul ou en groupe, maître de stage universitaire ou non, appartenant à une CPTS ou non. Les médecins n'étaient pas interrogés sur leur type d'exercice au cours du questionnaire.

Dans l'échantillon obtenu il y avait une sous-représentation des MG exerçant en Picardie. Ce biais de recrutement s'explique par le fait que l'auteure appartenant à l'Université de Lille a pu avoir accès aux mails des maîtres de stage universitaires de la faculté. L'auteure a également été confrontée à des refus de diffusion du questionnaire ou des absences de réponse par des CPTS situées en Picardie, limitant ainsi le nombre de médecins ayant eu accès au questionnaire. Il y avait également une minorité de médecins installés à plus de 50 km de leur centre hospitalier de référence.

Associé à la méthode de recrutement, il y a un biais de sélection de type biais de volontariat. En effet, le questionnaire était introduit par un texte explicatif de la recherche. Il se peut donc que les personnes volontaires pour y répondre soient des médecins plus intéressés ou plus sensibles à la cancérologie que ceux qui n'ont pas souhaité y participer. Il aurait pu être judicieux d'ajouter une question sur la participation à des formations continues sur le thème de la cancérologie ou sur la réalisation d'un stage orienté vers la cancérologie au cours de la formation initiale. Cela aurait pu permettre de mettre en lumière ce phénomène. Il est difficile de spéculer sur le sens d'influence de ce biais sur le résultat principal. On peut imaginer que certains médecins plus sensibles à la cancérologie voudront s'impliquer plus pour leur patient et jugeront donc cette implication actuelle comme non suffisante. Tout comme ils pourraient se sentir suffisamment impliqués car plus enclins à gérer certains aspects du suivi.

Plusieurs relances ont été effectuées notamment par mail, cela représente une des limites de cette étude. En effet, il se peut que certaines personnes ayant déjà répondu au questionnaire y aient répondu à nouveau en recevant la relance.

Il a été choisi de diffuser un questionnaire composé majoritairement de questions fermées (à choix unique ou multiple). Le but était de favoriser la participation en ayant un temps de réalisation du questionnaire le plus court possible et ainsi recueillir un maximum de réponses. Ceci a pu entraîner un biais de réponse car les médecins pouvaient être influencés par les propositions formulées dans le questionnaire. Afin de limiter ce biais des propositions 'Autre' avaient été ajoutées pour que les participants puissent compléter, préciser leur réponse ou soumettre d'autres réponses quand ils jugeaient que les propositions ne leur convenaient pas. Ces réponses libres sont très difficiles à interpréter dans une étude quantitative. Il a été décidé d'en ajouter certaines dans la partie 'Résultats' et 'Discussion' qui étaient jugées comme pertinentes ou complémentaires des autres résultats mais elles restent à interpréter avec prudence.

Cette étude était une étude épidémiologique descriptive, observationnelle. Il s'agit donc d'une étude de niveau 4 soit avec un faible niveau de preuve scientifique.

Enfin, il a été fait en sorte de respecter un maximum de critères de la grille STROBE lors de l'élaboration et la rédaction de ce travail. Celle-ci est disponible en [Annexe 5](#).

Conclusion

La grande majorité des MG interrogés dans cette étude a participé à certaines phases du suivi de leurs patients et les ont reçus en consultation. Si les différents professionnels impliqués s'accordent sur la nécessité d'un suivi partagé et d'une bonne collaboration entre les onco-pneumologues et les MG, il persiste néanmoins des obstacles limitant la pleine intégration du MG au suivi.

Des pistes ont été mises en évidence dans cette étude afin d'améliorer la collaboration et le soutien des MG dans le suivi des patients atteints de CBP. Il semble notamment primordial de poursuivre le développement des plateformes numériques telles que le DCC. Ceci dans le but d'obtenir une communication plus efficace, en veillant toutefois à ne pas multiplier les différents outils. De même, bien que de nombreux outils semblent être créés afin de faciliter la gestion des traitements anti-cancéreux oraux, ceux-ci sont encore peu connus et donc peu utilisés des MG et gagneraient à être promus. D'autres axes seraient intéressants à développer comme promouvoir la participation des médecins généralistes aux RCP, ceci en rendant leur organisation compatible avec les contraintes de l'exercice libéral notamment en termes d'anticipation et de durée.

Il apparaît ainsi que l'organisation du suivi partagé et la collaboration entre les différents professionnels de santé impliqués dans le suivi d'un patient souffrant d'un cancer est complexe. Tous les professionnels ayant des compétences et contraintes différentes qu'il est nécessaire de prendre en compte. Il serait intéressant de compléter cette étude par un travail de recherche qualitative. Celle-ci pourrait se faire via l'organisation de *focus group* rassemblant les professionnels de ville et hospitaliers impliqués afin de cerner leurs attentes respectives et discuter des moyens d'améliorer la collaboration en pratique quotidienne.

