Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

2016

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le vingt-huit avril deux mille seize à Poitiers
par Monsieur Louis ASQUIER né le quatorze décembre mille neuf cent quatre-vingt sept

Titre

Le Rôle de la Médecine Générale, en collaboration avec le Gynécologue et l'Oncologue, dans la prise en charge thérapeutique et post-thérapeutique du cancer du sein

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Marc TOURANI
Monsieur le Professeur Pierre INGRAND

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Yannick THIROUARD

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le Doyen,

Année universitaire 2015 - 2016

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie **(surnombre jusqu'en 08/2016)**
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation **(en détachement)**
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PAQUEREAU Joël, physiologie **(jusqu'au 31/10/2015)**
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne **(surnombre jusqu'en 08/2018)**
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes **(surnombre jusqu'en 08/2017)**
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- SASU Elena, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCatherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMBERT Jacques, biochimie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier mon Directeur de thèse, Dr Yannick THIROUARD, qui a accepté de marcher à mes côtés dans ce travail. Merci d'avoir été patient, et d'avoir accepté de modifier les règles du jeu en fonction de ma personnalité. Merci pour l'aide apportée tout au long de l'étude, pour la direction de ce travail et pour les nombreuses corrections que tu as pu apporter. En fin merci d'avoir été un compagnon de route lors de mon passage dans ton service, pour mon DIU, ainsi que dans les bassins rochelais.

Merci également à Mr le Professeur Pascal ROBLOT d'avoir accepté de présider cette thèse. Je garderai un très bon souvenir de mon passage dans votre service, tant pour les conseils et les apprentissages que pour le naturel de nos échanges respectueux. Merci au Pr Pierre INGRAND et au Pr Jean-Marc TOURANI de m'avoir fait l'honneur d'accepter une place dans ce jury de thèse.

Merci à Mme Caroline ALLIX-BEGUEC, pour toute l'aide apportée à la réalisation des statistiques de ce travail, et pour son investissement dans la durée.

Merci à Manon, pour ce qu'elle a été, est, et sera auprès de moi. Merci d'être là, avec ta patience, ton amour et ta spiritualité. Merci aussi de m'accepter comme je suis, avec mes forces et mes faiblesses. A nous la vie !!!

Un grand merci à mes parents, dont le rôle a été très ingrat durant ces longues études de médecine. J'ai trouvé ma propre voie(x), dont vous serez fiers. En tout cas, sachez que ce métier me rend heureux et que les qualités ASQUIER sont en moi.

Merci Pierre Paul et Gilles, pour notre fratrie, indéniablement géniale et complémentaire. Je vous prie de continuer à accepter mes sauts d'humeur comme vous le faites. Sachez que je serai toujours là si vous en avez besoin. Merci aussi à Louise, Mathilde, Pauline et la petite dernière, Alice, de compléter cette famille de dingo.

Merci aux vieux sages que sont le Dr Bernard et sa femme Gisèle. Voilà, vous avez un petit-fils médecin ! J'essaierai d'être digne de votre éducation grand-parentale. Et merci pour le bordel que vous organisez tous les ans chez vous, avec nos oncles, tantes, cousins et cousines que j'aime tant. D'ailleurs, courage aux autres futurs médecins de cette famille ! Je suis la preuve que ces études se terminent un jour…

Un grand merci à la Michelet's School qui a façonné mon caractère. Par ordre alphabétique, merci Ali, Aline, Bao-Khan, François-Thomas, Gaby, Jérôme, Marie, Quentin, Rémi, Simon, Tiju, Valentin, Youssef. J'espère oublier personne...
Longue vie de raccros à vous.

Merci à Gilbert et Sylvie, qui m'ont appris des valeurs et aussi à persévérer. Merci à tous les nageurs qui m'ont permis d'aller loin, dans les bassins comme dans la vie. Une pensée pour Eléna qui a su m'accompagner dans le doux plaisir de la médecine.

Merci aux copains de lycée, qui ont osés se rajouter à cette michelet's school. Avec un merci particulier à Antoine. Merci à l'équipe de Volley !
Merci à Antonin, Alexis, Charles, Pierre-Cup, Barney, d'être là depuis le début. Merci à Charles, Anne et leur petite famille de m'apporter autant de bonheur.

Merci à Pierre-Yod' et Aurèle de m'avoir aider à réaliser un rêve. J'ai chanté St James Infirmary à New Orleans avec le Treme Brass Band qui présentait en lead-trombone le Pierrot, en lead-Trompette l'Aurèle ! J'associe Jean-Loup, Nadir et Juliette à ce remerciement.

Merci au FCAP d'avoir créé l'étincelle musicale en moi. A quand un retour sur scène ?! Sans vous Anto, Antoine, Aude, Barney et Max, je ne serai pas ce que je suis.

Merci au Tutorat de Médecine de Tours, dont je suis fier d'avoir été le Président. Il en va de votre devoir de continuer ce combat, au nom d'une médecine plus humaine. Au passage, merci à la faculté de Tours pour toutes les aventures que j'y ai vécues. Une pensée spéciale pour le Pr Dominique PERROTIN.

Merci aux copains-pépères de m'avoir pris sous leurs épaules dans mes moments de doute et de m'avoir rééduquer à la vie. Merci d'ailleurs au Bar Le Caméléon d'avoir été le théâtre de tout ça.

Un grand merci à Olivier ACKER, mon mentor, qui m'a expliqué et montré que pour être bon, il fallait être soi-même.

Merci à la Fanfare de Médecine La Vaginale, 1ère Fanfare de l'Histoire de la Médecine, mère de toutes, et Championne de France en titre. Que dire de plus, continuez, vous êtes géniaux, et surtout, vous ne vous êtes pas encore débarrassé de moi. Avec un merci particulier pour Rabia, Marion et Martin, pour la Dream Team, et pour les chevaliers de la Godasse

Merci aux copains qui compose « Les Princes de LR ». Je suis fier d'être à jamais le 1er Président de cette fanfare. Objectif concours à l'ile de Ré !!!!

Merci à Marion, pour ce que tu es, pour ta générosité, pour ton amitié précieuse et pour ta confiance.
Merci aux autre compagnons que j'ai trouvé sur la route : Thomas mon colloque (bonne chance pour la vie de famille !), Romain pour ton courage au souba, Julie Margaux et Thibaut avec votre bienveillance, Marie et Romain (Mr et Mme GATEAU), Laure et Xavier, Audrey Bertrand et Josué, Clémence et Robin.
Merci à Clément et François d'être aussi stylés et internistes. J'espère sincèrement ne pas vous perdre.
Merci à vous et à Etienne, Servane, Maider et Audrey de m'avoir rendu ce stage de CHU aussi agréable alors qu'il me faisait peur.

Merci au service de Rééducation de Saintes, au Dr DEVEIDEIX et son équipe, de m'avoir accueilli comme une famille, de m'avoir donner confiance en la médecine et en mes valeurs. Je reviendrai vous voir à l'occasion.
Merci au service de Gynécologie de La Rochelle pour ce stage génialissime !!! Quelle équipe de Docteurs, de Sages-Femmes, et d'Infirmières. J'ai rarement eu autant confiance en moi et en une équipe. Continuez ! Je viendrai vous voir souvent.

Merci à une autre équipe du tonnerre, celle des Urgences de La Rochelle. Summer-Team 2014 n'aurait pas pu être une réussite sans vous. La réussite humaine et médicale de ce stage, nous vous la devons ! Obligation de faire des barbecues à l'avenir, sinon, Mort aux vaches !
Merci à l'équipe du Court Séjour Gériatrique d'avoir été la dans les moments difficiles.
Merci au service de Médecine Interne, au Dr LANDRON, au Dr ROY-PEAUD, de m'avoir mis à l'aise, de m'avoir fait confiance, et d'aimer la médecine. Merci aussi au Dr SOUCHAUD-DEBOUVERIE pour ton aide, tes conseilles et ta franchise.
J'ai un merci particulier pour le Dr LOUELH qui, sans le savoir, m'a fait devenir un homme et un médecin. Merci au Dr AMOUROUX-GICQUEL d'avoir assurer le reste du stage.

Enfin, aussi bizarre que cela puisse paraître, je m'auto-remercie d'avoir tenu jusque là malgré les difficultés. Je suis fier du chemin parcouru et j'espère continuer à l'être.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS 4

LISTE DES ABREVIATIONS 10

I. INTRODUCTION 11

1. EPIDEMIOLOGIE DU CANCER 12

2. DEMOGRAPHIE MEDICALE EN POITOU-CHARENTES 13

II. CANCER DU SEIN, DU DEPISTAGE AU TRAITEMENT 15

1. LE DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN 15
1.1 ORGANISATION DU DEPISTAGE EN FRANCE 15
1.2. EN POITOU-CHARENTES 16
1.3. MODALITES 16

2. LES RESEAUX D'ONCOLOGIE 17

III. MATERIEL ET METHODE 19

1. NOTRE QUESTION DE RECHERCHE 19

2. COMPOSITION DE L'ECHANTILLON 20
2.1. LES CRITERES D'INCLUSION 20
2.2. LES CRITERES D'EXCLUSION 20

3. LE QUESTIONNAIRE 21
3.1. LES MEDECINS GENERALISTES 21
3.2. LES GYNECOLOGUES MEDICAUX, LES GYNECOLOGUES-OBSTETRICIENS ET LES ONCOLOGUES 21

4. L'ANALYSE DES RESULTATS 22
4.1. METHODE STATISTIQUE 22
4.2. CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL 22
4.3. CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRE 22
4.4. RESULTATS STATISTIQUES 23

IV. RESULTATS 24

1. EPIDEMIOLOGIE 24
1.1. INCLUSION 24
1.2. COMPARABILITE 25

2. CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL 27

3. CRITERE DE JUGEMENT SECONDAIRE **27**
3.1. RESULTATS SIGNIFICATIFS 27
3.2. RESULTATS NON SIGNIFICATIFS 28

4. DIFFERENCE SIGNIFICATIVE AU SEIN DU GROUPE MEDECIN TRAITANT **30**
4.1. RESULTATS SIGNIFICATIFS 30
4.2. RESULTATS NON SIGNIFICATIFS 31

5. QUELLE(S) AMELIORATION(S) POUR LA COLLABORATION ENTRE SPECIALISTES ? **34**
5.1 COMMUNICATION 34
5.2 COORDINATION 34
5.3 PRISE EN CHARGE GLOBALE 35

V. DISCUSION **36**

1. OBJECTIF DE L'ETUDE **36**

2. RESULTATS **38**

3. DIFFERENCES LIEES A L'AGE DANS LA POPULATION MEDECIN TRAITANT **42**

4. BIAIS LIE A LA PARTICIPATION **43**

5. LES AMELIORATIONS **44**
5.1. LA COMMUNICATION 44
5.2. LA COORDINATION 46
5.3. LA PRISE EN CHARGE GLOBALE 47

VI. CONCLUSION **48**

BIBLIOGRAPHIE : **50**

ANNEXE : **52**

RESUME **55**

LISTE DES ABREVIATIONS

INCa : Institut National du Cancer
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
InVS : Institut de Veille Sanitaire
ARS : Agence Régionale de Santé
IARC : Internationale Agency for Research on Cancer
3C : Centre de Coordination en Cancérologie
HAS : Haute Autorité de Santé
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
PEC/Traitement : Prise en Charge selon le traitement
NS : Non Significatif
DIU : Diplôme Inter-Universitaire
FMC : Formation Médicale Continue
SNDS : Système National des Données de Santé

I. INTRODUCTION

Le cancer est une affection aussi ancienne que l'espèce humaine. Si aujourd'hui des archéologues retrouvent des ossements présentant des lésions cancéreuses du temps des Egyptiens, c'est bien au temps d'Hippocrate que la notion de cancer apparaît sous le nom de Squirre (tumeur dure et indolore se formant en quelque partie du corps). C'est en 1906 qu'il fut décrit comme « fléau de l'humanité » justifiant ainsi l'augmentation des moyens afin d'améliorer sa prise en charge.

