

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

THESE

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

présentée et soutenue publiquement
le 29 juin 2017 à Poitiers
par **Madame Anne-Laure ARNAUD**

Patientes atteintes d'un cancer du sein, médecine générale et patientes dans le suivi : revue narrative de littérature

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Madame le Professeur Françoise DEBIAIS
Monsieur le Professeur Jean-Marc TOURANI

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Bernard FRECHE



Le Doyen,

Année universitaire 2016 - 2017

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
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- 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 (surnombre jusqu'en 08/2019)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète 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 et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (en détachement)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (surnombre jusqu'en 08/2018)
- 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 (surnombre jusqu'en 08/2017)
- 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
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- 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, oncologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Docteur Bernard FRECHE, mon directeur de thèse

Vous avez d'abord été mon Maître de stage et j'ai beaucoup appris grâce à votre pédagogie.

Je vous remercie chaleureusement pour votre intérêt, votre soutien et pour les nombreux conseils à chaque étape de l'écriture de ma thèse.

A Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse,

Veillez recevoir ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon plus profond respect.

A Madame le Professeur Françoise DEBIAIS

A Monsieur le Professeur Jean-Marc TOURANI

Vous me faites l'honneur de juger mon travail

Veillez recevoir ici ma respectueuse gratitude

A Madame le Docteur Béatrice REYNOARD

Pour m'avoir rapidement donné ta confiance durant mon premier stage en exercice libéral et avoir su me communiquer l'amour de la médecine générale libérale

Un modèle d'exercice qui m'a convaincue et encouragée à notre future collaboration

Reçois ici toute mon amitié

A Madame le Docteur Annie-Paule CHAILLOU

Travailler avec vous a beaucoup enrichi mon expérience de médecine de terrain en milieu rural.

Vous m'avez accueillie comme un membre de ma famille et ces semaines à Saint Bonnet restent un excellent souvenir. Recevez ici l'assurance de mon amitié

A Nathalie, Isabelle et Ganaël

Vous m'avez si bien accueillie au sein du cabinet, je me sens parfaitement intégrée pour pouvoir poursuivre notre collaboration

Je vous en remercie chaleureusement

A mes parents

Vous m'avez toujours encouragée et motivée dans l'apprentissage de ce si beau métier.

Pour vos relectures et remarques pertinentes sur ce travail de thèse.

Je vous en suis infiniment reconnaissante et vous aime.

A mon époux Olivier

Tu as toujours été présent et d'un immense soutien durant toutes ces années d'études.

Reçois ici tout mon amour et ma gratitude.

A ma sœur

Que j'adore et qui n'a cessé de me soutenir. Je te remercie tendrement.

LISTE DES ABREVIATIONS

ALD : Affection longue durée

HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale

HAS : Haute autorité de santé

InCa : Institut national du cancer

MESH : Medical Subject Headings

MG : médecin généraliste

PEI : patient enablement index

TSM : Taux Standardisé Monde

SCR : signe clinique de récurrence

USB : Universal Serial Bus

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION

1.	Généralités sur le cancer et la médecine générale	9
1.1	Démographie des médecins généralistes et oncologues	9
1.2	Notion de médecin traitant	9
1.3	Généralistes et cancers tout type	10
2.	Pourquoi s'intéresser au cancer du sein en médecine générale?	11
2.1	Epidémiologie, cancer fréquent, guérison plus fréquente	11
2.2	Thérapie orale permettant le suivi ambulatoire en médecine générale	12
3.	Problématique	13

MATERIEL ET METHODE

1	CRITERES DE SELECTION	15
1.1	Populations (participants)	15
1.2	Intervention et Comparaison	15
1.3	Résultats (Outcomes)	15
1.4	Critères d'exclusion	16
1.5	Type de ressources incluses	16
1.6	stratégie de recherche :	17
1.7	Restrictions :	17
2.	MATERIEL	17
2.1.	Recherches dans les bases de données électroniques	17
2.2.	Recherches dans d'autres sources	18
3	DIAGRAMME DE FLUX	19

RESULTATS

1.	Coordonner les soins du cancer : promouvoir la prise en charge multidisciplinaire	26
2.	La satisfaction des patientes concernant le suivi de leur cancer du sein par leur médecin généraliste	27
3.	Les préférences des patientes atteintes d'un cancer du sein sur leur suivi	28
4.	Le transfert vers les soins primaires du suivi des patientes atteintes d'un cancer du sein à la fin de leur suivi hospitalier : point de vue des médecins généralistes	29

5. Le suivi après un cancer du sein : point de vue de patientes.....	31
6. Rôle du médecin généraliste pendant la phase active du traitement : consommation en soins primaires.....	32
7. Suivi à long terme du cancer du sein au stade précoce : comparaison du médecin généraliste versus médecin spécialiste du cancer	33
8. Suivi du cancer en soins primaires versus en soins secondaires	36
9. Pourquoi continuer à surveiller en consultation les cancers du sein ?.....	36
10. Intérêt d'un examen clinique de routine régulier après le traitement du cancer du sein.....	37
11. Intérêt d'une surveillance initiée par les patientes	39
12. Déroulement d'une consultation de suivi.....	41
DISCUSSION	
1. Synthèse des principaux résultats.....	44
2. Forces et faiblesses de l'étude.....	45
2.1 Objectif de l'étude	45
2.2 Stratégie de recherche documentaire.....	45
2.3 Sélection des documents	46
3. Rôle du médecin généraliste	46
4. Obstacles au transfert du suivi du cancer du sein	47
5. Alternatives au suivi standard.....	48
6. Comparaison à la littérature	49
CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE	53
ANNEXES	56
RESUME	60
SERMENT	62

INTRODUCTION

INTRODUCTION

1. GENERALITES SUR LE CANCER ET LA MEDECINE GENERALE

1.1 DEMOGRAPHIE DES MEDECINS GENERALISTES ET ONCOLOGUES

En France, le nombre de spécialistes de cancérologie est bien moins important que celui des médecins généralistes. En effet, on dénombre 845 oncologues médicaux en 2014 qui exercent principalement en milieu hospitalier soit plus de 78% et les femmes représentent environ 48 % des effectifs. Leur âge moyen est de 47 ans. En France, leur densité pour 100 000 habitants en 2014 variait de 0.51 en Picardie à 2.07 en Ile de France. (1) Quant aux gynécologues-obstétriciens, ils étaient 1513 et leur moyenne d'âge était de 60 ans. En comparaison, la médecine générale regroupe 87 269 spécialistes exerçant en France métropolitaine, sur un total de 90 630 praticiens en exercice recensés par le Conseil de l'Ordre des Médecins. En moyenne, la densité régionale était au 1er janvier 2014, de 134,5 médecins généralistes, en activité régulière, pour 100 000 habitants (2). On peut donc penser qu'en présence d'une telle différence d'effectif, l'accès au médecin généraliste est plus aisé en comparaison au spécialiste de cancérologie (3).

1.2 NOTION DE MEDECIN TRAITANT

Il s'agit d'une notion importante instaurée par l'arrêté du 3 février 2005 portant sur l'approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes qui a officialisé le rôle du « médecin de famille » tenu dans la prise en

charge globale du patient. Le médecin traitant est choisi par le patient pour coordonner ses soins, le guider vers d'autres professionnels de santé, gérer son dossier médical ou assurer une prévention personnalisée. « Le patient est incité à consulter en première intention son médecin traitant qui le conseillera selon sa situation et l'orientera, vers un autre praticien [...] qu'il choisit librement ». Le médecin traitant tient un rôle central dans l'orientation du patient en fonction de ses besoins et avec son accord. C'est à lui que s'adresse le patient en priorité en cas de problème de santé, de par sa disponibilité et sa proximité géographique. Il paraît donc, tout désigné pour répondre aux besoins des patients cancéreux en dehors des consultations programmées auprès du spécialiste de cancérologie.

1.3 GENERALISTES ET CANCERS TOUT TYPE

Selon l'institut national du cancer (Inca), le médecin généraliste a un rôle important sur l'ensemble du trajet de soin du patient atteint de cancer. Il assure le lien Ville-hôpital (4). Un des rôles du médecin généraliste ou médecin traitant est d'effectuer des démarches administratives comme la demande d'Affection de longue durée (ALD). Les dépenses liées aux traitements sont importantes, c'est la raison pour laquelle l'assurance maladie rembourse à 100 % sur la base du tarif de la sécurité sociale les soins et les traitements en rapport avec la maladie (5).

Une enquête réalisée en 2010 auprès de 565 médecins généralistes (6) a révélé qu'ils se sentaient mis à l'écart dans le parcours de soins des patients. Pourtant ils y sont de plus en plus confrontés. Elle montrait également qu'ils sont très impliqués dans la prévention et le dépistage du cancer. De plus ils étaient 95.5% à poursuivre le suivi de ces patients privilégiant la relation humaine et la « disponibilité ». Tandis

que l'attente des patients concernant l'oncologue était sa « compétence thérapeutique ». L'information communiquée par ce dernier au médecin généraliste était jugée insatisfaisante par sa qualité insuffisante et un délai de réception trop long. Egalement interrogés sur le plan cancer 2009-2013, 67.6% des médecins généralistes disaient ne pas connaître les enjeux de ce plan alors que celui-ci prévoit de renforcer le rôle du médecin traitant dans la prévention, le dépistage et les soins, et son implication dans le plan personnalisé de soin. (7) Finalement cette enquête a soulevé la difficulté pour le médecin traitant de trouver sa place dans le suivi du cancer du sein après le diagnostic.

2. POURQUOI S'INTERESSER AU CANCER DU SEIN EN MEDECINE GENERALE?

2.1 EPIDEMIOLOGIE, CANCER FREQUENT, GUERISON PLUS FREQUENTE

En France, le cancer du sein se situe au premier rang des cancers incidents chez la femme. En effet environ 54 000 nouveaux cas seraient diagnostiqués chez les femmes en 2015 en France et environ 12 000 femmes en décèderaient faisant de ce cancer la première cause de mortalité féminine par cancer en France (8). Le taux d'incidence projeté (Taux Standardisé Monde TSM) en 2015 est de 94.7 pour 100 000 femmes et le taux de mortalité (TSM) en 2015 de 14.6 pour 100 000 femmes. En France, le taux d'incidence de cancer du sein standardisé sur la structure d'âge mondiale est le plus élevé d'Europe. La mortalité associée diminue depuis la fin des années 1990 en effet elle a globalement diminué de 1,5 % par an entre 2005 et 2012 en France (1). Ceci est lié en partie à la précocité des diagnostics favorisée par le dépistage de masse, ainsi qu'aux progrès de la prise en charge thérapeutique. (9)

Au niveau mondial, le cancer du sein est le plus fréquent des cancers chez la femme. Le taux d'incidence standardisé sur l'âge est passé de 56,8 à 101,5 pour 100 000 femmes, il augmente régulièrement. Le nombre de nouveaux cancers du sein diagnostiqués en 2000 était estimé à plus d'un million, représentant 22 % des cancers de la femme. L'incidence de ce cancer varie fortement selon les régions du monde avec un rapport de 1 à 5 entre les pays industrialisés à forte incidence et les pays en voie de développement à faible incidence. Les taux d'incidence les plus élevés sont observés aux États-Unis avec 100 cas pour 100 000 femmes, et en Europe de l'Ouest et du Nord. Les taux les plus bas se situent en Afrique et en Asie. Schématiquement, l'augmentation observée au cours des dernières décennies est en grande partie attribuée au développement du dépistage dans les pays industrialisés. Cependant, la part liée à l'augmentation des facteurs de risque est encore mal connue (10).