Liste des tables

Table 1 : Effectifs et pourcentages de l'accès aux outils de coordination de soins par les MG	24
Table 2 : Tableau de contingence entre la quantité d'informations reçues et le sentiment d'accompagnement des MG dans le suivi.....	27
Table 3 : Tableau de contingence entre les variables distance du cabinet à l'hôpital de référence et le sentiment d'implication suffisante dans la prise en soins du patient.....	28

Liste des figures

Figure 1: Flow Chart des participants à l'étude.....	18
Figure 2 : GHT d'appartenance des MG participants.....	19
Figure 3 : Répartition selon la distance entre le lieu d'exercice et l'hôpital de référence	19
Figure 4 : Ressenti de l'implication des MG dans le suivi de leur patient comme étant suffisante	20
Figure 5 : Effectif des MG impliqués aux différentes phases de suivi de leur patient	20
Figure 6 : Pourcentage des MG sollicités en consultation par leur patient	21
Figure 7 : Pathologies pour lesquelles les MG étaient sollicités en consultation par leurs patients	21
Figure 8 : Histogramme des motifs de consultation en lien avec le CBP pour lesquels les MG ont été sollicités	22
Figure 9 : Pourcentage des MG ayant reçu chaque type d'information par l'équipe de soins référente en oncologie.....	23
Figure 10 : Quantité d'informations reçues par le MG de la part de l'équipe de soins jugée comme suffisante	23
Figure 11 : MG se sentant suffisamment accompagnés dans le suivi de leur patient	24
Figure 12 : Difficultés rencontrées par les MG dans la gestion du cancer	25
Figure 13 : Domaines nécessitant une amélioration pour optimiser le suivi	26
Figure 14 : Diagramme en barres empilées affichant la quantité d'informations reçues jugée comme suffisante ou non en fonction du groupe d'appartenance à un accompagnement suffisant ou non	28

Références

- [1] Panorama des cancers en France - édition 2024 - Ref: PANOKFR2024 n.d. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Panorama-des-cancers-en-France-edition-2024> (accessed October 29, 2024).
- [2] Incidence et mortalité départementales et régionales (2007-2016) - Incidence et mortalité des cancers n.d. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Incidence-et-mortalite-des-cancers/Incidence-et-mortalite-regionales-et-departementales> (accessed October 29, 2024).
- [3] Feuille de route régionale cancer : 56 actions pour réduire l’impact des cancers dans nos vies 2022. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/feuille-de-route-regionale-cancer-56-actions-pour-reduire-limpact-des-cancers-dans-nos-vies-0> (accessed June 3, 2024).
- [4] Diagnostic territorialisé des Hauts-de-France – Territoires de proximité n.d. <http://or2s.fr/index.php/publications/746-prs2> (accessed October 29, 2024).
- [5] Le Projet régional de sante Hauts-de-France 2018-2028 n.d. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-hauts-de-france-2018-2028> (accessed August 6, 2022).
- [6] DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Parcours de santé, de soins et de vie. Ministère Trav Santé Solidar n.d. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie> (accessed September 21, 2024).
- [7] Le Plan cancer 2003-2007 - Les Plans cancer n.d. <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer/Le-Plan-cancer-2003-2007> (accessed April 9, 2023).
- [8] Les Plans cancer - Stratégie de lutte contre les cancers en France n.d. <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer> (accessed November 4, 2024).
- [9] Le dossier communicant de cancérologie - Parcours de soins des patients n.d. <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Le-dossier-communicant-de-cancerologie> (accessed June 3, 2024).

- [10] Parcours de soins personnalisé du patient : les outils - Parcours de soins des patients n.d. <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Les-outils> (accessed June 3, 2024).
- [11] Le parcours de soins - ONCORIF 2017. <https://www.oncorif.fr/patients/le-parcours-soins/> (accessed September 23, 2024).
- [12] Plan Cancer 2014-2019 - Ref: PLANKPNRT14 n.d. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019> (accessed August 6, 2022).
- [13] La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 - Stratégie de lutte contre les cancers en France n.d. <https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/La-strategie-decennale-de-lutte-contre-les-cancers-2021-2030> (accessed August 6, 2022).
- [14] Voie orale fiche onco hdf. ONCO Hauts Fr n.d. <https://www.onco-hdf.fr/boite-a-outils/voie-orale/> (accessed June 1, 2023).
- [15] Norman A, Sisler J, Hack T, Harlos M. Family physicians and cancer care. Palliative care patients' perspectives. *Can Fam Physician* 2001;47:2009.
- [16] Aubin M, Vezina L, Verreault R, Fillion L, Hudon E, Lehmann F, et al. Family Physician Involvement in Cancer Care Follow-up: The Experience of a Cohort of Patients With Lung Cancer. *Ann Fam Med* 2010;8:526–32. <https://doi.org/10.1370/afm.1171>.
- [17] 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. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-7-19>.
- [18] Hurtaud A, Aubin M, Ferrat E, Lebreton J, Paillaud E, Audureau E, et al. Continuity of care in general practice at cancer diagnosis (COOC-GP study): a national cohort study of 2853 patients. *Br J Gen Pract* 2019;69:e88–96. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X700805>.
- [19] Démographie médicale en Hauts-de-France - Plateforme Sanitaire & Sociale | Hauts-de-France n.d. <http://www.pf2s.fr/actualites/sante/829-demographie-medicale-en-hauts-de-france> (accessed February 21, 2024).