Les moyens sont plus importants aujourd'hui avec la mise en œuvre des Plans Cancer successifs. La prise en charge du cancer est devenue pluridisciplinaire, elle nécessite la collaboration des chirurgiens, anatomopathologistes, oncologues, radiologues et radiothérapeutes.
Le Médecin Généraliste a sa place au sein de ce dispositif.

En France, la question de la relation entre le médecin généraliste et les médecins spécialistes en oncologie se pose depuis longtemps en pathologie cancérologique et notamment pour le cancer du sein(1). Le plan cancer a été mis en place en 2003 avec toutes les avancées concernant les réseaux. Depuis beaucoup de stratégies de prise en charge ont été créés notamment avec le troisième volet de ce Plan(2). Aujourd'hui, s'il est important de continuer à développer la prise en charge, il faut également avoir un regard critique sur ce qui est déjà en place. Ainsi il a été montré que le manquement principal était dans l'échange d'informations médicales entre celles remises au généraliste par le spécialiste, et celle sur la prise en charge globale du patient remise au spécialiste par le généraliste(3).

Nous avons voulu interroger les Généralistes, les Gynécologues et les Oncologues du Poitou-Charentes, avec un questionnaire unique, afin de savoir ce que pensait chacun du rôle de la médecine générale dans la prise en charge du cancer du sein aussi bien dans sa période thérapeutique que post-thérapeutique.

L'objectif de ce travail est de faire un état des lieux et une évaluation des besoins nécessaires à une meilleure collaboration entre spécialistes et généralistes, afin de mieux définir le rôle du Médecin Traitant.

1. Epidémiologie du cancer

En France, la lutte contre le cancer est devenue une priorité nationale en 2003 avec la mise en place du premier plan cancer. D'après les données du plan Cancer III (2014-2019), le nombre de cas de cancer en France a doublé ces trente dernières années. En France, en 2015, selon l'Institut National du Cancer (INCa), il existe près de 3 millions de personnes atteintes de cancer, dont 385 000 nouveaux cas par an. Ainsi en 2015, ont été diagnostiqué 174 000 cancers féminins, soit une incidence de 272,6 cas pour 100 000 femmes(4).

Le Cancer du sein est une pathologie présentant un enjeu de santé publique majeur selon l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM)(5). Il occupait le second rang des cancers dans le monde en 2012. En France, en 2015, toujours selon l'INCa il est le cancer de la femme le plus fréquent avec une incidence estimée à 54 000 nouveaux cas par an(6). Son taux de mortalité s'élève à 15,7 pour 100 000 femmes dans le monde, tous stades confondus(4). Une femme sur dix serait aujourd'hui confrontée à cette maladie.

A l'échelle de la Région Poitou-Charentes, les chiffres sont équivalents aux statistiques nationales. Le cancer du sein est le plus fréquent et le plus mortel des cancers de la femme. Dans notre région, en 2012, 1441 nouveau cas de cancer du sein ont été dépisté, et 368 décès déclarés en rapport avec cette pathologie.

2. Démographie médicale en Poitou-Charentes

En France, la question de la démographie médicale est très présente, surtout lorsqu'il s'agit d'améliorer le suivi des pathologies chroniques. Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), 281 087 médecins exerçaient en 2014(7). Si depuis 2007, il y a une augmentation de 6,2% du nombre de spécialiste d'organe, le nombre de médecin généraliste a diminué de 10,3% avec un passage de 64778 inscrits à 58104 (Figure 1). Il est prévu une diminution de cette population de 6,8% d'ici 2020.

Comme dans toutes les régions de France, en Poitou-Charentes, la démographie médicale est en baisse(7). En 2013, selon le CNOM, 5361 médecins exerçaient en Poitou-Charentes dont 242 retraités actifs, 92 sans emploi, 196 remplaçants, et 4831 en activité régulière. Ils demeurent 2617 Médecins Généralistes, et 2174 autres spécialistes dont 62 gynécologues et 16 Oncologues. Si l'on se réfère au nombre de médecins inscrits au Conseil de l'Ordre, toutes spécialités confondues, soit 6533 en 2013, le nombre de médecin par habitant était de 3,65/1000. Il s'agit d'un chiffre plus faible que la moyenne nationale de 4,12/1000 la même année.

La population féminine en Poitou-Charentes étant de 922 913 femmes à la même époque, nous pouvons conclure que l'effectif de médecins était de 284 Généralistes, 6,72 Gynécologues et 1,7 Oncologues pour 100 000 femmes. Le rapport était de 3 spécialistes pour 100 médecins généralistes.

Ce constat met en évidence l'importance d'une collaboration étroite entre ces professions et la nécessité de mettre le médecin traitant au centre de la prise en charge.

Cette diminution de la démographie médicale n'est pas le seul phénomène nécessitant une adaptation de la pratique médicale. En effet il apparaît important d'étudier cette pénurie en comparaison avec l'augmentation de la population française. Selon l'INSEE(8), le nombre d'habitant en Poitou-Charentes devrait augmenter en moyenne de 600 habitants/an entre 2007 et 2040. Dans le même temps, le pourcentage d'habitant de plus de 60 ans évoluerait de 26,3 à 36,5%, creusant un peu plus l'écart entre l'offre et la demande (figure 2).

Figure 1. Nombre de médecins actifs inscrits au à l'Ordre des Médecins par an en Poitou-Charentes.

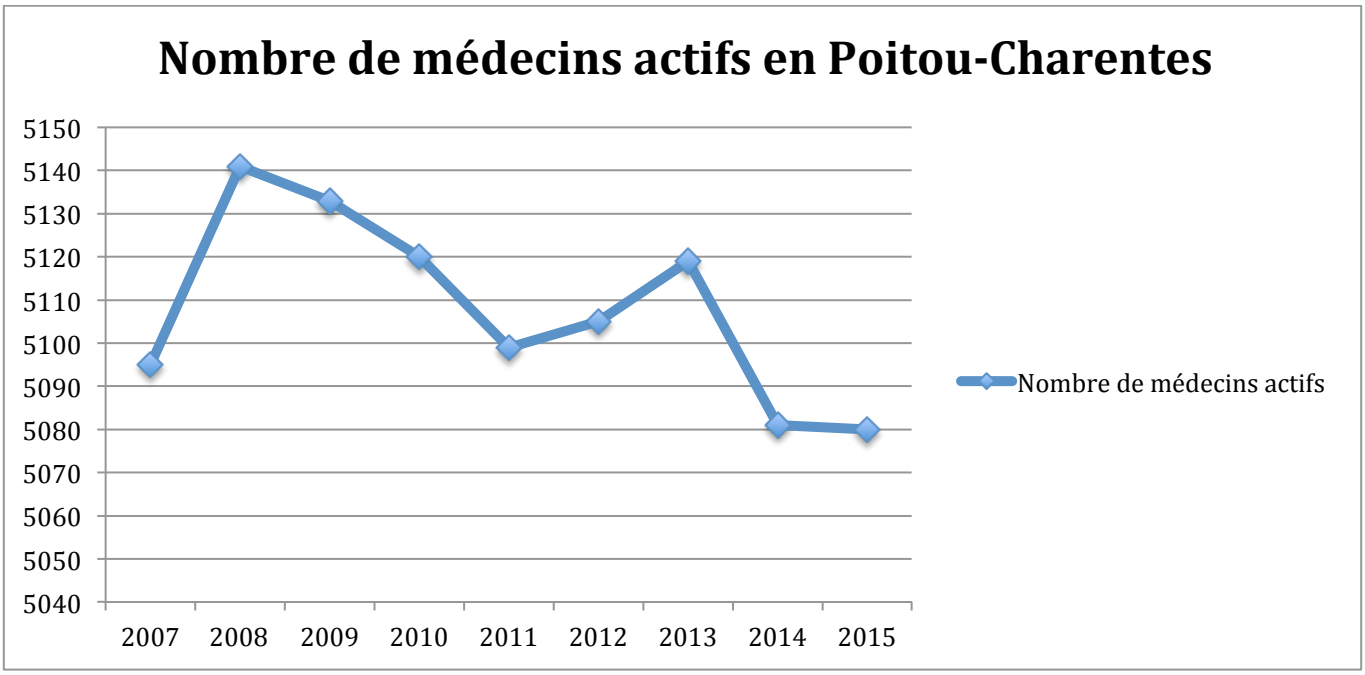
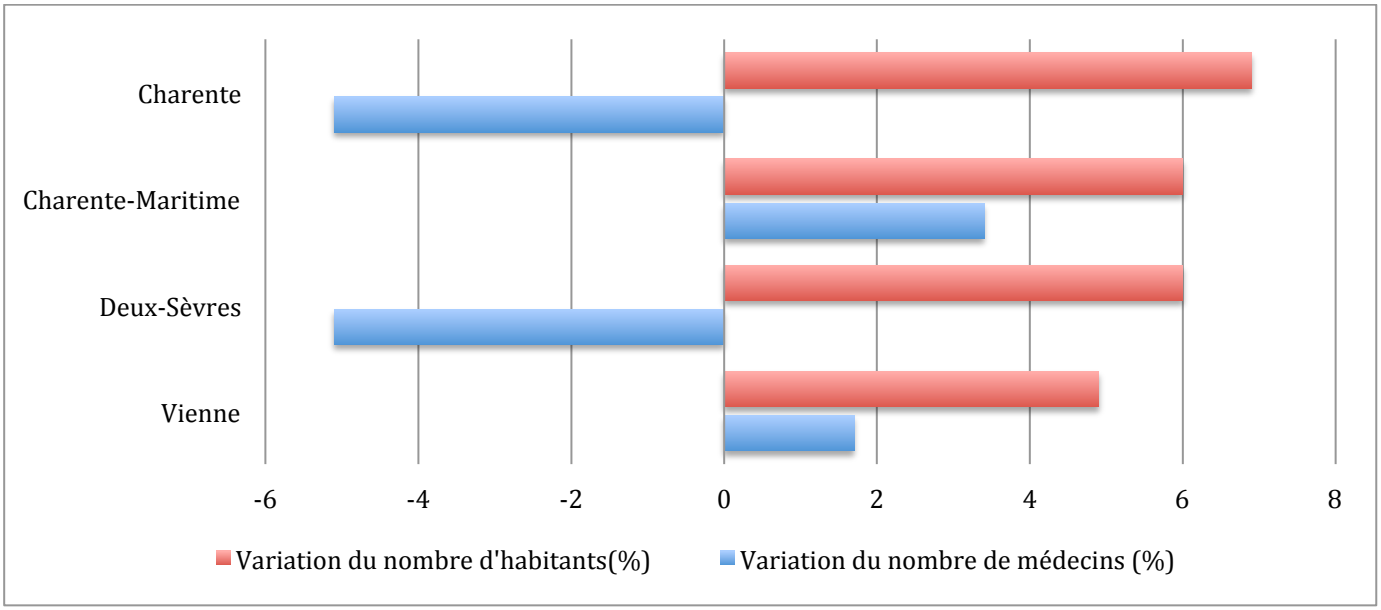


Figure 2. Comparaison démographie médicale vs population en Poitou-Charentes en 2015



II. CANCER DU SEIN, DU DEPISTAGE AU TRAITEMENT

Le cancer du sein, implique une prise en charge au long cours. Cela nécessite une coordination entre les différents intervenants de santé médicaux, paramédicaux et sociaux.