2.2 THERAPIE ORALE PERMETTANT LE SUIVI AMBULATOIRE EN MEDECINE GENERALE

Auparavant le traitement médical du cancer du sein se limitait à la chimiothérapie et à l'hormonothérapie. La première était administrée par voie intraveineuse. Désormais l'efficacité de la chimiothérapie orale est démontrée et équivalente à la voie injectable. Elle est ainsi de plus en plus fréquente et consiste en l'administration de faibles doses de chimiothérapie sans interruption. Cette voie d'administration est préférée des patientes, occasionnant moins de stress et de fatigue, plus de confort, davantage de temps au domicile avec la possibilité de maintenir son activité et de garder sa vie sociale. Elle ne nécessite pas de pose de chambre implantable et ne comporte pas les complications de la forme intraveineuse. La chimiothérapie orale

diminue le nombre d'hospitalisations et leur coût, permettant un partage avec les acteurs des réseaux de ville. Elle fait ainsi du médecin traitant, un acteur de première ligne (11) en matière de surveillance.

Dans la littérature, les principaux articles traitant du cancer du sein en médecine générale abordaient le dépistage. En effet, le rôle du médecin traitant y est clairement établi. Mais son rôle dans le suivi du cancer du sein dès lors que le diagnostic est posé est plus flou. Pourtant, en pratique, le médecin généraliste est confronté de plus en plus fréquemment à des femmes atteintes de ce cancer. Il participe au dépistage des métastases, des récives et intervient en cas de prise en charge de la phase terminale. La HAS (Haute Autorité de Santé), en juin 2010, recommande une prise en charge selon un calendrier de suivi clair sans préciser quel médecin spécialiste l'effectue. Elle donne un rôle essentiel au médecin traitant au sein de l'équipe pluridisciplinaire.

3. PROBLEMATIQUE

L'objectif de cette étude a été de faire une synthèse des connaissances sur le rôle du médecin généraliste dans le suivi des patientes atteintes d'un cancer du sein du diagnostic jusqu'à la guérison ou au décès.

MATERIEL
ET
METHODE

MATERIEL ET METHODES

1 CRITERES DE SELECTION

1.1 POPULATIONS (PARTICIPANTS)

Le sujet concernait les articles sur la prise en charge de femmes adultes de plus de 18 ans atteintes d'un cancer du sein.

1.2 INTERVENTION ET COMPARAISON

L'étude s'intéressait aux articles abordant le suivi ou la surveillance des patientes atteintes de cancer du sein, du diagnostic au décès, incluant la notion de médecine générale ou du médecin généraliste. Pour l'inclusion des articles, le suivi du cancer du sein devait être exprimé dans le titre. La lecture des résumés a permis de vérifier que l'article abordait la prise en charge en médecine générale. Les résumés abordant le suivi du cancer du sein par le médecin généraliste combiné avec d'autres interventions ont été lus afin de décider de l'inclusion ou de l'exclusion de ces articles.

Ce travail s'est intéressé aussi à la comparaison du suivi par le médecin généraliste avec le suivi standard par les médecins spécialistes du cancer du sein ainsi qu'aux alternatives de suivi.

1.3 RESULTATS (OUTCOMES)

Les résultats attendus de cette étude ont concerné des données qualitatives telles que la satisfaction des patientes ou des médecins, la qualité de vie, des effets

psychosociaux et des données quantitatives telles que la détection de récurrence de cancer du sein, le coût économique.

1.4 CRITERES D'EXCLUSION

Les critères d'exclusion ont été :

- Article traitant d'un autre cancer ou autre pathologie que du cancer du sein
- Article traitant du dépistage ou diagnostic du cancer du sein
- Article traitant de la prévention du cancer du sein, avant diagnostic
- Article traitant du cancer du sein chez l'homme, les enfants ou les animaux, les conjoints des patients
- Article traitant du suivi du cancer du sein par un spécialiste du cancer seul ou n'abordant pas la médecine générale
- Article étudiant un facteur de risque du cancer du sein
- Article étudiant une complication spécifique du cancer du sein
- Article étudiant un traitement du cancer du sein

1.5 TYPE DE RESSOURCES INCLUSES

La recherche incluait tous les types d'article abordant le suivi du cancer du sein en médecine générale.

Mais ont été exclues :

- Les essais thérapeutiques
- Les articles étudiant un facteur de risque du cancer du sein

Par contre les lettres ou commentaires se rapportant à un article retenu ont été inclus.

1.6 STRATEGIE DE RECHERCHE :

Deux bases de données ont été explorées : MEDLINE et l'Encyclopédie Médicale (EM)

Nous avons établi l'équation de recherche à partir des termes « MESH » suivant : breast neoplasm/cancer ET general practice. La recherche s'est effectuée sur la base de données MEDLINE à l'aide du moteur de recherche Pubmed®.

Sur EM /sélection nous avons utilisé les termes de 'cancer du sein' et 'généraliste' .

1.7 RESTRICTIONS :

Nous avons retenu les publications des 10 dernières années (pour la recherche Pubmed) entre août 2005 et août 2015. Mais nous avons sélectionné des publications plus anciennes pertinentes selon la méthode « boule de neige » à partir des références bibliographiques des premiers articles retenus.

Les publications devaient être en langue française ou anglaise.

2. MATERIEL

2.1. RECHERCHES DANS LES BASES DE DONNEES ELECTRONIQUES

La recherche des publications a eu lieu entre août 2015 et juin 2016.

Nous avons choisi de procéder dans un premier temps à une recherche sur PubMed car il s'agit du principal moteur de recherche donnant accès à la base de données bibliographique MEDLINE, rassemblant des citations et des résumés

d'articles de recherche biomédicale. Pour cela, nous avons établi l'équation de recherche suivante :

((("breast neoplasms"[MH] OR ("breast neoplasms"[TW] OR "breast cancer"[TW] OR "cancer of the breast"[TW] OR "cancer, breast"[TW] OR "neoplasms, human mammary"[TW] OR "neoplasms, breast"[TW] OR "human mammary neoplasm"[TW] OR "carcinomas, human mammary"[TW] OR "human mammary carcinomas"[TW] OR "cancer of breast"[TW] OR "malignant tumor of breast"[TW] OR "mammary neoplasm, human"[TW] OR "mammary cancer"[TW] OR "mammary neoplasms, human"[TW] OR "tumor, breast"[TW] OR "breast carcinoma"[TW] OR "neoplasm, breast"[TW] OR "mammary carcinoma, human"[TW] OR "malignant neoplasm of breast"[TW] OR "breast tumor"[TW] OR "breast neoplasm"[TW] OR "carcinoma, human mammary"[TW] OR "human mammary neoplasms"[TW] OR "neoplasm, human mammary"[TW] OR "mammary carcinomas, human"[TW] OR "breast tumors"[TW] OR "human mammary carcinoma"[TW] OR "tumors, breast"[TW] OR "Neoplasm of the breast"[TW] OR "Neoplasia of the breast"[TW] OR "Tumours of the breast"[TW] OR "Breast neoplasm NOS"[TW] OR "Neoplasm breast"[TW]))) AND ("general practitioners"[MH] OR "general practice"[MH]))

Une autre recherche a été menée sur le site EM/Select à partir des termes « cancer du sein » et « généraliste ».

2.2. RECHERCHES DANS D'AUTRES SOURCES

Nous avons aussi tiré nos ressources de :

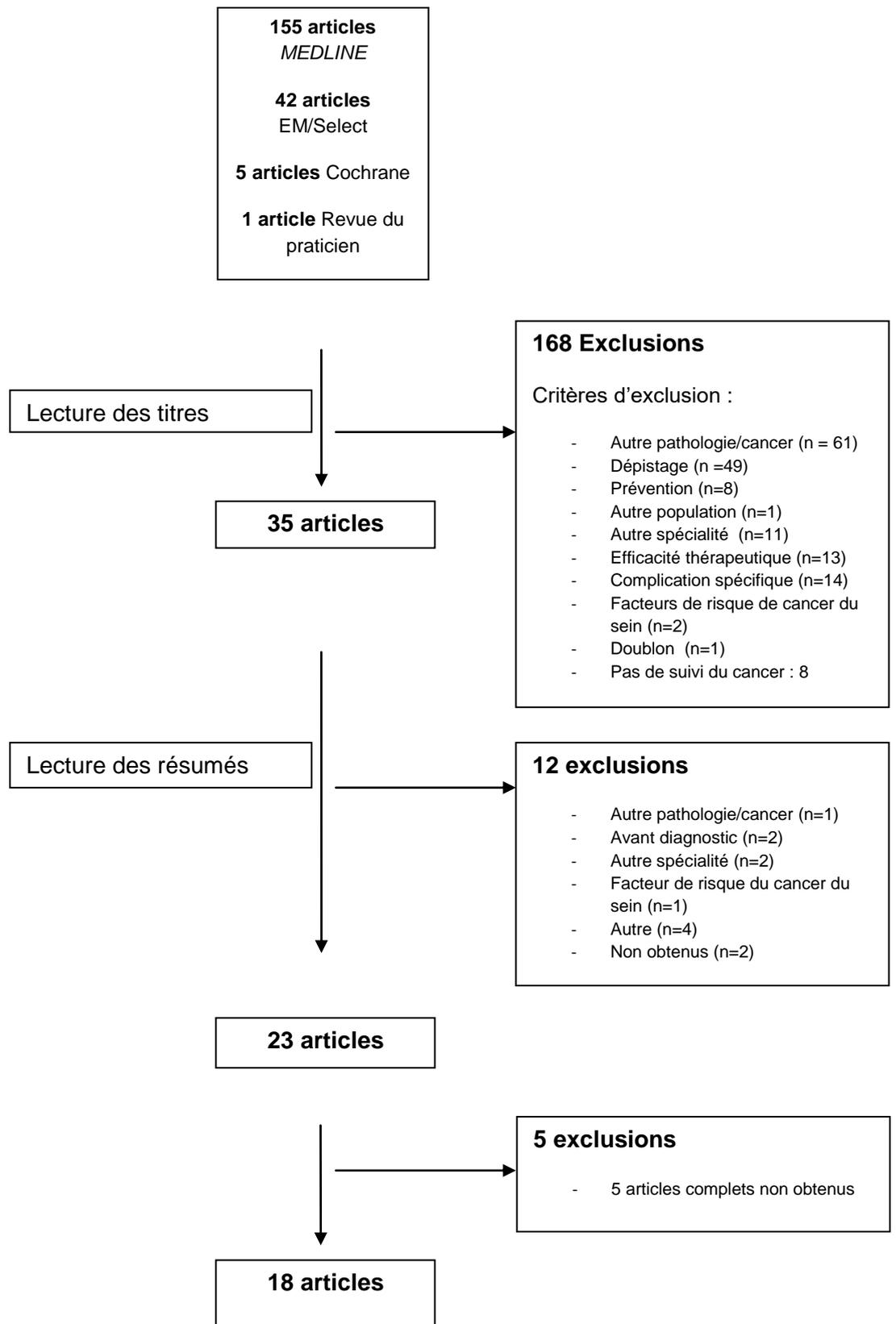
- Revues systématiques et revues critiques sur Cochrane en utilisant les termes 'breast cancer' et 'physical practice'
- Publications non indexées comme La Revue du Praticien

3 DIAGRAMME DE FLUX

La recherche a retenu 443 articles puis 155 articles en se restreignant aux dix dernières années. Une première lecture des titres a permis d'identifier 33 (164 exclusions) puis 21 articles après lecture des résumés (12 exclusions).

La recherche bibliographique réalisé sur EM/Select a permis d'identifier 42 articles mais 41 ont été exclus après lecture des titres.

Sur Cochrane, 5 articles ont été retrouvés, dont 4 furent exclus après lecture des titres.



RESULTATS

RESULTATS

Nous avons ainsi retenu 18 articles comprenant 4 études transversales, une étude prospective, 2 études de cohorte, une étude comparative, 4 revues de littérature, 3 lettres à l'éditeur concernant un article sélectionné et 3 articles didactiques. Dans les articles étaient cités les termes de médecin traitant, médecin généraliste (MG) ou au niveau international médecin de famille ou médecin physicien. Nous avons considéré que ces termes désignaient la même spécialité.