- [20] Dagada C, Mathoulin-Pélissier S, Monnereau A, Hoerni B. [Management of cancer patients by general practitioners. Results of a survey among 422 physicians in Aquitaine]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983 2003;32:1060–5.
- [21] Mitchell GK, Burridge LH, Colquist SP, Love A. General Practitioners' perceptions of their role in cancer care and factors which influence this role. *Health Soc Care Community* 2012;20:607–16. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01075.x>.
- [22] 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* 2014;31:209–14. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmt088>.
- [23] Nguyen Tan D, Vincent P, Lamberth F, Robles V, Cure H. Prospects in oncology for general practitioners inter-regional 2010 survey. *Bull Cancer (Paris)* 2011;98:1143–52. <https://doi.org/10.1684/bdc.2011.1450>.
- [24] Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques n.d. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/suivi-des-patients-atteints-de-cancer-les-generalistes-favorables> (accessed November 4, 2024).
- [25] Bungener M, Demagny L, Holtedahl K, Letourmy A. La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ? : *Prat Organ Soins* 2009;Vol. 40:191–6. <https://doi.org/10.3917/pos.403.0191>.
- [26] Druel V, Gimenez L, Tachousin P, Boussier N, Bauvin E, Pascale G, et al. Adapting patients' oncological treatment through remote participation of general practitioners in multi-disciplinary consultation meetings: A feasibility study. *Eur J Gen Pract* 2022;28:15–22. <https://doi.org/10.1080/13814788.2021.2003775>.
- [27] Pype P, Mertens F, Belche J, Duchesnes C, Kohn L, Sercu M, et al. Experiences of hospital-based multidisciplinary team meetings in oncology: An interview study among participating general practitioners. *Eur J Gen Pract* 2017;23:155. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1323081>.
- [28] Collotte G. La télé-expertise : moyen de participer aux RCP d'oncologie pour les médecins généralistes du Nord. Université de Lille (2022-...), 2024.

- [29] Forfait structure 2024 pour le généraliste. RecoMédicales 2022. <https://recomedicales.fr/cabinet/forfait-structure/> (accessed October 16, 2024).
- [30] Circulaire n° SG/2015/152 du 28 avril 2015 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2015 - APHP DAJDP n.d. <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-sg2015152-du-28-avril-2015-relative-aux-modalites-de-mise-en-oeuvre-du-fonds-dintervention-regional-en-2015/> (accessed November 14, 2024).
- [31] Coindard G, Barrière J, Vega A, Patrikidou A, Saldanha-Gomes C, Arnould P, et al. What role does the general practitioner in France play among cancer patients during the initial treatment phase with intravenous chemotherapy? A qualitative study. *Eur J Gen Pract* 2016;22:96–102. <https://doi.org/10.3109/13814788.2015.1126821>.
- [32] Frêche B, Brillard R, Brenot A, Archambault P, Poupin E. Vécu de patients dans la prise en soin d'une néoplasie par leur médecin généraliste. Étude qualitative de narrations de cas. *Bull Cancer (Paris)* 2024;111:930–43. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2024.07.003>.
- [33] Yvonne H. Sada MD, Richard L. Street Jr P, Hardeep Singh MD, Rachel E. Shada MHR, Aanand D. Naik MD. Primary Care and Communication in Shared Cancer Care: A Qualitative Study. *Am J Manag Care* 2011;17.
- [34] Engler J, Kone I, Holmberg C, Baumann W, Siebenhofer A, Güthlin C. Oncologists' views on the importance of general practitioners for cancer patients: a qualitative interview study from Germany. *Fam Pract* 2017;34:730–4. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz044>.
- [35] 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* 2015;23:3473–80. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2705-x>.
- [36] Tardieu É, Thiry-Bour C, Devaux C, Ciocan D, de Carvalho V, Grand M, et al. Place du médecin généraliste dans le traitement du cancer en Champagne-Ardenne. *Bull Cancer (Paris)* 2012;99:557–62. <https://doi.org/10.1684/bdc.2012.1574>.
- [37] Rapports d'enquêtes et rapports d'activité. ONCO Hauts Fr n.d. <https://www.onco-hdf.fr/le-reseau/rapports-dactivites/> (accessed November 4, 2024).