1. Le Dépistage du Cancer du sein

1.1 Organisation du dépistage en France

En France, le programme national de dépistage organisé est placé sous l'autorité du ministère en charge de la Santé. Le cahier des charges est donné par la Direction générale de la santé, dans un travail de collaboration avec l'INCa. Le financement est assuré par l'assurance maladie, le ministère de la Santé et des collectivités locales. Les données épidémiologiques sont ensuite réunies et analysées par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS). Ce sont les Agences Régionales de Santé (ARS) qui sont en charge du pilotage et de l'animation du programme au niveau régional.

Les structures de gestion départementales sont en charge :

- de l'invitation des femmes concernées.
- des relations avec les professionnels concourant au dépistage.
- de la sensibilisation et de l'information des professionnels et de la population.
- de l'organisation de la seconde lecture des mammographies jugées normales en première lecture.
- de la gestion des fichiers centralisés des personnes dépistées.
- des relations avec les personnes dépistées.
- du recueil des données, de suivi et de transmission des résultats aux personnes concernées.

1.2. En Poitou-Charentes

Depuis 2004, il est organisé par les pouvoirs publics et présents dans tous les départements de France.
En Poitou-Charentes, les structures se nomment :

- Docvie 86 (Vienne).
- Lucide 17 (Charente-Maritime).
- Orchidée 16 (Charente).
- Arcande 79 (Deux-Sèvres).

1.3. Modalités

Le programme de dépistage organisé consiste en l'invitation de toutes les femmes de 50 à 74 ans à réaliser, tous les deux ans, un examen et une mammographie de dépistage prise en charge par l'Assurance Maladie. La mammographie est interprétée une première fois, puis relue par un radiologue du réseau. Cette double lecture permet selon l'INCa de dépister 7 % de lésion non vue en première lecture.

L'objectif du dépistage organisé est de faire le diagnostic et le traitement des lésions précoces afin d'améliorer la survie des patientes. Il est essentiel d'avoir un examen clinique mammaire annuel conjointement à cette politique de dépistage. Celui-ci doit comporter un examen des deux seins, en position debout et couchée, bras levés avec en complément, un examen des aires ganglionnaires. Il peut être réalisé par le généraliste, ou le gynécologue.
Depuis dix ans, le programme de dépistage organisé a permis de réaliser plus de 22 millions de mammographies. Il est ainsi réalisé environ 2,45 millions de dépistages par mammographie par an pour 4,75 millions de propositions de dépistage envoyées (53 % de participation). Près de 5000 cancers de plus ont été diagnostiqués entre 2004 (12500) et 2014 (17000). Cette augmentation témoigne de l'amélioration de fonctionnement de la politique de dépistage. Le taux de détection est de 6,8 cancers du sein pour 1 000 femmes dépistées, ce qui est stable au fil des années(6).

L'International Agency for Research on Cancer (IARC) a montré que ce dépistage est efficace sur la diminution du nombre de décès par cancer du sein pour les femmes âgées de 50 à 69 ans(9). Aujourd'hui la question du sur-dépistage existe, mais il a été démontré par Lauby-Secretan(9), dans une étude portant sur 16 pays, que moins de 5% des résultats faux positifs débouchaient sur un traitement invasif et que seulement 1 à 10 patientes sur 100 000 bénéficiant du dépistage sont statistiquement à risque de développer un cancer suite aux radiations reçues lors des mammographies.

2. Les réseaux d'oncologie

Après le Plan Cancer de 2003 ont été développés les Centre de Coordination en Cancérologie dits « 3C ». Tout établissement de santé prenant en charge des patients atteints de cancer doit être membre d'un réseau de cancérologie et doit organiser ses activités de cancérologie dans le cadre d'un Centre de Coordination en Cancérologie (3C). Le 3C est situé au niveau d'un site de cancérologie regroupant une ou plusieurs structures autorisées en cancérologie (établissements de santé et centres de radiothérapie). Il est à l'initiative des établissements de santé concernés et constitue le pivot de l'organisation territoriale en réseau dont il partage les objectifs :

- Organisation extra-institutionnel :

Le 3C s'inscrit dans le réseau régional de cancérologie ainsi que dans une organisation territoriale en réseau. Les bonnes pratiques, les indicateurs, l'approche méthodologique que doivent mettre en œuvre les 3C sont définis au niveau national (Plan cancer, INCa, HAS) et déclinés régionalement (SROS, Plan cancer régional, Réseau de Cancérologie)

- Organisation locale :

Le 3C a pour mission la déclinaison opérationnelle des recommandations régionales ou nationales du plan cancer et du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire au niveau des établissements de son site :

=> Diffusion des référentiels, thésaurus et protocoles et audit interne de leur utilisation.
=> Organisation et fédération des réunions de concertation pluridisciplinaire.
=> Pluridisciplinarité des décisions concernant la stratégie thérapeutique et respect des référentiels.
=> Organisation du dispositif d'annonce et élaboration du programme personnalisé de soins.
=> Suivi individualisé du parcours des patients, intégrant soins de support, soins à domicile, coordination avec les acteurs du réseau, en assurant à l'attention des patients une fonction de point de contact et d'information.
=> Relations avec les établissements membres du pôle régional pour permettre l'accès au recours.
=> Mise en place d'un guichet d'information patient.
=> Traçabilité des pratiques et rétro-information sur les activités médico-chirurgicales et pharmaceutiques de l'établissement.
=> Evaluation de la satisfaction des patients, de leur famille et des équipes soignantes.

Les objectifs de ces réseaux sont de centraliser les dossiers médicaux afin de permettre un meilleur archivage, de coordonner le dépistage et la communication, et la prise en charge selon les spécialités. En Poitou-Charentes, le réseau se nomme « Réseau-Onco-Poitou-Charentes ». Il a été créé suite à l'initiative du premier Plan Cancer. Celui-ci décrivait comme objectif de « mettre en place les conditions d'une coordination systématique des acteurs de soins, par la généralisation des réseaux de cancérologie et par une régulation graduée des structures de soins ». Le plan prévoyait une mise en place rapide et le réseau est reconnu par l'INCa et l'ARS depuis le 22 Juillet 2010. Ses missions ont ainsi été décrites :

- promotion et amélioration de la qualité en cancérologie
- promotion d'outils de communication communs dans la région
- aide à la formation continue
- recueil et analyse régionale des données d'activité de soins
- évaluation des membres et des pratiques
- information des professionnels et des patients
- coordination des réseaux territoriaux

III. MATERIEL ET METHODE

Ce travail est une étude quantitative que nous avons élaborée avec une méthodologie explicite, transparente et reproductible, selon les différents points exposés ci-dessous.

1. Notre question de recherche

La question de recherche de notre étude a été définie. Nous l'avons édité en nous servant des critères PICOTS, permettant de clarifier les questions et d'en préciser les concepts clés, pour exposer clairement la problématique de notre étude :

- **P**atient ou problème médical : patients porteurs d'un cancer du sein pris en charge.
- **I**ntervention évaluée : place du médecin généraliste.
- **C**omparateur : intervention du Gynécologue et de l'Oncologue.
- **O**utcome (critère de jugement) : identification des rôles du médecin généraliste.
- **T**emporalité : vision ponctuelle de l'activité du praticien
- **S**etting (milieu d'intervention): médecine générale, gynécologie médicale, gynécologie-obstétrique, et oncologie médicale, dans le Poitou-Charentes.

Il ressort de ces critères, la question de recherche suivante : **« Quel est le rôle de la Médecine Générale, en collaboration avec le Gynécologue et l'Oncologue, dans la prise en charge Thérapeutique et Post-Thérapeutique du Cancer du sein»**, qui nous a servi de point de départ pour l'élaboration du questionnaire de l'étude.

2. Composition de l'Echantillon

2.1. Les critères d'inclusion

- Les sujets sont : médecins généralistes, ou Oncologues, ou Gynécologues médicaux, ou Gynécologues Obstétriciens
- Ils sont en activité libérale ou non libérale
- Ils exercent en Poitou-Charentes et sont inscrits au conseil de l'ordre

2.2. Les critères d'exclusion

- les médecins remplaçants
- non inscrits au conseil de l'ordre
- retraités

3. Le Questionnaire (Annexe 1)

Nous avons établi un questionnaire comportant 20 items répartis en 4 chapitres :

- Données épidémiologiques
- Rôle du Médecin Généraliste en Pré-Thérapeutique
- Rôle du Médecin Généraliste en Thérapeutique
- Rôle du Médecin Généraliste en Post-Thérapeutique

3.1. Les Médecins Généralistes

L'envoi des questionnaires auprès des médecins généralistes s'est fait en deux temps. Dans un premier temps un courriel explicatif avec questionnaire en pièce jointe nous a permis de présélectionner les praticiens intéressés par le sujet parmi tous les généralistes de Poitou Charentes dont nous avons pu retrouver les coordonnées. Dans un deuxième temps, nous avons envoyé à ces derniers un courrier postal accompagné du questionnaire à remplir et à nous retourner.
Nous avons également comptabilisé les retours de questionnaire par mail.

3.2. Les Gynécologues médicaux, Les Gynécologues-Obstétriciens et les Oncologues

Pour ces spécialités, nous avons utilisé le réseau Onco-Poitou-Charentes. Un mail, similaire à celui envoyé aux médecins généralistes, a été envoyé aux spécialistes concernés.
Le Réseau nous a également permis de mettre notre questionnaire sous forme informatique afin que les praticiens puissent répondre directement en ligne. Ainsi, toutes les réponses ont pu être centralisées.

4. L'Analyse des résultats

4.1. Méthode statistique

Les données ont été analysées par le logiciel Epi Info 7 utilisant le test du chi2 après saisie informatique des données sur tableur Excel Mac.

4.2. Critère de Jugement Principal

Le critère de jugement principal est « L'organisation d'une meilleure collaboration entre la médecine générale et les autres spécialités ».

4.3. Critères de Jugement Secondaire

Les critères de Jugement Secondaire sont :

- L'épidémiologie.
- La présence du médecin traitant en réunion de concertation pluridisciplinaire.
- La présence du Médecin traitant en consultation d'annonce.
- Le rôle du médecin traitant dans la prise en charge psychologique.
- Le rôle du médecin traitant dans l'information faite au patient.
- Le rôle du médecin traitant dans l'information faite à la famille.
- Le rôle du médecin traitant dans la prise en charge des suites immédiates de la prise en charge initiale.
- La variabilité du rôle du médecin traitant selon le type de traitement réalisé.
- Le rôle du médecin dans le suivi à long terme.
- Le rôle du médecin traitant dans la prescription de l'hormonothérapie.
- Le rôle du médecin traitant dans le suivi des complications du traitement.
- Le rôle du médecin traitant dans le dépistage des récidives.
- La nécessité d'une meilleure collaboration entre les spécialistes et le médecin traitant.