Articles	Méthode	Pays / année	Objectif principal de l'étude	Echantillon	Population étudiée	Résultats principaux	
Jiwa et al.	Questionnaire auto-administré et interview enregistrée	Australie 2013	Tester la faisabilité d'organiser des actions thérapeutiques ciblées délivrées par les MG sur les recommandations d'une équipe multidisciplinaire basée en soins primaires	74 invitées 21 recrutées	Patientes pouvant désigner un médecin traitant	<ul style="list-style-type: none"> • 3.5 problèmes par patiente • Deux recommandations par patiente • Dans la plupart des cas, les problèmes de santé étaient gérés par le MG seul 	
Thind et al.	3 entretiens téléphoniques, à 6 mois, à 18 mois et à 3 ans	Etats-Unis 2011	Evaluer les soins prodigués par le MG à une population de femmes à faibles revenus atteintes d'un cancer du sein	Données de 669 patientes		88. 4 % (n = 589) avaient vu un oncologue pour les soins du cancer du sein au cours des 12 derniers mois ; 34.7 % (n = 231) avaient vu un chirurgien et 21. 9 % (n = 145) avaient vu un MG	Extrêmement satisfaites MG les écoutait attentivement, et leur donnait des explications adaptées à leur compréhension, montrait du respect pour ce qu'elles avaient à dire
Jiwa et al.	Questionnaire portant sur des informations démographiques leurs symptômes (listés) et le PEI (Patient Enablement Index) qui évalue la façon d'affronter la maladie	Australie 2011	Etudier les préférences des patientes sur le suivi de leur cancer du sein, réalisé soit par leur médecin généraliste, soit par une infirmière spécialisée dans le cancer du sein	101 patientes		Le plus fréquemment, les patientes présentaient à leur médecin généraliste des symptômes de la ménopause (19. 5 %), des effets secondaires du traitement adjuvant (19. 5 %), l'apparition d'un nouveau nodule du sein (14. 6 %), des problèmes psychosociaux (14. 6 %), l'apparition d'une douleur inexplicable (14. 6 %), un lymphoedème (12. 2 %), une fatigue inexplicable (12. 2 %), un possible deuxième cancer du sein (9. 7 %), un changement d'aspect du sein (9. 7 %) et autres problèmes liés à la chirurgie mammaire (7. 3 %).	Les médecins généralistes ont été privilégiés dans l'ensemble par rapport à l'infirmière spécialisée en cancer du sein, surtout pour l'examen physique (p = 0. 007) et lorsque qu'une orientation vers un médecin spécialiste d'organe était nécessaire (p < 0. 001)

Roorda et al.	Etude transversale questionnaire	Pays-Bas 2013	Analyser le transfert du suivi des patientes après un cancer du sein, par les spécialistes du cancer vers le médecin généraliste	502 réponses / 960 MG		Le transfert du suivi a été initié par l'hôpital pour 56% des MG impliqués. Ils sont plusieurs à déclarer ne pas avoir reçu d'instructions de la part des médecins spécialistes sur le suivi et la conduite à tenir en cas de complication	40 % (n = 200) étaient prêts à accepter la responsabilité exclusive du suivi plus tôt que les cinq années après la fin du traitement actif
Brennan et al.	Analyse transversale par le biais d'entretiens téléphoniques semi dirigés	Australie 2011	Etude de l'expérience et attitudes des patientes atteintes d'un cancer du sein pour leur suivi	20 patientes	Patientes membres du réseau de suivi du cancer du sein australien (BCNA)	Elles appréciaient l'implication accrue de leur MG (et ainsi des visites moins fréquentes chez le spécialiste du cancer) pour des raisons de proximité géographique et pour la possibilité de faire un contrôle clinique des seins et ganglions au cours d'une consultation dédiée à un autre motif ou pour la confiance qu'elles ont en leur MG	
Roorda et al.	Etude rétrospective analyse des dossiers médicaux de MG	Pays-Bas 2012	Etude de la consommation en soins primaires l'année précédant et suivant le diagnostic de cancer du sein	185 patientes atteintes appariées à 548 patientes non atteintes		La demande de soins en médecine générale a augmenté significativement chez ces patientes atteintes par rapport à l'année précédant leur diagnostic. Elles avaient également consulté leur MG 2 fois plus souvent que les patientes référentes (médiane 6 vs 3 / an $p < 0.001$)	Le nombre médian de prescription médicamenteuse et d'orientation vers un médecin spécialiste d'organe était significativement plus élevé par rapport à la population référente (11 vs 7 / an $p < 0.001$ et 1 vs 0 $p < 0.001$)
Grundfeld et al.	Etude multicentrique, randomisée, contrôlée	Canada 2006	Etudier l'hypothèse qu'un suivi des patientes atteintes d'un cancer du sein par leur MG est sûr et constitue une alternative acceptable au suivi par les médecins spécialistes	968 patientes atteintes d'un cancer du sein à un stade précoce		Il n'existe pas de preuve suggérant qu'un oncologue est meilleur pour reconnaître les symptômes par rapport à un professionnel de soins primaires	Dans le groupe MG il y eut 54 récurrences (11.2%) ou nouveau cancer du sein controlatéral (CSC) et 29 décès (6%). Dans le groupe du suivi hospitalier il y eut 64 récurrences (13.2%), ou nouveau CSC et 30 décès (6.2%). Dans le groupe MG 17 patients (3.5%) ont eu un SCR comparé à 18 patients (3.7%) dans l'autre groupe (0.19% différence 95% CI -2.26% à 2.65%). La non infériorité n'a pas été établie.
Lewis et al.	Revue systématique de littérature	2009	Etude de la satisfaction des patientes sur le suivi de leur cancer du sein			Les auteurs ont conclu que ces essais manquaient de puissance ou que leur durée ne permettait pas d'établir une fréquence idéale de suivi ou un modèle de suivi sûr, mais ces méthodes de suivis alternatifs n'ont pas eu d'effet délétère sur la satisfaction des patientes	
Kimman et al.	Revue de littérature	2007	Intérêt des consultations de suivi du cancer du sein			Le suivi programmé du cancer du sein est controversé. Il implique d'importantes ressources de professionnels de santé et financières. Il n'existe aucune preuve de son utilité dans la détection des récurrences. Celles-ci sont principalement découvertes en dehors des consultations prévues. Des stratégies alternatives testées furent bien acceptées par les patientes, sans	Cependant il serait intéressant de leur fournir des informations, un soutien psychosocial et une meilleure éducation pour améliorer l'acceptation de ces suivis réduits.

						impact sur leur satisfaction ou qualité de vie.	
Sheppard et al.	Revue de littérature	2007	Etudie les bénéfices d'un suivi de routine pour les patientes atteintes d'un cancer du sein			Peu de preuves furent trouvées sur les besoins des survivantes d'un cancer du sein. Les suivis alternatifs au suivi hospitalier par le médecin généraliste ou l'infirmière du sein furent étudiés mais la question fondamentale des morbidités psychologiques ou de qualité de vie restent sans réponse. D'autres recherches sont nécessaires pour évaluer l'importance du suivi des survivantes.	
Moschetti et al.	Revue de littérature	2016	Etude de l'efficacité de différents types de suivi du cancer du sein après traitement initial			L'analyse d'essais cliniques randomisés menés ces 20 dernières années suggère que les programmes de suivi basés sur des examens cliniques réguliers et sur la mammographie annuelle sont aussi efficaces que les approches plus intensives basées sur des tests biologiques et radiologiques en termes de survie et de qualité de vie.	Dans deux essais, les soins de suivi effectués par des médecins généralistes entraînés et non entraîné au sein d'un suivi organisé avaient une efficacité comparable à ceux des spécialistes hospitaliers en termes de survie globale, de détection de récurrence et de qualité de vie.
Chapman et al.	Etude de cohorte	Royaume-Unis 2009	Etude un suivi réduit du cancer du sein mené par les patientes	130 patientes	Patientes atteintes d'un cancer du sein à bon pronostic	Le protocole de suivi mené par les patientes comprenait une mammographie seule programmée et un moyen de joindre la clinique spécialisée en cas d'anomalie clinique. Il a été bien reçu par les patientes et n'a pas eu d'importantes conséquences sur la charge de travail de leur médecin généraliste.	
Uzan et al.	Article didactique	2016	Faire le point sur rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du cancer du sein			Les MG ont une place importante dans le dépistage et les suites de la prise en charge des patientes atteintes de cancers du sein, cela de manière coordonnée avec les spécialistes. Ils permettent un travail de liaison entre la ville et l'hôpital. Leur rôle d'information est déterminant depuis l'étape du dépistage jusqu'à celle de la surveillance à distance. Leur implication dans l'accompagnement des patientes et de leurs proches dans la maladie, dans leur réinsertion sociale et professionnelle, est elle aussi fondamentale.	
Rajpar et al.	Article didactique	2013	Faire le point sur la surveillance après un cancer du sein			Le plan cancer a placé la réduction des toxicités liées aux traitements comme un enjeu majeur. Chez les femmes traitées pour un cancer du sein, il est crucial de mieux décrire les complications à long terme, les conséquences socioprofessionnelles et psychologiques, afin de détecter les patientes à risque et leur proposer une attitude thérapeutique.	
Stuart et al.	Article didactique	2006	Faire le point sur les préoccupations des patientes après un cancer du sein			Les médecins généralistes doivent être conscients des préoccupations des patientes après un cancer du sein afin de leur fournir un soutien adapté. Ces patientes peuvent faire face à une altération de leur image corporelle, à des problèmes relationnels avec leur entourage, vivre avec un effet indésirable du traitement, craindre une récurrence.	

1. COORDONNER LES SOINS DU CANCER : PROMOUVOIR LA PRISE EN CHARGE

MULTIDISCIPLINAIRE

Le but de l'étude de Jiwa (2013) était de tester la faisabilité d'organiser des actions thérapeutiques ciblées délivrées par les médecins généralistes sur les recommandations d'une équipe multidisciplinaire basée en soins primaires. Les participants ont été invités à remplir un questionnaire auto-administré qui englobe les domaines physiques, psychologiques et sociaux. Les critères d'inclusion concernaient les patientes pouvant désigner un médecin traitant et qui consentaient à participer à l'étude. Puis elles rencontraient l'infirmière spécialisée dans le suivi du cancer du sein de la clinique qui réalisait une interview enregistrée. Celle-ci était visionnée par l'équipe multidisciplinaire afin d'établir des recommandations individualisées qui étaient ensuite adressées au médecin traitant. 74 patientes furent invitées à participer à l'étude, 21 furent recrutées. En moyenne l'équipe multidisciplinaire a identifié 3.5 problèmes par patiente et effectué deux recommandations par patiente. Le temps moyen de suivi était de 23 mois. Dans la plupart des cas, les problèmes de santé étaient gérés par le MG seul sans adresser au centre de référence ou aux professionnels de santé attachés, malgré les recommandations de l'équipe. 13 des 17 patients ayant consulté leur médecin traitant ont signalé une amélioration de leur bien-être physique ou psychologique. 11 patientes ont trouvé une amélioration de leur état de santé après l'intervention de leur médecin généraliste. Après l'intervention, il n'y a pas eu de changement significatif des scores HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) qui évaluait le taux d'anxiété ou de dépression. Le dossier médical électronique a été utile pour le partage de l'information au sein de l'équipe. Cependant, il n'y a aucune preuve que le dossier ait été consulté par les médecins généralistes. Dans la plupart des cas,

les problèmes de santé étaient gérés par le médecin traitant seul sans suivre les recommandations de l'équipe qui lui avaient été transmises. (12)