- [38] 2 ans de Mon espace santé : le carnet de santé numérique déjà activé par 11 millions de Français 2024. <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2024-02-292ansdemonespacesante> (accessed November 7, 2024).
- [39] Les chiffres clés du déploiement du Ségur du numérique en santé. Agence Numér En Santé n.d. <https://esante.gouv.fr/segur/transparence> (accessed November 7, 2024).
- [40] Prédice - Ma santé Hauts-de-France. fr 2019. https://www.predice.fr/portail_usager/ (accessed June 1, 2023).
- [41] Hanks H, Veitch PC, Harris MF. A rural/urban comparison of the roles of the general practitioner in colorectal cancer management. *Aust J Rural Health* 2008;16:376–82. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2008.01019.x>.
- [42] Cécile G. Atlas des groupements hospitaliers de territoire n.d.
- [43] Field N, Cohen T, Struelens MJ, Palm D, Cookson B, Glynn JR, et al. Strengthening the Reporting of Molecular Epidemiology for Infectious Diseases (STROME-ID): an extension of the STROBE statement. *Lancet Infect Dis* 2014;14:341–52. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(13\)70324-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(13)70324-4).

PRINCIPALES INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES 1,3

Niveau	Médicaments concernés	Nature de l'interaction médicamenteuse (inefficacité)
Contre-indication	Millepertuis	↳ Concentration (C ¹) plasmatique de l'osimertinib
Association déconseillée	Inducteurs du CYP3A4 Carbamazépine, phénytoïne, rifampicine Substrats de la BCRP Rosuvastatine	↳ C ¹ plasmatique de l'osimertinib (inefficacité)
Précaution d'emploi	Substrats du P-gp Atorvastatine, bisoprolol, ciclosporine, colchicine, dabigatran, digoxine	↳ C ¹ Substrats (toxicité)

A prendre en compte
Phytothérapie, tisanes, huiles essentielles
A évaluer au cas par cas à l'aide des bases de données disponibles (ex : **HEBDINE**)

BCRP : protéine de résistance du cancer du sein ; P-gp : glycoprotéine-P

Interactions à évaluer en considérant la liste complète des traitements associés, y compris en automédication
D'autres interactions peuvent exister (liste non exhaustive) - Contactez votre OMEEDIT ou votre CRPV en cas de question

GESTION DES PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES (EI) 1,4

Conduite à tenir

Toxicité

Cutanée et du tissu sous-cutané
Atteinte cutanée, sécheresse de la peau, prurit, rash.
Conseils hygiéniques (voir fiche patient).
Antalgiques ± antihistaminiques ± émoullissants ± dermocorticoïdes ± traitement des surinfections selon la sévérité⁴.
Avis spécialiste pour adaptation du traitement ou suspension selon sévérité (voir § 4.2 du RCP).

Péripharynx

Conseils hygiéniques (voir fiche patient). Surveillance clinique adaptée.

Gastro-intestinale

Règles hygiéno-diététiques (voir fiche patient).
Réhydratation et traitement symptomatique selon sévérité ± anti-infectieux selon étiologie⁴.
Avis spécialiste pour adaptation du traitement ou suspension si grade ≥ 3 (augmentation de nombre de selles ou plus/jr par rapport à l'état initial ; voir § 4.2 du RCP) + surveillance (NFS, fièvre).

Stomatite

Règles hygiéno-diététiques (voir fiche patient).
Antalgiques, bains de bouche ± anti-infectieux selon gravité⁴.
Avis spécialiste pour adaptation du traitement ou suspension si grade ≥ 3 (douleur, érythème diffus, ulcération confluyente, alimentation liquide) ; voir § 4.2 du RCP).

Général

Conseils hygiéniques (voir fiche patient).
Avis médical en cas d'écoulement persistant au-delà de 15 min de compression des narines ou en cas d'altération de l'état général (pâleur, tachycardie, sueurs, hypotension).

Hématologique

Leucopénie, lymphopénie, neutropénie, thrombopénie
Surveillances biologique et clinique adaptées (voir page 1).
Avis spécialiste pour adaptation ou suspension si grade ≥ 3 (GB < 1 G/L, PNN < 1 G/L, Plaquettes < 50 G/L ; voir § 4.2 du RCP).

Pour les toxicités énumérées ci-dessus de grade ≥ 3 : interruption du traitement jusqu'à résolution ou retour à l'état initial ou à un grade 0-2 dans un délai de 3 semaines, puis reprise à la même dose ou à une dose inférieure.
Si absence d'amélioration de l'effet indésirable de grade 3 ou plus après l'interruption du traitement dans un délai de 3 semaines, arrêt définitif du traitement (voir § 4.2 du RCP).