4.4. Résultats statistiques

Les résultats statistiques sont obtenus selon les réponses aux questions, qui étaient volontairement fermées (Annexe 1). La population étudiée est donc variable selon la question posée avec une valeur statistique adaptée. Les résultats statistiques sont établis sur les réponses positives des différents praticiens (Médecins Généralistes versus Spécialistes).

IV. RESULTATS

1. Epidémiologie

1.1. Inclusion

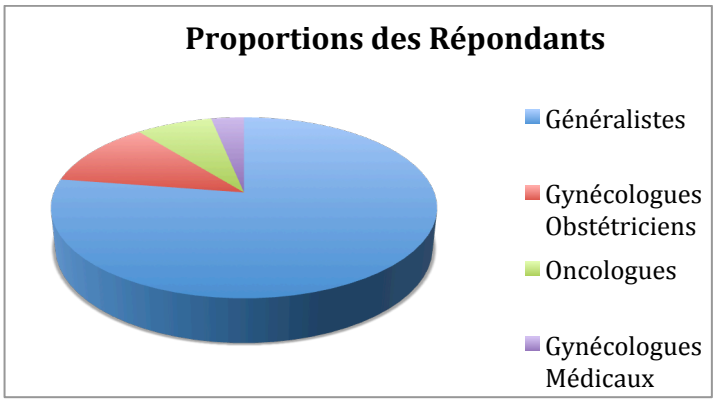
Nous avons envoyé un mail de présentation de l'étude à 542 Médecins Généralistes éligibles dont nous avons eu les coordonnées. Pour 72 d'entre eux, nous avons reçu une réponse favorable nous permettant d'envoyer notre questionnaire. Le taux de réponse au questionnaire est de 100%.

Le réseau Onco-Poitou-Charentes a envoyé le questionnaire à 185 Spécialistes d'organes, dont 69 Gynécologues-Obstétriciens, 29 Gynécologues Médicaux et 87 Oncologues Médicaux. Nous avons reçu respectivement 16%, 10% et 8% de réponses.

Tableau 1. Effectif des différentes populations

SPECIALITE	NOMBRE SOLLICITE	NOMBRE DE REPONSE
Médecins Généralistes	**542**	**72**
Gynécologue-Obstétriciens	**69**	**11**
Gynécologue-Médicaux	**29**	**3**
Oncologues	**87**	**7**
Total Spécialistes d'organes	**185**	**21**

Graphique 1. Proportions des populations étudiées



1.2. Comparabilité

Les différences significatives entre les deux groupes de population se situent au niveau du lieu d'exercice et au nombre de cas de cancer du sein suivi :

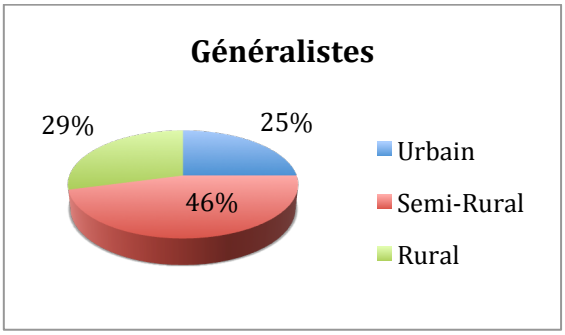
- la répartition « Urbain/Semi-rural/Rural » atteint respectivement 25%-46%-29% pour les généralistes contre 90%-10%-0% pour les spécialistes d'organe.
- Le nombre de cas suivis par les généralistes est de plus de 40 pour 5% d'entre eux, entre 11 et 40 pour 61%, et de 10 ou moins pour 34% (tous les généralistes n'ayant pas répondu, le chiffre est calculé sur un effectif de 61 praticiens). Pour les gynécologues et les oncologues les chiffres sont de 90%, 5% et 5%.

Pour le reste des caractéristiques épidémiologiques, il n'existe pas de différences significatives entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes. On notera dans les résultats qu'il apparaîtra une différence significative de réponse dans la population des médecins généralistes, liée à l'âge.

Tableau 2. Situation géographique des praticiens

	Médecins Généralistes		Spécialistes d'Organe	
Localisation	**Effectif**	**Pourcentage**	**Effectif**	**Pourcentage**
Rurale	21	29	0	0
Semi-Rurale	33	46	2	10
Urbain	18	25	19	90
Total	72	100	21	100

Graphiques 2. Répartitions géographiques des deux populations



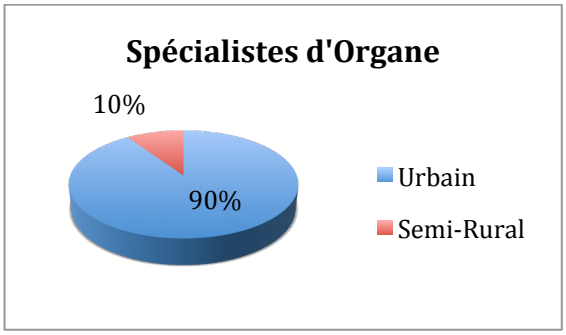


Tableau 3. Nombre de cas suivi en fonction des spécialités

	Médecins Généralistes		Spécialistes d'Organe	
Nombre de cas	**Effectif**	**Pourcentage**	**Effectif**	**Pourcentage**
< 10	21	34	1	5
11 à 40	37	61	1	5
> 40	3	5	18	90
Total	61	100	20	100

2. Critère de Jugement Principal (CJP) (Tableau 4)

Dans notre étude, 64% des médecins généralistes et 65% des spécialistes estiment que la prise en charge du cancer du sein nécessite une meilleure collaboration entre médecine générale et les autres spécialités. La réponse à notre critère de jugement principal est positive.

3. Critère de Jugement Secondaire (Tableau 4)

Tous les critères de jugement secondaires ont été étudiés sur une population de 72 généralistes et 20 spécialistes d'organes.

3.1. Résultats significatifs

3.1.1. Présence du médecin généraliste en consultation d'annonce.

50% des omnipraticiens répondent *OUI* contre 15% pour les spécialistes (p<0,005).

3.1.2. Le généraliste doit-il prendre en charge l'information du patient ?

51% des généralistes et 19% des spécialistes répondent OUI (p<0,012).

3.1.3. Le généraliste doit-il prendre en charge les complications à long terme ?

Il existe une différence significative importante (p<0,001) entre les 70% de réponses par *OUI* des généralistes et les 16% des spécialistes.

3.1.4. Le généraliste doit-il prendre en charge le dépistage des récidives ?

Les généralistes répondent *OUI* à 82%, contre 56% pour les Gynécologues et les oncologues (p<0,037).

3.2. Résultats non significatifs

3.2.1. Le généraliste doit-il être présent en RCP ?

Il apparaît une majorité de *NON* dans les deux populations étudiées, calculé à 53% pour les généralistes et 65% pour les spécialistes.

3.2.2. Le généraliste doit-il organiser la prise en charge psychologique ?

Il apparaît que 65% des généralistes sont pour, ainsi que 61% des spécialistes.

3.2.3. Le médecin généraliste doit-il prendre en charge l'information donnée à la famille ?

Il existe une différence non significative entre les deux populations. Les généralistes répondent *OUI* à 57% contre 48% pour les spécialistes.

3.2.4. Le médecin généraliste doit-il prendre en charge les suites immédiates de la pathologie ?

Les généralistes répondent *OUI à 67%, contre 48%* pour les autres spécialistes.

3.2.5. La prise en charge du médecin généraliste dépend-elle du traitement proposé ?

Les généralistes répondent OUI à 52%, contre 62 % pour les autres spécialistes.

3.2.6. Le médecin généraliste doit-il assurer le suivi à long terme ?

Les généralistes répondent OUI à 89%. Il n'y a pas de différence significative avec les réponses des spécialistes, qui répondent OUI à 79%.

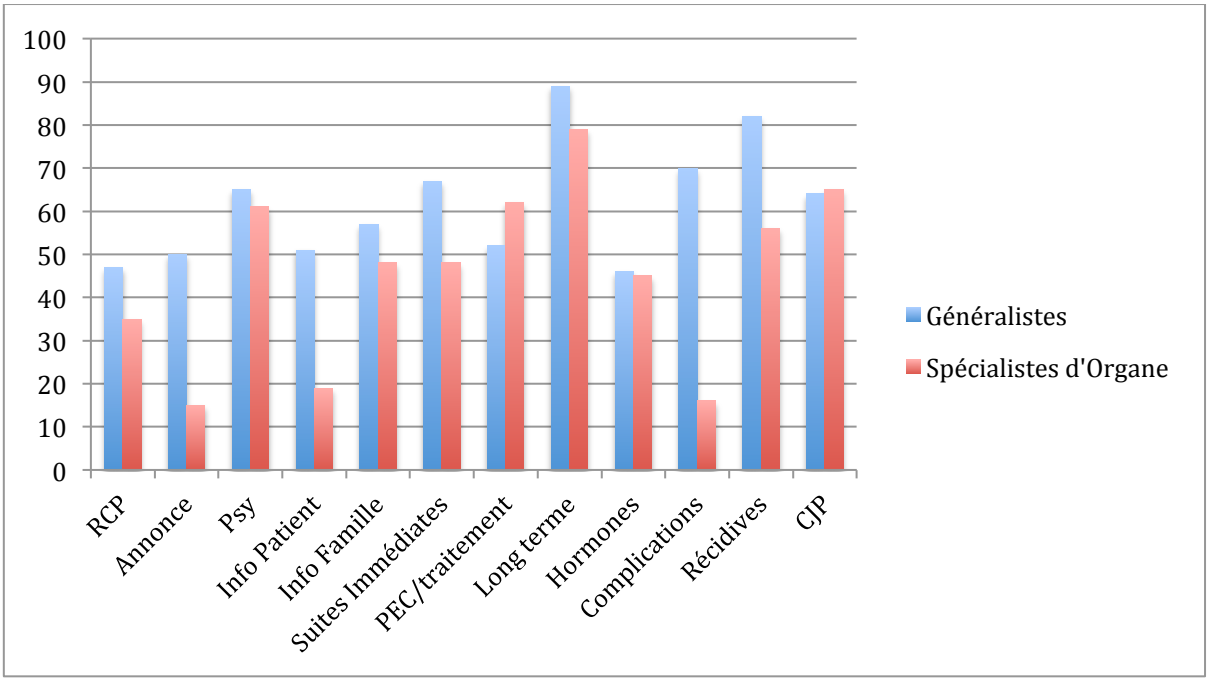
3.2.7. Le généraliste doit-il prendre en charge la prescription du traitement hormonal du cancer du sein ?

Les médecins traitant disent non à 54%, contre 55% pour les spécialistes.

Tableau 4. Nombres de réponses positives au sein des deux populations.

	Médecins Généralistes		Spécialistes d'Organes		Différence Statistique
Question	Nbre de OUI	%	Nbre de OUI	%	p
RCP	34	47	7	35	NS
Annonce	35	50	3	15	< 0,005
Psychologue	44	65	11	61	NS
Info Patient	36	51	4	19	< 0,012
Info Famille	39	57	10	48	NS
Suites immédiates	47	67	10	48	NS
PEC / traitement	38	52	13	62	NS
Long terme	62	89	15	79	NS
Hormone	32	46	9	45	NS
Complications	50	70	3	16	< 0,001
Récidives	56	82	10	56	< 0,037
CJP	46	64	13	65	NS

Graphique 3. Pourcentage de réponses positives selon les populations



4. Différence significative au sein du groupe Médecin Traitant. (Tableau 5)

Au cours de l'étude sont apparues de nombreuses différences significatives au sein du groupe médecin traitant, en fonction de l'âge des répondeurs. Nous avons comparé l'effectif des généralistes ayant 45 ans ou moins (n = 33) et celui des généralistes de plus de 45 ans (n = 40).