2. LA SATISFACTION DES PATIENTES CONCERNANT LE SUIVI DE LEUR CANCER DU SEIN PAR LEUR MEDECIN GENERALISTE

Thind et al. ont mené en Californie une analyse transversale de données, afin d'évaluer les soins prodigués par le médecin généraliste à une population de femmes à faibles revenus atteintes d'un cancer du sein. Les données sont recueillies au cours de 3 entretiens téléphoniques, à 6 mois, à 18 mois et à 3 ans du diagnostic de cancer du sein. A l'issue des 3 ans, les données de 669 patientes ont été analysées. Une majorité des patientes (88.4 % ; n = 589) avaient vu un oncologue pour les soins du cancer du sein au cours des 12 derniers mois ; 34.7 % (n = 231) avaient vu un chirurgien et 21.9 % (n = 145) avaient vu un médecin généraliste. Parmi ces 145 femmes, 73.4 % ont indiqué qu'elles étaient très satisfaites de leur suivi par le MG. Celles qui ont déclaré être extrêmement satisfaites étaient plus susceptibles d'être jeunes, d'avoir eu moins de visites chez le MG et de leur avoir posé des questions sur leur cancer. Elles déclaraient que le MG les écoutait attentivement, et leur donnait des explications adaptées à leur compréhension, montrait du respect pour ce qu'elles avaient à dire et passait assez de temps avec elles. (13)

3. LES PREFERENCES DES PATIENTES ATTEINTES D'UN CANCER DU SEIN SUR LEUR SUIVI

L'étude australienne de Jiwa publiée en 2011, a étudié les préférences des patientes sur le suivi de leur cancer du sein, qui était réalisé soit par leur médecin généraliste, soit par une infirmière spécialisée dans le cancer du sein (Breast Cancer Nurse BCN). Cette dernière travaille en milieu hospitalier et offre aux patientes un rendez-vous annuel de « suivi ». Dans cette étude, les patientes en post-traitement étaient recrutées au cours de leur suivi programmé avec une BCN. A l'issue de cette consultation puis après 3 mois, les patientes remplissaient un questionnaire portant sur des informations démographiques, leurs symptômes (listés) et le PEI (Patient Enablement Index) qui évalue la façon d'affronter la maladie. Les patientes rapportaient si elles avaient consulté leur médecin généraliste auparavant, afin de déterminer leur préférence entre leur MG ou la BCN pour confier le suivi de leur cancer du sein.(14)

Ainsi 68% des patientes ont indiqué ne pas avoir consulté leur médecin généraliste sur ces symptômes ou problèmes relatifs à leur affection mammaire, choisissant plutôt d'attendre le rendez-vous programmé avec l'infirmière de la clinique du sein. Ces données ont été comparées plus tard à celles de leur médecin généraliste par sondage téléphonique (n = 74 /101) qui ont confirmé que 56 % de ces patientes ne présentaient pas les symptômes ou problèmes figurant sur la liste des symptômes du questionnaire. Parmi ces patientes, celles qui ont consulté leur MG concernant des symptômes du cancer du sein (40.6%) les avaient vus 3 fois sur une période d'un an (déviation standard = 2.23, Min = 1, Max = 11).

Le plus fréquemment, les patientes présentaient à leur médecin généraliste des symptômes de la ménopause (19.5 %), des effets secondaires du traitement

adjuvant (19.5 %), l'apparition d'un nouveau nodule du sein (14.6 %), des problèmes psychosociaux (14.6 %), l'apparition d'une douleur inexplicable (14.6 %), un lymphœdème (12.2 %), une fatigue inexplicable (12.2 %), un possible deuxième cancer du sein (9.7 %), un changement d'aspect du sein (9.7 %) et autres problèmes liés à la chirurgie mammaire (7.3 %). Ces patientes présentaient parfois ces symptômes à leur MG à plus d'une occasion. Les symptômes les plus fréquents sont présentés en annexe 1.

Il n'y avait pas de différence significative concernant l'amélioration du PEI après les deux consultations avec la BCN.

Les patientes ont ensuite exprimé leur préférence quant au suivi de leur cancer du sein, les médecins généralistes ont été privilégiés dans l'ensemble par rapport à l'infirmière spécialisée en cancer du sein, surtout pour l'examen physique ($p = 0.007$) et lorsque qu'une orientation vers un médecin spécialiste d'organe était nécessaire ($p < 0.001$).

4. LE TRANSFERT VERS LES SOINS PRIMAIRES DU SUIVI DES PATIENTES ATTEINTES D'UN CANCER DU SEIN A LA FIN DE LEUR SUIVI HOSPITALIER : POINT DE VUE DES MEDECINS GENERALISTES

Roorda a fait une étude transversale sur le transfert du suivi des patientes après un cancer du sein, par les spécialistes du cancer vers le médecin généraliste. Un questionnaire était envoyé à 960 MG aux Pays-Bas. Le taux de réponse fut de 53% ($n = 502$). Durant l'année précédente, 22% ($n = 112$) des MG interrogés avaient suivi au moins une patiente âgée de plus de 60 ans, 5 ans après un traitement

conservateur du cancer du sein. C'est ce qui était préconisé par les recommandations aux Pays-Bas. Le transfert du suivi a été initié par l'hôpital pour 56% des MG impliqués (n=59). Ils furent plusieurs à déclarer ne pas avoir reçu d'instructions de la part des médecins spécialistes sur le suivi et la conduite à tenir en cas de complication.

Parmi ces 112 médecins généralistes 32 % (n= 160) estimaient qu' « ils devraient être impliqués à un stade précoce dans les soins de suivi du cancer du sein ». Dans le sondage, 40 % (n = 200) étaient prêts à accepter la responsabilité exclusive du suivi plus tôt que les cinq années après la fin du traitement actif. 19 % (n = 93) étaient prêts à prendre en charge le suivi immédiatement ou 1 à 2 ans après la fin du traitement actif. En annexe 2, ont été reportés les résultats concernant les barrières perçues et les outils proposés par les MG interrogés pour accepter la responsabilité du suivi exclusif du cancer du sein. Ils expriment également leurs conditions pour un tel suivi.

En ce qui concerne leurs connaissances et leurs compétences en oncologie, 41% des médecins généralistes (n = 205) croient qu' «ils avaient les compétences nécessaires pour prendre en charge le cancer du sein suivi à un stade précoce», alors que 20% (n = 97) ont estimé qu' «ils avaient les compétences nécessaires pour examiner les seins irradiés pour détecter les récurrences locales et des deuxièmes tumeurs». Cependant, 61% (n = 303) ont déclaré qu' «ils étaient mieux placés pour fournir un soutien psychosocial aux patientes atteintes d'un cancer du sein que les spécialistes. Certains médecins généralistes recommandaient un transfert actif des patients par des spécialistes, des transmissions d'informations médicales écrites, un renvoi rapide des patientes à la clinique de cancer du sein si nécessaire, de l'éducation et des formations dans les soins de suivi et le développement d'outils administratifs d'aide pour l'organisation du suivi en général. (15)

5. LE SUIVI APRES UN CANCER DU SEIN : POINT DE VUE DE PATIENTES

L'article de Brennan (2011) était une étude transversale par le biais d'entretiens téléphoniques semi dirigés de patientes ayant survécu à un cancer du sein. Elle s'intéressait à leurs expériences et attitudes vis-à-vis de l'engagement de leur médecin généraliste dans le suivi de leur cancer à long terme, en Australie. Les participantes éligibles étaient des femmes ayant eu un diagnostic de cancer du sein (peu importe le délai depuis le diagnostic), membres du BCNA (Breast Cancer Network Australia) qui est une organisation de défense, d'information et de soutien des consommatrices, ayant 36000 membres. 50 patientes d'un sous groupe du BCNA ayant le désir de participer à la recherche ont été invitées à répondre à un questionnaire téléphonique. 20 femmes ont été interrogées, la majorité avait entre 40 et 59 ans au moment du diagnostic, survenu entre 2 à 5 ans auparavant. 75% avaient un suivi régulier par le chirurgien, 55% par un oncologue médical et 35% par un radiothérapeute. 35% (n = 7) ont vu leur médecin généraliste pour des symptômes liés à leur cancer du sein. Parmi ces 7 patientes, 4 voyaient également régulièrement un spécialiste du cancer. Les participantes à l'étude ont exprimé un très haut niveau de satisfaction face à l'organisation de leur suivi du cancer du sein, le score moyen étant de 8.5 sur 10. Elles appréciaient l'implication accrue de leur MG (et ainsi des visites moins fréquentes chez le spécialiste du cancer) pour des raisons de proximité géographique et pour la possibilité de faire un contrôle clinique des seins et ganglions au cours d'une consultation dédiée à un autre motif ou pour la confiance qu'elles ont en leur MG. Par contre, à l'opposé, des patientes ont exprimé des doutes quant aux connaissances de leur MG sur les soins de suivi qu'elles

estimaient très spécialisés. Elles seraient rassurées si le GP était davantage entraîné ou s'il existait des instructions sur les signes devant amener à consulter le spécialiste du cancer. D'autres pensaient que le GP ne s'intéressait pas au suivi du cancer du sein ou qu'il manquait d'assurance pour la prise de décisions ou pour l'examen clinique des seins. Tandis que les patientes déjà suivies par leur GP pour leur cancer du sein ne retrouvaient pas d'inconvénient. Cependant les femmes interviewées avaient un suivi spécialisé avec des consultations plus fréquentes que ce qui était recommandé en Australie. (16)

6. ROLE DU MEDECIN GENERALISTE PENDANT LA PHASE ACTIVE DU TRAITEMENT :

CONSOMMATION EN SOINS PRIMAIRES

L'étude de Roorda menée aux Pays-Bas, était une étude rétrospective analysant des dossiers médicaux sur la consommation de soins primaires de patientes durant l'année précédant et suivant le diagnostic de cancer du sein (n=185) comparée à celle de patientes sans cancer du sein ayant le même âge et suivies par le même médecin généraliste. Les dossiers médicaux provenaient d'un registre de recherche de médecine générale étudiant les pratiques de 17 MG. 185 patientes furent incluses dans l'analyse après recherche d'informations confirmant le diagnostic puis appariée à des patientes référentes (n=548).