D'autres EI peuvent survenir : diminution de l'appétit, abopécie, urticaire, syndrome main-pied, pneumopathie interstitielle diffuse, allongement de l'intervalle QTc...

(liste non exhaustive, voir RCP).

Pensez à déclarer tout effet indésirable à votre CRPV et/ou à les contacter en cas de question.

Voilà la « fiche Patient » correspondante pour les conseils spécifiques à donner aux patients

Pour plus d'information, se reporter aux sources suivantes (consultées le 14/12/2021) : 1 - RCP ; 2 - RCP ANSM ; 3 - Théaurus IM de l'ANSM 10/2020 ; 4 - Fiches « Aide à la prise en charge des EI chimio-induits » et carnet de suivi disponibles sur www.omeeditbretagne.fr ou www.omeedit-normandie.fr

Annexe 1

Osimertinib TAGRISSO®

Fiche Professionnels de santé
V2, décembre 2021

MÉCANISME D'ACTION ET INDICATIONS AMM 1

- Thérapeutique ciblée : inhibiteur irréversible des récepteurs du facteur de croissance épidermique (EGFR) porteurs de la mutation activatrice (EGFRm) et de la mutation de résistance aux ITK T790M
- Indication : traitement en monothérapie des patients adultes atteints d'un cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) localement avancé ou métastatique, avec mutations activatrices EGFR (en 1ère ligne) ou avec mutation EGFR T790M

D'autres indications AMM existent mais sans prise en charge définie à ce jour.

PRÉSENTATION ET CARACTÉRISTIQUES 1

- Deux présentations sont disponibles (boîtes de 30) :
 - comprimé rond de couleur beige, dosé à 40 mg, portant l'inscription « AZ40 » sur une face et lisse sur l'autre
 - comprimé ovale de couleur beige, dosé à 80 mg, portant l'inscription « AZ80 » sur une face et lisse sur l'autre

- Conservation à température ambiante, ne pas déconditionner dans un pillulier

PRESCRIPTION ET DISPENSATION 2

- Prescription hospitalière (liste I) réservée aux spécialistes en oncologie et en oncologie médicale
- Surveillance particulière pendant le traitement
- Dispensation en pharmacies de ville

POSOLOGIE & MODALITÉS DE PRISE 1

Posologie usuelle recommandée : 80 mg/jour, en continu, en 1 prise par jour
Poursuite du traitement jusqu'à progression de la maladie ou apparition d'une toxicité inacceptable.
Adaptations possibles selon tolérance : si une réduction de la posologie est nécessaire, la dose doit alors être réduite à 40 mg 1 fois par jour. Une interruption du traitement est recommandée jusqu'à 3 semaines en cas de toxicité de grade ≥ 3 (voir § 4.2 RCP).



Modalités de prise : 1 prise/jour à heure fixe, pendant ou en dehors des repas

- IR légère ou modérée : pas d'adaptation
- IR sévère et terminale : absence de données, utiliser avec prudence.



- IH légère ou modérée : pas d'adaptation
- IH sévère : non recommandé

SURVEILLANCES SPÉCIFIQUES 1

- Fonction cardiaque : Risque d'allongement de l'intervalle QT. Surveillance régulière pendant le traitement (ECG, kaliémie, œdèmes, tension artérielle). Interruption du traitement si QTc > 500 ms sur au moins 2 ECG distincts.
- Fonction respiratoire : Surveillance des symptômes respiratoires (dyspnée, toux, fièvre) afin d'exclure une pneumopathie interstitielle. Interruption du traitement si pneumopathie interstitielle diffuse.
- Syndrome de Stevens-Johnson (rare) : Apparition d'une éruption plane, de couleur rouge, sur le visage, le cou et le tronc (macules rougeâtres ou plaques avec une bulle centrale souvent présente, ulcères des muqueuses de la bouche, gorge, nez, organes génitaux), pouvant être précédée de symptômes grippaux. Sensibiliser les patients aux signes : le traitement doit être interrompu ou arrêté immédiatement.
- Fonction oculaire : Surveillance des signes et des symptômes aigus suggérant une kératite : inflammation de l'œil, larmoiement, sensibilité à la lumière, vision trouble, douleur oculaire et/ou œil rouge... Adresser rapidement à un spécialiste en ophtalmologie.
- Contraception chez la femme et l'homme : Contraception efficace pendant le traitement, et jusqu'à 2 mois après l'arrêt du traitement pour les femmes et jusqu'à 4 mois après l'arrêt du traitement pour les hommes. Il existe un risque de diminution de l'efficacité des contraceptifs hormonaux.
- Grossesse/Allaitement : Ne pas utiliser pendant la grossesse ; interrompre l'allaitement durant le traitement.

Annexe 2

Suivi en médecine générale des patients sous traitement médicamenteux pour un cancer broncho-pulmonaire.

Bonjour, je suis Célia Kangbeni, interne en 3^e semestre de DES de médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur le suivi en médecine générale des patients atteints d'un cancer broncho pulmonaire sous traitements médicamenteux (chimiothérapie, immunothérapie, thérapie ciblée).

Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier la communication entre la médecine de ville et l'hôpital, ainsi que les attentes des médecins généralistes, afin de trouver des pistes d'amélioration dans la coordination de soins. Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, vous devez être un médecin généraliste des Hauts de France installé en libéral ayant un ou plusieurs patients concernés par ce questionnaire.

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 5 minutes seulement !

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification.

Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance du mémoire/thèse

Merci beaucoup pour votre participation ! Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude, vous pouvez me contacter à cette adresse : celia.kangbeni.etu@univ-lille.fr

1. Avez-vous actuellement un patient traité pour un cancer bronchopulmonaire par chimiothérapie et/ou immunothérapie et/ou thérapie ciblée ? (une seule réponse possible)

- Oui
- Non
- Ne sais pas

2. Dans quel groupement hospitalier territorial exercez-vous ? (une seule réponse possible)

- Côte d'Opale
- Dunkerquois et Audomarois
- Métropole - Flandre intérieure
- Hainaut Cambrésis
- Artois
- Douaisis
- Artois-Ternois
- Somme littoral sud
- Aisne Nord Haute Somme
- Sud Axonais
- Oise ouest et Vexin
- Oise Nord Est
- Oise Sud

3. Approximativement quelle distance sépare votre cabinet du centre hospitalier de référence ? (une seule réponse possible)

- < 20 km
- 20-50 km
- >50 km

I- Coordination

4. Lors de quelles phases de la prise en charge avez-vous été impliqué ? (plusieurs réponses possibles)

- Phase diagnostique
- Choix du plan thérapeutique : réunion de concertation pluridisciplinaire
- Pendant la phase de traitement : modalités d'organisation, de suivi
- Lors des changements de traitements
- Décision d'arrêt des traitements curatifs
- Aucune des réponses précédentes

5. Si vous n'avez pas participé à la RCP, pour quelle raison ? (plusieurs réponses possibles)

- Je n'ai pas été convié
- Je n'avais pas le temps
- Je ne voulais pas y assister
- Autre raison :

6. Quelles informations avez-vous reçues ? (plusieurs réponses possibles)

- Sur le diagnostic
- Sur le type de traitement : chimiothérapie, immunothérapie, thérapie ciblée
- Sur les effets indésirables des traitements
- Sur les modalités de traitement : nombres de séances par semaine, durée des séances
- Sur les modalités de surveillance : clinique / biologique / par imagerie
- Aucune des réponses précédentes

7. Avez-vous reçu des coordonnées d'un interlocuteur (médecin référent ou autre médecin de l'équipe de soins) ? (plusieurs réponses possibles)

- Adresse mail
- Numéro de téléphone direct
- Autre :
- Non

8. Dans le cadre du suivi de votre patient, avez-vous accès à ces moyens de communication ? (plusieurs réponses possibles)

- Oui, dossier communicant cancer
- Oui, plan personnalisé de soins
- J'y ai accès mais je ne les utilise pas
- Je n'ai pas d'accès à ces plateformes

II- Suivi des patients

9. Avez-vous été sollicité en consultation par ces patients ? (une seule réponse possible)

- Oui
- Non

10. Si oui, pour quel(s) motif(s) ? (plusieurs réponses possibles)

- Consultation concernant la pathologie cancéreuse
- Gestion d'une autre maladie chronique
- Survenue d'une pathologie aiguë

11. Si les consultations concernaient la pathologie cancéreuse, pour quel(s) aspect(s) le patient vous a-t-il sollicité ? (plusieurs réponses possibles)

- Explications concernant la pathologie cancéreuse
- Explications concernant le traitement
- Survenue d'effets indésirables des traitements
- Gestion de la douleur
- Gestion de la nutrition
- Sevrage du tabagisme
- Aspects psychologiques
- Aspects administratifs : déclaration ALD, arrêt de travail, invalidité, mi-temps thérapeutique etc...
- Aspect social : mise en place d'aides au domicile

12. Si vous avez été sollicité pour la gestion des effets indésirables, comment avez-vous procédé ? (plusieurs réponses possibles)

- Connaissances personnelles
- Sollicitation du médecin référent pour la conduite à tenir et l'orientation du patient
- Consultation d'un guide de gestion des EI remis par le centre de soins
- Sources d'informations informatiques : bibliographie / VIDAL / recommandations HAS

III- Ressenti

13. Vous sentez-vous suffisamment impliqué dans la prise en charge de votre patient ? (une seule réponse possible)

- Oui
- Non

14. Considérez-vous avoir reçu suffisamment d'informations ? (une seule réponse possible)

- Oui
- Non

15. Si vous avez répondu non à la question précédente, quelles informations jugez-vous ne pas avoir reçues et avoir besoin ? (plusieurs réponses possibles)

- Diagnostic
- Modalités de traitements
- Modalités de suivi

- Pronostic
- Autre :

16. Vous sentez-vous accompagné dans le suivi de votre patient ? (une seule réponse possible)

- Oui
- Non

17. Si vous ne vous sentez pas assez accompagné, pour quelle raison ? (plusieurs réponses possibles)

- Pas d'informations transmises
- Pas de coordonnées de médecin référents
- Médecin référent non joignable : pas de réponse au mail ou téléphone ou trop tardive
- Pas d'accès aux plateformes de coordination de soins
- Autre

18. Quels aspects de la maladie vous mettent en difficulté ? (plusieurs réponses possibles)

- Aucun
- Explications concernant la pathologie cancéreuse
- Explications concernant le traitement
- Survenue d'effets indésirables des traitements
- Gestion de la douleur
- Gestion de la nutrition
- Aspects psychologiques
- Manque de répartition claire des tâches du médecin généraliste dans le suivi
- Autre :

19. Quels points d'amélioration ? (plusieurs réponses possibles)

- Plus de formation des médecins généralistes à la gestion de la pathologie cancéreuse
- Plus de communication ville-hôpital
- Plus d'implication du médecin généraliste
- Répartition claire des compétences oncologue/pneumologue et médecin généraliste
- Autres suggestions :

Annexe 2 : Questionnaire transmis aux MG

Annexe 3



RÉCÉPISSÉ ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) : Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative : Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Traitement exonéré

Intitulé : Rôle des médecins généralistes dans le suivi des patients atteints de cancer du poumon en cours de traitement médicamenteux

Chargé (e) de la mise en œuvre : M. Damien LACROIX
Interlocuteur (s) : Mme Célia KANGBENI

Votre traitement est exonéré de déclaration relative au règlement général sur la protection des données dans la mesure où vous respectez les consignes suivantes :

- Vous informez les personnes par une mention d'information au début du questionnaire.
- Vous respectez la confidentialité en utilisant un serveur Limesurvey mis à votre disposition par l'Université de Lille.
- Vous garantissez que seul vous et votre directeur de thèse pourrez accéder aux données.
- Vous supprimez l'enquête en ligne à l'issue de la soutenance.

Fait à Lille,

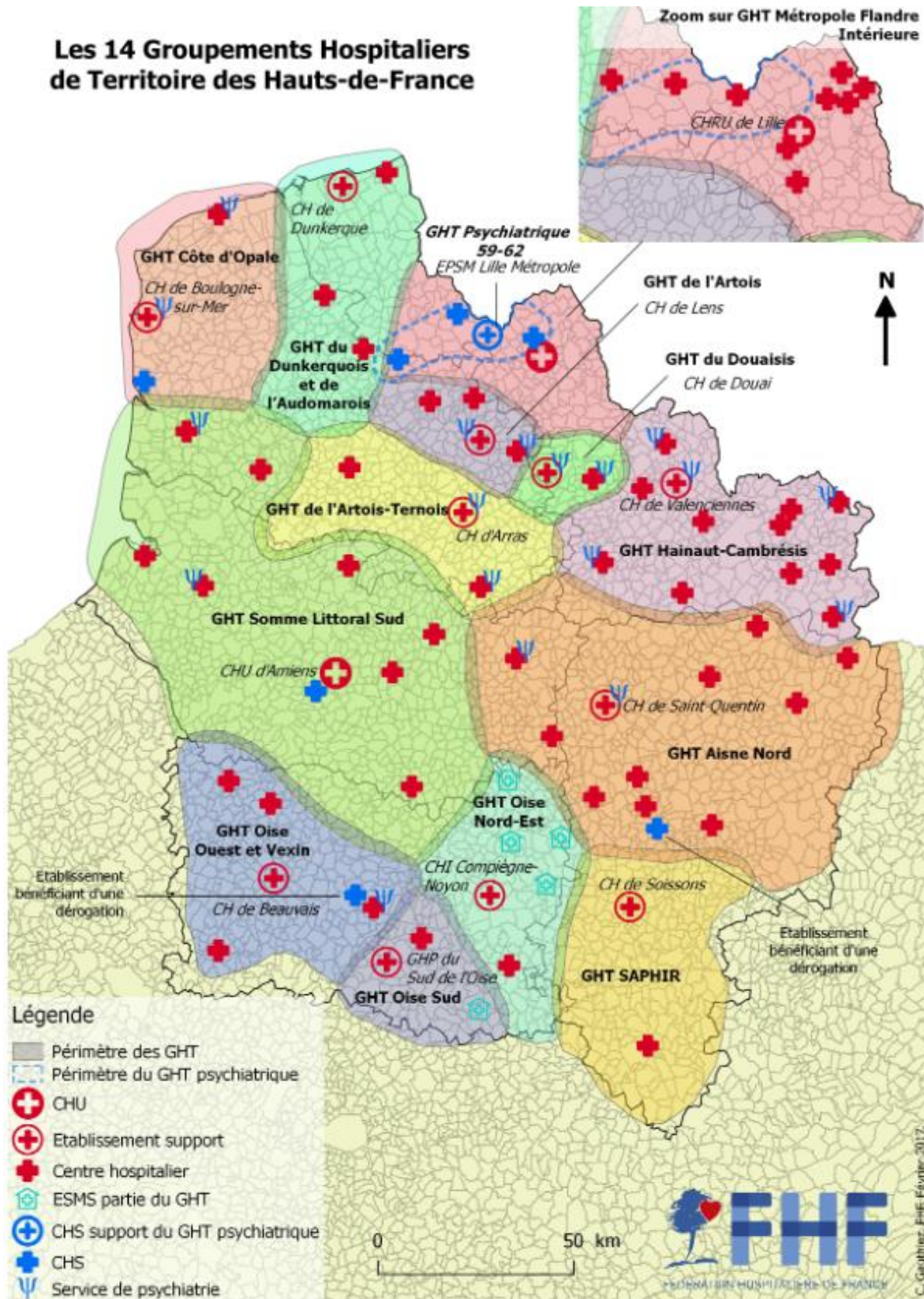
Jean-Luc TESSIER

Le 21 février 2023

Délégué à la Protection des Données

Annexe 4

Les 14 Groupements Hospitaliers de Territoire des Hauts-de-France



Annexe 4 : Cartographie des GHT des HdF provenant de la Fédération des Hôpitaux de France, réalisée par Cécile Gauthiez [42]

Annexe 5

STROBE Statement—checklist of items that should be included in reports of observational studies

	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) <i>Cohort study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up <i>Case-control study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls <i>Cross-sectional study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants (b) <i>Cohort study</i> —For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed <i>Case-control study</i> —For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) <i>Cohort study</i> —If applicable, explain how loss to follow-up was addressed <i>Case-control study</i> —If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed <i>Cross-sectional study</i> —If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses

Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest (c) <i>Cohort study</i> —Summarise follow-up time (eg, average and total amount)
Outcome data	15*	<i>Cohort study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures over time <i>Case-control study</i> —Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure <i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
Discussion		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
Other information		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

Annexe 5 : Grille de qualité STROBE [43]

AUTEUR : Nom : KANGBENI **Prénom :** Célia

Date de Soutenance : 12/12/2024

Titre de la Thèse : Suivi partagé des patients traités médicalement pour un cancer broncho-pulmonaire : enquête quantitative auprès des médecins généralistes des Hauts de France

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST ou option : Médecine Générale

Mots-clés : médecine générale, cancer pulmonaire, continuité de soins, suivi partagé

Contexte : Le CBP est le troisième cancer en termes d'incidence et la première cause de décès par cancer en France et dans la région HdF. Le développement de nouvelles thérapeutiques ces dernières décennies comme l'immunothérapie et les thérapies ciblées ont provoqué une virée vers l'ambulatoire. Si cela renforce l'importance du MG, il reste néanmoins difficile pour lui de trouver sa place dans ce suivi partagé.

Matériel et Méthodes : Cette étude observationnelle, transversale, quantitative a été réalisée à l'aide de la diffusion d'un questionnaire via différents canaux (CPTS, mail, cabinets, réseaux sociaux, annonce sur le site du conseil de l'Ordre). Il était à destination des MG libéraux e la région HdF ayant un patient suivi pour un CBP traité en partie médicalement.

Résultats : La majorité des MG interrogés (61%) estimait être suffisamment impliqués dans le suivi de leur patient. Ils étaient 83% impliqués au moment du diagnostic mais seulement 28,7% pendant la phase de traitement. Ils n'étaient que 2% à avoir participé à la RCP qui représente pourtant une étape clé du parcours du patient. La principale difficulté rencontrée par les MG au cours du suivi était la gestion des effets indésirables. Alors qu'ils étaient 80% à être sollicités pour ce motif, ils étaient seulement 53% à avoir reçu des informations à ce sujet. L'implication du MG dans le suivi partagé était entravée par un manque d'informations concernant les traitements ainsi que la nécessité d'une communication plus efficiente avec l'équipe de cancérologie.

Conclusion : Les MG ont un rôle majeur à jouer dans le suivi partagé des patients ayant un CBP. Malgré les différents projets visant à renforcer ce rôle et faciliter son implication, il apparait que les MG font face à de nombreuses difficultés et que leur implication est loin d'être suffisante.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Alexis CORTOT

Assesseurs : Monsieur le Docteur Anthony HARO Y MELGUIZO

Directeur : Monsieur le Docteur Dimitri HUET