4.1. Résultats significatifs

4.1.1. Critère de Jugement Secondaire :

Les omnipraticiens de plus de 45 ans répondent *OUI* plus significativement pour :

- Une présence en RCP : 63% contre 28% (p=0,007).
- une présence en consultation d'annonce : 72% contre 23% (p<0,001).
- l'organisation de la prise en charge psychologique : 77% contre 52% (p=0,05).
- Organiser l'information du patient : 70% contre 30% (p=0,002).
- Organiser l'information à la famille : 78% contre 33% (p>0,001).
- Prendre en charge les suites immédiate du traitement : 84% contre 47% (p=0,002).
- Organiser la prescription de l'hormonothérapie : 66% contre 22% (p<0,001)

Les jeunes généralistes sont plus nombreux à avoir réalisé une formation supplémentaire par l'obtention du DIU de pratique de la gynécologie en médecine générale : 18% contre 0% (p= 0,006).

4.2. Résultats non significatifs

4.2.1. Critère de Jugement Principal

Il n'y a pas de différence significative entre les praticiens de médecine générale les plus expérimentés et ceux de 45 ans ou moins lorsqu'on leur demande si ils pensent que la collaboration entre généraliste et spécialiste doit être améliorer (72% contre 55%).

4.2.2. Critères de Jugement Secondaire

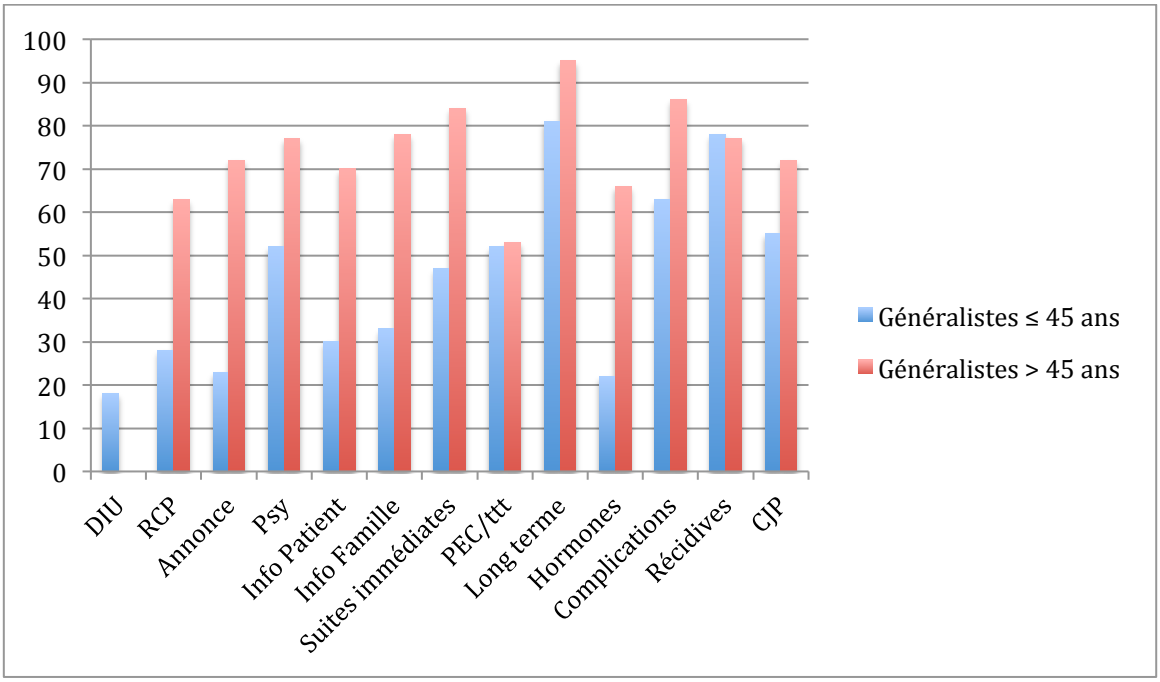
Il n'y a pas de différence significative entre les médecins de plus de 45 ans et ceux âgés de 45 ans ou moins pour :

- Dire que la prise en charge dépend du traitement : 53% contre 52%.
- Dire qu'il est de leur devoir de suivre la pathologie cancéreuse du sein à long terme (95% contre 81%).
- Dire qu'il est de leur devoir de prendre en charge les complications dues au traitement (86% contre 63%)
- Organiser le dépistage des récidives de la maladie : 77% contre 78%.

Tableau 5. Différences liées à l'âge au sein de la population de médecin traitant.

	Age < ou = 45 ans			Age > 45 ans			
Question	**Nb de OUI**	**Nb de répondants**	**%**	**Nb de OUI**	**Nb de répondants**	**%**	**p**
DIU	**6**	**33**	**18**	**0**	**40**	**0**	**0,006**
RCP	**9**	**32**	**28**	**25**	**40**	**63**	**0,007**
Annonce	**7**	**31**	**23**	**28**	**39**	**72**	**<0,001**
Psychologue	**7**	**33**	**52**	**27**	**35**	**77**	**0,05**
Info Patient	**10**	**33**	**30**	**26**	**37**	**70**	**0,002**
Info Famille	**11**	**33**	**33**	**28**	**36**	**78**	**<0,001**
Suites Immédiates	**15**	**32**	**47**	**32**	**38**	**84**	**0,002**
PEC/ttt	**17**	**33**	**52**	**21**	**40**	**53**	**NS**
Long terme	**25**	**31**	**81**	**37**	**39**	**95**	**NS**
Hormones	**7**	**32**	**22**	**25**	**38**	**66**	**0,001**
Complications	**20**	**32**	**63**	**30**	**39**	**86**	**NS**
Récidives	**25**	**32**	**78**	**36**	**31**	**77**	**NS**
CJP	**18**	**33**	**55**	**28**	**28**	**72**	**NS**

Graphique 4. Pourcentage de réponse favorable selon l'âge du généraliste.



5. Quelle(s) amélioration(s) pour la collaboration entre Spécialistes ?

Cette question correspond aux commentaires libres proposés en fin de questionnaire (Annexe 1). Il s'agit de la partie consacrée aux pistes d'amélioration basées principalement sur les thèmes suivant : la communication, la coordination, la prise en charge globale.
Au sein de chaque item, différentes idées se sont détachées.

5.1 Communication

En terme de communication, 34 demandes ont été faite à propos de la formation médicale dont :

- 9 au sujet des protocoles de soin
- 4 au sujet des effets indésirables attendus
- 21 au sujet des éléments de surveillance.

On note 42 propositions ont été faites afin d'améliorer les compte rendus médicaux :

- Obtention plus rapide du courrier de sortie (16 demandes).
- Explication du protocole (3 demandes).
- Information sur les effets secondaires attendu (10 demandes).
- Prise en compte de la prise en charge psychologique (1 demande).
- Disponibilité de l'interlocuteur spécialiste (12 demandes).

18 demandes ont été faite sur la mise en place de plateforme informatique avec :

- la création d'un dossier de soins (8 demandeurs).
- La création d'une plateforme web en ligne.
- La mise en place de fiche informative sur les protocoles.

5.2 Coordination

Quatre médecins généralistes se sont exprimés sur le sujet :

- 2 sur la création d'intermédiaires ville-hôpital par le moyen d'infirmier(e) de coordination.
- 1 pour la mise en place de visite des structures hospitalières.
- 1 pour la mise place de rencontres entre généralistes et spécialistes d'organe.

5.3 Prise en charge globale

Trois généralistes se sont exprimés sur l'amélioration du courrier initial dont un sur la description de la situation familiale ou conjugale et un sur la volonté ou non du patient de bénéficier d'une prise en charge par une médecine alternative.

Tableau 6. Idées d'amélioration portant sur la communication

FORMATION	Protocole de soin	9 demandeurs
	Effets indésirables	4 demandeurs
	Eléments de surveillance	21 demandeurs
COURRIER	Rapidité d'envoi	16 demandeurs
	Explication du protocole	3 demandeurs
	Eléments de suivi	10 demandeurs
	Prise en charge psychologique	1 demandeur
	Explication sur la disponibilité	12 demandeurs
BASE DE DONNEES	Création d'un dossier de soin	8 demandeurs
	Création d'une plate-forme web	1 demandeur
	Explication des protocoles	9 demandeurs

Tableau 7. Idées d'amélioration portant sur la coordination

INTERMEDIAIRE	IDE de coordination	2 demandeurs
RENCONTRE	Rencontre des spécialistes	1 demandeur
	Visite des structures	1 demandeur

Tableau 8. Idées d'amélioration portant sur la Prise en Charge Globale

ECHANGE DU GENERALISTE	Courrier / Contact	3 demandeurs
AU SPECIALITE D'ORGANE	Avis sur le conjoint	1 demandeur
	Médecine Alternative	1 demandeur

V. DISCUSION

1. Objectif de l'étude

Notre travail a pour objectif de prendre du recul sur la pratique actuelle, telle qu'elle est définie dans les textes et telle qu'elle est pratiquée au sein du monde médical, concernant le suivi thérapeutique et post thérapeutique des patientes prises en charge pour un cancer du sein.

Il n'existe pas à notre connaissance d'étude qualitative ayant interrogé avec le même questionnaire tous les praticiens intervenants des différentes spécialités. Il nous a semblé intéressant de réaliser ce travail pour évaluer « le rôle du médecin généraliste, en collaboration avec le gynécologue et l'oncologue dans la prise en charge thérapeutique et post-thérapeutique du cancer du sein ».
Cette étude qualitative, a permis de confronter les différentes spécialités au même questionnaire afin d'établir les différentes perceptions de ce rôle. Ainsi, en croisant ces données, nous pouvons dessiner les contours de l'activité des omnipraticiens permettant une meilleure prise en charge des patientes. Nous pouvons également définir les lacunes de cette collaboration afin de l'améliorer.

En cancérologie mammaire, le dépistage offre la possibilité au plus grand nombre, d'avoir une prise une charge précoce et un meilleur pronostic. Comme dans toutes les pathologies au long cours, l'organisation du suivi doit être précise. La maladie est alors souvent soignée de manière plus pertinente et la qualité de vie de la patiente est souvent moins altérée.

De nombreuses études ont été réalisées afin de déterminer les alternatives de la surveillance en faisant intervenir le médecin généraliste.
Dans l'étude de Jiwa(10), portant sur 101 femmes traitées pour un cancer du sein, il apparaît que les patientes sont attachées à leur généraliste auquel elles accordent leur confiance, surtout lorsqu'elle ont besoin de se faire examiner et de s'exprimer sur la maladie. Les patientes souhaitent également le consulter parce qu'il constitue un lien avec le spécialiste. Cette étude met en avant cette confiance tout en

montrant le besoin affirmé qu'ont les femmes d'avoir un lien avec la structure de cancérologie. Il apparait compliqué de se détacher du suivi spécialisé mais aussi du suivi du médecin généraliste.