Depuis le diagnostic de cancer du sein, la demande de soins en médecine générale a augmenté significativement chez ces patientes atteintes par rapport à l'année précédant leur diagnostic. Elles avaient également consulté leur MG 2 fois plus souvent que les patientes référentes (médiane 6 vs 3 / an $p < 0.001$). Le nombre médian de prescription médicamenteuse et d'orientation vers un médecin spécialiste

d'organe était significativement plus élevé par rapport à la population référente (11 vs 7 / an $p < 0.001$ et 1 vs 0 $p < 0.001$) mais aussi plus fréquentes au sein de la population étudiée depuis le diagnostic. Par rapport aux patientes référentes, davantage de patientes atteintes ont été adressées à un chirurgien (132 (71.4%) vs 15 (2.7%) $p < 0.001$) ou à un kinésithérapeute (27 (14.6%) vs 33 (6%) $p < 0.001$). Le pourcentage de consultations (166 (89.7%)), de prescriptions médicamenteuses (100 (54.1%)) ou d'orientations vers un médecin spécialiste (134 (72.4%)) chez les femmes atteintes a augmenté depuis le diagnostic. Le pourcentage de consultation par mois après le diagnostic a diminué graduellement après le premier mois, alors que le pourcentage de prescription médicamenteuse est resté élevé par rapport à la population référente. Les patientes atteintes avaient eu davantage de consultations dans la période étudiée pour des motifs généraux, sanguins, liés à des mécanismes immunologiques, des motifs psychologiques, dermatologiques, pour des symptômes en lien avec le sein ou avec le cancer du sein. Il y a aussi eu davantage de prescriptions médicamenteuses pour le système digestif, dermatologique, des corticothérapies, des traitements anti-infectieux, l'hormonothérapie, des antalgiques et psycholeptiques. Mais moins de patientes atteintes ont eu une ordonnance de médicaments visant le système génito-urinaire ou d'hormones sexuelles. (17)

7. SUIVI A LONG TERME DU CANCER DU SEIN AU STADE PRECOCE : COMPARAISON DU MEDECIN GENERALISTE VERSUS MEDECIN SPECIALISTE DU CANCER

L'étude de Grunfeld publiée en 2006 étudiait l'hypothèse qu'un suivi des patientes atteintes d'un cancer du sein par leur MG était sûr et constituait une alternative acceptable au suivi par les médecins spécialistes. C'était une étude multicentrique,

randomisée, contrôlée, incluant 968 patientes atteintes d'un cancer du sein à un stade précoce qui ont terminé leur traitement adjuvant, qui étaient entre 9 et 15 mois post-diagnostic. Dans le premier bras, les patientes bénéficiaient d'un suivi habituel dans un centre du cancer, tandis que dans l'autre bras, le suivi se faisait par le médecin de famille. Les critères de jugement étaient la présence de signe clinique évoquant une récurrence (SCR), le second critère était la qualité de vie des patientes évaluées sur plusieurs scores. Chez les MG, l'examen physique et l'interrogatoire avaient lieu tous les 3 à 6 mois pendant 3 ans puis tous les 6 mois pendant 2 ans puis 1 par an et une mammographie annuelle. Le suivi médian était de 3.5 ans depuis la randomisation (4.5 ans depuis le diagnostic). Dans le groupe MG il y eut 54 récurrences (11.2%) ou nouveau cancer du sein controlatéral (CSC) et 29 décès (6%). Dans le groupe du suivi hospitalier il y eut 64 récurrences (13.2%), ou nouveau CSC et 30 décès (6.2%). Dans le groupe MG 17 patients (3.5%) ont eu un SCR comparé à 18 patients (3.7%) dans l'autre groupe (0.19% différence 95% CI - 2.26% à 2.65%). La non infériorité n'a pas été établie. Il n'y a pas eu de différence significative entre les 2 groupes concernant les scores évaluant la qualité de vie basée du l'état de santé. Cette étude a montré que les SCR dans le suivi du cancer du sein étaient très rares (35 durant 3240 patientes-années) et qu'ils survenaient à la même fréquence dans les 2 types de suivi. (18)

Il existe 3 lettres à l'éditeur en réponse à cette étude résumées dans le tableau suivant.

<p>JL. Khatcheressian et Thomas J. Smith (19)</p>	<p>-Pour compléter l'étude de Grunfeld, les auteurs proposaient que la recherche médicale s'intéresse aux scores évaluant la qualité de vie, aux formations des MG sur les avancées en termes de traitement spécialisé pour optimiser le suivi du cancer du sein, et à la façon de faire savoir aux patientes que leur MG avait suivi une formation</p> <p>-Les auteurs cherchaient des étapes visant à améliorer le suivi des femmes atteintes d'un cancer du sein pour répartir le rôle de chacun en mettant en avant l'éducation des patientes sur les signes cliniques à signaler, en fournissant au MG une feuille de recommandations dès son intervention dans le suivi, ou sous forme de formulaire USB à remplir par les patientes et comportant des conseils pour les patientes.</p> <p>-Enfin, ils suggéraient de suivre les recommandations actuelles qu'ils jugeaient simples, directes et réalisables en peu de temps pour des soins similaires et peu coûteux.</p>
<p>Warner et Weinroth (20)</p>	<p>Les auteurs dénonçaient une présélection des participantes par les oncologues</p>
<p>MQ Rosenzweig (21)</p>	<p>L'auteur jugeait les critères principaux de jugement (détection des récurrences du cancer) facilement identifiables et rares, ce qui expliquerait qu'il n'y ait pas eu de différence significative entre les 2 groupes. Elle pensait également que les scores visant à mesurer la qualité de vie des patientes n'étaient pas adaptés.</p>

8. SUIVI DU CANCER EN SOINS PRIMAIRES VERSUS EN SOINS SECONDAIRES

La revue de littérature systématique rédigée par Lewis et Al (2009) a inclus des études comparatives des soins de suivi primaire versus secondaire, ou des suivis alternatifs (par une infirmière spécialisée ou par consultation à la demande des patientes qu'en cas de problème). (22)

Les auteurs ont conclu que ces essais manquaient de puissance ou que leur durée ne permettait pas d'établir une fréquence idéale de suivi ou un modèle de suivi sûr, mais ces méthodes de suivis alternatifs n'ont pas eu d'effet délétère sur la satisfaction des patientes.

9. POURQUOI CONTINUER A SURVEILLER EN CONSULTATION LES CANCERS DU SEIN ?

ML Kimman a mené une revue de la littérature publiée en 2006, qui mettait en évidence que les consultations de suivi par les médecins spécialisés étaient trop courtes et n'étaient ni suffisantes ni appropriées pour délivrer un soutien psychologique (23). L'intérêt d'un suivi programmé du cancer du sein est controversé. Il implique d'importantes ressources de professionnels de santé et financières. Il n'existe aucune preuve de son utilité dans la détection des récurrences. Celles-ci sont principalement découvertes en dehors des consultations prévues.

Des stratégies alternatives testées furent bien acceptées par les patientes, sans impact sur leur satisfaction ou qualité de vie. Cependant il serait intéressant de leur fournir des informations, un soutien psychosocial et une meilleure éducation pour améliorer l'acceptation de ces suivis réduits

10. INTERET D'UN EXAMEN CLINIQUE DE ROUTINE REGULIER APRES LE TRAITEMENT DU CANCER DU SEIN

Sheppard a réalisé une revue de la littérature (24) (2007) à propos de l'intérêt d'un examen clinique de routine pour les patientes en post-traitement d'un cancer du sein. Dans un premier temps, il rassemblait les études sur le bénéfice du suivi sur la survie de ces patientes. Ainsi la preuve la plus critique pour la poursuite d'un suivi au-delà de 3 ans, était l'absence de bénéfice sur la survie de ces patientes (25).

Peu de preuves furent trouvées sur les besoins des survivantes d'un cancer du sein. Les suivis alternatifs au suivi hospitalier par le médecin généraliste ou l'infirmière du sein furent étudiés mais la question fondamentale des morbidités psychologiques ou de qualité de vie restent sans réponse. D'autres recherches étaient nécessaires pour évaluer l'importance du suivi des survivantes.

Les études suivantes s'intéressaient particulièrement à l'implication du médecin généraliste :

Grinfeld et al. (1996) (26) ont comparé un suivi organisé en soin primaire par le MG à un suivi hospitalier chez 296 femmes. Cet essai a examiné le délai de diagnostic de récurrence entre ces 2 groupes. Il n'y a pas eu de différence significative entre ces 2 groupes. Il n'y avait pas de différence majeure dans les caractéristiques des 2 groupes mais un probable taux de détection plus bas dans le bras MG probablement à cause du fait que le nombre de patientes y était plus important ainsi que les comorbidités des patientes (2 ou 3) soit 59.5% comparé à 49.3% dans le groupe hospitalier. Dans le groupe hospitalisé il y a eu 8.8% récurrences à distance comparés à seulement 4% dans le groupe MG. En réponse à cette étude Rainsbury en 1996 (27) a encouragé les non spécialistes à réaliser un suivi en soulignant que

chaque MG verrait moins d'une récurrence tous les 6 ans, alors qu'il y en a eu seulement 4 détectées dans l'étude.

Grunfeld et al. (1999a) (35) a également fait une comparaison du suivi entre soins hospitaliers et MG. Les patientes du groupe MG étaient vues plus fréquemment de façon significative avec environ 3.4 visites comparées à 2.8 dans le groupe hospitalier ($p < 0.001$). La durée de la consultation était plus longue dans le groupe des MG (10.5 min contre 7.4 min $p < 0.001$). Le groupe de MG demandait davantage d'examen complémentaires. Malgré cela, le coût du suivi était plus bas dans le groupe MG même s'il n'était pas spécifié si le coût hospitalier était lié au professionnel de santé. Grunfeld et al (1999b) (28) a également étudié la satisfaction des patientes de leur suivi. Le groupe suivi par les MG reportait une meilleure satisfaction par rapport au service délivré, à la qualité des consultations et la continuité des soins, même si les auteurs ne savaient pas si ces critères mesuraient réellement la satisfaction personnelle (29).

Pennery et Mallet (2000) (30) ont examiné la perception des patientes dans le suivi du cancer de routine. Les données ont été recueillies auprès de 24 patientes atteintes d'un cancer du sein à l'aide d'entretiens semi dirigés. 88% des patientes ont rapporté que les visites en cliniques spécialisées en valaient la peine et la majorité ($n=16$) ont estimé leur préférence pour des contrôles réguliers. 62% ($n=15$) estiment que leur MG était trop occupé ou manquait de connaissances spécialisées, 54% ($n= 13$) suggèrent un suivi par une infirmière spécialisée en cancer du sein. Malheureusement, la petite taille de l'échantillon limite la généralisation de ces résultats. 63% des patientes décrivent un niveau d'anxiété accru durant les jours ou semaines précédents la consultation de routine. 33% des patientes se sentent incapables d'obtenir une consultation à la clinique spécialisée en dehors de leurs visites programmées.

Les suivis par une infirmière spécialisée ou les MG ont tous 2 démontré des résultats comparables au suivi hospitalier en termes de détection des maladies ou troubles psychologiques (Grunfeld et al. 2006 (18); Baildam et al. 2001 (31)). Les conseils généraux peuvent concerner la ménopause, les effets secondaires des traitements hormonaux en cours, la prise de poids, des saignements vaginaux, des bouffées de chaleur, la diminution de la libido, des dyspareunies, des questions relatives à la sexualité, l'image corporelle, l'infertilité, l'information sur la reconstruction mammaire qui peuvent améliorer la qualité de vie.

L'étude de Grunfeld et al. (2002) apportait des preuves limitées en faveur d'une surveillance par mammographie. (32) Il existait beaucoup de preuves contradictoires en faveur de la surveillance par mammographie en termes de détection précoce du cancer du sein (Tabar et al. 2003) (33).

11. INTERET D'UNE SURVEILLANCE INITIEE PAR LES PATIENTES

Chapman et al. (34) ont mené au Royaume-Uni une cohorte de patientes (2009) atteintes d'un cancer du sein de bon pronostic éligible pour un protocole PLFU (Patient Led follow-up) visant à réduire le nombre de consultation de suivi en soins secondaires chez les patientes à faible risque de récurrence ou de décès. Il a été bien reçu par les patientes et n'a pas eu d'importantes conséquences sur la charge de travail de leur médecin généraliste.

Etaient incluses les patientes ayant eu un carcinome canalaire in situ, de tout sexe, de tout âge, ayant un index de pronostic de Nottingham inférieur à 4.4. Ces patientes avaient terminé leur traitement adjuvant initial. Les patientes éligibles pour ce

protocole étaient sélectionnées par une équipe pluridisciplinaire. Toutes les patientes ont complété un questionnaire, reçu des détails sur les symptômes et signes de récurrence, elles ont appris les moyens de joindre rapidement une infirmière spécialiste du cancer du sein. Elles ont eu une mammographie de surveillance annuelle pendant 5 ans après la chirurgie. Une convocation pour ces mammographies était envoyée aux patientes. En cas d'anomalie, elles étaient contactées par téléphone et convoquées pour davantage d'investigations. Un questionnaire était également envoyé à leur médecin généraliste afin de vérifier leur connaissance sur ce nouveau protocole et l'impact sur leur charge de travail.

130 patientes sur 217 ont complété le questionnaire, 98% (n = 106) ont trouvé l'information compréhensible, 68% (n=89) ont reçu leur convocation pour la mammographie et parmi elles 87% (n=77) l'ont trouvée facile à interpréter. 126 sur 130 (97%) des patientes ont une idée claire de la façon de contacter leur clinique du sein mais seulement 4% (n=5) ont nécessité un rendez-vous à la clinique durant la période étudiée. 100% des participantes étaient très satisfaites ou satisfaites du processus de contact de la clinique de soin secondaire. Seulement 10% (n=13) pensaient que le protocole pourrait être amélioré. Une préoccupation était particulièrement accordée à l'accès à un soutien psychologique ou de conseil concernant les effets indésirables comprenant les symptômes de la ménopause.

92% des participantes (n=277) et 40% des médecins généralistes (n=112) étaient informés du protocole. Mais seulement 3.6% (n=10) MG ont réorienté les patientes aux médecins spécialistes de la clinique du sein. 71 MG n'ont rapporté aucune consultation et 27 en ont eu une à deux, 13 MG ont vu des participantes 3 à 5 fois (n= 11) ou plus de 5 fois (=1).

12. DEROULEMENT D'UNE CONSULTATION DE SUIVI

Durant la consultation de suivi, les patientes jugent que les sujets à aborder les plus importants sont l'information sur les risques de récurrence (70%), les bénéfices et effets indésirables du traitement (61%) et le risque de cancer du sein chez leurs filles (41%) (35).

Trois études (36–38) font le point sur les objectifs d'une consultation : le dépistage des rechutes, la prise en charge des complications liées au traitement et le soutien psychologique. Un tableau en résumé les résultats en annexe 3.

Les MG ont une place importante dans le dépistage et les suites de la prise en charge des patientes atteintes de cancers du sein, cela de manière coordonnée avec les spécialistes. Ils permettent un travail de liaison entre la ville et l'hôpital. Leur rôle d'information est déterminant depuis l'étape du dépistage jusqu'à celle de la surveillance à distance. Leur implication dans l'accompagnement des patientes et de leurs proches dans la maladie, dans leur réinsertion sociale et professionnelle, est elle aussi fondamentale.

Le plan cancer a placé la réduction des toxicités liées aux traitements comme un enjeu majeur. Chez les femmes traitées pour un cancer du sein, il est crucial de mieux décrire les complications à long terme, les conséquences socioprofessionnelles et psychologiques, afin de détecter les patientes à risque et leur proposer une attitude thérapeutique.

Les médecins généralistes doivent être conscients des préoccupations des patientes après un cancer du sein afin de leur fournir un soutien adapté. Ces patientes peuvent faire face à une altération de leur image corporelle, à des problèmes relationnels

avec leur entourage, vivre avec un effet indésirable du traitement, craindre une récurrence.

DISCUSSION

DISCUSSION

1. SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RESULTATS

Selon la HAS, la surveillance standard repose sur un examen physique tous les six mois pendant les cinq premières années puis annuel. Ce suivi est le plus souvent mené par un médecin spécialiste du cancer (16). Mais quelle que soit sa spécialité, le médecin doit notamment aborder les risques de récurrence, les effets indésirables du traitement et le risque de cancer du sein chez les filles des patientes (14,35).

Les patientes manifestent un besoin de réconfort, de soutien, de réassurance et d'information experte concernant le cancer (36). Après de leur médecin généraliste, elles apprécient leur relation médecin-patient basée sur la confiance, le respect, l'écoute et le temps dédié ainsi que l'obtention d'explications adaptées à leur compréhension (13). Il est important de leur fournir un accompagnement, une continuité et accessibilité des soins (13,23).

Les principaux obstacles perçus empêchant un suivi par le médecin généraliste sont : la préférence des patientes pour le suivi spécialisé, les connaissances ou compétences du médecin généraliste concernant l'oncologie et leur charge de travail (15). Elles seraient rassurées que le médecin généraliste soit davantage entraîné ou que les patientes disposent d'instructions sur les signes devant amener à consulter le médecin spécialiste du cancer (éducation des patients). Pourtant les patientes suivies par le médecin généraliste apprécient la proximité géographique, la possibilité de faire un contrôle clinique des seins et des ganglions au cours d'une consultation dédiée à un autre motif (16).

La comparaison du suivi organisé en soins primaires par le médecin généraliste à un suivi spécialisé n'a pas retrouvé de différence significative dans le délai de diagnostic de récurrence. De plus le coût du suivi était plus bas dans le groupe des médecins généralistes et celui-ci rapportait une meilleure satisfaction des patientes. La non infériorité n'a pas été établie (18,24).

2. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

2.1 OBJECTIF DE L'ETUDE

Le suivi du cancer du sein est un problème d'enjeu de santé publique car les patientes survivantes sont de plus en plus nombreuses et les centres spécialisés ont par conséquent une charge de travail importante. Il était intéressant de réaliser un travail rappelant les objectifs et la part du suivi qui peut être proposée au médecin généraliste. Cette étude est une revue narrative de la littérature faisant le point sur l'implication du médecin généraliste dans le suivi du cancer du sein.

2.2 STRATEGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

La recherche thématique préalable a permis le choix des mots clés et de l'équation de recherche. Notre recherche s'est limitée aux dix dernières années afin de réduire la quantité de données exploitables. Les articles plus anciens n'ont donc pas été exploités sauf s'ils étaient cités par des articles sélectionnés.

Malgré le fait que notre étude ne soit pas une revue systématique de littérature, elle regroupe de nombreux articles. Au total, 18 études ont été analysées et sont issues de bases de données bibliographiques reconnues. De plus la rigueur méthodologique est exhaustive dans notre travail, ce qui en fait une force.

2.3 SELECTION DES DOCUMENTS

En excluant les articles sur le dépistage et diagnostic du cancer du sein par le médecin généraliste, de nombreuses données ont été écartées car il y joue un rôle déjà bien codifié et reconnu.

3. ROLE DU MEDECIN GENERALISTE

Dans les recommandations de bonnes pratiques, le rôle du médecin généraliste dans le suivi du cancer du sein n'est pas clair. Il a pourtant une place d'après la littérature qui s'est intéressée à son implication. La HAS lui donne un rôle essentiel en coordination avec les autres intervenants du cancer du sein mais il n'est pas précisé quel spécialiste réalise la surveillance. En pratique elle est le plus souvent effectuée par les spécialistes du cancer (oncologue, chirurgien du sein, radiothérapeute).(16)

Pourtant des études ont démontré qu'il n'existe pas de différence dans la détection de récurrence ou dans la qualité de vie des patientes si le suivi est réalisé par le médecin généraliste (18). Ce dernier n'avait pas reçu d'entraînement spécifique et

n'avait qu'à suivre les recommandations de bonnes pratiques en réorientant les patientes vers les centres spécialisés du cancer en cas de signe de récurrence. Il n'existe pas de preuve qu'un suivi réalisé par un oncologue soit meilleur (19). Les médecins devraient donc améliorer leur confiance en leurs propres compétences. Nous pensons effectivement qu'un médecin généraliste est également compétent pour réaliser un examen gynécologique correct comme il le fait déjà pour le suivi gynécologique de routine de ses patientes. La spécificité de la palpation des seins traités par chirurgie ou radiothérapie peut être éventuellement apprise lors de formations dédiées. Par ailleurs, les consultations du médecin généraliste sont plus longues, il est davantage disponible et semble le mieux placé pour délivrer un soutien psychologique (14). En effet il est souvent plus proche de ses patientes avec lesquelles il entretient une relation basée sur la confiance. Cela facilite l'expression de l'angoisse, du stress, ou des symptômes de dépression des patientes. Le médecin généraliste connaît l'environnement socioprofessionnel de la patiente et de son entourage qu'il peut également accompagner. De plus le coût du suivi par le médecin généraliste est plus bas qu'un suivi spécialisé souvent hospitalier (26). Quelque soit le médecin effectuant le suivi du cancer du sein, les objectifs principaux sont le dépistage de récurrences, des effets et complications du traitement (chirurgie, radiothérapie, hormonothérapie, chimiothérapie, troubles de la fertilité et retombées psychosociales). (36–38)

4. OBSTACLES AU TRANSFERT DU SUIVI DU CANCER DU SEIN

Les études semblent montrer une préférence des patientes pour un suivi spécialisé du cancer du sein en lien avec la perception d'un manque de connaissances et de

compétences du médecin généraliste dans le domaine de l'oncologie (15,16). Mais le problème n'est-il pas de faire savoir aux patientes que leur médecin généraliste est suffisamment formé et qu'il est ainsi compétent? On peut croire que ce manque d'information de patientes est également relayé par les médecins spécialistes du cancer qui ne proposent pas directement aux patientes de transférer le suivi de leur cancer du sein à leur médecin généraliste. En pratique ce transfert n'est parfois réalisé qu'après cinq ans de suivi spécialisé. Pourtant, les patientes apprécient être examinées par ce dernier, parfois lors d'une consultation pour un autre motif, car il connaît leur intimité et leur consacre suffisamment de temps (14). D'autant plus que la demande de soins primaires après le diagnostic d'un cancer du sein augmente. (17) Une relation de confiance privilégiée s'étant tissée au fil du temps, le médecin généraliste est disponible, à l'écoute et délivre des informations adaptées à leur compréhension (13). L'étude de Brennan et al. montre qu'elles apprécient la proximité géographique et la confiance qu'elles ont en leur médecin traitant (16). Selon les études de Thind ou Grunfeld, les patientes qui ont confié le suivi de leur cancer du sein à leur médecin généraliste sont majoritairement très satisfaites (13,26).

5. ALTERNATIVES AU SUIVI STANDARD

Au vu des considérations précédentes, il y aurait un intérêt à établir un nouveau protocole afin d'inclure plus précocement le médecin généraliste dans le suivi du cancer du sein après son diagnostic. Mais ne serait-il pas aussi bénéfique pour la société ? En effet les soins primaires sont moins onéreux (28). Dans le contexte économique actuel, les économies de santé sont recherchées. La société peut-elle

encore se permettre de laisser le choix quant à ce suivi du cancer du sein ? Cependant ce transfert de suivi devrait suivre certaines conditions. Dans un premier temps il paraît important que le médecin généraliste obtienne une lettre du médecin spécialiste du cancer comprenant des recommandations adaptées à la patiente (19). En pratique elles ne sont pas toujours suivies par les MG. (12) L'éducation des patientes serait également intéressante notamment en ce qui concerne les signes cliniques devant amener à consulter son médecin généraliste ou son médecin spécialiste et quel symptôme pourrait bénéficier d'un traitement spécifique. Un formulaire USB par exemple pourrait être proposé et remis à chaque consultation au médecin qui assure le suivi (15). Ce qui implique une participation active de la patiente à son suivi puisqu'elle remplirait un questionnaire avant la consultation médicale programmée.

Il existent d'autres propositions telles qu'un suivi alternatif en soins primaires ou secondaires à proposer aux patientes à haut risque de récurrence de cancer du sein ou ayant un envahissement ganglionnaire (23). D'autres proposent aux médecins spécialistes de fournir une liste d'actions à mener par le médecin généraliste pour chaque patiente, comme cela a été le cas dans l'étude de Jiwa (2012) (12). Mais le médecin généraliste ne peut-il pas lui-même détecter les actions thérapeutiques ou de prévention à mener ?

6. COMPARAISON A LA LITTERATURE

Un article français publié en 2010 par Dr Romieu dans la revue *Oncologie* apporte des conclusions similaires concernant les objectifs du suivi. Il affirme aussi que la surveillance doit être partagée entre les différents spécialistes qui sont intervenus

lors du traitement ainsi que le médecin référent, ce qui suppose une collaboration et la mise en place de réseaux.

Nous n'avons pas trouvé de recherche similaire c'est-à-dire aucune revue de littérature concernant l'implication du médecin généraliste dans le suivi du cancer du sein.