Dans d'autres études, les patientes ne sont pas formellement opposées à faire un suivi auprès de leur médecin généraliste, en qui elles ont confiance notamment pour le suivi psychologique ou les maladies intercurrentes (11).
Il semble ressortir de ces études, qu'aux yeux des femmes, le médecin généraliste a une connaissance moindre de la pathologie cancéreuse et serait de ce fait moins apte à assurer le suivi. Les patientes ne seraient pas contre un suivi partagé, en gardant malgré tout un contact avec leur spécialiste, qui indiquerait la marche à suivre.

Il apparaît dans la majorité de ces travaux que les patientes ont confiance en leur médecin généraliste. Mais il existe une nuance dans l'étude de Jiwa (10) où il est démontré que les patientes présentant un rendez-vous programmé chez le spécialiste, consultent moins leur généraliste en cas de complication. D'autres études montrent la volonté pour certaines de garder les visites chez le spécialiste (12,13). Le ressenti des patientes nécessite donc une amélioration de la coordination et de la coopération entre généralistes et spécialistes comme le souligne Paradiso qui a mené une enquête dans une vaste région italienne. En effet il explique que les médecins généralistes souhaitent une implication plus forte dans le suivi et que les patientes voient un bénéfice à être suivi par un seul médecin, proche géographiquement.(13)

Ces éléments sont retrouvés dans notre travail puisque 64% des médecins généralistes et 65% des spécialistes s'accordent pour dire qu'une amélioration de leur collaboration est nécessaire. Le nombre accru de médecins différents est ressenti comme un frein à la prise en charge (13) il semble que le généraliste soit incontournable, de par son regard global sur le patient. Il s'agit effectivement de prendre en charge le patient avec son corps, ses connaissances profanes, son environnement, et ses perspectives.

2. Résultats

L'intérêt de notre étude est de comparer les réponses des médecins généralistes et des spécialistes d'organes obtenues à partir d'un même questionnaire. Ce travail nous montre que, de manière consensuelle, le généraliste est considéré comme le praticien central de la prise en charge thérapeutique et post-thérapeutique du cancer du sein.

Les deux populations s'accordent autour du fait que la collaboration entre spécialistes doit être améliorée. De plus elles estiment que le médecin traitant doit être le garant de la prise en charge psychologique des patientes (ce qui est l'avis de 65% des généralistes et 61% des spécialistes), de la prise en charge du dépistage des récidives (pour 82% des généralistes et 56% des spécialistes), et de la prise en charge à long terme de leur pathologie (pour 89% des généralistes et 79% des spécialistes).

Notre étude trouve également un accord entre les spécialistes, en faveur d'une non-participation aux réunions de concertation pluridisciplinaire des généralistes.
Il existe une impossibilité évidente pour l'omnipraticien, d'être présent, du fait d'un manque de temps. Les réunions de concertation pluridisciplinaire sont des réunions d'experts lors desquelles sont proposées des plans de soins selon des protocoles s'appuyant sur le stade tumoral, mais également en fonction de l'état général de la patiente, de sa volonté, et du stade de la maladie. Le but est de faire une proposition thérapeutique optimale en fonction de ces critères. Ces RCP sont l'objet d'un travail de qualité, lors desquelles de nombreux dossiers sont discutés. La présence du généraliste lors de celle-ci rendrait la tâche compliquée, par manque de temps. Mais sa présence n'est pas proscrite.
Le médecin traitant, vient donc plus souvent en deuxième lecture de cette proposition thérapeutique, soit pour réexpliquer au patient la proposition qui lui a été faite, soit pour aider le patient ou l'équipe hospitalière. Il peut être amené à préciser l'état clinique du patient et peut apporter des compléments d'informations afin d'ajuster la prise en charge en fonction d'éléments plus globaux tels que le refus de soins, les croyances personnelles, les relations familiales ou autres.

Notre travail met en évidence un accord entre les deux populations en ce qui concerne la prescription de l'hormonothérapie.
Il semble que le rôle de prescripteur reste celui de l'oncologue ou du chirurgien selon les cas. L'instauration de ce traitement revient au spécialiste après l'avis de la RCP afin de poser la bonne indication au traitement. Il apparaît souvent, que la prescription de renouvellement est ensuite réalisée par le généraliste. Cette prescription médicamenteuse sera ensuite arrêtée par le spécialiste, lors d'une consultation de suivi de spécialité.

Pour d'autres résultats obtenus lors de ce travail, il semble, plus difficile de déterminer le rôle du médecin traitant.
Ainsi, en ce qui concerne la prise en charge de l'information à la famille, les deux populations s'accordent, sans différence significative, mais pour un pourcentage naviguant autour de 50% (57% pour les généralistes contre 48% pour les spécialistes d'organe). Il apparaît donc, qu'un praticien sur deux pense qu'il est du ressort du généraliste de s'en occuper. Il est possible que la question de l'information à la famille soit considérée comme difficile à prendre en charge du fait du secret médical. En pratique, il n'est pas rare que la famille soit présente autour du patient lors de son hospitalisation, permettant, avec l'accord du patient, la délivrance d'une information complète. Il est plus difficile de l'organiser dans un cabinet de médecine générale, ou le motif de consultation « information à la famille » est compliqué à demander pour le patient, ou à organiser par le médecin. Ce point est appuyé par le travail de Paradiso (13), expliquant que les patientes souhaitent garder un lien avec les structures hospitalières tout en acceptant la surveillance alternée entre spécialiste et généraliste. On peut conclure sur le sujet en estimant que l'information à la famille est faite en fonction des opportunités sans préférence affirmée pour un médecin plus qu'un autre.

En ce qui concerne la prise en charge des suites immédiates du traitement, 67% des généralistes se sentent impliqué quand 48% des spécialistes estiment qu'il s'agit du rôle du médecin traitant. La différence n'est pas significative avec une implication malgré tout plus importante de la part des omnipraticiens. A ce propos, la prise en charge étant souvent chirurgicale, on peut comprendre le besoin de l'opérateur de

revoir sa patiente lors de la survenue de complications précoces. Pour le reste, les généralistes sont souvent autonomes, et la volonté de prise en charge des suites immédiates dépend souvent de la proximité de la structure hospitalière, le recours au spécialiste étant plus simple pour un patient domicilié dans la commune où l'hôpital est implanté. Ainsi, en zone rurale par exemple, les patientes vont plus facilement chez le généraliste en premier recours, donnant de l'importance à la notion de coordination rapprochée, et à la transmission rapide des informations entre médecins.

Il existe 3 différences significatives témoignant d'un avis différent entre les deux populations.
Il apparaît que 50% des médecins traitants souhaiteraient participer aux **consultations d'annonce**, quand seulement 15% des gynécologues et des oncologues pensent que cela est judicieux.
Nous pouvons expliquer le point de vue des gynécologues et oncologues au regard de deux organisations mises en place :

- d'une part, le plan cancer (2) impose la mise en place d'un dispositif d'annonce aux spécialistes et aux services de médecine et de chirurgie ayant une activité d'oncologie avec des budgets alloués pour la coordination de ces consultations d'annonces aux structures concernées.

- d'autre part, la consultation d'annonce doit être pluridisciplinaire (Médecin, Infirmière d'annonce, Psychologue), et implique de prendre le temps de l'explication de la maladie et du projet de traitement proposé, de répondre aux questions de la patiente et de ses proches.

Nous conviendrons de la difficulté de réalisation de ce type de consultation d'annonce dans un cabinet de médecine générale. En revanche, le généraliste est considéré comme indispensable lorsque les patientes lui demandent un « débriefing ». Leur rôle risquerait d'être modifié si les patientes gardaient en image leur présence le jour de l'annonce.

Sur la question de **l'information donnée au patient**, 51% des généralistes souhaitent être impliqués quand 19% des spécialistes pensent qu'il ne s'agit pas du rôle de la médecine générale. On peut ici, faire une différence entre l'information délivrée par le spécialiste et celle faite par le généraliste.

Les institutions médicales doivent suivre les recommandations faites en matière d'information. Ainsi, l'avis des spécialistes correspond à leur volonté d'appliquer un cahier des charges défini par l'INCa. Il leur est demandé de donner l'information du diagnostic et de définir avec la patiente un plan personnalisé de soin.
L'avis des généralistes met en évidence leur volonté de donner une information en rapport avec l'émotion ressentie par les patientes. Il s'agit d'une information plus globale impliquant une interactivité, et qui est souvent faite après la consultation d'annonce du spécialiste.

Il existe une importante différence significative dans l'analyse du rôle du médecin traitant dans la **prise en charge des complications** du traitement. Lorsque 70% des omnipraticiens pensent qu'il est de leur rôle de prendre en charge cette problématique, seuls 16% des autres spécialistes le pensent.
Au sein de ce pourcentage important de généralistes souhaitant avoir un rôle dans la prise en charge des complications dues au traitement, nous avons étudié les biais épidémiologiques afin de déterminer si une sous-population de médecin traitant influence ce résultat. Il apparaît que la situation géographique, le sexe, ou l'âge du praticien ne change pas significativement le taux de réponse.

Si l'on s'en réfère aux travaux de Paradiso (13) et Brennan (12), il existe une volonté partagée de la part des patientes et des médecins généralistes, de réaliser un suivi de soins primaires, avec une confiance en l'efficacité de ce suivi à long terme. Toutefois, nous n'avons pas fait préciser dans notre travail le type de complications à prendre en charge. Selon l'appréciation de la complication et de sa gravité, la prise en charge sera ou non possible en médecine de ville.

La gravité de certaines complications explique la réticence de certains spécialistes :

- les complications chirurgicales sont souvent prises en charge en structure hospitalière.
- les complications des traitements adjuvants (chimiothérapie) sont parfois plus complexes et doivent être pris en charge par les oncologues.
- Certaines complications nécessitent une prise en charge hospitalière : Hydratation, transfusion, EPO, antibiothérapie, isolement.

3. Différences liées à l'âge dans la population Médecin Traitant

Nous avons constaté que le nombre de médecins généralistes de plus de 45 ans était significativement plus important dans la prise en charge psychologique, de l'information au patient et à sa famille, des suites immédiates, et de l'hormonothérapie. Leur population semble plus volontaire vis-à-vis de la participation aux RCP ou aux consultations d'annonce. De même, il apparaît pour les autres questions, un taux plus important de réponses positives, mais non significatives, à l'exception du dépistage des récidives.

Le cancer du sein étant une pathologie pour laquelle un suivi au long cours doit être mis en place, de nombreuses questions se posent.
Le praticien de plus de 45 ans bénéficie d'une expérience plus importante, du fait de ses années de pratique professionnelle. On peut estimer, que sa plus grande implication est étroitement liée à son vécu professionnel. Ainsi, ses compétences lui donnent confiance en la qualité de son suivi. Il faut ajouter à cela, une prise en charge plus globale, nécessaire à ces patientes. Les patientes sont plus rassurées par un médecin d'expérience, ayant déjà assuré le suivi d'autres cancers du sein.

Parallèlement à cette analyse, on peut expliquer ces différences par l'organisation et l'apprentissage de la médecine moderne. La prise en charge du cancer du sein s'est développée de manière très importante depuis la création du plan cancer.
Ainsi, gynécologues et oncologues ont mis en place des stratégies efficaces de suivi, depuis le dépistage organisé jusqu'au traitement et au suivi des patientes. De

fait, le généraliste s'est vu retirer la responsabilité de l'organisation de ce dépistage pour le bien des patientes. Logiquement, toute patiente dont le dépistage révèle un cancer du sein, entre dans l'algorithme de la prise en charge dont le généraliste n'est que témoin.