CONCLUSION

CONCLUSION

L'objectif de notre étude était de faire une synthèse concernant le rôle du médecin généraliste dans le suivi du cancer du sein. Les recommandations de la HAS en France fournissent un calendrier clair du suivi (examen clinique et mammographie), tous les 6 mois pendant 5 ans puis annuel. Il est cependant réalisé dans la plupart des cas par les médecins spécialistes du cancer du sein. Pourtant le médecin traitant semble être bien placé, au vu de ce travail, pour intervenir plus activement et plus précocement dans ce suivi. Il s'agit en effet d'un suivi sûr, souvent apprécié par les patientes, permettant un meilleur soutien psychologique, il est également moins onéreux et ainsi bénéfique pour la société. Il semblerait opportun que les médecins spécialistes proposent directement à leurs patientes le transfert du suivi du cancer du sein à leur médecin généraliste. L'intérêt des consultations de suivi systématiques n'a pas été prouvé de façon significative, il semblerait intéressant d'adapter la fréquence du suivi aux besoins de chaque patiente. Mais des études complémentaires sur ce sujet seraient nécessaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Les cancers en France, Les Données, INCa, édition 2015[Internet]. [consulté 5 fev 2017] Disponible sur : http://www.oncopaca.org/sites/default/files/2015_prises_en_charge_extrait_rapport_cancers_france_inca.pdf. 2017.
2. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la Démographie Médicale en France 2014 [Internet]. [consulté 5 févr 2017). Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf .
3. Institut national du cancer. Cancers : les chiffres clés. 2016 [Internet]. [Consulté 6 févr 2017]. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Qu-est-ce-qu-un-cancer/Chiffres-cles>
4. Institut National Du Cancer. Médecin traitant - Prise en charge financière. 2016 [Internet] [Consulté 6 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Vos-demarches/Demarches-sociales/Prise-en-charge-financiere/Medecin-traitant>
5. Institut National Du Cancer . Affection de longue durée (ALD) - Prise en charge financière [Internet]. [consulté 5 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Vos-demarches/Demarches-sociales/Prise-en-charge-financiere/Affection-de-longue-duree-ALD>
6. La ligue du cancer. Les médecins généralistes face au cancer [Internet]. [consulté 7 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.ligue-cancer.net/presse/download/455>
7. Plan cancer 2009-2013 [Internet]. [consulté 8 févr 2017]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_plan_cancer_2009_2013.pdf.
8. Institut National Du Cancer . Cancer du sein : la détection précoce - Dépistage du cancer du sein [Internet]. [consulté 8 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein/Cancer-du-sein-la-detection-precoce>
9. Institut National Du Cancer. Le programme de dépistage organisé [Internet]. [consulté 8 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>
10. Inserm. Cancer du testicule, de la prostate, du sein et de l'ovaire. Reproduction et environnement. 2010;47-65.
11. Espié M. Traitement_oral_et_observance_en_Oncologie.ppt. 2010 [Internet]. [consulté 7 févr 2017]. Disponible sur: <http://centre-maladies-sein-saint-louis.org>

12. Jiwa M, Longman G, Sriram D, Sherriff J, Briffa K, Musiello T. Cancer care coordinator: promoting multidisciplinary care--a pilot study in Australian general practice. *Coll R Coll Nurs Aust.* 2013;20(1):67-73.
13. Thind A, Liu Y, Maly RC. Patient satisfaction with breast cancer follow-up care provided by family physicians. *J Am Board Fam Med JABFM.* déc 2011;24(6):710-6.
14. 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.
15. Roorda C, Berendsen AJ, Haverkamp M, van der Meer K, de Bock GH. Discharge of breast cancer patients to primary care at the end of hospital follow-up: a cross-sectional survey. *Eur J Cancer Oxf Engl 1990.* mai 2013;49(8):1836-44.
16. Brennan M, Butow P, Spillane AJ, Marven M, Boyle FM. Follow up after breast cancer -- views of Australian women. *Aust Fam Physician.* mai 2011;40(5):311-6.
17. Roorda C, de Bock GH, van der Veen WJ, Lindeman A, Jansen L, van der Meer K. Role of the general practitioner during the active breast cancer treatment phase: an analysis of health care use. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer.* avr 2012;20(4):705-14.
18. Grunfeld E, Levine MN, Julian JA, Coyle D, Szechtman B, Mirsky D, et al. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 20 févr 2006;24(6):848-55.
19. Khatcheressian JL, Smith TJ. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 20 févr 2006;24(6):835-7.
20. Warner E, Weinroth J. Family physician versus specialist care for breast cancer follow-up. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 1 août 2006;24(22):3710; author reply 3711-3712.
21. Rosenzweig MQ. The oncology nurse practitioner: a unique provider for the follow-up for early-stage breast cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 1 août 2006;24(22):3710-3711; author reply 3711-3712.
22. Lewis RA, Neal RD, Williams NH, France B, Hendry M, Russell D, et al. Follow-up of cancer in primary care versus secondary care: systematic review. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* juill 2009;59(564):e234-247.
23. Kimman ML, Voogd AC, Dirksen CD, Falger P, Hupperets P, Keymeulen K, et al. Follow-up after curative treatment for breast cancer: why do we still adhere to frequent outpatient clinic visits? *Eur J Cancer Oxf Engl 1990.* mars 2007;43(4):647-53.
24. Sheppard C. Breast cancer follow-up: literature review and discussion. *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc.* sept 2007;11(4):340-7.

25. DeGrendele H, Maung K, Jain VK. 2002 Highlights from: 27th European Society of Medical Oncology Congress, Nice, France, October 18–22. *Clin Breast Cancer*. décembre 2002;3(5):302-6.
26. Grunfeld E, Mant D, Yudkin P, Adewuyi-Dalton R, Cole D, Stewart J, et al. Routine follow up of breast cancer in primary care: randomised trial. *BMJ*. 14 sept 1996;313(7058):665-9.
27. Rainsbury R. Follow-up of breast cancer in primary care. *Br Med J*. 1996;313(7071):1547.
28. Grunfeld E, Fitzpatrick R, Mant D, Yudkin P, Adewuyi-Dalton R, Stewart J, et al. Comparison of breast cancer patient satisfaction with follow-up in primary care versus specialist care: results from a randomized controlled trial. *Br J Gen Pract*. 1999b;49(446):705-10.
29. Follow-up strategies for women treated for early breast cancer - Moschetti - 2016 - The Cochrane Library - Wiley Online Library [Internet]. [consulté 6 oct 2016]. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001768.pub3/full>
30. Pennery E, Mallet J. A preliminary study of patients' perceptions of routine follow-up after treatment for breast cancer. *Eur J Oncol Nurs Off J Eur Oncol Nurs Soc*. sept 2000;4(3):138-145; discussion 146-147.
31. Baildam A, Keeling F., Noblet M., Thompson L., Bundred N., Hopwood P. Nurse led follow-up for women treated for breast cancer : a randomised controlled trial. *Eur J Surg Oncol*. 2001;27 (8):792.
32. Grunfeld E., Noorani H., McGahan L., Paszat L., Coyle D., Walraven C., et al. Surveillance mammography after treatment of primary breast cancer. *The breast*. 2002;11 (3):228-35.
33. Tabar L., Yen M-F, Vitak B., Chen J., Smith R., Duffy W. Mammography service screening and mortality in breast cancer patients : 20 year follow-up before and after introduction of screening. *Lancet*. 2003;361:1405-10.
34. Chapman D, Cox E, Britton PD, Wishart GC. Patient-led breast cancer follow up. *Breast Edinb Scotl*. avr 2009;18(2):100-2.
35. Renton JP, Twelves CJ, Yuille F a. P. Follow-up in women with breast cancer: the patients' perspective. *Breast Edinb Scotl*. juin 2002;11(3):257-61.
36. Rajpar S, André F. Surveillance après un traitement du cancer du sein. *Rev Prat*. Dec 2013;volume 63(10):1415-8.
37. Stuart K, Brennan M, French J, Houssami N, Boyages J. Life after breast cancer. *Aust Fam Physician*. avr 2006;35(4):219-24.
38. Uzan C, Nikpayam M. Cancer du sein : rôle du médecin généraliste dans la prise en charge. *EMC - Traité Médecine Akos*. janv 2016;11(1):3-1220.
39. Clark MM, Bostwick JM, Rummans TA. Group and individual treatment strategies for distress in cancer patients. *Mayo Clin Proc* 2003;78(12):1538–43.

ANNEXE 1 Fréquence des symptômes les plus décrits par les 101 patientes de l'étude de Jiwa et al. 2011)

Symptômes	Fréquence (%)
Apparition d'une nouvelle douleur ou d'une douleur persistante	31.6 %
Fatigue ou diminution du bien-être	19.8 %
Dysfonction sexuelle	19.8 %
Bouffées de chaleur	19.8 %
Toux, un essoufflement ou des douleurs thoraciques	16.8 %
Douleurs abdominales, modification du transit intestinal ou un ballonnement abdominal	16.8 %
Lymphœdème	14.9 %
Œdème du bras	16.8 %
Gêne à la mobilité de l'épaule	2.9%
Perte de poids inexplicquée	2.9%
Nouvelle tumeur ou empatement au niveau du sein	6.9 %
Changements d'aspect du mamelon	5 %
Apparition d'une nouvelle masse axillaire ou cervicale	6.9 %
Symptômes de dépression	8.9 %
Difficulté à faire face à la vie quotidienne (la plupart du temps)	5.9 %
Manifestations anxieuses (la plupart du temps)	5.9 %

ANNEXE 2 Figure 1 : Volontés des médecins généralistes

Figure 2 : Barrières perçues et outils proposés pour accepter la responsabilité du suivi exclusif du cancer du sein (à partir de Roorda et al. 2013)

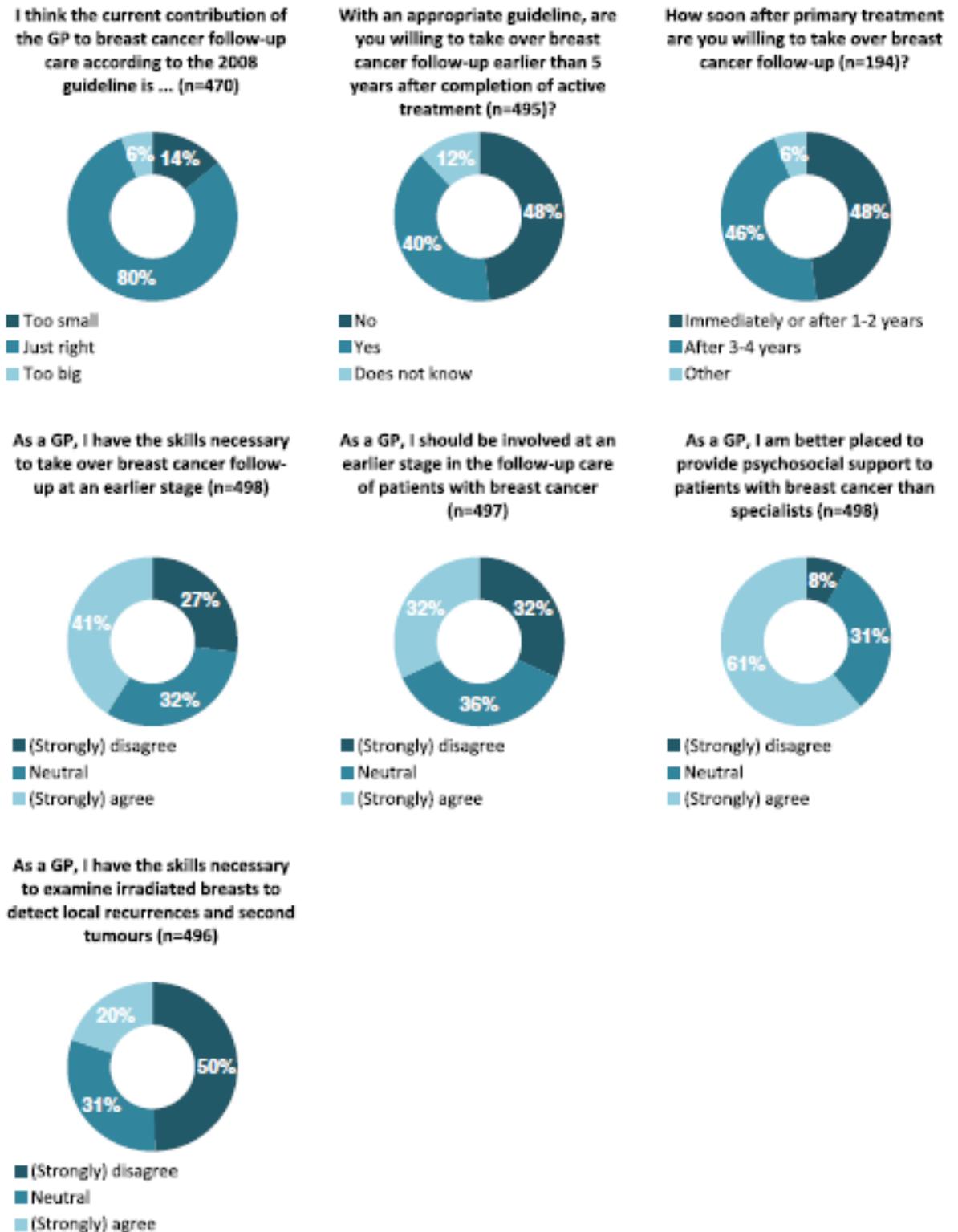


Fig. 1. General practitioners' (GPs) willingness to accept exclusive responsibility for routine breast cancer follow-up.

What do you think are the main barriers to take over breast cancer follow-up at an earlier stage (select up to three answers)?



What do you think are the most important tools to take over breast cancer follow-up at an earlier stage (select up to three answers)?

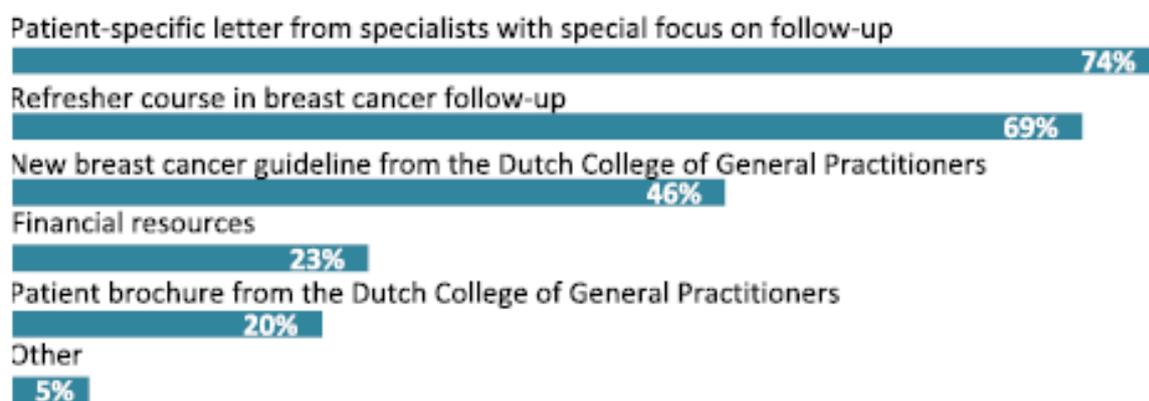


Fig. 2. Perceived barriers and tools to accept exclusive responsibility for breast cancer follow-up at an earlier stage.

ANNEXE 3 Déroulement d'une consultation de suivi du cancer du sein (à partir de Rajpar et al., Stuart et al. et Uzan et al.

Rajpar et al. 2013	Stuart et al. 2006	Uzan et al. 2016
<u>Dépistage des rechutes</u>		
<p>- 50% des récidives diagnostiquées par le MG (26). La détection précoce importante pour la survie.</p> <p>- CA 15.3 non recommandé dans le cadre du bilan de surveillance, spécificité 97 % en faveur de métastases d'origine mammaire. mais la détection précoce des métastases ne modifie la survie ou le traitement.</p>	<p>-connaître le risque de récurrence et la survie selon le stade de la maladie et de différents facteurs pronostiques, 75% des récurrences locales surviennent dans les 5 ans</p> <p>- l'interrogatoire, examen clinique (palpation mammaire, ganglions locorégionaux), puis en cas d'anomalie, une imagerie du sein et une biopsie percutanée.</p> <p>- localisations à distance fréquentes : os, poumons, foie, et cerveau.</p> <p>- mammographie annuelle source d'angoisse qui rappelle celle du diagnostic du cancer.</p>	
<u>Complications du traitement</u>		
<p>- après un traitement axillaire connaître les précautions visant à en minimiser le risque de lymphoedème : drainage lymphatique au centre de la prise en charge et éducation ; envisager un reclassement professionnel en cas de profession responsable de mouvements répétés.</p> <p>- chimiothérapie : effets secondaires dépendant de la molécule administrée, pouvant altérer la qualité de vie des patientes ; garder une vigilance accrue chez les patientes à risque de toxicité : femmes âgées, cardiopathie sous-jacente, irradiation mammaire.</p>	<p><u>Hormonothérapie</u> :</p> <p>- connaître les effets mineurs secondaires, les plus fréquents étant les bouffées vasomotrices, les troubles du cycle, les nausées, les céphalées, les vertiges, les modifications minimes de la numération formule sanguine et rarement les troubles visuels ; Les deux effets secondaires majeurs sont l'augmentation des risques de cancer de l'endomètre et le risque thrombo-emboliques ;</p> <p>- faire une surveillance gynécologique annuelle, une échographie pelvienne et une hystérocopie diagnostique en cas de métrorragies.</p> <p>prescrire une contraception jusqu'à confirmation de la ménopause induite (en évitant les traitements oestroprogestatifs) ;</p> <p>- encourager l'exercice physique, compléter en calcium et vitamine D voire traiter par biphosphonate une éventuelle ostéoporose sous hormonothérapie, le sevrage tabagique</p> <p><u>Trouble de la fertilité</u></p> <p>- techniques de conservation ovocytaire.</p> <p>- une grossesse après traitement n'augmente pas le risque de récurrence.</p>	<p><u>Chirurgie</u></p> <p>- complications précoces : infection locale, hématome, troubles de la cicatrisation, lymphocèle</p> <p><u>Radiothérapie</u></p> <p>- complications à court terme : asthénie, radiodermite, hypoesthésie, œdème du sein.</p> <p>- complications à long terme : troubles cutanés, séquelles esthétiques, télangiectasies, fibrose, lymphoedème, pneumopathie radique, cardiopathie radique, cancer secondaire.</p> <p>- connaître le risque d'ostéoporose sous anti aromatasés évalué après une ostéodensitométrie de référence puis par le renouvellement de l'examen tous les deux ans selon les cas.</p> <p>- suivi annuel du bilan lipidique recommandé.</p>
<u>Retombées psychosociales</u>		
<p>-Après leur traitement, 35 % des patients ressentent de l'angoisse, dépression ou stress. (39)</p> <p>-besoin de réconfort, de soutien, de réassurance et d'information auprès de leur médecin. Près de 50 % des femmes ont plus de trois symptômes qui vont avoir un impact négatif sur leur qualité de vie : douleurs, fatigue, troubles du sommeil, douleur mammaire et douleur du bras. Les modifications de l'image corporelle suite à une chirurgie parfois considérée comme mutilante sont un des facteurs expliquant la fragilité de ces patientes.</p>	<p>Les patientes peuvent également être préoccupées par leur sexualité et intimité à cause du changement de l'image de leur corps. La libido et les rapports sexuels peuvent être affectés pendant et après le traitement du cancer du sein. Il convient de les inciter à communiquer avec leur partenaire et proposer un groupe de soutien.</p>	

RESUME

Introduction

Le cancer est la première cause de décès dans le monde. Celui du sein est le premier cancer chez les femmes. La médecine générale regroupe 87 269 spécialistes en soins primaires en métropole. En 2015 la mortalité associée diminue. Les spécialistes du cancer assurent le suivi de ces patientes de plus en plus nombreuses majorant leur charge de travail. L'objectif de ce travail était d'étudier l'implication du médecin généraliste (MG) dans le suivi du cancer du sein.

Méthode

Revue narrative de littérature d'août 2015 à juin 2016. Deux bases de données ont été explorées : MEDLINE et l'Encyclopédie Médicale. Ont été retenus 18 articles : 4 études transversales, une étude prospective, 2 études de cohorte, une étude comparative, 4 revues de littérature, 3 lettres à l'éditeur et 3 articles didactiques

Résultats

Les recommandations ont permis de codifier la fréquence des consultations de suivi mais ne précisent pas quel spécialiste le réalise. Il doit aborder l'ensemble des problématiques en cours de traitement et post-thérapeutiques intégrant les risques de récurrences et effets indésirables du traitement. Les patientes manifestent un besoin de soutien et d'information concernant leur cancer. Les MG apparaissent disponibles et mieux placés pour leur délivrer un soutien psychologique de par leur relation de confiance. Les principaux obstacles perçus étaient la préférence des patientes pour le suivi spécialisé et le doute sur les compétences du MG concernant l'oncologie. Le suivi par le médecin généraliste est moins onéreux et ne retrouve pas de différence dans la détection de récurrence ou la qualité de vie des patientes par rapport à un suivi spécialisé.

Discussion

Les recommandations de l'HAS fournissent un calendrier clair du suivi. Il est cependant réalisé dans la plupart des cas par les médecins spécialistes du cancer du sein. Le transfert du suivi aux médecins généralistes serait bénéfique pour les patientes et pour la société. Il semblerait opportun que les médecins spécialistes du cancer le proposent à leurs patientes précocement. Les médecins généralistes devraient augmenter leur confiance en leurs propres compétences. L'intérêt des consultations systématiques de suivi n'a pas été prouvé de façon significative mais des études complémentaires sur ce sujet seraient nécessaires.

ABSTRACT

Introduction

Cancer is the number one cause of death in the world. Breast cancer is the first cancer in women. There are 87,269 specialists in primary care in mainland France. By 2015 the associated mortality decreases. Cancer specialists monitor these increasing numbers of patients increasing their workload. The aim of this work was to study the involvement of the general practitioner (GP) in the monitoring of breast cancer.

Method

Narrative review of literature from August 2015 to June 2016. Two databases were explored: MEDLINE and the Medical Encyclopedia. There were 18 articles: 4 cross-sectional studies, one prospective study, 2 cohort studies, one comparative study, 4 literature reviews, 3 letters to the editor and 3 didactic articles

Results

The recommendations made it possible to codify the frequency of follow-up consultations but do not specify which specialist performs it. It must address all the problems in the course of treatment and post-therapeutic integrating the risks of recurrences and adverse effects of treatment. Patients demonstrate a need for support and information about their cancer. GPs appear to be available and better placed to provide psychological support through their relationship of trust. The main obstacles perceived were their preference for specialized follow-up and the doubt about the competencies of the MG concerning oncology. Follow-up by the general practitioner is less costly and does not find any difference in the detection of recurrence or the quality of life of the patients compared to a specialized follow-up.

Discussion

The HAS recommendations provide a clear timetable for follow-up. However, it is carried out in most cases by doctors specializing in breast cancer. The transfer of follow-up to general practitioners would be beneficial for patients and for society. It would seem advisable for doctors specializing in cancer to offer it to their patients early. General practitioners should increase their confidence in their own skills The interest of systematic follow-up consultations has not been proved in a significant way, but further studies on this subject would be necessary.

Key words : breast cancer, general practice, involment, follow-up, littérature review



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 !