Cette stratégie, ayant fait preuve de son efficacité, les jeunes généralistes lui font confiance, s'impliquant de manière moins importante dans le dépistage qu'un généraliste ayant connu l'avant Plan Cancer. Il est nécessaire de réfléchir à l'implication de l'omnipraticien dans la partie pré-thérapeutique du cancer du sein si on souhaite améliorer son implication dans le reste de la prise en charge. Cette démarche est symbolisée par le rôle du médecin traitant dans la demande de prise en charge à 100% auprès de l'Assurance Maladie, mais elle est aujourd'hui insuffisante.

4. Biais lié à la participation

Sur un total de 542 généralistes sollicités, 72 ont répondu au questionnaire de l'étude. Cet effectif est suffisant pour effectuer des statistiques, et correspond à la population de médecins généralistes se sentant concernée par le sujet.

L'analyse concernant les gynécologues et les oncologues n'est pas la même. En utilisant le Réseau-Onco-Poitou-Charentes, seuls les Praticiens concernés par la question ont reçus le questionnaire. La liste des destinataires était donc exhaustive avec 185 sujets concernés. L'obtention de 21 réponses correspond en proportion, au nombre de réponses de la première population. On peut expliquer ce taux de réponse par la répartition des activités au sein des équipes d'oncologues, chacun ne faisant pas forcément de la sénologie.
Une autre lecture de ce chiffre peut se faire en estimant qu'il correspond aux spécialistes concernés par la collaboration de leur spécialité avec la médecine générale.

5. Les améliorations

5.1. La communication

Notre travail confirme bien l'analyse du travail de Paradiso (13), en montrant que l'échange d'information entre praticiens intervenants est perfectible. Il apparaît nettement que les médecins généralistes ont besoin d'un retour d'information plus complet et plus rapide. Ainsi, certains ont estimé que les courriers médicaux pourraient comprendre le détail des éléments de suivi clinique ou para-clinique. Par exemple, si la patiente a débuté une prise en charge psychologique dans la structure la prenant en charge, le courrier pourrait l'attester permettant au médecin traitant d'avoir tous les éléments nécessaires à un travail de suivi.. Il apparaît que le temps entre la prise en charge de la patiente et l'obtention du courrier est incompressible, ne donnant bien souvent pas la possibilité au généraliste d'avoir toute l'information au moment de la première consultation post-thérapeutique.

Les généralistes ont émis le souhait d'être informé sur les protocoles de traitement utilisés, sur ce qu'il convient de surveiller au cas par cas, en fonction de la stratégie de traitement choisie. D'après l'étude de Nyarko (15), portant sur 352 patients, une meilleure information du médecin de famille et une meilleure collaboration entre les oncologues et les généralistes, dans le but d'améliorer les soins primaires est importantes pour les patientes. Dans notre étude, interrogeant les médecins, on note la même volonté de leur part, d'améliorer l'information et la collaboration avec les oncologues.

Devant cette demande, on peut penser qu'il serait nécessaire d'aborder ces sujets lors de formations médicales continues. Dans son travail, Levasseur a mis en évidence les difficultés de mise en place de la Formation médicale continue, pourtant obligatoire depuis la Loi Juppé de 1996 (16). Il est important de poser la question de l'accès à la formation, en cherchant les raisons de la non participation des médecins généralistes. Levasseur a montré que moins de 25% des généralistes participe aux FMC. Pourtant, au regard de notre étude, les généralistes semblent demandeurs de formation. Plusieurs propositions explicatives sont avancées telles que le manque de temps, d'intérêt, ou l'inadéquation entre l'enseignement voulu et celui proposé.

Nous devons nous poser la question du devenir des patientes au-delà du suivi conventionnel de 5 ans après la prise en charge par le gynécologue ou l'oncologue. L'étude de Jiwa (10) montre la confiance des patientes envers la structure spécialisée. Cependant, en France, au-delà d'un délai de 5 ans, le suivi est exclusivement réalisé par le médecin traitant, se traduisant parfois par un sentiment « d'abandon » de la patiente. Une meilleure formation, associée à une amélioration des échanges, permettrait aux généralistes une plus grande capacité de suivi de ces patientes. Et en réalisant ce transfert de connaissance, les patientes seraient plus satisfaites du suivi effectué par le généraliste, impliquant une diminution de leurs inquiétudes.

Pour terminer, un grand nombre de généraliste a évoqué la nécessité de création d'un dossier de soin commun accessible par internet, sur lequel, les protocoles de soin et leur particularité seraient expliqués, augmentant ainsi l'autonomie du médecin traitant. Ce point met en avant deux pistes d'amélioration du Réseau-Onco-Poitou-Charentes. En effet, cela met en évidence la nécessité de développer l'utilisation du réseau par les généralistes, et peut être également, la nécessité d'étoffer son contenu par des éléments de formation médicale continue.
Ceci soulève deux problématiques distinctes :

- L'informatisation de la médecine générale :

L'outil informatique est aujourd'hui largement conseillé, de par la facilité de sauvegarde de données, mais également pour la traçabilité des actes médicaux. Il permet la tenue d'un dossier, permettant un accès plus facile et plus rapide au praticien, à son remplaçant et au patient (17). Mais aujourd'hui, au-delà de la problématique de l'informatisation d'un cabinet médical, se pose la question de l'utilisation des ressources informatiques. Dans le cas de notre étude, il semblerait que le réseau Onco-Poitou-Charentes puisse avoir un rôle dans l'amélioration des échanges. Il est donc nécessaire d'évaluer son efficacité, et de le développer. Certaines études ont déjà été réalisées dans ce sens en France (18). Pour les mêmes raisons, le secteur hospitalier se munit actuellement de dossiers informatisés, ajoutant à ces arguments, celui de la transparence.

- Le respect du secret médical :

L'informatisation du système de santé soulève le problème du secret médical. Le support informatique est un support de données virtuelles nécessitant des sauvegardes et donc une base de données. On comprend aisément que l'accès à ces données pourrait être un problème pour le secret médical, et ainsi il apparaît que le monde médical n'est plus le seul garant de celui-ci. Récemment, la Loi Touraine prévoit dans son article 47, la création d'un Système National des Données de Santé regroupant le système national d'information inter-régime de l'Assurance maladie, le programme de médicalisation des systèmes d'information, les données sur les causes de décès des collectivités territoriales ou encore les données de remboursement personnelles transmises par les complémentaires santé. L'article a aussi pour objectif de faciliter l'accès à ce système pour des "finalités d'intérêt général". Ce système sera contrôlé par un Institut national des données de santé. L'accès à ces données sera payant, afin de supporter les frais de gestion. Il existe depuis une polémique liée à la possible ouverture de ce système à des organismes privés (19).

5.2. La coordination

Le sujet de la coordination rentre dans une logique de proximité et dans une volonté d'omniscience du médecin généraliste. Les points évoqués peuvent être séparés selon deux thèmes. Le premier est celui de la rencontre entre les acteurs de soin, avec l'idée de pouvoir visiter les structures de prise en charge (Hôpitaux, Clinique), et de pouvoir rencontrer les spécialistes. Le deuxième thème évoqué est celui de la création de postes de professionnels de santé faisant le lien entre la structure de prise en charge et le cabinet médical du médecin traitant, à la manière d'une Infirmière de coordination.

Dans toutes les études de suivi (10–12), la coordination et la collaboration entre généralistes et spécialistes constituent la clé de la réussite d'un suivi alterné. Nous pouvons au travers de notre travail affirmer que les praticiens de Poitou-Charentes sont d'accord sur ce point.

5.3. La prise en charge globale

Cet aspect de la prise en charge est un point clef de la pratique médicale et a fortiori de la médecine générale. Cela nécessite une réflexion sur le modèle bio-psycho-social.

Il s'agit d'une réflexion estimant que la prise en charge du patient nécessite une approche biomédicale mais également une connaissance globale de la personne concernant sa vie au sein d'une collectivité, les événements psychosociaux de son existence, ses valeurs morales et celles de sa communauté.

En effet, le généraliste reste un coordonnateur dans la prise en charge des maladies dont le suivi s'établit sur une longue durée. Dans les idées d'améliorations, a été émise l'hypothèse d'une meilleure collaboration dans le sens généraliste-spécialiste. Ainsi, on pourrait évoquer la possibilité d'améliorer l'approche du spécialiste envers son patient, en lui donnant des éléments de prise en charge plus globale : problèmes personnels tels qu'une conjugopathie ou une discordance familiale, problèmes professionnels, crainte liée à une expérience personnelle vis à vis de la maladie.

Un autre élément, plus novateur, mais allant dans le sens de la prise en charge globale a été évoqué. Il s'agit de l'utilisation accentuée des soins de supports. Ce sont les soins, quels qu'ils soient, nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie. Ils se font en plus des traitements spécifiques contre le cancer lorsque celui-ci est proposé, ou parfois seuls, lors de démarches personnelles ou palliatives. On peut prendre pour exemple la médecine intégrative, axée sur la guérison, tenant compte de la personne dans son ensemble, incluant tous les aspects du mode de vie. Cette approche, existant depuis plusieurs années se présente comme de plus en plus acceptée par la population générale (20–22) du fait de son intérêt porté sur la « relation thérapeutique ».

Dans le suivi des patientes atteintes du cancer du sein, le médecin joue un rôle de coordination, dans lequel il orchestre le bon déroulement des différentes prises en charge (consultations de suivi, consultation spécialisée, soins de support). Il en est de son rôle, afin de permettre la bonne tenue des soins primaires.

VI. CONCLUSION

L'objectif de notre étude était d'évaluer la nécessité d'une meilleure collaboration entre le médecin généraliste, le gynécologue et l'oncologue dans la prise en charge du cancer du sein dans sa phase thérapeutique et post-thérapeutique.

L'étude de notre critère de jugement principal nous permet d'affirmer cette nécessité, puisque 64% des généralistes et 65% des spécialistes ont répondu positivement à cette question.

L'analyse de nos critères de jugement secondaires nous a permis de définir plus précisément le rôle de la médecine générale lors du suivi de cette pathologie. Il apparaît une volonté commune de voir augmenter l'implication du généraliste dans la prise en charge de ses patientes, avec un souhait de réajuster son activité.

Pour une partie des questions posées, aucune différence significative ne se dégage entre les deux populations étudiées, laissant ainsi l'idée, que la prise en charge se fait également, selon l'avis du patient, en fonction des opportunités de consultation.

En dernier lieu, ce travail a permis de recueillir des idées afin d'améliorer la collaboration entre les généralistes et les spécialistes lors du suivi.
Cela passera peut-être par un meilleur partage de la prise en charge en pré-thérapeutique. Il pourrait être intéressant de réfléchir autour de la médecine générale, afin de mieux cibler le dépistage individuel et d'augmenter le taux de participation au dépistage organisé. Cela pourrait permettre de renforcer la politique de dépistage et de profiter d'une meilleure implication des généralistes au sein de celle-ci (formation continue – meilleur échange avec les spécialistes). De ce fait, l'ensemble des moyens mis en œuvre pour informer le médecin traitant de manière exhaustive sur les symptômes, le diagnostic, le protocole de prise en charge et de suivi, doivent être améliorés lui permettant de faire évoluer sa prise en charge globale.

Les généralistes ayant répondu à l'étude ont révélé leur désir d'améliorer le suivi en développant la prise en charge Bio-Psycho-Sociale (14). Ainsi, une bonne collaboration doit également se réfléchir avec les renseignements que l'omnipraticien peut apporter au spécialiste d'organe.

De nombreuses idées ont été émises par les répondants, au sujet des possibles améliorations à mettre en place.
En premier lieu, la communication est régulièrement pointée du doigt dans les échanges ville-hôpital (1). En améliorant ces échanges, chaque spécialiste aura entre ses mains, plus d'éléments lui permettant d'être efficace. Le second volet est celui de la coordination. Un professionnel de santé hospitalier faisant le lien entre le cabinet du médecin généraliste et la structure hospitalière est une piste évoquée. Cette initiative existe déjà aux seins de certains établissements, mais n'est pas présente dans tous les hôpitaux accueillant des patientes atteintes d'un cancer du sein. On pourrait imaginer une Infirmière de coordination, dont le travail serait de contacter les généralistes concernés afin de leur transmettre le plan de soin et l'organisation des différentes consultations, et le cas échéant, les modifications de ce programme. Enfin, le troisième volet concerne la prise en charge globale des patientes au travers du modèle Bio-Psycho-Social dans le suivi à long terme. Le médecin généraliste serait alors le pivot du suivi, intégrant dans la prise en charge alternée de la patiente avec le spécialiste d'organe, à la fois les aspect médicaux, les aspects sociaux et le bien être psychologique.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? Presse Médicale. oct 2009 ; 38(10) : 1404-9.

2. Plan Cancer lll - Premier rapport au président de la République - Plan cancer 2014-2019. Institut National du Cancer; 2015. Disponible sur : http://www.e-cancer.fr/publications/93-plan-cancer/826-premier-rapport-au-president-de-la-republique-plan-cancer-2014-2019

3. Milliat-Guittard L, Letrilliart L, Galand-Desmé S, Berthoux N, Charlois A-L, Romestaing P, et al. [Exchanges of medical information during the follow up of breast cancer patients: perceptions and expectations of the community- and the hospital based practitioners]. Bull Cancer (Paris). févr 2006 ; 93(2) : 223-31.

4. Epidémiologie des cancers - Les chiffres du cancer en France | Institut National Du Cancer. http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers

5. INSERM Epidemiologie. http://www.inserm.fr/thematiques/cancer/enjeux

6. INCa - Epidemiologie. https://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/1-types-cancer/9-cancer-sein/1-epidemiologie-du-cancer-du-sein-en-france-metropolitaine-incidence-et-mortalite.html

7. Atlas de la démographie médicale 2015 | Conseil National de l'Ordre des Médecins. https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1607

8. Insee - Population - Estimation de la population au 1er janvier par région, département (1975-2015), sexe et âge (quinquennal, classes d'âge) - Estimation de la population au 1er janvier par région, département, sexe et âge de 1975 à 2015. http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=99&ref_id=estim-pop

9. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, Benbrahim-Tallaa L, Bouvard V, Bianchini F, et al. Breast-Cancer Screening — Viewpoint of the IARC Working Group. N Engl J Med. 11 juin 2015 ; 372(24) : 2353-8.

10. Jiwa M, Halkett G, Deas K, Meng X. Women with breast cancers' preferences for surveillance follow-up. Coll R Coll Nurs Aust. 2011 ; 18(2) : 81-6.

11. Mao JJ, Bowman MA, Stricker CT, DeMichele A, Jacobs L, Chan D, et al. Delivery of survivorship care by primary care physicians: the perspective of breast cancer patients. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol. 20 févr 2009 ; 27(6) : 933-8.

12. Brennan M, Butow P, Spillane A, Boyle F. Survivorship care after breast cancer. Aust Fam Physician. oct 2008 ; 37(10) : 826-30.

13. Paradiso A, Nitti P, Frezza P, Scorpiglione N. A survey in Puglia: the attitudes and opinions of specialists, general physicians and patients on follow-up practice. G.S.Bio.Ca.M. Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol ESMO. 1995 ; 6 Suppl 2 : 53-6.

14. Vannotti M, Celis-Gennart M. Modèle bio-psycho-social et maladie chronique : La dimension communautaire de la médecine entre individu, famille et société : Médecine de premier recours. Médecine Hygiène. 2000 ; 58(2320) : 2142-51.

15. Nyarko E, Metz JM, Nguyen GT, Hampshire MK, Jacobs LA, Mao JJ. Cancer survivors' perspectives on delivery of survivorship care by primary care physicians: an internet-based survey. BMC Fam Pract. 2015 ; 16(1) : 143.

16. Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

17. Denis B, Schon G, Ruetsch M, Grall J-C, Lévêque M, Meyer J-M, et al. Dépistage des cancers : auto-évaluation des dossiers médicaux de 37 médecins généralistes. Presse Médicale. févr 2007 ; 36(2, Part 1) : 217-23.

18. Rakotondranaivo A. Contribution de la modélisation à l'évaluation des performances des organisations de santé : application au réseau régional de cancérologie Oncolor. Vandoeuvre-les-Nancy, INPL ; 2006 http://www.theses.fr/2006INPL027N

19. Loi santé : l'article 47 menace-t-il le secret médical ? - 19 mars 2015 - L'Obs http://tempsreel.nouvelobs.com/sante/20150319.OBS5044/loi-sante-l-article-47-menace-t-il-le-secret-medical.html

20. Shen J, Andersen R, Albert PS, Wenger N, Glaspy J, Cole M, et al. Use of complementary/alternative therapies by women with advanced-stage breast cancer. BMC Complement Altern Med. 13 août 2002 ; 2 : 8.

21. Dilhuydy J-M. [Patients' attraction to complementary and alternative medicine (CAM): a reality which physicians can neither ignore nor deny]. Bull Cancer (Paris). juill 2003 ; 90(7) : 623-8.

22. Malak AT, Karayurt O, Demir E, Yümer AS. Complementary and alternative medicine in cancer patients - analysis of influencing factors in Turkey. Asian Pac J Cancer Prev APJCP. 2009 ; 10(6) : 1083-7.

ANNEXE :

1) Questionnaire de l'étude :

ROLE DE LA MEDECINE GENERALE DANS LA PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE ET POST-THERAPEUTIQUE DU CANCER DU SEIN

Questionnaire :

1- Données Professionnelles et Epidémiologiques

a) Age :

b) Sexe : masculin féminin

c) Milieu d'installation : rural semi-rural urbain

d) Spécialité :

- Médecine générale
- Gynécologue médicale
- Chirurgien Gynécologue
- Oncologue

e) Si Médecine générale : obtention d'un DIU de gynécologie : OUI NON

e) Nombre d'années d'exercice :

g) Nombre de cas de cancer du sein dans votre patientelle

2- Place de la Médecine Générale dans la prise en charge

A) En Pré-thérapeutique

a) Selon vous, le médecin généraliste (MG) devrait-il être présent en RCP ?

OUI NON

b) Selon vous, le MG devrait-il être présent en consultation d'annonce ?

OUI NON

c) Selon vous, le MG devrait-il organiser la prise en charge psychologique ?

OUI NON

B) En Thérapeutique

a) Selon-vous, le MG devrait-il prendre en charge l'information au patient ?

OUI NON

b) Selon-vous, le MG devrait-il prendre en charge l'information à la famille ?

OUI NON

c) Selon-vous, le MG devrait-il prendre en charge les suites immédiates de la pathologie ?

OUI NON

d) Selon-vous, la prise en charge du MG dépend-elle du type de traitement (Chirurgie +/- Radiothérapie +/- Chimiothérapie) ?

OUI NON

C) En Post-thérapeutique

a) Selon-vous, le MG devrait-il assurer le suivi à long terme ?

OUI NON

b) Selon-vous, le MG devrait-il être le prescripteur de l'hormonothérapie ?

OUI NON

c) Selon-vous, le MG devrait-il faire le suivi des complications dues au traitement ?

OUI NON

d) Selon-vous, le MG devrait-il être responsable du dépistage des récidives ?

OUI NON

D) Collaboration Médecine Générale – Autres Spécialités

a) La prise en charge post-opératoire du cancer du sein nécessite-t-elle une meilleure collaboration entre la Médecine Générale et les autres Spécialités ?

OUI NON

b) Selon vous, quelles sont les améliorations nécessaires à une meilleure collaboration entre la Médecine Générale et les autres Spécialités (Question Rédactionnelle)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Résumé

Introduction : Le cancer du sein est une pathologie dont la prise en charge est multidisciplinaire, définie comme une question de santé public depuis le Plan Cancer de 2003. La France est organisée en réseaux comportant des Centres de Coordination en Cancérologie, organisant le dépistage, et les RCP. L'une des difficultés de cette prise en charge est d'avoir une collaboration de qualité avec le Médecin Généraliste. Ce travail évalue la collaboration entre le généraliste, le gynécologue et l'oncologue, dans la prise en charge thérapeutique et post-thérapeutique du cancer du sein.

Matériel et méthode : Etude quantitative réalisée avec un questionnaire porté sur les différents aspects de la prise en charge du cancer du sein, et adressé aux médecins généralistes de l'ex-Région Poitou-Charentes ainsi qu'aux spécialistes d'organes que sont les gynécologues et Oncologues inscrits au Réseau Onco-Poitou-Charentes. L'analyse statistique a permis de comparer les points de vue de ces deux populations sur le rôle de la médecine générale.

Résultats : Inclusion de 73 généralistes et 21 spécialistes d'organes. Les deux populations pensent qu'il est nécessaire d'améliorer la collaboration sans différence significative (respectivement 64 % et 65%). Les généralistes sont significativement plus volontaire vis à vis de leur participation à l'annonce diagnostic, à l'information du patient, à la prise en charge des complications et du diagnostic de récidive ($p<0,05$). L'écart est encore plus important pour les généralistes de plus de 45 ans. De nombreuses pistes d'amélioration de la collaboration ont été suggérées portant sur la communication, la coordination et la prise en charge globale selon le modèle Bio-Psycho-Social.

Discussion : La médecine générale montre la volonté d'accroitre son action dans la prise en charge du cancer du sein, mais elle est freinée par un manque de temps, d'organisation, et de formation. Il y a également une plus grande autonomie des spécialistes d'organe depuis la mise en place des plans cancer. Il existe une double-lecture des questions posées, avec une vision différente de la pathologie, en fonction du milieu d'exercice. Les différences liées à l'âge des praticiens témoignent d'une plus grande expérience et d'un apprentissage différent selon les générations. L'amélioration de la collaboration se fera par une meilleure communication, de par les échanges et les plateformes informatiques, mais aussi par une coordination des activités avec des professionnels de santé dédiés et des actions locales, et enfin par un développement de la prise en charge globale, centrée sur le patient, son environnement et ses croyances.

Conclusion : Il est nécessaire d'améliorer la collaboration en la médecine générale, les gynécologues et les oncologues dans la prise en charge du cancer du sein. Il est nécessaire de d'impliquer la médecine générale dans la stratégie de suivi, d'améliorer ses échanges avec les autres spécialités, et de se servir de ses connaissances en terme de prise en charge globale.

Mots clefs : cancer du sein, médecine générale, multidisciplinaire, collaboration, coordination

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !