



**HAL**  
open science

# Étude de l'adhésion des médecins de soins primaires aux recommandations de bonnes pratiques en prenant l'exemple de la délégation de la surveillance de femmes traitées pour un cancer du sein : enquête auprès de 178 patientes suivies initialement à l'Institut Bergonié

Laura Texier

## ► To cite this version:

Laura Texier. Étude de l'adhésion des médecins de soins primaires aux recommandations de bonnes pratiques en prenant l'exemple de la délégation de la surveillance de femmes traitées pour un cancer du sein : enquête auprès de 178 patientes suivies initialement à l'Institut Bergonié. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01665324

**HAL Id: dumas-01665324**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01665324>**

Submitted on 15 Dec 2017

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

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

**Étude de l'adhésion des médecins de soins primaires aux recommandations de bonnes pratiques en prenant l'exemple de la délégation de la surveillance de femmes traitées pour un cancer du sein : enquête auprès de 178 patientes suivies initialement à l'Institut Bergonié**

Laura Texier

► **To cite this version:**

Laura Texier. Étude de l'adhésion des médecins de soins primaires aux recommandations de bonnes pratiques en prenant l'exemple de la délégation de la surveillance de femmes traitées pour un cancer du sein : enquête auprès de 178 patientes suivies initialement à l'Institut Bergonié. Médecine humaine et pathologie. 2017. <dumas-01665324>

**HAL Id: dumas-01665324**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01665324>**

Submitted on 15 Dec 2017

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

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

Université de Bordeaux 2  
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017 Thèse n° 163

Thèse pour l'obtention du  
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

par Laura TEXIER

Née le 28 Avril 1986 à Bruges (33)

Le 17 octobre 2017

ETUDE DE L'ADHÉSION DES MÉDECINS DE SOINS PRIMAIRES AUX  
RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES EN PRENANT L'EXEMPLE  
DE LA DÉLÉGATION DE LA SURVEILLANCE DE FEMMES TRAITÉES POUR  
UN CANCER DU SEIN. Enquête auprès de 178 patientes suivies initialement à  
l'Institut Bergonié.

Directeur de thèse : Docteur Marc DEBLED

Rapporteur : Docteur Florence DALENC

Jury :

Mr le Professeur Jean Emmanuel BUSSIERES, président

Mr le Professeur Pierre Louis SOUBEYRAN, juge

Mr le Docteur William DURIEUX, juge

Mme le Docteur Christine TUNON DE LARA, juge

## REMERCIEMENTS

*Aux membres du jury,*

**A Monsieur le Professeur Emmanuel BUSSIERES,**

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider le jury de cette thèse de médecine générale. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

**A Monsieur le Professeur Pierre Louis SOUBEYRAN,**

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver en ces lignes l'expression de ma sincère reconnaissance.

**A Monsieur le Dr William DURIEUX,**

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury et de juger mon travail. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et mon profond respect.

**A Madame le Dr Christine TUNON DE LARA,**

Vous vous êtes rendue disponible et me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes remerciements et de mon profond respect.

*A notre rapporteur,*

**A Mme le Dr Florence DALENC,**

Vous m'avez fait l'honneur d'être le rapporteur de ce travail, depuis l'Institut Universitaire du Cancer de Toulouse Oncopole. Merci de votre gentillesse et de votre réactivité. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de ma considération.

*A mon directeur de thèse,*

**A Monsieur le Docteur Marc DEBLED,**

Tu as accepté de diriger ce travail de thèse, je te remercie de m'avoir accordé ta confiance. Ton dynamisme et ta gentillesse ont grandement contribué à ce travail, et je t'en suis extrêmement reconnaissante. Ton dévouement à tes patientes est un véritable exemple.

*A tous ceux qui ont participé à ce projet,*

A Mme JOUNNEAU et à Camille ALLEZARD du département qualité de l'Institut Bergonié, un grand merci pour votre disponibilité et votre inestimable aide dans la collecte des données qui ont servi à ce travail de thèse.

A Mme Véronique Brouste, de l'Institut Bergonié, merci pour votre disponibilité et votre participation au projet.

A Mme le Dr Hélène Bouyssié pour m'avoir si gentiment fait partager son travail de thèse.

*A ma famille,*

A mes parents pour leur soutien inconditionnel. J'essaye tous les jours de mettre en pratique les incroyables valeurs que vous m'avez transmises.

A mon père, un grand merci de m'avoir montré le chemin de la médecine, un métier qui malgré les difficultés me rend très heureuse.

A ma mère, pour sa force de caractère, c'est toi qui m'a appris à ne jamais baisser les bras et à être curieuse de tout.

A toutes les autres femmes de ma famille pour leur courage et leur exemplarité : à mes grands-mères, à mes tantes avec une mention spéciale à Brigitte qui veille toujours sur moi malgré l'océan qui nous sépare et surtout à mes cousines et soeurs de coeur Alice et Lucie qui sont de fantastiques guerrières des temps modernes. Et bien sûr à tous les hommes qui les accompagnent si bien.

A tout le reste de mon incroyable famille, qui si elle est dispersée aux quatre coins du globe reste pourtant si unie dans les moments importants.

A ma belle-famille, qui veille si bien sur moi, merci de toute votre gentillesse et de votre aide. Merci à Noé d'être mon petit rayon de soleil.

*A Brice,*

Merci pour le soutien et l'amour qui tu m'apportes tous les jours. Toutes nos aventures nous ont fait déménager et voyager si souvent mais je me sens toujours à la maison si tu es à mes côtés. Merci d'être toujours là dans les bons comme dans les mauvais jours et de me redonner du courage quand il le faut.

*A mes amis,*

A mes amies d'enfance, que je vois si peu mais que je n'oublie pas : Fanny l'éternelle thésarde et la belle Sophie.

A la bande du lycée qui reste dans mon coeur malgré les kilomètres et les années sans se voir parfois qui nous séparent : Nour, Alexia, Julie et Ana.

A mes amis de la faculté de médecine de Bordeaux et de l'internat : merci à ma bonne étoile de m'avoir fait croiser votre chemin, sans vous le chemin aurait été long et difficile (et franchement ennuyeux)!

Donc merci à Maia, Amira et Marion pour avoir accompagné mes débuts à la fac ; merci à Silvia pour ces 2 années de colocation inoubliables.

merci aux Bayonnais : Dorothée ma co-interne qui a survécue avec moi au premier semestre si stressant, Thomas qui est toujours partant pour une virée à San Seb ;

merci aux Villenevois and co. : Tim et sa Marie, Simon, Xabi ;

merci aux Dacquois : mes co-fantastiques-internes des urgences Lucie, JB, Agathe, Marine et Audrey et tous les autres qui m'ont supporté malgré mes heures de sommeil en moins : Marie, Lucie, Yohan, Damien (auquel s'ajoute sa Marion maintenant), John ...

Merci également aux amis de Brice qui le sont devenus pour moi également au fil des ans en particulier Gaétan et Célia, Guillaume et Marie.

*Aux équipes médicales et para-médicales dont j'ai croisé le chemin merci pour votre exemple et votre amitié. Un grand merci à tout le personnel de l'Institut Bergonié qui du premier stage de mon externat au dernier de l'internat m'a toujours chaleureusement accueilli.*

# SOMMAIRE

<b>I. Introduction</b> .....	11
<b>II. Généralités</b> .....	13
II. 1) le cancer du sein : recommandations de surveillance .....	13
II. 2) la délégation de la surveillance du cancer du sein .....	15
<b>III. Matériel et méthodes</b> .....	17
III. 1) Analyse de la littérature sur le suivi des recommandations de bonne pratique par les médecins .....	17
III.1a) Rappel de la définition des recommandations de bonne pratique par l'HAS .....	17
III.1b) Requête Pub Med .....	17
III. 2) Enquête : La délégation de la surveillance d'un cancer du sein non métastaté modifie t'elle l'adhésion aux RBP actuelles? .....	18
III. 2a) Critères de sélection .....	18
III. 2b) Objectifs .....	18
III. 2c) Elaboration du questionnaire .....	19
III. 2d) Modalités de l'envoi et du recueil .....	20
III. 2e) Saisie et traitement des données .....	20
III. 3) Elaboration de lettres d'informations .....	20
III. 3a) Lettre d'information à l'intention des patientes dans le cadre de la surveillance déléguée .....	20
III. 3b) Lettre d'information aux médecins de la surveillance déléguée .....	21
<b>IV. Résultats</b> .....	22
IV.1) Analyse de la littérature : les RBP .....	22
IV.2) Enquête .....	23
IV.2.1) Evolution du taux de réponses au cours de l'enquête .....	23
IV. 2.2) Descriptif de la population étudiée .....	24
IV.2.2.a) par Age et activité génitale .....	24
IV.2.2.b) par statut d'activité professionnelle et par niveau d'étude .....	24
IV.2.2.c) Par caractéristique propres à la tumeur: TNM, grade, statut récepteur hormonal, statut Her2 .....	25
IV.2.2.d) par traitement effectué .....	26

IV.2.2.e) Comparaison de la population étudiée avec le groupe de patientes n'ayant pas répondu et le groupe des perdues de vue .....	27
IV.2.3) Descriptif des médecins ayant réalisé la surveillance .....	28
IV.1.3.a) Par quels médecins sont suivies les patientes dans le cadre de leur surveillance ? .....	28
IV.1.3.b) Y a-t-il eu un changement de la fréquence des visites de surveillance depuis le début du suivi ? .....	29
IV.2.4) Descriptif de l'examen clinique réalisé par les différents médecins à l'occasion du suivi .....	29
IV.2.4.a) Quelle est la fréquence de l'examen mammaire au cours des 12 derniers mois ? .....	29
IV.2.4.b) Caractéristiques des patientes en fonction de la fréquence de l'examen mammaire .....	30
IV.2.4.c) Y a-t-il eu une modification de la fréquence de l'examen clinique mammaire depuis le début de la surveillance ? .....	31
IV.2.4.d) L'examen physique des différentes zones à examiner est-il complet? .....	31
IV.2.4.e) Y a-t-il eu une modification des zones examinées depuis le début de la surveillance ? .....	32
IV.2.5) Descriptifs des examens complémentaires .....	32
IV.2.5.a) La mammographie .....	32
IV.2.5.b) Fréquence de l'échographie mammaire .....	34
IV.2.5.c) Fréquence de l'IRM mammaire .....	34
IV.2.5.d) Fréquence des autres examens complémentaires .....	36
IV.2.6) Descriptif du suivi de l'hormonothérapie .....	38
IV.2.6.a) Une hormonothérapie a-t-elle été initialement prescrite ? .....	38
IV.2.6.b) L'hormonothérapie est-elle toujours en cours ? .....	39
IV.2.7) Descriptif de l'évaluation de leur suivi par les patientes .....	39
IV.2.7.a) Evaluation du suivi sur une échelle de 0 à 10 .....	39
IV.2.7.b) Comparaison du suivi réellement effectué avec le ressenti des patientes .....	40
IV.2.7.c) Répartition des patientes selon leurs souhaits d'être suivies ou non à Bergonié .....	41

IV.3) Lettres .....	43
IV.3.1) Lettre d'information à l'intention des patientes dans le cadre de la surveillance déléguée .....	43
IV.3.2) Lettre d'information aux médecins de la surveillance déléguée .....	43
<b>V. Discussion</b> .....	44
V.1) Forces et limites de l'étude .....	44
V.1.1) Forces .....	44
V.1.2) Limites .....	44
V.2) Analyse des résultats : la délégation de la surveillance aux médecins de soins primaires modifie elle l'adhésion aux RBP ? .....	45
V. 2.1) Analyse de la surveillance déléguée des femmes traitées pour un cancer du sein .....	45
V.2.2) Analyse des facteurs associés au non respect des RBP ? .....	49
V.2.3) Discussion sur l'évaluation du suivi par les patientes .....	50
V.3) Pistes pour améliorer la diffusion des RBP en médecine de ville .....	51
V.3.1) La diffusion en général des RBP en médecine de ville .....	51
V.3.2) Proposition pour l'amélioration de la diffusion des RBP .....	52
<b>VI. Conclusion</b> .....	53
<b>VII. Bibliographie</b> .....	55
<b>VIII. Annexes</b> .....	61
Annexe 1 : questionnaire .....	61
Annexe 2 : courrier accompagnant le questionnaire .....	64
Annexe 3 : lettre de relance questionnaire .....	65
Annexe 4 : courrier à destination des patientes de la surveillance déléguée .....	66
Annexe 5 : courrier à destination des médecins de la surveillance déléguée .....	72
Annexe 6 : serment médical .....	74

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

**ARS** : agence régionale de santé

**EBM** : evidence based medicine

**FMC** : formation médicale continue

**HAS** : haute autorité de santé

**IA** : inhibiteur de l'aromatase

**IRM** : imagerie par résonance magnétique

**ISPED** : Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement

**MG** : médecin généraliste

**OMS** : organisation mondiale de la santé

**RBP** : recommandation de bonne pratique

**RCA** : Réseau de Cancérologie d'Aquitaine

**TDM** : tomographie par densitométrie

**THM** : traitement hormonal substitutif de la ménopause

## INDEX FIGURES

<i>Figure 1 : Evolution du taux de réponse au cours de l'enquête</i> .....	23
<i>Figure 2 : Répartition des patientes par tranches d'âge</i> .....	24
<i>Figure 3 : Répartition selon statut professionnel</i> .....	24
<i>Figure 4 : Répartition par niveau d'étude</i> .....	24
<i>Figure 5 : Répartition selon stade T</i> .....	25
<i>Figure 6 : Répartition selon stade N</i> .....	25
<i>Figure 7 : Répartition selon grade SBR</i> .....	25
<i>Figure 8 : Répartition selon statut des récepteurs hormonaux</i> .....	25
<i>Figure 9 : Répartition selon statut HER2 neu</i> .....	25
<i>Figure 10 : Répartition selon type de chirurgie</i> .....	26
<i>Figure 11 : Répartition selon type d'exploration ganglionnaire</i> .....	26
<i>Figure 12 : Répartition selon traitement systémique</i> .....	26
<i>Figure 13 : Répartition des patientes en fonction du spécialiste vu dans le cadre du suivi</i> .....	28
<i>Figure 14 : Fréquence de l'examen des seins au cours des 12 derniers mois</i> .....	29
<i>Figure 15 : Fréquence mammographie de surveillance</i> .....	32
<i>Figure 16 : Fréquence échographie mammaire de surveillance</i> .....	34
<i>Figure 17 : Fréquence de l'IRM mammaire</i> .....	34
<i>Figure 18 : Nombre de patientes par note donnée à leur suivi sur une échelle de 0 à 10</i> .....	39
<i>Figure 19 : Répartition en fonction du souhait de lieu de suivi</i> .....	41

## INDEX TABLEAUX

<i>Tableau 1 : répartition selon les associations des différents traitements systémiques</i> .....	26
<i>Tableau 2 : comparaison des caractéristiques des patientes perdues de vue, répondeuses, non répondeuses</i> .....	27
<i>Tableau 3 : répartition des patientes selon le médecin qui a réalisé le suivi</i> .....	28
<i>Tableau 4 : caractéristiques des patientes en fonction de la fréquence de l'examen des seins</i> .....	30
<i>Tableau 5 : caractéristiques des patientes en fonction de leur fréquence de mammographie</i> .....	33
<i>Tableau 6 : caractéristiques des patientes selon la fréquence de l'IRM mammaire</i> .....	35
<i>Tableau 7: examens complémentaires réalisés et caractéristiques des patientes en fonction du type d'examens</i> .....	36
<i>Tableau 8 : répartition des critères objectifs de mauvais suivi en fonction de l'évaluation du suivi par les patientes</i> .....	40
<i>Tableau 9 : répartition des critères de mauvais suivi en fonction du souhait des patientes d'être suivies ou non à Bergonié</i> .....	41
<i>Tableau 10 : caractéristiques des patientes en fonction de leur souhait d'être ou non suivies plus souvent à Bergonié</i> .....	42

## I. Introduction

---

En France, pour l'année 2012, le nombre de nouveaux cas de cancers du sein était estimé à 49 000 cas et représentait 31% des cancers survenus chez les femmes ; ce qui en fait le cancer le plus fréquent chez la femme, devant le cancer colorectal et le cancer du poumon (1).

Il représente 14,1% de l'ensemble des cancers incidents tous sexes confondus.

Avec 11 913 décès en 2015, le cancer du sein est en tête des décès par cancer en France métropolitaine suivi de près par le cancer du poumon et du colon-rectum. Il représente 18% des décès par cancers chez la femme, et 8% des décès par cancers tous sexes confondus.

Le taux de mortalité a diminué de -1,5% par an en moyenne sur la période de 2005-2010 (2).

En 2008 et 2009, 1 298 et 1 249 néoplasies du sein ont été enregistrées en Gironde par l'ISPED.

Près de 90% sont des cancers, 11 % des néoplasies in situ.

Les cancers du sein font partie des cancers dits de bon pronostic avec une survie nette standardisée à 5 ans de 87 %, de 76% à 10 ans.(3,4).

La France se situe parmi les pays avec les taux de survie les plus élevés en Europe (5).

Cependant pour ces patientes le risque de récurrence existe que ce soit loco-régionale, controlatérale ou bien métastatique : le taux global de récurrence de cancer du sein (+/- métastase à distance) est de 8% à 5 ans et de 18% à 10 ans (6).

Face à ces données épidémiologiques, il semble donc justifié de proposer aux patientes une surveillance adéquate. En effet la surveillance permet un diagnostic précoce :

- d'une récurrence loco-régionale, afin de proposer un second traitement curateur qui influence directement la survie en limitant le risque de métastase et en contrôlant mieux la maladie (7) ;
- d'un cancer controlatéral afin de le rendre accessible à un traitement curateur le moins agressif possible ;
- de détecter le plus tôt possible des symptômes en faveur d'une maladie métastatique et de gérer la situation avant qu'elle ne se dégrade davantage.

Elle permet également de détecter et traiter d'éventuels effets secondaires tardifs et séquelles des traitements, et de permettre un accompagnement médico-social et une aide à la réinsertion professionnelle.

Le suivi du traitement anti-hormonal est aussi au centre de la surveillance : celui-ci est aujourd'hui prescrit à la quasi-totalité des patientes prises en charge pour une tumeur luminale, pour une durée de cinq ou dix ans selon l'existence ou non d'un envahissement ganglionnaire.

Enfin, par l'enregistrement des différents événements survenant au décours de la prise en charge initiale, la surveillance permet de vérifier la qualité des soins apportés.

Le médecin généraliste est en effet un acteur important de la surveillance des patientes traitées pour cancer du sein.

En France, suite aux différentes mesures des plans cancers une part croissante de responsabilités est dédiée au médecin traitant.

On retrouve cette volonté dès le premier plan cancer 2003-2007 : « Faciliter la prise en charge et le suivi de proximité des patients atteints de cancer par une meilleure insertion des médecins généralistes dans les réseaux de soins en cancérologie ». (mesure 33)(8).

Le second Plan Cancer (9), annoncé le 2 novembre 2009 à la suite du rapport du Pr Grünfeld (10), s'inscrit dans la continuité du premier. Le médecin traitant est replacé au centre de la prise en charge des malades cancéreux. Il a un rôle « pivot » comme défini dans la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoires » (11). Il a un rôle important dans le dépistage (mesure 16.1) mais aussi pendant la phase aiguë et la phase de surveillance (mesure 18.2).

Le rapport pour l'établissement du 3ème plan cancer (12) pointe entre autre du doigt, le fait que le médecin généraliste n'est toujours pas suffisamment au centre des mesures.

Le Plan cancer 2014-2019 (13) n'instaure pas de nouvelles mesures mais renforce celles déjà mises en place et insiste sur la nécessité d'une meilleure coordination ville-hôpital.

L'idée d'une surveillance alternée entre oncologues, gynécologues et médecins généralistes est introduite dès le premier plan cancer comme on le voit avec la mesure 18 :

«Elaborer des recommandations sur la surveillance partagée entre médecins hospitaliers et médecins traitants, avec une première priorité concernant les cancers du sein et les cancers colorectaux».(Mesure 18, action 18.2).

La mise en place du dispositif de surveillance alternée du cancer du sein en Aquitaine s'est déroulée en deux étapes : une étape de construction du dispositif (2006-2007) puis une étape d'expérimentation (2008- 2012). Ce dispositif est maintenant généralisé depuis 2013.

Au delà des recommandations des différents plans cancers, la nécessité d'inclure le médecin généraliste dans la prise en charge du suivi des patientes atteintes de cancer du sein repose aussi sur des données épidémiologiques : en effet avec le dépistage généralisé, le vieillissement de la population et l'amélioration du pronostic, le nombre des femmes qui survivent au cancer du sein augmente.

L'implication des médecins de soins primaires dans le suivi évolue en même temps qu'augmente le coût des soins hospitaliers, le nombre de patientes et la diminution du nombre de médecins hospitaliers ce qui se répercute forcément sur les soins de suivi (14,15).

Les dernières études recommandent que le suivi des patientes traitées pour cancer du sein soit délégué, à l'issue des traitements hospitaliers, aux médecins généralistes (16).

Malheureusement les médecins de soins primaires, de leur propre aveu, manquent de connaissance sur les conséquences des traitements du cancer et sur la prise en charge optimale des patientes en post thérapeutique (17,18).

L'objectif de cette étude est d'étudier l'application de recommandations en médecine générale en utilisant comme support le cancer du sein et sa surveillance déléguée en post thérapeutique.

## **II. Généralités**

---

### **II. 1) le cancer du sein : recommandations de surveillance**

La survie à 10 ans d'un cancer du sein dépasse 70% dans la plupart des pays européens, avec un taux de 89% pour les cancers sans atteinte ganglionnaire (19). Le taux de récurrence annuel est maximal dans la seconde année suivant le diagnostic mais reste entre 2 et 5% à 5 à 20 ans du diagnostic. Des récurrences peuvent apparaître jusqu'à 20 ans après le diagnostic initial, voire au delà (19).

Ces données épidémiologiques justifient une surveillance adaptée dont le but est la détection précoce de récurrence locale ou à distance ou la survenue d'un cancer controlatéral du sein mais également :

- d'évaluer et de traiter les complications tardives en lien avec les traitements du cancer ;
- d'encourager les patientes à poursuivre leur hormonothérapie ;
- de prodiguer un soutien psychologique et des informations permettant un retour à une vie normale.

De nombreux groupes d'experts (American Society of Clinical Oncology, National Comprehensive Cancer Network , National Cancer Institute, European Society for Medical Oncology, Cancer Australia, Institut National Contre le Cancer) ont rédigé des recommandations (20-25) sur la surveillance post thérapeutique d'une patiente ayant eu un traitement curatif de cancer du sein et arrivent aux mêmes conclusions quant aux modalités de cette surveillance :

- Toutes les patientes ayant eu un traitement curatif pour un cancer du sein doivent avoir un suivi régulier. La fréquence de ce suivi doit être discutée et adaptée pour chaque patiente, notamment selon les critères de gravité et le risque de rechute. Le schéma de référence prévoit une consultation tous les 6 mois pendant 5 ans, puis tous les ans.
- Toutes les consultations de suivi doivent comprendre un interrogatoire et un examen physique recherchant des signes de complications liées aux traitements ou des signes d'appel de récurrence.

- L'examen physique comprend un examen du sein opéré (ou de la paroi thoracique si traitement non conservateur), du sein controlatéral, des aires ganglionnaires, de l'abdomen et des champs pulmonaires, la recherche d'un point douloureux exquis à la pression des structures osseuses.
- La mammographie annuelle bilatérale (après chirurgie partielle) ou unilatérale (après mastectomie totale) constitue l'examen de référence de la surveillance paraclinique. Elle peut être associée à une échographie mammaire (bilatérale ou controlatérale selon la chirurgie).
- La première mammographie de surveillance doit être réalisée 1 an après la mammographie initiale et au moins 6 mois après la fin de la radiothérapie.
- Il n'y a pas d'indication à la réalisation systématique d'autres examens d'imagerie (en particulier hépatique ou thoracique). Les autres examens complémentaires sont discutés en présence de signes d'appel de récurrence ou de complications de traitement.
- D'autre part, aucun dosage de marqueurs tumoraux sériques n'est recommandé dans le suivi.

En effet différents essais randomisés contrôlés montrent qu'un suivi basé sur un examen physique régulier et une mammographie annuelle seule est aussi efficace qu'une approche plus intensive basée sur des examens radiologiques supplémentaires en terme de temps de détection de récurrence, de survie globale et de qualité de vie (26). Le dosage du CA 15- 3 n'était cependant pas évalué dans ces études.

Pour les patientes sous hormonothérapie, quelques examens complémentaires visant à rechercher des effets secondaires sont cependant justifiés :

- Pour les patientes sous tamoxifène, un examen gynécologique annuel avec si besoin une échographie vaginale est recommandé.
- Pour les patientes sous inhibiteur de l'aromatase (IA) une ostéodensitométrie est recommandée à l'initiation du traitement. Il est maintenant établi qu'une ostéodensitométrie normale au départ peut entraîner une ostéopénie mais pas d'ostéoporose. Il n'est donc pas utile de la renouveler. En revanche, si elle est altérée à l'initiation, il sera nécessaire d'envisager un traitement et de refaire une ostéodensitométrie tous les 2 ans.

La surveillance du bilan lipidique pendant la durée du traitement par IA n'a pas fait l'objet

de recommandations. Il n'a pas été montré que le risque cardiovasculaire augmentait sous traitement par IA mais le recul reste faible.

- Chez les patientes ayant reçu du trastuzumab, une échographie cardiaque sera renouvelée 2 et 5 ans après la fin du traitement adjuvant.

## **II. 2) la délégation de la surveillance du cancer du sein**

L'augmentation de l'incidence des cancers du sein (doublement en 25 ans) associée à la diminution de la mortalité (décroissance annuelle de 1,5 %) ont abouti à une augmentation de la prévalence des patientes devant être surveillées après leur traitement. Ces femmes doivent bénéficier d'une surveillance prolongée, puisqu'elles restent exposées toute leur vie à un risque de récurrence et que la précocité du diagnostic des récurrences locales ou contralatérales conditionne le pronostic (27,28).

Il faut donc réorganiser le suivi, avec une répartition des tâches plus efficace entre la ville et l'hôpital, afin d'assurer aux patientes un suivi régulier de qualité.

Cela s'inscrit dans le cadre de la mesure 33 du premier plan cancer : « Faciliter la prise en charge et le suivi de proximité des patients atteints de cancer par une meilleure insertion des médecins généralistes dans les réseaux de soins en cancérologie ».

Plusieurs études ont pu montrer : d'une part la volonté des médecins traitants de participer au suivi de leurs patientes (29) et d'autre part l'efficacité de la surveillance assurée par les médecins traitants, aussi bien en terme de détection des récurrences qu'en terme de survie et de qualité de vie (30,31).

De plus les patientes accueillent favorablement une telle proposition (32-34).

Même si selon une étude (35) la majorité des patientes préfèrent spontanément continuer à être suivies par leur spécialiste on note que finalement plus de la moitié d'entre elles accepteraient d'être suivies par leur médecin généraliste sous réserve que celui-ci ait des connaissances suffisantes sur le suivi et qu'il existe une bonne communication entre lui et les médecins hospitaliers.

Par ailleurs, il a été montré que l'implication des médecins traitants n'entraînait pas, pour eux, de surcharge de travail (36).

En revanche si les médecins généralistes ont confiance en leur capacité à traiter les effets physiques secondaires au cancer du sein et/ou à son traitement, on note une exception faite au lymphœdème. De plus les patientes comme les médecins généralistes expriment un faible niveau de confiance concernant les aspects psychosociaux des soins, ce qui suggère une possibilité d'amélioration (34).

Depuis 2013 en Aquitaine, la délégation systématique de la surveillance s'est généralisée en collaboration avec les médecins généralistes et les gynécologues de la région.

Des modalités standardisées et précises ont été définies et recommandées : une page dédiée « Dispositif de surveillance alternée du cancer du sein en Aquitaine » a été créée sur le site internet du RCA (<http://www.canceraquitaine.org/dispositif-surveillance>).

En 2015, H. Bouyssie a réalisé une thèse (37) auprès de médecins généralistes afin de faire un état des lieux de la surveillance des femmes traitées pour un cancer du sein en Aquitaine, permettant ainsi d'analyser les modalités du suivi et l'implication des médecins généralistes.

282 médecins généralistes ont répondu à cette étude : parmi eux 119 médecins (42,2%) considéraient réaliser assez souvent le suivi du cancer du sein de leurs patientes, 109 (38,7%) souvent, et 54 (19,1%) peu fréquemment. Le soutien psychologique était le soin de support le plus souvent réalisé par les médecins généralistes dans le cadre de la surveillance (95,4%), suivi par la surveillance clinique (90,1%) puis par l'aide à la réinsertion socioprofessionnelle (52,8%).

Près de la moitié des médecins généralistes (47,7%) déclaraient réaliser une fois par an un examen des seins et des aires ganglionnaires, un tiers (35,6%) le faisait plus d'une fois par an et 16,7% moins d'une fois par an. Les femmes médecins généralistes et les médecins ayant une activité de gynécologie conduisaient plus souvent cette surveillance de façon significative ( $p < 0.05$ ).

En interrogeant directement les patientes traitées pour un cancer du sein sur leur surveillance, le travail réalisé dans cette thèse fait le parallèle avec celui réalisé par H. Bouyssié auprès des médecins généralistes.

### III. Matériel et méthode

---

#### **III. 1) Analyse de la littérature sur le suivi des recommandations de bonne pratique par les médecins**

##### **III.1a) Rappel de la définition des recommandations de bonne pratique par l' HAS**

Les « recommandations de bonne pratique » (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme « des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ».

Elles s'inscrivent dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Elles n'ont pas vocation à décrire l'ensemble de la prise en charge d'un état de santé ou d'une maladie. Elles devraient se limiter aux points d'amélioration de cette prise en charge, identifiés à l'aide d'études de pratiques ou, en l'absence de telles études, à l'aide des avis et de l'expérience des professionnels de santé concernés par le thème.

##### **III.1b) Requête Pub Med**

Pour cela une requête Pub Med a été faite :

Les mots utilisés ont été :

<p><b>((Clinicians'[All Fields] AND ("attitude"[MeSH Terms] OR "attitude"[All Fields] OR "attitudes"[All Fields]) AND ("practice guideline"[Publication Type] OR "practice guidelines as topic"[MeSH Terms] OR "clinical practice guidelines"[All Fields]))</b></p>
---

Cette requête renvoie à 85 réponses en juin 2016, les articles en liens avec l'application de recommandations pour une pathologie spécifique, et les liens sans résumé n'ont pas été sélectionnés : seuls 8 articles semblent pertinents, dont un en particulier qui est une revue systématique et méta analyse (38).

Afin de compléter cette requête, une recherche « similar articles » a été réalisée sur PubMed : 9 références supplémentaires ont été retenues. Finalement d'autres références ont été retrouvées à partir des articles déjà extraits. De nombreuses autres équations booléennes ont été testées mais aucune ne renvoie à plus de résultats que celle-ci.

### **III. 2) Enquête : La délégation de la surveillance d'un cancer du sein non métastaté modifie t-elle l'adhésion aux RBP actuelles ?**

#### **III. 2a) Critères de sélection**

##### **Population étudiée :**

Le recrutement des patientes a été effectué à partir de la base de données informatique de l'Institut Bergonié.

##### **Les critères d'inclusion** sont :

- femme d'âge inférieur ou égal à **73 ans au moment de l'envoi** du questionnaire,
- ayant eu durant l'année **2007**, un premier cancer du sein infiltrant,
- prise en charge par **chirurgie première**,
- avec un suivi minimum de **5 ans sans rechute** (selon le programme de surveillance épistolaire).

Les patientes ont été incluses quel que soit leur statut socioprofessionnel, le stade tumoral initial (T, N), les différents traitements réalisés et le type d'hormonothérapie adjuvante.

##### **Les critères d'exclusion** sont :

- antécédents de cancer avant 2007 (y compris cancer du sein),
- mutation BRCA connue,
- patientes ayant présentées une récurrence loco-régionale ou à distance identifiée.

<b>Au total la cohorte ainsi définie a permis de sélectionner 246 patientes.</b>
--

#### **III. 2b) Objectifs**

- Objectif principal: la délégation de la surveillance modifie t'elle l'adhésion aux RBP ?
- Objectifs Secondaires :
  - Quelles sont les principales déviations ?
  - Quels facteurs sont associés à cette déviation (âge ? type de médecin réalisant la surveillance ? gravité de la maladie ?...)

### **III. 2c) Elaboration du questionnaire**

Le recueil des informations a été effectué par l'intermédiaire d'un questionnaire envoyé par courrier.

Ce questionnaire (ANNEXE 1) a été réalisé en se basant sur le travail d'un article de 2011 sur le suivi des patientes avec un cancer du sein en Franche-Comté (39).

Il s'appuie sur les modalités de surveillance décrites plus haut et actuellement en cours en France et dans de nombreux autres pays et suivies par l'Institut Bergonié.

Le remplissage a été fait par les patientes elles-mêmes, de façon volontaire et retrospective.

En plus d'une petite note explicative au début du questionnaire permettant de présenter le sujet de ce travail, une lettre d'accompagnement plus complète a été jointe à l'envoi de chaque questionnaire (ANNEXE 2). Le questionnaire a été validé par les cliniciens du groupe sein de l'Institut Bergonié.

Une première partie amène la patiente à s'identifier par son nom, prénom, date de naissance et profession. En effet afin de pouvoir savoir quels traitements la patiente a reçus, ce questionnaire n'a pas été traité de façon anonyme. La lettre d'accompagnement envoyée avec chaque questionnaire (ANNEXE 3) explique ce point aux patientes, et leur assure que les réponses reçues seront traitées de façon confidentielles si ce n'est anonymes.

Une deuxième partie permet de recueillir des informations quant à l'examen clinique de suivi de ces patientes en faisant la part des choses en fonction du spécialiste qui réalise cet examen (oncologue, gynécologue ou médecin généraliste). On s'intéresse ici à la fréquence de consultations sur les 12 derniers mois, à la modification de cette fréquence et à l'examen physique (zones examinées). Les réponses sont fermées pour tenter d'être le plus synthétique possible.

Une troisième partie permet d'apprécier le suivi des RBP en matière de prescription d'examen complémentaire. Ici aussi il est demandé de préciser pour chacun d'entre eux la fréquence de ces examens et si celle-ci s'est modifiée au cours de la surveillance.

Une quatrième partie s'intéresse à l'hormonothérapie et tout particulièrement à l'observance de celle-ci. Si celle-ci a été initialement prescrite, la patiente doit préciser la date d'arrêt et le motif. Afin de ne pas faire culpabiliser les patientes qui auraient d'elles mêmes stoppé leur traitement, des réponses fermées ont également été proposées pour les motifs d'arrêt.

Une dernière partie permet d'évaluer de façon plus subjective le degré de satisfaction des patientes vis à vis de leur surveillance et de quelle façon elles auraient aimé être suivies. Une partie libre permet également aux patientes de rajouter des commentaires ou de poser leurs questions.

### **III. 2d) Modalités de l'envoi et du recueil**

Le questionnaire a été adressé par courrier à un échantillon de 246 patientes et associé à une lettre d'accompagnement et une enveloppe retour T (à l'adresse de l'Institut Bergonié, Service Qualité) afin de garantir un retour rapide. Tous ces éléments sont marqués du logo de l'institut Bergonié.

Le début de l'envoi des courriers a eu lieu le 4/11/2015, une deuxième relance par courrier (ANNEXE 3) selon le même modèle a été effectuée le 10/12/2015 et une troisième relance téléphonique à partir du 11/01/2016. Lors de cette dernière relance les patientes étaient invitées à remplir le questionnaire au cours même de l'appel ou bien simplement à renvoyer celui-ci ultérieurement. La date du 29/01/2016 a été fixée pour clôturer l'enquête.

### **III. 2e) Saisie et traitement des données**

Le département qualité de l'Institut Bergonié dirigé par Mme J. Jouneau a mis à disposition le logiciel SPHYNX pour saisir les questionnaires. L'analyse des réponses enregistrées dans le logiciel a été faite de façon anonyme, le caractère nominatif ayant été utilisé jusqu'ici uniquement pour les relances.

### **III. 3) Elaboration de lettres d'informations**

Afin d'améliorer l'adhésion aux RBP, deux lettres d'information ont été élaborées : une à l'intention des patientes dans le cadre d'une surveillance déléguée et une seconde aux médecins de la surveillance déléguée.

Les premières versions ont été rédigées en collaboration avec le Docteur Marc Debled.

### **III. 3a) Lettre d'information à l'intention des patientes dans le cadre de la surveillance déléguée**

Il existe de nombreux modèles de documents écrits remis aux patientes dans le cadre de la surveillance après un traitement de cancer du sein non métastasé.

En France on peut retrouver les principales informations sur les sites internet de l'Institut Curie (40), de l'Institut national du cancer (41), du réseau de cancérologie d'Aquitaine (42), de la ligue contre le cancer (43), de la fondation ARC (44), et sur le site de l'association Europadonna (45).

Cependant il n'existe pas de document uniquement consacré à la surveillance post thérapeutique, il s'agit plus d'informations générales sur le cancer du sein avec à chaque fois une partie dédiée au suivi et sans réelle distinction entre le suivi des femmes traitées pour un cancer non métastatique et considérées comme guéries et les autres.

Ces documents ont en commun d'utiliser un langage simple avec une volonté de vulgarisation scientifique, ils contiennent tous des liens qui mènent vers des sites d'associations d'aides aux patientes.

Le réseau cancérologique d'Aquitaine propose un dispositif de surveillance alternée du cancer du sein avec une petite fiche d'information pour les patientes qui a servi de base à notre travail. La fiche rédigée a été complétée en suivant les recommandations françaises et internationales citées plus haut et s'adresse spécifiquement aux patientes en suivi post thérapeutique après un cancer du sein non métastatique. Les différents contacts proposés ont également été mis à jour.

### **III. 3b) Lettre d'information aux médecins de la surveillance déléguée**

Pour l'élaboration de la lettre d'information à remettre aux correspondants (médecin généraliste et/ou gynécologue) dans le cadre de la surveillance déléguée du cancer du sein, le modèle proposé par le réseau cancérologique d'Aquitaine pour les médecins de ville a été utilisé mais il se contente de rappeler la définition de la surveillance déléguée sans détailler le contenu de celle-ci.

Pour préciser les modalités de celle-ci les recommandations françaises et internationales ont été utilisées.

## **IV. Résultats**

---

### **IV.1) Analyse de la littérature : les RBP**

Mêmes si les études ont montré que les RBP améliorent la qualité et la cohérence des soins (46), elles indiquent qu'en parallèle les médecins s'inquiètent du fait que ces RBP n'auraient pas toujours un effet bénéfique sur l'amélioration des soins et de la prise en charge du patient en pratique (47).

A travers ces articles, il est largement perçu que les RBP ne sont pas populaires parmi les médecins, même si de façon assez paradoxale la plupart des médecins soutiennent les RBP, les trouvent utiles, pédagogiques et à même d'améliorer la qualité des soins.

Les critiques les plus fréquentes à l'égard des RBP sont qu'elles ne peuvent pas être mises en pratique, qu'il est impossible de les utiliser sur des patients spécifiques/individuels, qu'elles limitent l'autonomie du praticien, augmentent le risque de poursuites judiciaires ou d'actions disciplinaires et qu'elles ont été créés pour réduire les coûts des soins (38).

En sélectionnant les études portant sur le suivi des RBP par les médecins généralistes en particulier on s'aperçoit que ceux-ci connaissent l'existence de RBP, et demandent à être mis au courant de leurs possibles modifications. En revanche ils reconnaissent le besoin d'améliorer leur connaissances sur le contenu de ces recommandations.

Quelque soit la pathologie, les études indiquent un défaut d'application de ces recommandations en médecine générale.

Des barrières communes à l'application de recommandations par les médecins généralistes ressortent de l'analyse de différentes études : remise en question du contenu même des RBP, le maintien d'une bonne relation médecin/patient, l'utilisation d'une médecine basée sur des faits (EBM) (48), le format même des RBP, la notion de responsabilité professionnelle, et des questions pratiques (49).

Si on s'intéresse plus particulièrement au suivi des patientes traitées pour un cancer du sein, les recherches suggèrent que les médecins généralistes sont disposés à effectuer la surveillance mais manquent là aussi de connaissances et de confiance en leur capacité à fournir des soins fondés sur des preuves (50).

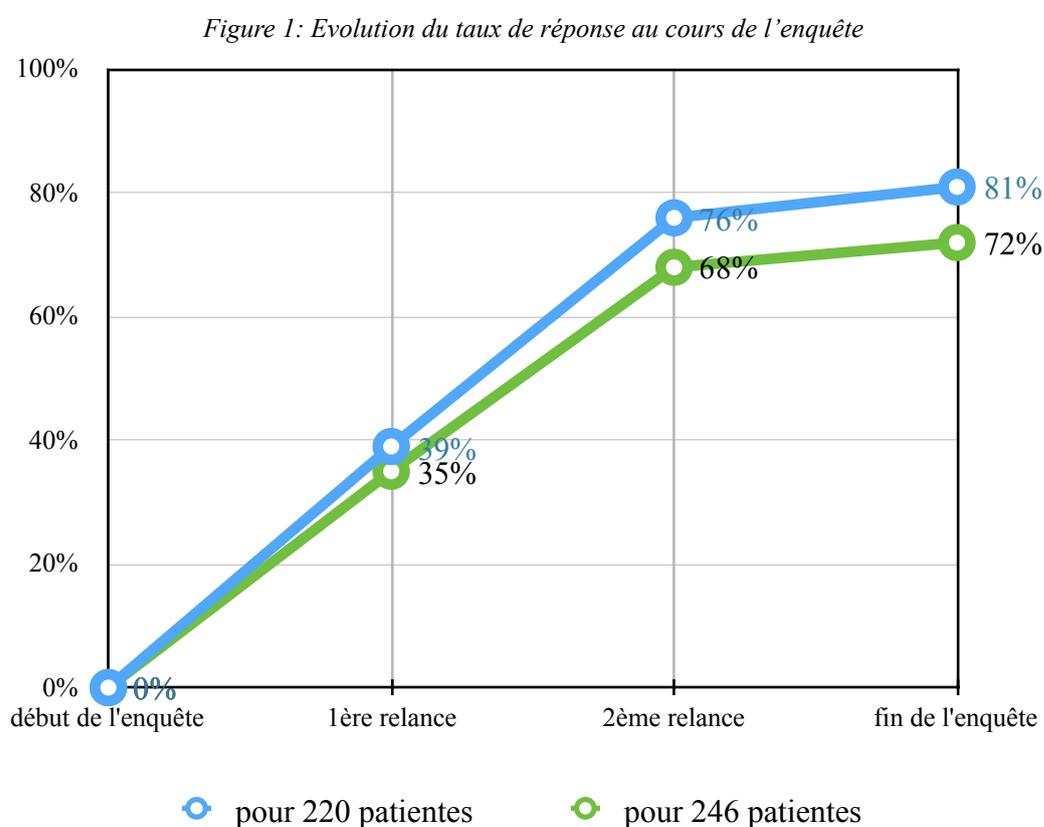
## IV.2) Enquête

### IV.2.1) Evolution du taux de réponses au cours de l'enquête

Le questionnaire a été envoyé à 246 patientes, il y a eu 26 retours : 24 retours pour mauvaises adresses et 2 retours pour cause de décès, l'enquête a donc concerné 220 patientes au total en capacité de répondre.

Après une relance par courrier (le 10/12/2015) et une dernière relance téléphonique (le 11/01/2016), 39 patientes n'ont pas répondu au questionnaire.

De plus 3 patientes ont répondu de manière anonyme et n'ont pas été prises en compte dans les résultats.

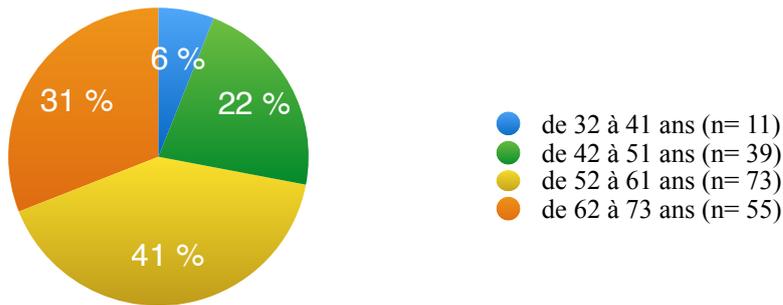


## **IV. 2.2) Descriptif de la population étudiée**

### **IV.2.2.a) par Age et activité génitale**

- Par âge au moment de l'enquête : l'âge médian au moment de l'enquête était de 57 ans

*Figure 2: Répartition des patientes par tranches d'âge*



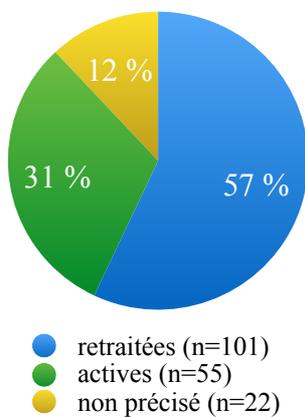
(minimum : 32 ans, maximum : 73 ans).

- Par activité génitale au moment de l'enquête:

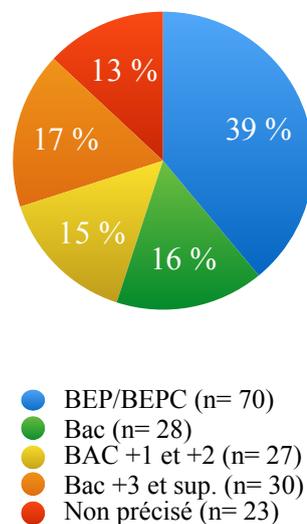
- Patiente ménopausée et post ménopausée = 138 soit 77,5%
- Patiente avec activité génitale = 40 soit 22,5%

### **IV.2.2.b) par statut d'activité professionnelle et par niveau d'étude**

*Figure 3: Répartition selon statut professionnel*



*Figure 4: Répartition par niveau d'étude*



#### IV.2.2.c) Par caractéristiques propres à la tumeur : TNM, grade, statut récepteur hormonal, statut Her2

##### - TNM :

Figure 5: Répartition selon stade T

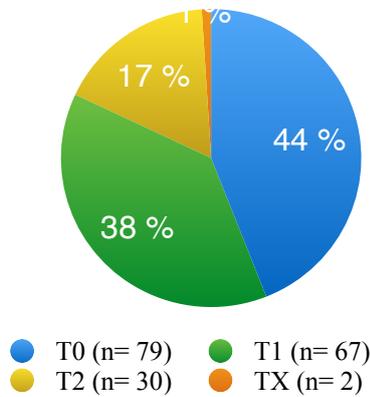
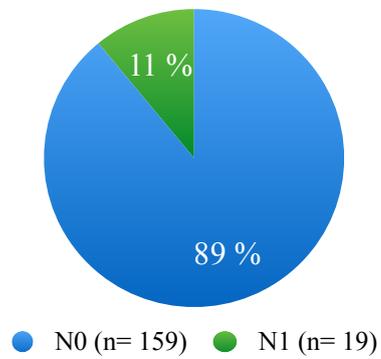


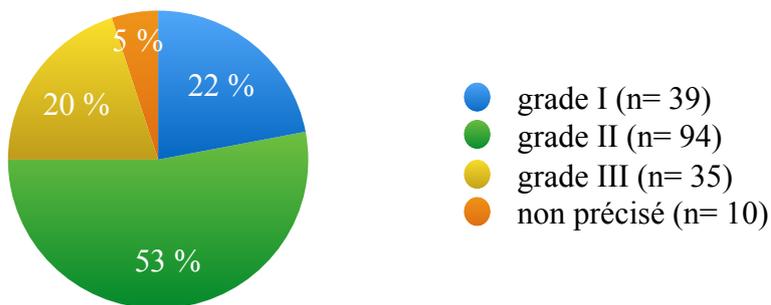
Figure 6: Répartition selon stade N



. Toutes les patientes sont M0 et respectent donc bien ce critère d'inclusion.

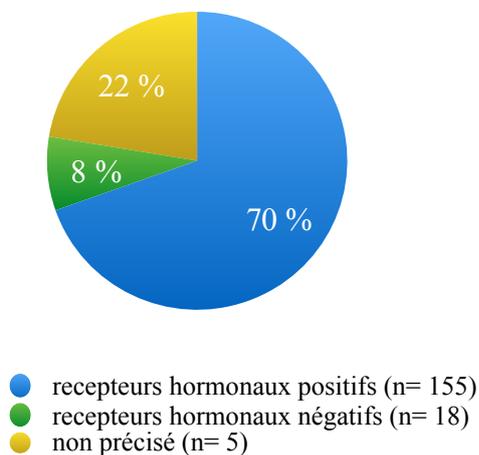
##### - Grade SBR :

Figure 7: Répartition selon grade SBR



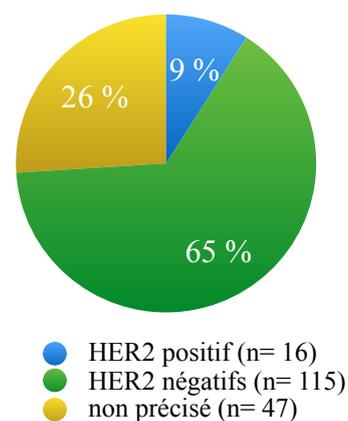
##### - statut récepteurs hormonaux :

Figure 8: Répartition selon statut des récepteurs hormonaux



##### - statut HER2 neu :

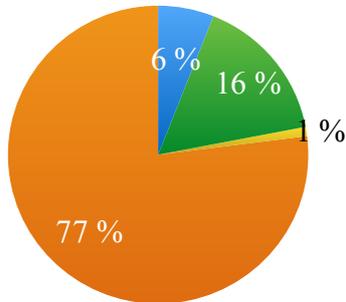
Figure 9: Répartition selon statut HER2 neu



#### IV.2.2.d) par traitement effectué

- selon le type de chirurgie :

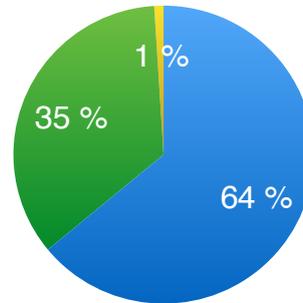
Figure 10: Répartition selon type de chirurgie



- Mastectomie seule (n= 11)
- Mastectomie puis radiothérapie (n= 29)
- Tumorectomie seule (n= 1)
- Tumorectomie puis radiothérapie (n= 137)

- exploration ganglionnaire :

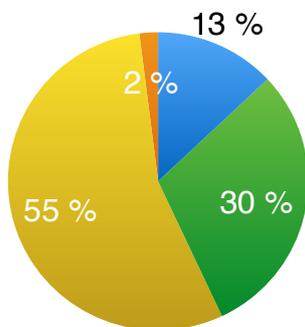
Figure 11: répartition selon type d'exploration ganglionnaire



- curage ganglionnaire (n=114)
- ganglion sentinelle (n= 63)
- aucune exploration ganglionnaire (n=1)

- selon le type de traitement systémique :

Figure 12: Répartition selon traitement systémique:



- chimiothérapie seule (n= 24)
- chimiothérapie et hormonothérapie (n= 53)
- hormonothérapie seule (n=97)
- ni chimiothérapie ni hormonothérapie (n= 4)

Tableau 1 : Répartition selon les associations des différents traitements systémiques

	chimiothérapie +	chimiothérapie -	n
hormonothérapie +	53	97	150
hormonothérapie -	24	4	28
n	77	101	178

#### IV.2.2.e) Comparaison de la population étudiée avec le groupe de patientes n'ayant pas répondu et le groupe des perdues de vue

Tableau 2: comparaison des caractéristiques des patientes perdues de vue, répondeuses, non répondeuses

		groupe ayant répondu au questionnaire n=178	groupe n'ayant pas répondu au questionnaire n=42	groupe des perdues de vue / décédées n=26
	( total n par catégorie)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>âge:</b>	<b>32-41 ans (n=19)</b>	11 ( 58%)	<b>5 (26%)</b>	3 (15%)
	<b>42-51 ans (n=51)</b>	39 (76%)	5 (10%)	7 (14%)
	<b>52-61 ans (n=96)</b>	73 (76%)	17 (18%)	6, (6%)
	<b>62-73 ans (n=80)</b>	55 (69%)	15 (19%)	10 (12%)
<b>activité génitale:</b>	<b>ménopausée (n=187)</b>	138 (74%)	32 (17%)	17, (9%)
	<b>activité génitale (n=57)</b>	40 (70%)	10 (18%)	7 (12%)
<b>T</b>	<b>T0 (n= 113)</b>	79 (70%)	22 (19%)	12 (11%)
	<b>T1 (n=85)</b>	67 (79%)	11 (13%)	7 (8%)
	<b>T2 (n=43)</b>	30 (70%)	7 (16%)	6 (14%)
	<b>T3 (n=2)</b>	0 (0%)	<b>2 (100%)</b>	0 (0%)
	<b>Tx (n=3)</b>	2 (67%)	0 (0%)	1 (33%)
<b>N</b>	<b>N0 (n=221)</b>	159 (72%)	38 (17%)	24 (11%)
	<b>N1 (n=24)</b>	19 (79%)	4 (17%)	1 (4%)
<b>grade</b>	<b>1 (n=53)</b>	39 (74%)	7 (13%)	7 (13%)
	<b>2 (n=130)</b>	94 (72%)	22 (17%)	14 (11%)
	<b>3 (n=50)</b>	35 (70%)	12 (24%)	<b>3 (6%)</b>
	<b>non précisé (n=13)</b>	10 (77%)	1 (8%)	2 (15%)
<b>type de chirurgie</b>	<b>tumorectomie (n=191)</b>	138 (72%)	30 (16%)	<b>23 (12%)</b>
	<b>mastectomie (n=54)</b>	40 (74%)	<b>12 (22%)</b>	2 (4%)
<b>chimiothérapie</b>	<b>oui (n=103)</b>	77 (75%)	20 (19%)	<b>6 (6%)</b>
	<b>non (n=142)</b>	101 (71%)	21 (15%)	20 (14%)
<b>hormono-thérapie</b>	<b>oui (n=207)</b>	150 (73%)	36 (17%)	21 (10%)
	<b>non (n=39)</b>	28 (72%)	6 (15%)	5 (13%)
<b>récepteurs hormonaux</b>	<b>positifs (211)</b>	155 (73%)	38 (18%)	18 (9%)
	<b>négatifs (n=25)</b>	18 (72%)	4 (16%)	3 (12%)
	<b>non précisé (n=10)</b>	5 (50%)	0 (0%)	5 (50%)
<b>récepteurs HER2</b>	<b>positifs (n=22)</b>	16 (73%)	4 (18%)	2 (9%)
	<b>négatifs (n=150)</b>	115 (77%)	20 (13%)	15 (10%)
	<b>non précisé (n=74)</b>	47 (64%)	18 (24%)	9 (12%)

L'analyse du taux de réponse des patientes en fonction de la catégorie d'âge met en évidence un taux de réponse moins important pour la catégorie 32-41 ans par rapport aux autres.

#### **IV.2.3) Descriptif des médecins ayant réalisé la surveillance**

##### **IV.2.3a) Par quels médecins sont suivies les patientes dans le cadre de leur surveillance ?**

Tableau 3 : Répartition des patientes selon le médecin qui a réalisé le suivi

		n= 178	%
<b>médecin ayant réalisé le suivi :</b>	<b>gynécologue seul</b>	61	34,3 %
	<b>MG + gynécologue</b>	26	14,6 %
	<b>oncologue + gynécologue</b>	23	12,9 %
	<b>médecin généraliste (MG) seul</b>	17	9,5 %
	<b>MG + gynéco + oncologue</b>	8	4,5 %
	<b>oncologue seul</b>	7	3,9 %
	<b>MG + oncologue</b>	3	1,7 %
	<b>aucun</b>	32	18,0 %
	<b>non précisé</b>	1	0,6 %

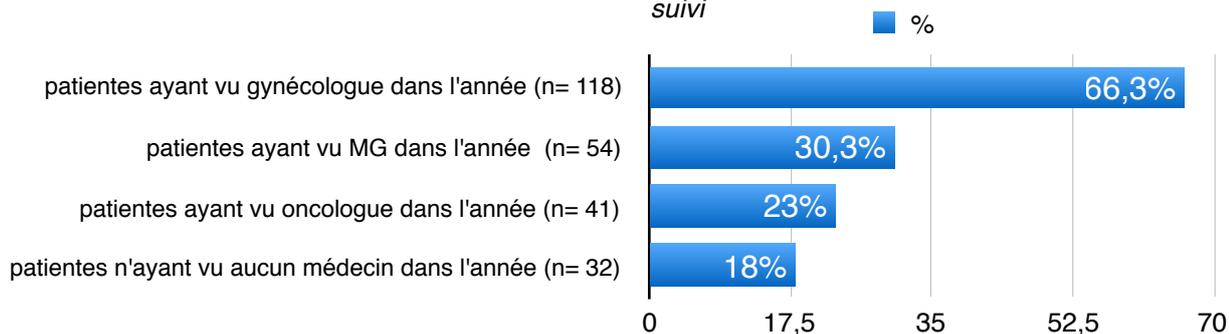
La **délégation** de la surveillance est **effective**, en effet **80 %** des patients n'ont **pas revu d'oncologue** durant l'année.

Le **suivi** quand il est délégué est **le plus souvent réalisé par les gynécologues (66,3%)** :

- soit 34,3 % des 178 patientes étant suivies exclusivement par eux
- et 32 % des 178 patientes ont également vu leur gynécologue conjointement avec un ou deux autres médecins.

Seul **9,5%** des patientes sont suivies **exclusivement par leur médecin généraliste** ; **20,8%** des patientes ont un **suivi conjoint par leur médecin généraliste** et un ou deux autres médecins au cours des 12 derniers mois.

Figure 13 : Répartition des patientes en fonction du spécialiste vu dans le cadre du suivi



Les patientes qui n'ont pas indiqué avoir vu leur gynécologue au cours des 12 derniers mois dans le cadre de leur suivi sont au nombre de 59 : parmi elles 32 n'ont vu aucun médecin, soit **54,2% de patientes qui n'ont aucun suivi si elle ne sont pas vues par leur gynécologue.**

**18%** des patientes ont indiqué n'avoir vu **ni gynécologue, ni oncologue, ni médecin généraliste** au cours des 12 derniers mois dans le cadre de leur suivi.

Parmi ces 32 patientes là :

- 24 ont cependant indiqué avoir vu au moins une fois leur médecin généraliste au cours des 12 derniers mois sans que cela soit spécifiquement dans le cadre de leur suivi, soit 13,5% des 178 patientes,
- 7 disent ne pas l'avoir vu, soit **3,9%** des 178 patientes qui **n'ont vu aucun médecin** au cours des 12 derniers mois,
- 2 n'ont pas spécifié si elles avaient vu ou non leur médecin généraliste dans l'année.

#### **IV.2.3.b) Y a-t-il eu un changement de la fréquence des visites de surveillance depuis le début du suivi ?**

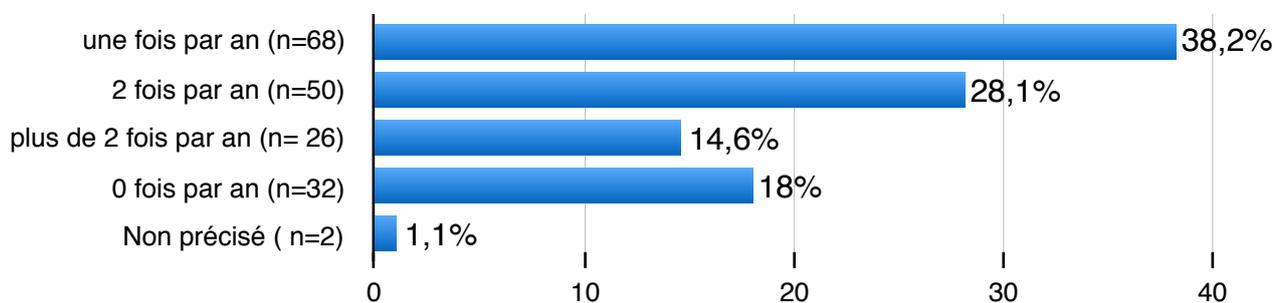
Pour 92 patientes (soit **51,7%** des 178 patientes) il y a bien eu une **modification** de la fréquence des visites de surveillance :

- pour 8,4 % d'entre elles ces visites se sont rapprochées
- pour 43,2% d'entre elles les visites sont à présent moins fréquentes.

#### **IV.2.4) Descriptif de l'examen clinique réalisé par les différents médecins à l'occasion du suivi**

##### **IV.2.4.a) Quelle est la fréquence de l'examen mammaire au cours des 12 derniers mois**

*Figure 14: Fréquence de l'examen des seins au cours des 12 derniers mois*



144 patientes (**81%** de l'effectif total) ont eu **au moins un examen des seins au cours des 12 derniers mois** ce qui correspond aux recommandations habituelles pour un suivi correct à 7 ans du début de la prise en charge.

Cependant 32 patientes (**18 %**) n'ont **pas été examinées** au cours des 12 derniers mois.

#### IV.2.4.b) Caractéristiques des patientes en fonction de la fréquence de l'examen mammaire

Tableau 4: Caractéristiques des patientes en fonction de la fréquence de l'examen des seins

		patientes n'ayant pas été examinées n=32		patientes ayant eu au moins un examen n=144	
(total n par catégorie )		n	%	n	%
<b>profession:</b>	retraîtée (100)	22	22 %	78	78 %
	active (55)	7	13 %	48	87 %
	non précisé (21)	3	14 %	18	86 %
<b>niveau d'étude</b>	BEP/BEPC(69)	11	16 %	58	84 %
	BAC (28)	3	11 %	25	89 %
	BAC +1-2 (27)	4	15 %	23	85 %
	BAC +3-sup (30)	8	27 %	22	73 %
	non précisé(22)	6	27 %	16	73 %
<b>âge</b>	< 50 ans (35)	7	20 %	28	80 %
	≥ 50 ans ET ≤ 69 ans (121)	18	15 %	103	85 %
	≥ 70 ans (20)	7	35 %	13	65 %
<b>grade</b>	1 (39)	8	21 %	31	79 %
	2 (94)	15	16 %	79	84 %
	3 (34)	7	21 %	27	79 %
	non précisé (9)	2	22 %	7	78 %
<b>type de chirurgie</b>	tumorectomie (137)	24	18 %	113	82 %
	mastectomie (39)	8	21 %	31	79 %
<b>chimiothérapie</b>	oui (76)	12	16 %	64	84 %
	non (100)	20	20 %	80	80 %
<b>hormonothérapie</b>	oui (148)	25	17 %	123	83 %
	non (28)	7	25 %	21	75 %
<b>suivi par:</b>	gynéco. seul(61)	6	10 %	55	90 %
	MG+ gynéco.(26)	1	4 %	25	96 %
	onco+ gynéco.(23)	2	9 %	21	91 %
	MG+ gyn+ onco.(27)	19	70 %	8	30 %
	MG seul (16)	3	18 %	13	81 %
	oncologue seul (7)	1	14 %	6	86 %
	MG+ onco. (3)	0	0 %	3	100 %
	aucun (12)	0	0 %	12	100 %
	non précisé (1)	0	0 %	1	100 %

Les patientes de **70 ans ou plus** sont **plus nombreuses à n'avoir pas eu d'examen** des seins au cours des 12 derniers mois, de ce fait on retrouve **plus de retraitées** dans ce même groupe.

On ne note pas de différence notable entre les 2 groupes quand aux critères de type de chirurgie et de type de traitement (chimiothérapie, hormonothérapie); il en va de même pour le grade de la tumeur.

Vis à vis du suivi, il ressort que les patientes suivi par **3 médecins à la fois** sont 70% à n'avoir eu **aucun examen mammaire** au cours des 12 derniers mois;

De plus 12 patientes qui ont indiqué n'avoir eu aucun suivi dans l'année, ont indiqué avoir eu un examen des seins dans l'année, elles ont cependant indiqué avoir été vues une ou plusieurs fois dans l'année par leur médecin traitant mais pas spécialement dans le cadre de leur suivi ce qui pourrait expliquer ce résultat.

Les patientes suivies par leur **gynécologue exclusivement** sont **90%** à avoir eu **au moins un examen des seins dans l'année** .

#### **IV.2.4.c) Y a t-il eu une modification de la fréquence de l'examen clinique mammaire depuis le début de la surveillance ?**

**73%** des patientes ayant répondu à cette question ont indiqué que **la fréquence de l'examen mammaire a changé** depuis le début de leur surveillance, soit **41 % de l'effectif total** : pour **32,6%** d'entre elles il s'agit d'une **diminution** de la fréquence de cet examen.

#### **IV.2.4.d) L'examen physique des différentes zones à examiner est-il complet ?**

- **Quand l'examen a été réalisé par un médecin généraliste :**

156 patientes sur 178 ont répondu à cette question.

42 patientes indiquent avoir eu un **examen complet** comprenant l'examen du sein opéré et du sein controlatéral ainsi que l'examen des aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires ; soit seulement **26,9%** des patientes ayant répondu à cette question.

- **Quand l'examen est réalisé par un gynécologue :**

148 patientes sur 178 ont répondu à cette question.

90 patientes indiquent avoir eu un **examen complet** comprenant l'examen du sein opéré et du sein controlatéral ainsi que l'examen des aires ganglionnaires et sus-claviculaires ; soit **60,8 %** des patientes ayant répondu à cette question.

#### IV.2.4.e) Y a-t-il eu une modification des zones examinées depuis le début de la surveillance ?

L'examen est resté **le même** pour 130 patientes (soit **73 %** de l'effectif total).

L'examen **a changé** pour 37 patientes (soit **20,8%** de l'effectif total) :

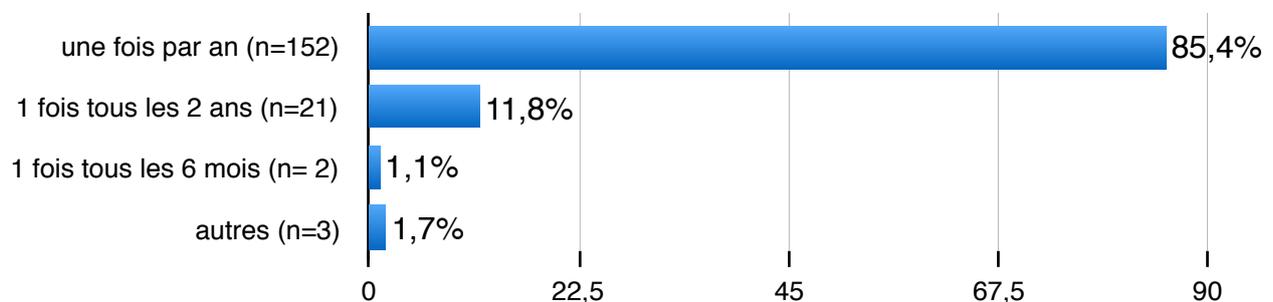
- le médecin examine **plus de zones** pour 22 patientes (soit **12,4%** de l'effectif total),
- le médecin examine **moins de zones** pour 15 patientes (soit **8,4%** de l'effectif total).

#### IV.2.5) Descriptifs des examens complémentaires

##### IV.2.5.a) La mammographie

- **Fréquence de la mammographie de surveillance :**

Figure 15 : Fréquence mammographie de surveillance



Pour les 3 patientes qui ont répondu « autres », une fréquence inférieure à celle recommandée d'une mammographie par an est retrouvée (deux disent ne jamais en avoir fait et une en a fait une il y a plus de 3 ans).

Les patientes qui n'ont **pas eu de mammographie au moins une fois par an**, comme recommandé, sont donc au nombre de 24 soit **13,5% de l'effectif total**, contre 152 qui **ont eu une mammographie à un rythme correct soit 85,4% de l'effectif total**, et 2 patientes qui ont eu une mammographie à une fréquence supérieure à celle recommandée (2 par an).

Pour 13 de ces 24 patientes soit **54,2%**, il est noté une **diminution de la fréquence** de leur mammographie depuis le début de leur suivi.

- **Caractéristiques des patientes en fonction de leur fréquence de mammographie :**

Nous avons donc choisi de comparer les caractéristiques des 24 patientes avec une fréquence de mammographie inférieure au minimum requis (groupe fréquence incorrecte) versus les 152 qui ont eu un suivi correct au rythme d'au moins une mammographie par an (groupe fréquence correcte).

Tableau 5: Caractéristiques des patientes en fonction de leur fréquence de mammographie

	(total n par catégorie)	groupe fréquence incorrecte n= 24	groupe fréquence correcte n= 152
		n (%)	n (%)
<b>profession:</b>	<b>retraîtée (101)</b>	16 (16%)	85 ( 84%)
	<b>active (53)</b>	6 (11%)	47 (89%)
	<b>non précisé (22)</b>	2 (9%)	20 (91%)
<b>niveau d'étude</b>	<b>BEP/BEPC (70)</b>	12 (17%)	58 (83%)
	<b>BAC (27)</b>	3 (11%)	24 (89%)
	<b>BAC +1-2 (27)</b>	3 (11%)	24 (89%)
	<b>BAC +3-sup (29)</b>	3 (10%)	26 (90%)
	<b>non précisé (23)</b>	3 (13%)	20 (87%)
<b>âge</b>	<b>&lt; 50 ans (36)</b>	1 (3%)	35 (97%)
	<b>≥ 50 ans et ≤ 69 ans (121)</b>	17 (14%)	104 (86%)
	<b>≥ 70 ans (19)</b>	6 (32%)	13 (68%)
<b>grade</b>	<b>1 (39)</b>	7 (18%)	32 (82%)
	<b>2 (92)</b>	8 (9%)	84 (91%)
	<b>3 (35)</b>	7 (20%)	28 (80%)
	<b>non précisé (10)</b>	2 (20%)	8 (80%)
<b>type de chirurgie</b>	<b>tumorectomie (136)</b>	18 (13%)	118 (87%)
	<b>mastectomie (40)</b>	6 (15%)	34 (85%)
<b>chimiothérapie</b>	<b>oui (77)</b>	8 (10 %)	69 (90%)
	<b>non (99)</b>	16 (16%)	83 (84%)
<b>hormonothérapie</b>	<b>oui (148)</b>	20 (14%)	128 (86%)
	<b>non (28)</b>	4 (14%)	24 (86%)
<b>suivi par:</b>	<b>MG seul (17)</b>	2 (12%)	15 (88%)
	<b>gynécologue seul (60)</b>	5 (8%)	55 (92%)
	<b>oncologue seul (7)</b>	1 (14%)	6 (86%)
	<b>MG+ gyn + oncologue(8)</b>	2 (25%)	6 (75%)
	<b>onco+ gynécologue (22)</b>	0 (0%)	22 (100%)
	<b>MG+ gynécologue (26)</b>	1 (4%)	25 (96%)
	<b>MG+oncologue (3)</b>	0 (0%)	3 (100%)
	<b>aucun des 3 (32)</b>	13 (40%)	19 (60%)
	<b>non précisé (1)</b>	0 (0%)	1 (100%)

On ne retrouve pas de différences entre les 2 groupes en terme de type de traitement (chimiothérapie, hormonothérapie) et de type de chirurgie.

En revanche les **patientes les plus jeunes** sont **plus représentées** dans le groupe avec **une fréquence de mammographie correcte** que les patientes de plus de 70 ans : seul 68% des patientes de plus de 70 ans ont une fréquence de mammographie correcte contre 97% des patientes de moins de 50 ans.

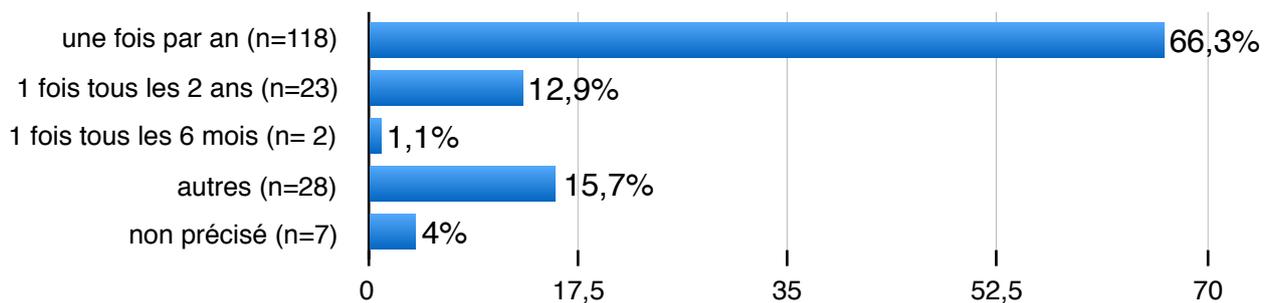
La profession et le niveau d'étude semble être sensiblement les mêmes dans les 2 groupes.

Pour ce qui est du suivi on retrouve de façon assez attendue que les patientes avec un **suivi inexistant** sont plus représentées que les autres dans le **groupe avec une fréquence de mammographie incorrecte** : 40% des patientes qui ont indiqué ne pas avoir eu de suivi par au moins un médecin dans l'année n'ont pas eu de mammographie au cours des 12 derniers mois.

On note que 25% des patientes qui ont vu 3 médecins de différente spécialité au cours des 3 derniers mois n'ont pas eu de mammographie au cours des 12 derniers mois.

#### IV.2.5.b) Fréquence de l'échographie mammaire

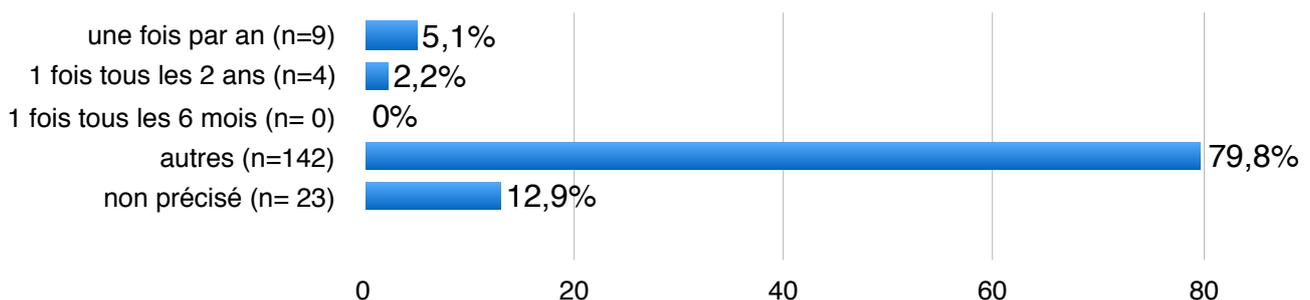
Figure 16 : Fréquence échographie mammaire de surveillance



La fréquence de l'échographie a été **modifiée** pour 41 patientes (**23%** de l'effectif total) : **diminuée** pour 29 d'entre elles soit **70,7%**, et augmentée pour 10 d'entre elles, soit 24,4% (2 modifications non précisées).

#### IV.2.5.c) Fréquence de l'IRM mammaire

Figure 17 : Fréquence l'IRM mammaire



Pour les 142 patientes qui ont coché « **autres** », 118 d'entre elles ont précisé n'avoir **jamais eu d'IRM** et 15 d'entre elles n'en ont eu **qu'une seule** depuis le début de leur suivi, soit **74,7% de patientes** qui n'ont **jamais eu d'IRM ou seulement une fois**.

Il est donc possible d'isoler deux groupes :

- un groupe qui a eu une IRM mammaire de façon régulière (une fois par an ou une fois tous les 2 ans) = 13 patientes ;
- un groupe qui n'a jamais eu d'IRM mammaire ou une seule fois = 133 patientes.

Nous allons comparer ces deux groupes pour voir s'il y a une différence de certaines caractéristiques (âge et médecin qui réalise le suivi).

Tableau 6: Caractéristiques des patientes selon la fréquence de l'IRM mammaire

		patientes n'ayant jamais eu d'IRM ou 1 seule fois n=133		patientes ayant régulièrement une IRM n= 13	
		n	%	n	%
<b>âge</b>	< 50 ans (31)	29	94 %	2	6 %
	≥ 50 ans et ≤ 69 ans (99)	90	91 %	9	9 %
	≥ 70 ans (16)	14	88 %	2	12 %
<b>médecin ayant réalisé le suivi:</b>	gynécologue seul (51)	48	94 %	3	6 %
	MG + gynécologue (22)	21	95 %	1	5 %
	oncologue + gynécologue (21)	20	95 %	1	5 %
	médecin généraliste seul (13)	9	69 %	4	31 %
	MG + gynéco + oncologue (5)	5	100 %	0	0 %
	oncologue seul (5)	5	100 %	0	0 %
	MG + oncologue (3)	3	100 %	0	0 %
	aucun (25)	21	84 %	4	16 %
	non précisé (1)	1	100 %	0	0 %

Les patientes **les plus jeunes** sont **94%** à ne pas **faire d'IRM**, contre **88%** des patientes **les plus âgées**.

Les patientes qui voient leurs **gynécologues** (seuls ou avec un ou deux autres médecins) sont une majorité à **ne pas faire d'IRM (95%)**.

#### IV.2.5.d) Fréquence des autres examens complémentaires

Tableau 7: examens complémentaires réalisés et caractéristiques des patientes en fonction du type d'examens

		radio pulmonaire		écho ou TDM abdo		écho pelvienne		scintigraphie		ostéodensitométrie		dosage CA15-3	
		oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
		n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %
		42 24%	129 73%	39 22%	133 75%	70 39%	103 58%	43 24%	126 71%	89 50%	85 48%	52 29%	112 63%
profession	retraîtée n %	24 26	70 74	23 24	73 76	36 37	61 63	20 22	72 88	60 61	38 39	31 33	63 67
	active n %	11 20	44 80	10 18	45 82	23 43	31 57	18 33	37 67	17 31	37 69	15 29	36 71
	non précisé n %	7 32	15 68	6 29	15 71	11 50	11 50	5 23	17 77	12 55	10 45	6 32	13 68
niveau d'étude	BEP /BEPC n %	19 29	46 71	19 29	47 71	29 44	37 56	20 31	44 69	36 55	30 45	22 36	39 64
	BAC n %	3 11	25 89	6 21	22 79	11 39	17 61	4 14	24 86	9 32	19 68	6 21	22 79
	BAC+1-2 n %	5 19	21 81	4 16	21 84	9 35	17 65	5 20	20 80	17 63	10 37	6 25	18 75
	BAC+3 -sup n %	7 23	23 77	6 20	24 80	14 47	16 53	7 24	22 76	16 53	14 47	12 40	18 60
	non précisé n %	8 36	14 64	4 17	19 83	7 30	16 70	7 30	16 70	11 48	12 52	6 29	15 71
âge	< 50 ans n %	7 19	29 81	6 17	30 83	16 44	20 56	10 28	26 72	9 25	27 75	10 32	21 68
	≥ 50 ans n %	29 25	87 75	30 26	87 74	49 42	69 58	31 27	83 73	71 60	48 40	38 33	77 67
	ET ≤69 ans												
	≥ 70 ans n %	6 32	13 68	3 16	16 84	5 26	14 74	2 11	17 89	9 47	10 53	4 22	14 78
grade	1 n %	11 29	27 71	8 21	30 79	14 37	24 63	5 13	33 87	19 50	19 50	7 19	30 81
	2 n %	20 22	71 78	21 23	72 77	41 44	52 56	30 33	60 67	56 60	37 40	34 39	54 61
	3 n %	9 27	24 73	9 27	24 73	13 39	20 61	7 22	25 78	11 32	23 78	10 32	21 68
	non précisé n %	2 22	7 78	1 13	7 87	2 22	7 78	1 11	8 89	3 33	6 67	1 13	7 87
type de chirurgie	tumorec -tomie n %	32 24	100 76	30 23	103 77	54 40	80 60	35 27	95 73	73 54	62 46	39 31	87 69
	mastec -tomie n %	10 26	29 74	9 23	30 77	16 41	23 59	8 21	31 79	16 41	23 59	13 34	25 66

		radio pulmonaire		écho ou TDM abdo		écho pelvienne		scintigraphie		ostéodensitométrie		dosage CA15-3	
		oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non	oui	non
		n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %
		42 24%	129 73%	39 22%	133 75%	70 39%	103 58%	43 24%	126 71%	89 50%	85 48%	52 29%	112 63%
<b>chimio-thérapie</b>	<b>oui</b>	n 20 27	n 55 73	n 19 25	n 56 75	n 27 36	n 48 64	n 21 29	n 52 71	n 33 43	n 43 57	n 30 43	n 40 57
	<b>non</b>	n 22 23	n 74 77	n 20 21	n 77 79	n 43 44	n 55 56	n 22 23	n 74 77	n 56 57	n 42 43	n 22 23	n 72 77
<b>hormono-thérapie</b>	<b>oui</b>	n 38 27	n 105 73	n 32 22	n 112 78	n 63 43	n 82 57	n 38 27	n 103 73	n 80 55	n 66 45	n 47 34	n 93 66
	<b>non</b>	n 4 14	n 24 86	n 7 25	n 21 75	n 7 25	n 21 75	n 5 18	n 23 82	n 9 32	n 19 68	n 5 21	n 19 79
<b>suivi par:</b>	<b>MG seul</b>	n 5 29	n 12 71	n 4 24	n 13 76	n 5 31	n 11 69	n 4 25	n 12 75	n 10 63	n 6 37	n 7 44	n 9 56
	<b>gynéco seul</b>	n 11 19	n 48 81	n 11 19	n 48 81	n 33 55	n 27 45	n 14 24	n 44 76	n 35 57	n 26 43	n 14 25	n 42 75
	<b>onco seul</b>	n 2 29	n 5 71	n 1 14	n 6 86	n 1 14	n 6 86	n 2 33	n 4 67	n 3 43	n 4 57	n 5 71	n 2 29
	<b>MG+ gynéco +onco</b>	n 2 25	n 6 75	n 3 38	n 5 62	n 4 50	n 4 50	n 4 50	n 4 50	n 3 38	n 5 62	n 3 38	n 5 62
	<b>aucun</b>	n 9 31	n 20 69	n 5 17	n 24 83	n 4 14	n 25 86	n 5 17	n 24 83	n 8 28	n 21 72	n 6 21	n 22 79
	<b>onco + gynéco</b>	n 4 17	n 19 83	n 6 27	n 16 73	n 8 35	n 15 65	n 6 27	n 16 73	n 12 52	n 11 48	n 4 19	n 17 81
	<b>MG+ gynéco</b>	n 8 33	n 16 67	n 7 27	n 19 73	n 13 50	n 13 50	n 6 23	n 20 77	n 14 54	n 12 46	n 11 46	n 13 54
	<b>MG+ onco</b>	n 1 33	n 2 67	n 2 67	n 1 33	n 1 33	n 2 67	n 2 67	n 1 33	n 3 100	n 0 0	n 2 67	n 1 33
	<b>non précisé</b>	n 0 0	n 1 100	n 0 0	n 1 100	n 1 100	n 0 0	n 0 0	n 0 0	n 1 100	n 1 100	n 0 0	n 0 0

Ces résultats sont à relativiser car même si les patientes ont indiqué avoir eu certains examens les fréquences précisées sont très différentes les unes des autres. Certains examens ont en effet été réalisés **seulement une seule fois** depuis le début du suivi :

- pour **31 %** des patientes ayant eu une **radiographie ou TDM pulmonaire** ;
- pour **23,1 %** des patientes ayant eu une **échographie pelvienne** ;
- pour **37 %** des patientes ayant eu une **scintigraphie** ;
- pour **28,1 %** des patientes ayant eu une **ostéodensitométrie** ;
- pour **13,4 %** des patientes ayant eu un **dosage du CA 15-3**.

Très peu d'examens ont été réalisés 3 fois ou plus :

- pour **5 %** des patientes ayant eu des **radiographies ou TDM pulmonaire** ;
- pour **9 %** des patientes ayant eu des **échographies pelviennes** ;
- pour **0 %** des patientes ayant eu des **scintigraphies** ;
- pour **26 %** des patientes ayant eu des **ostéodensitométries** ;
- pour **23 %** des patientes ayant eu des **dosages du CA 15-3**.

L'**âge** semble favoriser la prescription de différents examens complémentaires :

- les patientes les **plus jeunes** sont plus représentées dans le groupe à qui a été prescrite une **échographie pelvienne** ;
- les patientes les **plus âgées** sont plus représentées dans le groupe à qui ont été prescrites une **radiographie pulmonaire** et une **ostéodensitométrie**.

Le **grade de la tumeur** ne semble pas favoriser la prescription des différents examens hormis pour le **dosage du CA 15-3** qui est plus prescrit chez les patientes avec un **grade 2 et 3** ; de même le fait d'avoir eu une **chimiothérapie** est associé à une demande de **dosage de CA 15-3 plus élevée** mais ne modifie pas la prescription des autres examens.

L'**échographie pelvienne** et l'**ostéodensitométrie** sont les **2 examens les plus prescrits** aux patientes de l'étude (respectivement à 40 et 50%) cependant la majorité des patientes qui ont une **échographie pelvienne et/ou une ostéodensitométrie** sont des patientes **sous hormonothérapie** :

- pour **32 patientes sur les 39 qui ont eu une échographie soit pour 82% d'entre elles**,
  - pour **80 patientes sur les 89 qui ont une ostéodensitométrie soit pour 90% d'entre elles** ;
- ce qui entre dans les recommandations possibles de ces 2 examens.

Les patientes suivies par leur médecin généraliste exclusivement sont plus nombreuses à avoir une radiographie pulmonaire et un dosage du CA15-3 que lorsqu'elles sont suivies exclusivement par leur gynécologue. A l'inverse l'échographie pelvienne est plus représentée chez les patientes suivies exclusivement par leur gynécologue que chez celles suivies exclusivement par leur médecin généraliste.

#### **IV.2.6) Descriptif du suivi de l'hormonothérapie**

##### **IV.2.6.a) Une hormonothérapie a-t-elle été initialement prescrite ?**

- **oui** pour 143 patientes soit **80,3%** d'entre elles,
- **non** pour 30 patientes soit **16,6 %** d'entre elles,
- non précisé pour 5 soit **2,8%** d'entre elles.

#### IV.2.6.b) L'hormonothérapie est-elle toujours en cours ?

Parmi les 143 patientes à qui une hormonothérapie a été initialement prescrite celle-ci est **toujours en cours** pour 17 d'entre elles soit pour **11,9%** des patientes ayant eu une hormonothérapie initiale ou 9,5 % des 178 patientes. Pour **94%** d'entre elles (16 patientes sur 17) une **atteinte ganglionnaire** est retrouvée à la prise en charge initiale.

Parmi les 17 patientes dont l'hormonothérapie est toujours en cours 16 disent **ne pas avoir plus de 5 oublis par mois**, soit **94,1%** des patientes encore sous hormonothérapie (la patiente manquante n'a pas répondu à cette question).

Pour les 126 patientes qui ne sont plus sous hormonothérapie :

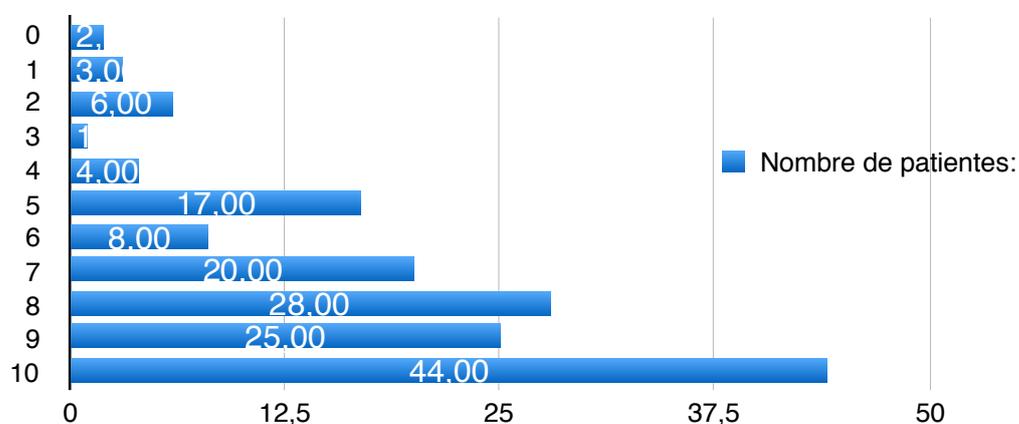
- 95 l'ont arrêté à la **fin de la période prévue**, soit **75,4%** des patientes ayant eu une hormonothérapie initiale,
- 11 l'ont **arrêté d'elles même** du fait d'une intolérance, soit **8,7 %** des patientes ayant eu une hormonothérapie initiale,
- 11 ont vu leur traitement **arrêté par leur médecin** du fait d'une intolérance, soit **8,7 %** des patientes ayant eu une hormonothérapie initiale,
- 9 n'ont pas répondu à cette question.

Parmi les 11 patientes qui ont arrêté leur traitement d'elles même : 6 étaient suivies exclusivement par leur gynécologue, 2 par leur gynécologue et leur oncologue et 3 n'avaient vu aucun médecin au cours des 12 derniers mois.

#### IV.2.7) Descriptif de l'évaluation de leur suivi par les patientes

##### IV.2.7.a) Evaluation du suivi sur une échelle de 0 à 10

Figure 18 : Nombre de patientes par note donnée à leur suivi sur une échelle de 0 à 10



La note moyenne d'évaluation est de 7,6.

- 33 patientes ont donné une note comprise **entre 0 et 5 inclus** soit **18,5%** des 178 patientes : ce groupe sera considéré comme ayant évalué avoir eu un mauvais suivi.
- 125 patientes ont donné une note comprise **entre 6 et 10 inclus** soit **70,2 %** des 178 patientes : ce groupe sera considéré comme ayant évalué avoir eu un suivi correct.

#### IV.2.7.b) Comparaison du suivi réellement effectué avec le ressenti des patientes

Pour chacun des groupes (suivi considéré comme correct ou mauvais) il a été vérifié s'il y avait des critères objectifs de suivi ne respectant pas les RBP afin d'estimer s'il y avait réellement une corrélation entre un suivi évalué comme mauvais par les patientes et un suivi considéré comme ne respectant pas les RBP sur des critères objectifs.

Les critères choisis pour un **suivi considéré comme ne respectant pas les RBP** sont :

- n'avoir vu aucun médecin dans l'année dans le cadre du suivi du cancer du sein,
- un examen de surveillance incomplet effectué par un médecin généraliste ou un gynécologue,
- ne pas avoir eu au moins une mammographie dans l'année,
- avoir eu un dosage du CA15-3.

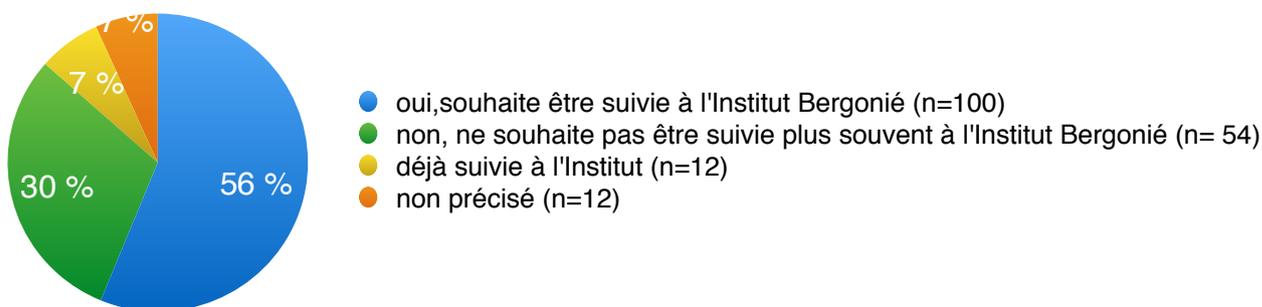
Tableau 8 : répartition des critères objectifs de mauvais suivi en fonction de l'évaluation du suivi par les patientes

	groupe suivi considéré correct		groupe suivi considéré mauvais	
	n= 125	%	n= 33	%
aucun suivi dans l'année	17	13,6 %	15	45,4 %
examen clinique incomplet effectué par Médecin généraliste	52	41,6 %	31	93,9 %
examen clinique incomplet effectué par gynécologue	13	10,4 %	10	30,3 %
aucune mammographie dans l'année	14	11,2 %	10	30,3 %
avoir eu un dosage du CA15-3	41	32,8 %	11	33,3 %

Tous les **critères objectifs de suivi ne respectant pas les RBP** sont donc plus représentés dans le **groupe qui a évalué avoir eu un mauvais suivi** à l'exception du dosage du CA 15-3 qui a été demandé de façon équivalente dans les 2 groupes.

#### IV.2.7.c) Répartition des patientes selon leurs souhaits d’être suivies ou non à Bergonié

Figure 19 : Répartition en fonction du souhait de lieu de suivi



- Les patientes souhaitant être suivies plus régulièrement à l’Institut Bergonié ont-elles des critères objectifs de mauvais suivi ?

Tableau 9 : Répartition des critères de mauvais suivi en fonction du souhait des patientes d’être suivies ou non à Bergonié

	groupe souhaitant être suivi plus souvent à l’Institut Bergonié		groupe ne souhaitant pas être suivi plus souvent à l’Institut Bergonié	
	n= 100	%	n= 54	%
aucun suivi dans l’année	20	20 %	8	14,8 %
examen clinique incomplet effectué par Médecin généraliste	45	45 %	31	57,4 %
examen clinique incomplet effectué par gynécologue	12	12 %	8	14,8 %
aucune mammographie dans l’année	15	15 %	5	9,3 %
avoir eu un dosage du CA15-3	23	23 %	23	42,6 %

Les patientes qui n’ont eu **aucun suivi et aucune mammographie** au cours des 12 derniers mois sont plus représentées dans le groupe souhaitant **être suivi plus souvent à l’Institut Bergonié**.

Les patientes qui ont eu un **examen clinique incomplet effectué par un médecin généraliste** sont en revanche plus représentées dans le groupe **ne souhaitant pas un suivi sur l’Institut Bergonié**, la même proportion de patientes ayant eu un examen incomplet effectué par un gynécologue est représentée dans les 2 groupes.

Le dosage du **CA 15-3** est **plus demandé** dans le groupe **ne souhaitant pas un suivi plus régulier sur l’Institut Bergonié**.

- **Caractéristiques des patientes en fonction de leur souhait de lieu de suivi**

Tableau 10 : caractéristiques des patientes en fonction de leur souhait d'être ou non suivi plus souvent à Bergonié

	(total n par catégorie)	groupe souhaitant être suivi à Bergonié n=100	groupe ne souhaitant pas être suivi à Bergonié n= 54
		n (%)	n (%)
<b>profession</b>	<b>retraitee (88)</b>	59 (67%)	29 (33%)
	<b>active (46)</b>	31 (67%)	15 (33%)
	<b>non précisé (20)</b>	10 (50%)	10 (50%)
<b>niveau d'étude</b>	<b>BEP/BEPC (64)</b>	41 (64%)	23 (36%)
	<b>BAC (22)</b>	15 (68%)	7 (32%)
	<b>BAC +1-2 (21)</b>	14 (67%)	7 (33%)
	<b>BAC +3-sup (27)</b>	18 (67%)	9 (33%)
	<b>non précisé (20)</b>	12 (60%)	8 (40%)
<b>âge</b>	<b>&lt; 50 ans (31)</b>	21 (68%)	10 (32%)
	<b>≥50 ans et ≤69 ans (107)</b>	69 (64%)	38 (36%)
	<b>≥ 70 ans (16)</b>	10 (63%)	6 (37%)
<b>grade</b>	<b>1 (35)</b>	24 (69%)	11 (31%)
	<b>2 (82)</b>	53 (65%)	29 (35%)
	<b>3 (30)</b>	21 (70%)	9 (30%)
	<b>non précisé (7)</b>	2 (29%)	5 (71%)
<b>type de chirurgie</b>	<b>tumorectomie (121)</b>	79 (65%)	42 (35%)
	<b>mastectomie (33)</b>	21 (64%)	12 (36%)
<b>chimiothérapie</b>	<b>oui (66)</b>	39 (59%)	27 (41%)
	<b>non (88)</b>	61 (69%)	27 (31%)
<b>hormonothérapie</b>	<b>oui (131)</b>	86 (66%)	45 (34%)
	<b>non (23)</b>	14 (61%)	9 (39%)
<b>suivi par</b>	<b>MG seul (15)</b>	9 (60%)	6 (40%)
	<b>gynécologue seul (53)</b>	33 (62%)	20 (38%)
	<b>oncologue seul (5)</b>	2 (40%)	3 (60%)
	<b>MG+ gynéco +onco. (6)</b>	4 (67%)	2 (33%)
	<b>onco+ gynécologue(18)</b>	12 (67%)	6 (33%)
	<b>MG+ gynécologue (25)</b>	16 (64%)	9 (36%)
	<b>MG+ oncologue (3)</b>	3 (100%)	0 (0%)
	<b>aucun des 3 (28)</b>	20 (71%)	8 (29%)
	<b>non précisé (1)</b>	1 (100%)	0 (0%)

Les patientes qui n'ont vu **aucun médecin dans le cadre de leur suivi** sont les plus représentées dans le **groupe souhaitant être suivi plus souvent à l'Institut Bergonié**.

Les autres caractéristiques des patientes ne semblent pas influencer sur le souhait d'être plus souvent suivies à l'Institut Bergonié.

- **Selon quel mode les patientes auraient-elles aimé être suivies ?**

- en revenant **à l'institut Bergonié** pour 75 patientes soit pour **42,1%** d'entre elles,
- par **courrier** pour 24 patientes soit pour **13,5 %** d'entre elles,
- par **entretien téléphonique** pour 18 patientes soit pour **10,1 %** d'entre elles.

### **IV.3) Lettres**

#### **IV.3.1) Lettre d'information à l'intention des patientes dans le cadre de la surveillance déléguée**

voir ANNEXE 4

#### **IV.3.2) Lettre d'information aux médecins de la surveillance déléguée**

voir ANNEXE 5

## **V. Discussion**

---

### **V.1) Forces et limites de l'étude**

#### **V.1.1) Forces**

L'étude réalisée porte sur un sujet fréquemment rencontré en médecine générale : l'adhésion aux RBP en prenant pour exemple la surveillance déléguée de patientes traitées pour un cancer du sein en région Aquitaine. Il s'agit d'une population d'étude relativement homogène : un ensemble de patientes ayant la même pathologie (cancer du sein), et avec un traitement (par chirurgie première) et une durée de suivi (8 ans après la prise en charge initiale) identiques.

Le questionnaire divisé en plusieurs parties aborde point par point les différentes étapes de surveillance afin d'évaluer si les RBP sont suivies ou non.

Nous avons pu envoyer le questionnaire à 246 patientes, le taux de réponse a été important (72% , 81% si on enlève les perdues de vues).

Une étude similaire a été réalisée en 2011 (39) en Franche-Comté, ce qui nous a permis de comparer nos résultats en terme de suivi des femmes traitées pour un cancer du sein.

#### **V.1.2) Limites**

Bien qu'il s'agisse d'un sujet original reflétant l'adhésion aux RBP par l'intermédiaire de la surveillance déléguée de femmes traitées pour un cancer du sein, notre étude comporte certains biais et l'interprétation des résultats doit être pondérée.

Il existe un biais de sélection dans notre population. Les patientes ayant répondu au questionnaire, sur la base du volontariat, peuvent être celles qui sont le plus sensibilisées au sujet. Les patientes n'ayant pas répondu, qui représentent 19% de la cohorte, ne se sentent peut-être pas concernées par le sujet, ou bien n'ont pas trouvé le temps de le faire mais peuvent aussi ne pas souhaiter partager les modalités de leur suivi par peur d'un jugement négatif si elles savent qu'elles ne suivent pas les recommandations.

Certaines questions cherchant à recenser un événement sur plusieurs années, il peut y avoir un biais de mémorisation.

Les questions fermées avaient pour but d'augmenter le taux de réponses en diminuant la durée de réponse au questionnaire mais elles pouvaient inciter les réponses. Une partie des réponses étaient déclaratives et non basées sur des dossiers médicaux. On peut donc envisager un biais de réponse de la part des patientes.

La méthode de l'auto-évaluation, déclarative, conduit à un biais de subjectivité.

## **V.2) Analyse des résultats : la délégation de la surveillance aux médecins de soins primaires modifie elle l'adhésion aux RBP ?**

### **V.2.1) Analyse de la surveillance déléguée des femmes traitées pour un cancer du sein**

Dans le cadre de leur suivi post cancer du sein si **81,4% des patientes de notre étude déclarent avoir vu au moins un médecin au cours des 12 derniers mois**, **18%** des patientes ont indiqué n'avoir vu **aucun médecin** (ni gynécologue, ni oncologue, ni médecin généraliste) au cours des 12 derniers mois. Cependant parmi ces 18%, 13,5% des patientes ont vu un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois hors consultations spécialement dédiées au suivi. Il y a donc près de 95% des patientes de notre étude qui ont rencontré un professionnel de santé au cours des 12 derniers mois.

Parmi les 81,4% des patientes vues par au moins un médecin **dans le cadre de leur suivi** au cours des 12 derniers mois, **66,3% des patientes ont vu un gynécologue** contre seulement **30,3%** des patientes qui ont vu **un médecin généraliste**.

**Si une délégation de la surveillance à un seul médecin est réalisée elle est le plus souvent faite par les gynécologues** : 34,4% des patientes de notre étude sont en effet seulement vues par leur gynécologue dans le cadre du suivi au cours des 12 derniers mois, contre 9,5% des patientes qui ont seulement vu leur médecin généraliste.

De plus, plus de la moitié des patientes (54,2 %) qui ne voient pas de gynécologue ne sont vues finalement par aucun médecin.

Si les patientes semblent pour l'instant favoriser leurs gynécologues pour le suivi délégué de leur cancer du sein, cette situation risque fortement d'évoluer dans les prochaines années. En effet, le nombre de gynécologues exerçant en mode libéral ou mixte, diminue chaque année.

Il a été observé une baisse de 31,3% de ce nombre entre 2008 et 2015. Cette diminution risque de s'aggraver dans les prochaines années avec les départs à la retraite d'un nombre important de médecins puisque 59% des effectifs (2217 gynécologues libéraux/mixtes en 2015 en France) ont plus de 60 ans. Déjà 66% des bassins de vie ne recensent plus aucun spécialiste en gynécologie en exercice libéral ou mixte (51).

<p><b><u>CONCLUSION n°1</u> : Quand une délégation de la surveillance du cancer du sein est réalisée, elle est le plus souvent faite par les gynécologues.</b></p>
--

Si les recommandations actuelles quant à la fréquence des consultations ne sont pas unanimes pendant les 5 premières années, les différents groupes d'experts préconisent tous au moins un examen clinique par an, une fois les cinq premières années passées.

Si **81%** des patientes de notre étude ont eu **au moins un examen clinique au cours des 12 derniers mois**, **18%** des patientes déclarent n'avoir eu **aucun examen clinique** au cours des 12 derniers mois dans le cadre de leur suivi. Le suivi est réalisé au plus proche des RBP quand il est réalisé par les gynécologues.

En effet les femmes suivies exclusivement par leur **gynécologue** sont **90%** à avoir eu **au moins un examen clinique par an contre 80%** si elles sont suivies par leur **médecin généraliste** exclusivement.

Paradoxalement les patientes ayant vu 3 médecins au cours de l'année sont 70% à n'avoir eu aucun examen mammaire au cours des 12 derniers mois. On pourrait penser que le fait de multiplier les intervenants du suivi diminue le respect des RBP car chacun compte sur l'autre pour faire l'examen clinique. Aucune donnée similaire n'a cependant été retrouvée dans la littérature.

Les RBP concernant l'examen clinique sont basées sur différents constats :

- l'examen clinique est à l'origine du diagnostic de récurrence locale dans 30 à 70% des cas, la précocité du diagnostic permet un traitement adéquat et donc l'amélioration de la survie (52-54) ;
- l'examen clinique est à lui seul à l'origine du diagnostic de cancer du sein controlatéral dans trois quarts des cas, le risque de cancer controlatéral étant nettement plus élevé chez les femmes traitées pour un carcinome mammaire que dans la population générale (55) ;
- le diagnostic de métastase peut également être suspecté grâce à l'examen clinique de surveillance (essentiellement sur l'apparition de symptômes) même si cela n'est pas son objectif primaire.

Devant ces éléments l'examen clinique doit donc se concentrer sur le site opéré (sein conservé ou cicatrice de mastectomie), sur le sein controlatéral et sur les aires ganglionnaires (axillaires et sus-claviculaires). La recherche d'un épanchement pleural, d'une hépatomégalie ou d'une hépatalgie, et la palpation des structures osseuses doit également être effectuée.

Notre étude montre que l'**examen clinique est complet** pour seulement **26,9%** des patientes qui ont été examinées par des **médecins généralistes** versus **60,8%** lorsqu'elles ont été examinées par des **gynécologues**.

De plus les patientes ont indiqué que l'examen est resté le même depuis le début de leur surveillance dans 73% des cas, c'est à dire que s'il n'est pas fait de manière complète au début de la prise en charge il restera fait de cette même façon tout au long de la surveillance.

**CONCLUSION n°2 : Les gynécologues semblent mieux appliquer les RBP de surveillance après un cancer du sein que les médecins généralistes.**

La **mammographie** est le **seul examen complémentaire** qui ait montré son **intérêt** dans la surveillance du cancer du sein : elle permet une détection plus précoce d'une récurrence locale ou controlatérale, elle doit donc être réalisée annuellement et à vie dans le cadre de la surveillance d'un cancer du sein non métastasé (52,56).

Cette **RBP est bien suivie pour 85,4%** des patientes de notre étude cependant **13,5% d'entre elles n'ont pas eu au moins une mammographie au cours des 12 derniers mois**, on retrouve quasiment le même pourcentage dans l'étude de Franche-Comté (12%) (39).

Parmi ces dernières patientes une sur deux (54,2%) note une diminution de la fréquence de leur mammographie depuis le début de leur surveillance ce qui laisse présager un épuisement de la surveillance au cours du temps.

Comme attendu ce sont les patientes qui n'ont vu aucun médecin au cours des 12 derniers mois dans le cadre de leur surveillance qui sont les plus représentées dans le groupe qui n'a pas eu de mammographie dans l'année (40%).

De façon assez surprenante, on note à nouveau, comme pour l'absence d'examen clinique au cours des 12 derniers mois, que les patientes vues par 3 médecins différents dans l'année sont aussi en nombre important dans ce groupe : 25% des patientes suivies par 3 médecins n'ont pas eu de mammographie dans l'année. Ce résultat va à l'encontre de celui retrouvé dans l'étude de Franche-Comté (39) à savoir que les patientes sont mieux suivies si plusieurs médecins sont impliqués.

Même si une majorité de patientes **suivies par leur médecins généralistes** respecte la fréquence annuelle de mammographie (88%) celles-ci sont un peu **moins nombreuses** que celles dont le suivi implique **un gynécologue** (92% si le gynécologue est seul à faire la surveillance) **à effectuer leur mammographie à une fréquence correcte**, ce qui rejoint la conclusion n° 2.

De façon consensuelle, une échographie mammaire est fréquemment associée à la mammographie et **peut être utile en cas de doute diagnostique** : de ce fait 66,3% des patientes de notre étude déclarent avoir eu une échographie au cours des 12 derniers mois.

**Aucun autre examen examen complémentaire n'a montré d'intérêt en termes de survie (57).**

Cependant l'IRM a également un **intérêt en cas de doute diagnostique** (58) et se discute chez les **femmes jeunes aux seins denses** et en cas de mutation, bien que dans notre étude les patientes les plus jeunes soient plus représentées dans le groupe qui ne fait pas d'IRM que dans le groupe qui fait des IRM mammaires régulièrement.

Environ **5 %** (6% dans l'étude de Franche-Comté (39)) des patientes notent avoir eu une **IRM au cours des 12 derniers mois**. Ce résultat semble conforme au taux que l'on peut intuitivement attendre. Rappelons que notre étude a exclu les patientes avec mutation BRCA et que seulement 6% des patientes de l'étude sont âgées de moins de 41 ans à l'inclusion.

Les patientes qui voient leur **gynécologue seul** sont seulement **6% à faire des IRM régulièrement** contre **31% des patientes suivies par leur médecin généraliste seul** ce qui rejoint la **conclusion n°2**. Cependant pour les patientes ayant répondu à cette question l'effectif de celles suivies exclusivement par leur médecin généraliste est très faible ce qui **limite la fiabilité des résultats**.

En revanche, **radiographie pulmonaire, échographie ou TDM abdominale, échographie pelvienne, scintigraphie, ostéodensitométrie, ou dosage du CA 15-3 n'ont pas leur place dans le cadre de la surveillance** systématique (en absence de point d'appel) puisque ces examens n'ont pas montré qu'ils améliorent la survie.

**Les 2 examens les plus prescrits** dans notre étude sont l'**échographie pelvienne** et l'**ostéodensitométrie** (respectivement pour 40 et 50% des patientes).

**Si les patientes sont suivies par leur gynécologue exclusivement**, elles sont une **majorité (55%)** à avoir une **échographie pelvienne** ce qui peut s'expliquer par la  **Crainte d'un cancer de l'endomètre** pour les patientes sous TAMOXIFENE : en effet ce traitement augmente la fréquence de cancer de l'endomètre.

Ce risque pourrait s'aggraver avec la recommandation d'allonger la durée du traitement hormonal à 10 ans puisque l'étude ATLAS (59) qui a analysé les effets indésirables du TAMOXIFENE sur une durée de 10 ans, montre une augmentation de la fréquence de cancer de l'endomètre à 3,3% de cancer versus 1,8% dans le groupe 5 ans. Le risque de cancer de l'endomètre sous TAMOXIFENE apparaît après 55 ans et augmente avec l'âge (60).

De plus chez les patientes sous IA une ostéodensitométrie de surveillance peut être justifiée.

De ce fait dans notre étude la **majorité** des patientes qui ont eu une **échographie pelvienne et/ou une ostéodensitométrie sont sous hormonothérapie**.

Dans notre étude si les patientes sont suivies par leur **médecin généraliste seul**, la **radiographie pulmonaire et le dosage du CA 15-3** sont alors prescrits plus souvent que lorsqu'elles sont suivies par leur gynécologue seul ce qui rejoint également la **conclusion n°2**. On ne note cependant pas de différences entre ces 2 groupes pour la prescription d'ostéodensitométrie, d'échographie abdominale, et de scintigraphie ; et comme nous l'avons vu précédemment les gynécologues semblent avoir plus recours à l'échographie pelvienne, probablement car ils sont nombreux à

posséder un échographe sur leur lieu d'exercice et sans doute davantage sensibilisés au risque de cancer de l'endomètre.

Les **résultats retrouvés** en terme d'examens réalisés sans qu'ils n'aient leur place dans la surveillance **sont à relativiser** car même si les patientes ont indiqué avoir eu certains examens les fréquences précisées sont très différentes les unes des autres. **Certains examens** ont en effet été **réalisés seulement une seule fois** depuis le début du suivi et très peu ont été réalisés plus de 3 fois.

**CONCLUSION n°3: Le minimum recommandé en terme d'examens complémentaires dans le cadre du suivi délégué est bien réalisé pour la majorité des patientes, mais quelques examens qui n'améliorent pas la survie sont encore trop souvent prescrits et ce d'autant plus que les patientes sont suivies par leur médecin généraliste.**

En cas d'atteintes ganglionnaires, les nouvelles recommandations sur la **durée du traitement hormonal** vont augmenter la durée de prescription à **10 années après le traitement initial** du cancer du sein pour toutes les femmes ménopausées ou non, que se soit pour le tamoxifène seul ou pour les IA (61).

Ces recommandations sont encore une fois basées sur les résultats de l'étude ATLAS qui a montré une réduction significative de la mortalité des femmes traitées par tamoxifène pendant une durée de 10 ans versus 5 ans, et une diminution des récurrences (60). Les **médecins de la surveillance déléguée**, et en particulier les médecins généralistes du fait de la forte diminution de la population des gynécologues libéraux, vont **devoir prendre en charge la prescription de ce traitement** et la gestion de ses effets secondaires.

Plus de **80%** des patientes étaient **sous hormonothérapie au début** de leur prise en charge en 2007, celle-ci est **toujours en cours** pour seulement **12% de ces patientes à 8 ans** de la prise en charge initiale car en effet les patientes de l'étude n'étaient au début de leur prise en charge pas censées prendre ce traitement pendant 10 ans mais 5 ans pour la majorité d'entre elles. On note que la poursuite de l'hormonothérapie au-delà de 5 ans est corrélée avec l'atteinte ganglionnaire initiale : 94% des patientes toujours sous hormonothérapie avaient bien une atteinte ganglionnaire.

Les **patientes qui ont arrêté leur traitement l'ont fait pour 75,4% à la fin de la période prévue**, cependant **8,7% ont stoppé le traitement elle-même sans avis médical** du fait d'une intolérance.

### **V.2.2) Analyse des facteurs associés au non respect des RBP**

Les **patientes de 70 ans ou plus** et donc de façon assez attendue les patientes **retraitées** semblent être plus représentées parmi les patientes qui n'ont **pas eu au moins un examen clinique au cours des 12 derniers mois** et parmi celles qui n'ont **pas eu au moins une mammographie au cours des 12 derniers mois**. Cette notion de diminution du rythme des consultations au fil du temps est aussi

retrouvée dans l' étude de Franche-Comté (39) et est assimilable à une sorte d'épuisement, on peut aussi suspecter qu'un âge plus bas peut entraîner une implication plus importante de la patiente et de son médecin dans la surveillance.

De plus, contrairement au dépistage organisé il n'existe pas de recommandation d'âge limite au delà duquel il n'est plus nécessaire de poursuivre la surveillance après un cancer du sein. Il peut se poser la question de la pertinence d'un tel suivi à partir d'un certain âge.

**Le niveau d'étude, le grade de la tumeur, le type de chirurgie, le fait d'avoir eu ou non une chimiothérapie et/ou une hormonothérapie ne semblent pas être des facteurs favorisant le non respect des RBP, à l'exception du dosage du CA 15-3.**

En effet ce dosage du **CA 15-3 est plus prescrit** chez les patientes ayant un **grade de tumeur élevé** (2 ou 3) ou ayant eu une **chimiothérapie** : on peut penser que dans l'esprit des médecins effectuant la surveillance ces 2 critères sont associés à un cancer plus «grave» et les incitent à doser plus facilement le CA 15- 3.

En revanche dans l' étude de Franche-Comté (39) avoir eu une chimiothérapie semblait être un facteur de meilleur suivi ; ceci était expliqué par une sensibilisation plus importante des patientes pendant la durée de leur traitement.

### **V.2.3) Discussion sur l'évaluation du suivi par les patientes**

Le suivi est considéré comme **mauvais par 18,5% des patientes** de notre étude (note inférieure ou égale à 5 sur une échelle de 0 à 10) et en effet pour les patientes qui ont ce ressenti le suivi ne respecte pas les RBP sur des critères objectifs : une majorité d'entre elles n'a pas vu de médecin au cours des 12 derniers mois dans le cadre du suivi du cancer du sein , n'a pas eu un examen clinique de surveillance complet et n'a pas eu au moins une mammographie dans l'année.

Pourtant indifféremment de l'évaluation de leur suivi **56 % des patientes** de notre étude **aimeraient être suivies par l'Institut Bergonié** (seules 7 % le sont déjà) même s'il s'agit plus particulièrement des patientes qui n'ont plus aucun suivi actuellement.

La majorité d'entre elles aimerait **revenir physiquement** sur l'institut Bergonié plutôt que d'avoir un suivi par téléphone ou bien épistolaire en provenance de l'Institut. Peut être que ce mode de suivi (téléphone, courrier) est trop « moderne » pour certaines de ces patientes.

**CONCLUSION n°4 : Les patientes ont un bon ressenti de la qualité de leur suivi ; cependant la majorité d'entre elles veulent revenir à l'Institut Bergonié même celles qui n'ont pas de critères objectifs de mauvais suivi. Elles sont davantage demandeuses d'un suivi par consultation plutôt que par courrier ou téléphone.**

### **V.3) Pistes pour améliorer la diffusion des RBP en médecine de ville**

#### **V.3.1) La diffusion en général des RBP en médecine de ville**

Les RBP sont de plus en plus nombreuses, leurs méthodes d'élaboration et leurs niveaux de preuves scientifiques de qualité croissante, pourtant un écart important persiste entre recommandations et pratiques observées : 30 à 40 % des patients ne reçoivent pas les soins correspondant aux données scientifiques et 20 à 25 % des soins prodigués ne sont pas nécessaires (62,63).

L'application des RBP par les médecins passe par leurs connaissances, un accord, puis une appropriation facilitant la décision de mise en pratique.

De nombreux facteurs sont susceptibles d'expliquer cette non-appropriation par les praticiens (64,65):

#### **Facteurs influençant l'application des RBP :**

##### **• Facteurs intrinsèques aux RBP :**

- le thème qui doit être jugé important et correspondre à une attente des médecins,
- la forme qui doit être concise et doit privilégier une présentation pratique,
- la qualité scientifique est jugée sur la qualité de la méthode d'élaboration, des sources de données, et le niveau de preuve scientifique des travaux analysés,
- l'applicabilité qui doit être jugée bonne et compatible avec les conditions d'exercice et n'engendrant pas un coût élevé pour le patient, la société, ou le soignant.

Il existe de nombreuses preuves de l'intérêt d'impliquer dès le processus d'élaboration des RBP à la fois leurs diffuseurs et leurs utilisateurs, ce qui favorise l'adaptabilité du message des RBP au contexte local et améliore leur diffusion et leur acceptabilité.

##### **• Facteurs extrinsèques aux RBP :**

- liés aux médecins: méconnaissance totale ou partielle du contenu des RBP, caractéristiques psychologiques, socio-démographiques, économiques, et de la formation relatives à chaque médecin.
- liés aux pairs: les contacts avec des collègues ayant adopté les RBP, leur promotion par des collègues respectés ou un spécialiste référent favorisent l'application des RBP.
- liés aux patients: caractéristiques socio-démographiques, économiques des patients. L'attitude des patients joue un rôle important : une mauvaise adéquation des RBP avec leurs attentes et une absence d'adhésion prévisible freinent l'application des RBP par les médecins.
- liés à l'environnement organisationnel (lieu et structure d'exercice, emploi du temps du médecin) et à la politique de santé (existence d'un plan annuel stratégique et niveau de ressources financières pour diffuser les RBP, l'organisation pour proposer des cycles de formation et des rencontres entre médecins, enquêtes de pratique et le financement de programmes d'amélioration de la qualité des pratiques, la promotion des RBP par un organisme d'état ou une association).

La revue systématique de Durieux et al. (66) reprend les différentes interventions destinées à mettre en oeuvre les RBP : les visites à domicile (une personne se déplace sur le lieu d'exercice du médecin) et les rappels au moment de la prescription («reminders») sont les seules interventions dont l'efficacité est clairement démontrée avec un effet jugé cliniquement important.

A l'opposé, la simple diffusion de l'information et la formation médicale continue dans ses formes traditionnelles constituent des interventions dont l'inefficacité est démontrée. L'association de plusieurs méthodes de mise en oeuvre est conseillée par de nombreux auteurs.

### **V.3.2) Propositions pour l'amélioration de la diffusion des RBP**

Notre étude a mis en avant que lorsque la surveillance d'un cancer du sein non métastasé est déléguée les RBP ne sont pas toujours respectées et ceci d'autant plus que la surveillance est déléguée aux médecins généralistes.

Les moyens cités comme efficaces par l'étude de Durieux et al. (66), visite à domicile et rappel au moment de la prescription, semblent difficiles à mettre en oeuvre pour améliorer la prise en charge de la surveillance du cancer du sein.

On peut cependant penser qu'avec l'informatisation toujours croissante des dossiers médicaux en médecine générale il serait possible de mettre une alarme indiquant la date anniversaire de la mammographie et de l'examen clinique à l'ouverture des dossiers informatiques des patientes.

L'association de plusieurs méthodes de diffusion étant conseillées on peut aussi penser à plusieurs **autres moyens de diffusions des RBP** en matière de surveillance d'un cancer du sein non métastasé :

- **rappel des RBP aux médecins par courrier** sous une forme claire et concise en rappelant éventuellement le niveau de preuve des recommandations énoncées;
- Amélioration de l'**information donnée aux patientes** permettant d'augmenter leur niveau d'adhésion et d'éventuellement modifier leurs attentes en matière par exemple de demande de prescription d'examens complémentaires : par courrier, par entretien téléphonique ou en revenant de temps en temps sur l'Institut Bergonié comme une majorité d'entre elles semble le souhaiter , pourquoi pas sous forme d'ateliers d'éducation thérapeutique ;
- en **favorisant le contact avec des pairs ayant adoptés les RBP** : inviter régulièrement les médecins de la surveillance déléguée à des FMC, et faciliter le contact avec les médecins hospitaliers. La mise à disposition des coordonnées de ces médecins hospitaliers sur internet ou par envoi d'un annuaire papier, ou bien la création d'une ligne téléphonique spécialement dédiée sont des pistes à explorer;
- enfin la **création d'une réelle politique de santé de promotion des RBP** semble essentielle afin de coordonner les différents acteurs de cette surveillance.

Dans le cadre de notre travail 2 modèles de lettres ont été proposées : une à destination des médecins effectuant la surveillance et l'autre à destination des patientes ( Cf. ANNEXE 4 et 5). Elles doivent être soumises à la validation du groupe « sein » de l'institut Bergonié et des associations de patientes afin d'être encore améliorées.

L'interaction entre le médecin généraliste et sa patiente est essentielle et explique en partie l'hétérogénéité des pratiques, certaines recommandations, notamment l'abstention d'examen complémentaires étant parfois difficiles à respecter.

On doit prêter attention au fait que, dans différentes études, les médecins déclarent massivement suivre les RBP, alors que les données statistiques indiquent le contraire (67) : tout se passe comme si le médecin les considérait comme théoriquement justifiées, mais peu applicables à l'ensemble de ses patients. Différents facteurs interviennent probablement, des critères objectifs, comme certaines caractéristiques des patients et des médecins. Mais, c'est peut être davantage dans les relations concrètes entre les patients et les médecins qu'il faut chercher les raisons de l'attitude des généralistes à l'égard des RBP.

## **VI. Conclusion**

---

Malgré le fait que les RBP soient de plus en plus nombreuses, un écart important persiste entre les recommandations et les pratiques observées sur le terrain.

La surveillance des patientes traitées pour un cancer du sein fait l'objet de nombreuses RBP avec des niveaux de preuve scientifique importants et a ici servi d'exemple pour étudier l'adhésion des médecins à ces RBP.

Du fait d'un nombre croissant de femmes traitées pour un cancer du sein et de la diminution du nombre de médecins hospitaliers cette surveillance est donc de plus en plus souvent déléguée aux médecins de ville.

Notre étude montre que la surveillance déléguée est effective, que le minimum requis en terme d'examen complémentaires est le plus souvent effectué et qu'il existe peu des sur-prescriptions d'examen complémentaires n'améliorant pas la survie. Cependant cette surveillance est perfectible car l'examen clinique est encore trop souvent non fait ou incomplet.

Notre étude a donc mis en avant que lorsque la surveillance est déléguée certaines RBP ne sont pas toujours respectées et ce dans des proportions un peu plus importantes quand elle est déléguée aux médecins généralistes plutôt qu'aux gynécologues.

Les médecins généralistes ont cependant une place de plus en plus importante dans le suivi des patientes atteintes de cancer du sein du fait de la diminution du nombre de gynécologues de ville et leur rôle est d'ailleurs mis en avant et renforcé dans le dernier plan cancer.

Par ailleurs la majorité des patientes souhaite toujours être suivie sur l'Institut Bergonié et ce même-ci elles n'ont pas de critères objectifs de mauvais suivi, il semble donc important de rappeler à tous les RBP afin d'être constant dans les modalités de surveillance proposées aux patientes et ainsi de pouvoir les rassurer au maximum.

Le rappel des RBP est en effet important dans ce contexte mais si de nombreuses pistes sont évoquées encore faut-il trouver la solution la plus adaptée à l'exercice de la médecine générale.

## VII. Bibliographie

---

1. Binder-Foucard F, Bossard N, Delafosse P, Belot A, Woronoff A-S, Remontet L, et al. Cancer incidence and mortality in France over the 1980-2012 period: solid tumors. *Rev Epidemiol Sante Publique*. avr 2014;62(2):95-108.
2. Leone N, Voirin N, Roche L, Binder-Foucard F, Woronoff AS, Delafosse P, Remontet L, Bossard N, Uhry Z. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015. Rapport technique. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, 2015. 62 p.
3. Cowppli-Bony A, Uhry Z, Remontet L, Guizard A-V, Voirin N, Monnereau A, Bouvier A-M, Colonna M, Bossard N, Woronoff A-S, Grosclaude P. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 – Tumeurs solides. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2016. 274 p.
4. Allemani C, Weir HK, Carreira H, Harewood R, Spika D, Wang X-S, et al. Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). *The Lancet*. 14 mars 2015;385(9972): 977-1010.
5. De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, Pierannunzio D, et al. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO CARE-5—a population-based study. *The Lancet Oncology*. janv 2014;15(1):23-34. Fowble B, Solin LJ, Schultz DJ, Rubenstein J, Goodman RL.
6. Fowble BL, Solin LJ, Schultz DJ, Goodman RL. Ten year results of conservative surgery and irradiation for stage I and II breast cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1991 Jul;21(2):269-77.
7. Tomin R, Donegan WL. Screening for recurrent breast cancer--its effectiveness and prognostic value. *J Clin Oncol*. janv 1987;5(1):62-7.
8. Plan Cancer 2003-2007 [en ligne].[consulté le 20/01/2017]. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007>
9. Plan cancer 2009-2013 [en ligne].[consulté le 20/01/2017]. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013>
10. Grünfeld J-P. Rapport au Président de la république. Recommandations pour le Plan Cancer 2009-2013. Pour un nouvel élan. [en ligne]. 2009 février.[consulté le 26/01/2017]. Disponible sur : [http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/Historique/rapport\\_PrGrunfeld-2009.pdf](http://www.plan-cancer.gouv.fr/images/stories/fichiers/Historique/rapport_PrGrunfeld-2009.pdf)
11. France. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *JORF* n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte n° 1.
12. Vernant J. Recommandations pour le troisième plan cancer. 2013 Juillet p. 162.

13. Plan cancer 2014-2019 [en ligne]. [consulté le 20/01/2017]. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>
14. Erikson C, Salsberg E, Forte G, Bruinooge S, Goldstein M. Future supply and demand for oncologists: challenges to assuring access to oncology services. *J Oncol Pract* 2007; 3: 79–86.
15. Lichtenfeld L. Cancer care and survivorship planning: promises and challenges. *J Oncol Pract* 2009; 5: 116–8.
16. Roorda C, Berendsen AJ, Haverkamp M, Meer K van der, Bock GH de. Discharge of breast cancer patients to primary care at the end of hospital follow-up: A cross-sectional survey. *European Journal of Cancer*. 1 mai 2013;49(8):1836–44.
17. Nissen MJ, Beran MS, Lee MW, Mehta SR, Pine DA, Swenson KK. Views of primary care providers on follow-up care of cancer patients. *Fam Med* 2007; 39: 477–82.
18. Dawes AJ, Hemmelgarn M, Nguyen DK, Sacks GD, Clayton SM, Cope JR, et al. Are primary care providers prepared to care for survivors of breast cancer in the safety net? *Cancer*. 15 avr 2015;121(8):1249–56.
19. Allemani C, Minicozzi P, Berrino F, Bastiaannet E, Gavin A, Galceran J, et al. Predictions of survival up to 10 years after diagnosis for European women with breast cancer in 2000–2002. *Int J Cancer*. 15 mai 2013;132(10):2404–12.
20. NCCN guidelines, version 1.2016 [en ligne]. [consulté le 02/02/2017]. Disponible sur : [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/breast.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf).
21. Khatcheressian JL, Hurley P, Bantug E, Esserman LJ, Grunfeld E, Halberg F, et al. Breast Cancer Follow-Up and Management After Primary Treatment: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *JCO*. 1 mars 2013;31(7):961–5.
22. Grunfeld E. Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer: follow-up after treatment for breast cancer (summary of the 2005 update). *Canadian Medical Association Journal*. 10 mai 2005;172(10):1319–20.
23. Clinical practice recommendations [en ligne]. [consulté le 13/03/2017]. Disponible sur : [http://guidelines.canceraustralia.gov.au/guidelines/early\\_breast\\_cancer/ch01s03.php](http://guidelines.canceraustralia.gov.au/guidelines/early_breast_cancer/ch01s03.php).
24. Senkus E, Kyriakides S, Ohno S, Penault-Llorca F, Poortmans P, Rutgers E, et al. Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 1 sept 2015;26(suppl 5):v8–30.
25. Cutuli B, Arnould L, Barreau B et al. Recommandations pour la prise en charge des carcinomes canalaire in situ du sein. Institut National Contre le Cancer. [en ligne]. 2009. [consulté le 13/03/2017]. Disponible sur : [http://www.e-cancer.fr/content/download/95919/1021196/file/PLACISIS09%20\(1\).pdf](http://www.e-cancer.fr/content/download/95919/1021196/file/PLACISIS09%20(1).pdf)

26. Rojas MP, Telaro E, Russo A, Moschetti I, Coe L, Fossati R, et al. Follow-up strategies for women treated for early breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(1):CD001768.
27. Montgomery DA, Krupa K, Jack WJ et al. Changing pattern of the detection of locoregional relapse in breast cancer: the Edinburgh experience. *Br J Cancer* 2007;96:1802-7.
28. Chargari C, Kirova Y, Bollet M et al. Shared responsibility for follow-up of breast cancer patients. Experience of the Institut Curie. *Bull Cancer* 2008;95:1047-51.
29. Grunfeld E, Mant D, Vessey MP, Fitzpatrick R. Specialist and general practice views on routine follow-up of breast cancer patients in general practice. *Fam Pract.* 1995 Mar;12(1):60-5.
30. Grunfeld E, Mant D, Yudkin P et al. Routine follow-up of breast cancer in primary care: randomized trial. *Br Med J* 1996;313(7058):665-9.
31. 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.* 2006 Feb 20;24(6):835-7.
32. Grunfeld E, Fitzpatrick R, Mant D et al. Comparison of breast cancer patient satisfaction with follow-up in primary care vs specialist care: results from a randomized controlled trial. *Br J Clin Pract* 1996;49:705-10.
33. Fourcade A, Houzard S, Dubot C, Fourquet A, Fridmann S, Dagousset I. [Breast cancer follow-up by primary care physician: patient satisfaction in the Metropolitan Paris region]. *Bull Cancer (Paris).* 2012 Oct;99(10):915-25.
34. Smith SL, Murchison S, Singh-Carlson S, Alexander C, Wai ES. Survivorship care in breast cancer, Les soins aux survivantes du cancer du sein. *Canadian Family Physician.* 1 juin 2015;61(6):e277-83.
35. Roorda C, de Bock GH, Scholing C, van der Meer K, Berger MY, de Fouw M, et al. Patients' preferences for post-treatment breast cancer follow-up in primary care vs. secondary care: a qualitative study. *Health Expect.* déc 2015;18(6):2192-201.
36. Chait I, Glynn-Jones R, Thomas S. A pilot study exploring the effect of discharging cancer survivors from hospital follow-up on the workload of general practitioners. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 1998 May;48(430):1241-3.
37. Bouysie H. Etude sur le suivi par les médecins généralistes des femmes traitées pour un cancer du sein. Enquête auprès de 282 médecins généralistes d'Aquitaine. Doctorat de médecine générale. Bordeaux: université Bordeaux 2; 2015.
38. Farquhar CM, Kofa EW, Slutsky JR. Clinicians' attitudes to clinical practice guidelines : a systematic review. *Med J Aust [en ligne].* 2002 [consulté le 19/04/2017]. Disponible sur: <https://www.mja.com.au/journal/2002/177/9/clinicians-attitudes-clinical-practice-guidelines-systematic-review>

39. Maurina T, Chaigneau L, Bazan F, Villanueva C, Thiery-Vuillemin A, Kalbacher E, et al. Follow-up in patients with early breast cancer. *Bull Cancer*. oct 2011;98(9):1091–106.
40. Institut Curie. Infos cancer du sein. [en ligne]. [consulté le 28/04/2017]. Disponible sur : <http://www.cancersdusein.curie.fr/fr/infos-cancers-du-sein/les-cancers-du-sein-une-maladie-frequence-qui-concerne-les-femmes-00217>.
41. Institut National du Cancer. La suivi. [en ligne]. [consulté le 28/04/2017]. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Le-suivi>.
42. Réseau de cancérologie d'Aquitaine. La surveillance du cancer du sein. [en ligne]. [consulté le 28/04/2017]. Disponible sur : <http://www.canceraquitaine.org/sites/default/files/documents/INFOS-PRO/surveillance-sein/kit/documents/infos-livret-patiente-0213.pdf>.
43. La Ligue contre le Cancer. Le cancer du sein. [en ligne]. [consulté le 28/04/2017]. Disponible sur : <https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/brochures/cancer-sein.pdf>.
44. Fondation ARC pour la Recherche sur le Cancer. Les cancers du sein. [en ligne]. [consulté le 28/04/2017]. Disponible sur : <https://www.fondation-arc.org/documents/109-brochure-cancers-du-sein/file>.
45. Europadonna France. Après cancer. [en ligne]. [consulté le 28/04/2017]. Disponible sur : <http://www.europadonna.fr/5.aspx?sr=18>.
46. Thomas L, Cullum N, McColl E, et al. Guidelines in professions allied to medicine [Cochrane Review]. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2002. Oxford : Update Software, 2002.
47. Audet AM, Greenfield S, Field M. Medical practice guidelines: current activities and future directions. *Ann Intern Med* 1990; 113: 709-714.
48. Zwolsman S, te Pas E, Hooft L, Wieringa-de Waard M, van Dijk N. Barriers to GPs' use of evidence-based medicine: a systematic review. *Br J Gen Pract*. juill 2012;62(600):e511–21.
49. Carlsen B, Glenton C, Pope C. Thou shalt versus thou shalt not: a meta-synthesis of GPs' attitudes to clinical practice guidelines. *Br J Gen Pract*. 1 déc 2007;57(545):971–8.
50. Luctkar-Flude M, Aiken A, McColl MA, Tranmer J. A comprehensive framework and key guideline recommendations for the provision of evidence-based breast cancer survivorship care within the primary care setting. *Family Practice*. 1 avr 2015;32(2):129–40.
51. Bouet P, Rault J-F, Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2015. Conseil national de l'ordre des médecins; 2015.
52. Dershaw DD, McCormick B, Osborne MP. Detection of local recurrence after conservative therapy for breast carcinoma. *Cancer*. 1992 Jul 15;70:493-6.
53. Fowble B, Solin LJ, Schultz DJ, Rubenstein J, Goodman RL. Breast recurrence following conservative surgery and radiation: patterns of failure, prognosis, and pathologic findings from

mastectomy specimens with implications for treatment. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1990 Oct; 19:833-42.

54. Kurtz JM(1), Amalric R, Brandone H, Ayme Y, Jacquemier J, Pietra JC, Hans D, Pollet JF, Bressac C, Spitalier JM. Local recurrence after breast-conserving surgery and radiotherapy. Frequency, time course, and prognosis. *Cancer*. 1989 May 15;63(10):1912-7.

55. Molina-Montes E, Requena M, Sánchez-Cantalejo E, Fernández MF, Arroyo-Morales M, Espín J, Arrebola JP, Sánchez MJ. Risk of second cancers cancer after a first primary breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Gynecol Oncol*. 2015 Jan;136:158-71.

56. Haffty BG, Lee C, Philpotts L, Horvath L, Ward B, McKhann C, Tocino I. Prognostic significance of mammographic detection in a cohort of conservatively treated breast cancer patients. *Cancer J Sci Am*. 1998 Jan-Feb;4:35-40.

57. The GIVIO Investigators. Impact of follow-up testing on survival and health-related quality of life in breast cancer patients. A multicenter randomized controlled trial. *JAMA*. 1994 May 25;271:1587-92.

58. Saslow D, Boetes C, Burke W, et al.; American Cancer Society Breast Cancer Advisory Group. American Cancer Society guidelines for breast screening with MRI as an adjunct to mammography. *CA Cancer J Clin*. 2007 Mar-Apr;57:75-89.

59. Davies C, Pan H, Godwin J, et al. Long-term effects of continuing adjuvant tamoxifen to 10 years versus stopping at 5 years after diagnosis of oestrogen receptor-positive breast cancer : ATLAS, a randomised trial. *The Lancet*. 2013 Mar 15;381(9869):805–16.

60. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG), Peto R, Davies C, et al. Comparisons between different polychemotherapy regimens for early breast cancer : metaanalyses of long-term outcome among 100,000 women in 123 randomised trials. *Lancet*. 2012 Feb 4;379(9814):432–44.

61. Burstein HJ, Temin S, Anderson H, et al. Adjuvant endocrine therapy for women with hormone receptor-positive breast cancer: american society of clinical oncology clinical practice guideline focused update. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 2014 Jul 20;32(21):2255–69.

62. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice : effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003;362:1225-30.

63. Greco P, Eisenberg J. Changing physicians' practices. *N Engl J Med* 1993;329:1271-4.

64. Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004;8:1-72.

65. AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines : the AGREE project. *Qual Saf Health Care* 2003;12:18-23.

66. Durieux P, Ravaud P, Dosquet P, Durocher A. Effectiveness of clinical guideline implementation strategies : systematic review of systematic reviews. *Gastroenterol Clin Biol.* nov 2000;24(11): 1018–25.
67. Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n’observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L’exemple du diabète de type 2. *Sciences sociales et santé.* 1 juin 2006;24(2):75–103.

## VIII. Annexes

### ANNEXE 1: Questionnaire



#### Surveillance des patientes après un cancer du sein

Cette étude a pour objectif d'améliorer la qualité de prise en charge de nos patients pour le suivi après cancer du sein. Les renseignements recueillis seront traités de manière strictement confidentielle.

Merci de nous renvoyer ce questionnaire à l'aide de l'enveloppe T ci-jointe et de participer ainsi à notre démarche d'amélioration continue de la prise en charge des patients.

Nom :	_____	Prénom :	_____
Date de naissance :	_____	Profession :	_____

<b>Dans le cadre de la surveillance de votre cancer du sein, au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez vous vu :</b>						
Votre médecin généraliste au total ?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> plus de 4 fois
Votre médecin généraliste spécifiquement pour la surveillance du cancer du sein ?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> plus de 4 fois
Votre gynécologue ?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> plus de 4 fois
Votre oncologue ?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> plus de 4 fois

Ce nombre de visites a-t-il changé depuis le début de votre surveillance ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
--	---------------------------	---------------------------

Si Oui, merci de préciser si ce nombre a :	<input type="radio"/> Augmenté	<input type="radio"/> Diminué
--	--------------------------------	-------------------------------

Combien de fois un médecin vous a-t-il examiné (les seins) au cours des 12 derniers mois ?	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> Plus de 2 fois
--	-------------------------	-------------------------	-------------------------	--------------------------------------

Ce nombre de fois a-t-il changé depuis le début de votre surveillance ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
---	---------------------------	---------------------------

Si Oui, merci de préciser si ce nombre a :	<input type="radio"/> Augmenté	<input type="radio"/> Diminué
--	--------------------------------	-------------------------------

Lors de ces visites, le médecin traitant examine-t-il :	Lors de ces visites, le gynécologue examine-t-il :
Le sein opéré et/ou la cicatrice ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Le sein opéré et/ou la cicatrice ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Le sein controlatéral (non opéré) ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Le sein controlatéral (non opéré) ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Les ganglions sous les bras ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Les ganglions sous les bras ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Les ganglions au dessus des clavicules ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Les ganglions au dessus des clavicules ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Cet examen a-t-il changé par rapport à celui effectué au début de votre surveillance ?	<input type="radio"/> Oui, le médecin examine plus de zones qu'auparavant	<input type="radio"/> Oui, le médecin examine moins de zones qu'auparavant	<input type="radio"/> Non, l'examen est resté identique
--	---	--	---

## Surveillance des patientes après un cancer du sein

**A quelle fréquence une mammographie est-elle réalisée ?**

Une fois tous les 2 ans  
 Une fois par an  
 Une fois tous les 6 mois  
 Autre  
 \_\_\_\_\_

**Ce nombre de mammographies a-t-il changé depuis le début de votre surveillance ?**       Oui     Non

**Si oui, merci de préciser si ce nombre a :**       Augmenté       Diminué

**A quelle fréquence une échographie des seins est-elle réalisée ?**

Une fois tous les 2 ans  
 Une fois par an  
 Une fois tous les 6 mois  
 Autre  
 \_\_\_\_\_

**Ce nombre d'échographies a-t-il changé depuis le début de votre surveillance ?**       Oui     Non

**Si Oui, merci de préciser si ce nombre a :**       Augmenté       Diminué

**A quelle fréquence une IRM des seins est-elle réalisée ?**

Une fois tous les 2 ans  
 Une fois par an  
 Une fois tous les 6 mois  
 Autre  
 \_\_\_\_\_

**Ce nombre d'IRM a-t-il changé depuis le début de votre surveillance ?**       Oui     Non

**Si Oui, merci de préciser si ce nombre a :**       Augmenté       Diminué

**Dans le cadre de cette surveillance, avez-vous fait d'autres examens complémentaires ? (complétez le tableau ci-dessous)**

Radio ou scanner des poumons	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si Oui, précisez combien de fois par an : _____
Echographie ou scanner de l'abdomen	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si Oui, précisez combien de fois par an : _____
Echographie pelvienne	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si Oui, précisez combien de fois par an : _____
Scintigraphie osseuse	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si Oui, précisez combien de fois par an : _____
Densitométrie osseuse	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Dosage sanguin du CA 15-3	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si Oui, précisez combien de fois par an : _____
Autres dosages sanguins que la CA 15-3	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si Oui, précisez combien de fois par an : _____
Autres examens	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si Oui, précisez combien de fois par an : _____

## Surveillance des patientes après un cancer du sein

Une hormonothérapie a-t-elle été initialement prescrite (ARIMIDEX, FEMARA, TAMOXIFERE, etc.) ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Cette hormonothérapie est-elle toujours en cours ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Si Oui, avez-vous plus de 5 oublis par mois ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Si Non, merci d'indiquer la date de fin de traitement (mois/année) :	_____	
Et de préciser pourquoi :	<input type="radio"/> Médicament arrêté à la fin de la période prévue <input type="radio"/> Médicament arrêté à la demande du médecin du fait d'une intolérance <input type="radio"/> Médicament arrêté par vous-même du fait d'une intolérance	
Comment évaluez-vous votre suivi ? (entourez le chiffre voulu, 0 : pas du tout satisfaisant; 10 : très satisfaisant)	0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10	
Auriez-vous aimé être suivi régulièrement par l'Institut Bergonié pour cette surveillance ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Selon quelles modalités souhaiteriez-vous que nous maintenions cette surveillance ?	<input type="radio"/> En revenant en consultation à l'Institut <input type="radio"/> Par entretien téléphonique <input type="radio"/> Par courrier	
Avez-vous eu un problème personnel grave qui ai modifié cette surveillance ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
Pour finir, merci de préciser votre niveau d'étude :	<input type="radio"/> BEP/BEPC <input type="radio"/> Bac <input type="radio"/> Bac+1-2 <input type="radio"/> Bac +3 et supérieur	
Commentaires	<div style="border: 1px solid black; height: 150px;"></div>	
Merci du temps que vous avez pris pour répondre à ce questionnaire, encore une fois, celui-ci est essentiel à la réalisation de mon travail de thèse		

## **ANNEXE 2: Courrier accompagnant le questionnaire**

Laura TEXIER

Bordeaux, le |\_|\_|||\_|\_|||\_|\_|

Madame,

A l'issue de mes années d'interne, je suis amenée à réaliser mon travail de thèse qui me permettra d'être Docteur en Médecine pour exercer la Médecine Générale.

Le sujet de ma thèse, réalisée sous la direction du Docteur Marc DEBLED, médecin-oncologue à l'Institut Bergonié, porte sur les modalités de surveillance des patientes qui ont été traitées pour un cancer du sein en 2007.

A cet effet, nous nous permettons de vous envoyer le questionnaire ci-joint. Il devrait prendre environ 5 minutes de votre temps et vous pourrez nous le retourner dans l'enveloppe T ci-jointe.

Ce questionnaire n'est pas anonymisé afin d'essayer de nous permettre d'analyser si la surveillance dépend de certains paramètres (exemples : l'âge des patientes, les caractéristiques de la maladie...). Ces réponses ne seront en aucun cas communiquées à d'autres personnes que moi-même et le Docteur DEBLED, et ceci dans le cadre d'un très strict secret médical.

Consciente du temps et de l'investissement que ce type de questionnaire vous demande, j'espère pouvoir compter sur votre participation, très importante pour la validité de ma thèse.

Les résultats pourront servir dans les années à venir pour améliorer cette surveillance et la collaboration entre les médecins de l'Institut Bergonié, les gynécologues et les médecins généralistes. Ce travail pourra nous permettre d'optimiser la prise en charge de futures patientes. Nous pensons également que ceci pourra aider les patientes traitées pour d'autres maladies que le cancer du sein.

Peut-être souhaitez-vous me signaler d'autres points qui vous sembleraient importants et qui pourraient ne pas être transcrits dans ce questionnaire. Je vous laisse le soin de les rajouter sur papier libre ou de me contacter par mail.

Vous remerciant par avance de votre bienveillance, veuillez agréer, Madame, mes salutations distinguées.

**Laura TEXIER**

Interne de Médecine Générale

### **ANNEXE 3: lettre de relance questionnaire**

Laura Texier

Fait à Bordeaux, le 19 /11 / 2015

Madame,

Je me permets de vous solliciter à nouveau pour m'aider à réaliser mon travail de thèse qui me permettra d'être Docteur en Médecine pour exercer la Médecine Générale.

Un questionnaire vous a en effet été envoyé début novembre portant sur les modalités de surveillance des patientes qui ont été traitées à l'Institut Bergonié pour un cancer du sein en 2007.

A ce jour un peu plus de la moitié des réponses nous sont revenues.

Cependant pour la validité de ma thèse nous avons besoin du maximum de réponses (il me faudrait atteindre, voire dépasser les 80%) et c'est la raison pour laquelle je me permets de vous relancer.

Je vous rappelle que vous pouvez me signaler tous points qui vous sembleraient importants et pourraient ne pas être transcrits dans ce questionnaire, par papier libre ou par mail.

Je reste bien consciente du temps et de l'investissement que ce type de questionnaire demande et j'espère pouvoir compter sur votre participation, essentielle pour mon travail de thèse, mais également pour tirer des conclusions valides pour l'organisation future de la surveillance des patientes.

Vous remerciant par avance de votre bienveillance, veuillez agréer Madame mes salutations distinguées.

Laura Texier,  
Interne de Médecine Générale.

## ANNEXE 4: Courrier à destination des patientes de la surveillance déléguée

---

### INFORMATIONS POUR LES PATIENTES SUR LE DISPOSITIF DE SURVEILLANCE DES CANCERS DU SEIN TRAITÉ :

---

Madame,

Vous avez été traitée pour un cancer du sein et vous entrez à présent dans une autre phase importante : celle de la surveillance .

Cette surveillance permet en effet de :

- Détecter et traiter d'éventuels effets secondaires, séquelles de traitements,
- Détecter le plus tôt possible les signes d'une éventuelle rechute ou l'apparition d'un cancer dans l'autre sein,
- Permettre un accompagnement global médico-socio-psychologique.

---

#### ● A QUELLE RYTHME SE FAIT CETTE SURVEILLANCE ?

Votre calendrier de surveillance est fixé par votre oncologue : il adapte ce rythme à votre situation, notamment selon les critères de gravité et le risque de récurrence.

La surveillance repose sur une consultation médicale plusieurs fois par an pendant 5 ans (tous les 6 mois dans la majorité des cas) puis, après 5 ans de surveillance, une fois par an, à vie.

#### ● QUEL MÉDECIN PEUT FAIRE CETTE SURVEILLANCE ?

Elle se fait de plus en plus de façon alternée, une fois sur 2 les premières années, entre votre **médecin oncologue** de l'Institut et votre médecin de ville habituel (votre **médecin généraliste** ou votre **gynécologue** selon votre choix).

Au delà de la 5ème année de surveillance, celle-ci se poursuit la plupart du temps exclusivement avec votre médecin de ville.

Les différents médecins impliqués dans votre prise en charge doivent se tenir mutuellement informés de votre suivi.

#### ● EN QUOI CONSISTE CETTE SURVEILLANCE ?

En règle générale, elle repose sur :

- Un **examen médical** avec palpation des seins et des aires ganglionnaires, **à chaque consultation**.
- La réalisation d'une **mammographie** éventuellement associée à une échographie mammaire **une fois par an**.

Il n'y a **pas d'autre examen à réaliser** de manière systématique. Les autres examens complémentaires sont réalisés en cas de symptômes ou de signes d'appel d'une complication de traitement ou d'une éventuelle récurrence.

Il est très important d'amener à chaque consultation vos mammographies surtout si le suivi se fait de façon alterné.

## VOICI DES INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES SUR DES SUJETS FRÉQUEMMENT ABORDÉS AU COURS DES CONSULTATIONS DE SURVEILLANCE :

---

### ● L'HORMONOTHÉRAPIE, UN TRAITEMENT QUI PORTE MAL SON NOM :

L'appellation « hormonothérapie » peut faire croire que le traitement est à base d'hormones. Ceci est en effet source de confusion puisqu'il s'agit plutôt d'un traitement anti-hormones.

En effet certains cancer du sein sont dit « **hormonosensibles** », ce qui signifie que les hormones féminines (œstrogènes, progestérone), naturellement produites par l'organisme, stimulent leur croissance. L'hormonothérapie est donc un traitement qui consiste à empêcher l'action stimulante des hormones féminines sur les cellules cancéreuses.

L'hormonothérapie est un **traitement au long cours** (5 ans minimum, parfois jusqu'à 10 ans).

L'hormonothérapie peut entraîner **certaines effets secondaires** : 10 à 24% des patientes recevant une hormonothérapie présentent des douleurs musculaires et articulaires modérées à sévères. Dans ces chiffres, il y a toutefois une part de douleurs musculaires et articulaires attribuable à d'autres causes

N'hésitez pas à en parler à votre médecin.

### ● LES TRAITEMENTS À BASE D'HORMONE : LA CONTRACEPTION, LE TRAITEMENT DE LA MÉNOPAUSE :

L'hormonothérapie se différencie donc d'un **traitement hormonal de la ménopause** (THM) qui, lui, est à base d'hormones, vise à soulager les symptômes de la ménopause et est donc **contre indiqué**.

Les **contraceptifs à base d'hormones** (pilule œstroprogestative ou progestative seule et ce quelque soit sa génération) sont donc également **contre indiqués** aux femmes ayant eu un cancer du sein. D'autres méthodes peuvent être proposées. Attention : **l'hormonothérapie n'est pas un moyen contraceptif**.

### ● LE TABAC :

Si cela n'a pas été possible à l'annonce du diagnostic ou au décours immédiat il est **recommandé d'arrêter définitivement de fumer** .

D'abord, afin de limiter l'un des **facteurs de risque de récurrence** de la maladie, mais aussi parce que le tabagisme peut **affecter l'efficacité ou la tolérance des traitements** qui seront administrés lors du parcours de soins :

-les **complications postopératoires** liées à la chirurgie sont plus fréquentes chez les patients fumeurs ;

-la radiothérapie est responsable d'**effets secondaires locaux** plus fréquents chez les fumeurs. Il semblerait aussi que le taux de cancers secondaires soit plus important chez les personnes qui ont continué de fumer pendant leur traitement par radiothérapie.

*Liens utiles :*

**-Tabac Info Service** :Tél. 39 89 – 9h-20h du lundi au samedi (0,15€/min)

[www.tabac-info-service.fr](http://www.tabac-info-service.fr)

**-Office français de prévention du tabagisme (OFT)** : Annuaire des consultations en tabacologie

[www.ofta-asso.fr](http://www.ofta-asso.fr)

● **LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR :**

**Toute douleur** qui s'installe, qui persiste, qui se modifie, **justifie un avis médical** auprès de votre médecin.

Le traitement repose sur l'utilisation de médicaments antidouleur et/ou le recours à des techniques non médicamenteuses (kinésithérapie par exemple).

Les douleurs en relation avec les traitements du cancer du sein peuvent être des douleurs persistantes. Leur soulagement peut ne pas être optimal dès le début du traitement. Ce type de douleur **nécessite un suivi et parfois des ajustements de traitements**.

Si la douleur est difficile à soulager, le médecin peut vous orienter vers une consultation spécialisée dans **un centre anti-douleur**.

● **LYMPHŒDÈME :**

Un lymphœdème est un **gonflement de la main et/ou du bras** qui peut apparaître du côté du sein opéré **si un curage ganglionnaire** a été réalisé, c'est à dire si des ganglions ont été enlevés au niveau du creux axillaire. Son intensité est variable et le risque augmente avec le nombre de ganglions retirés. Il peut se manifester **quelques semaines après** le curage axillaire **ou des mois**, voire des années plus tard mais n'est absolument pas systématique. Pour cette raison, vous devez **rester vigilante**.

Un lymphœdème peut être temporaire et disparaître dans les quelques mois qui suivent la chirurgie ou bien persister et devenir fluctuant mais ne régressant jamais totalement.

Il peut disparaître par la simple **mise au repos du bras en position surélevée** ou après la nuit. Lorsqu'il ne disparaît plus spontanément, **une kinésithérapie spécialisée** est nécessaire.

Le kinésithérapeute utilise alors la technique du **drainage manuel** qui équivaut à un massage profond de la zone à drainer. Cette technique peut être complétée par **une contention**. Cette contention est dans un premier temps réalisée par des bandages de décongestion qui permettent de maintenir et d'optimiser les résultats du drainage manuel. En entretien, la contention est réalisée par le port d'un manchon très souvent fait sur mesure.

Voici une liste de conseils pratiques afin de prévenir un lymphœdème :

- Protéger le bras et la main de toutes blessures. Le port de gants de caoutchouc est conseillé lorsque vous cuisinez, réalisez des travaux de jardinage ou ménagers. Les blessures éventuelles, même minimales, sur ce membre doivent être désinfectées correctement.
- Éviter de prendre la tension artérielle ou de faire des prises de sang du côté opéré.
- Éviter, au début, de porter des charges lourdes avec le bras affecté.
- Bouger le bras en suivant les recommandations de votre médecin et de votre kinésithérapeute afin de stimuler le drainage de la lymphe.
- S'assurer auprès d'un professionnel de la santé que la pratique d'activités sportives, que vous faisiez avant vous sont toujours autorisées.

De manière générale, les signes d'infection (rougeur, gonflement ou chaleur accrue) doivent être signalés au plus vite à un médecin.

*Lien utile pour trouver un kinésithérapeute utilisant la technique du drainage :*

**L'association française des masseurs kinésithérapeute pour la recherche et le traitement des atteintes lympho-veineuses (AKTL) : [www.aktl.org](http://www.aktl.org)**

● **ANXIÉTÉ/DÉPRESSION :**

Il est fréquent après un traitement pour un cancer de ressentir des symptômes révélateurs d'anxiété ou de dépression, **n'hésitez pas à en parler** à votre médecin qui pourra évaluer si un traitement médical est nécessaire et/ou vous orienter vers un professionnel ou un groupe de parole associatif pour y trouver le soutien nécessaire.

## Documentation :

Des brochures et informations sont disponibles sur les sites internet :

- du Réseau de Cancérologie d'Aquitaine : [www.canceraquitaine.org](http://www.canceraquitaine.org)
- de l'Institut National du Cancer : [www.e-cancer.fr/cancerinfo](http://www.e-cancer.fr/cancerinfo)
- de la Ligue contre le cancer : [www.ligue-cancer.net](http://www.ligue-cancer.net)

## Associations – Lieux d'information :

- **Ligue contre le cancer (www.ligue-cancer.net)** Cette association a de multiples actions concernant la prévention, le dépistage, l'information et l'action pour les malades, le financement de la recherche, et met gratuitement à votre disposition : des brochures et documents divers pour vous informer, une permanence d'écoute et de renseignement, des lieux d'accueil et d'accompagnement, un groupe d'experts bénévoles (médecin du travail, notaire, assureur, avocat...), des groupes de parole, des aides matérielles, etc...
  - **Comité de Dordogne 10 place André Maurois 24019 Périgueux Cedex Tél. : 05 53 09 54 45 cd24@ligue-cancer.net**
  - **Comité des Landes 51 avenue Victor Hugo 40101 Dax Cedex Tél. : 05 58 90 23 19 cd40@ligue-cancer.net**
  - **Comité du Lot-et-Garonne 17 rue de Belfort 47000 Agen Tél. : 05 53 66 08 34 cd47@ligue-cancer.net Comité de Gironde 6 rue Terrasson 33800 Bordeaux Cedex Tél. : 05 56 94 76 41 cd33@ligue-cancer.net www.ligue-cancer33.net**
  - **Comité des PyrénéesAtlantiques Espace Rive Gauche 66 allées Marines 64100 Bayonne Tél. : 05 59 25 68 20 cd64@ligue-cancer.net**
- **Europa Donna Forum France (www.europadonna.fr)** Cette association informe, rassemble et soutient les femmes dans la lutte contre le cancer du sein. Elle privilégie l'information sur le dépistage, les traitements, le suivi psychologique et social, la qualité de vie des femmes face à la maladie. La délégation Aquitaine se situe : 6 rue Terrasson à Bordeaux.
- **Vivre comme Avant (www.vivrecommeavant.fr)** Cette association propose une aide morale pour les femmes ayant subi une intervention pour un cancer du sein. Des bénévoles formées à écouter, aider et encourager les nouvelles malades effectuent des visites dans les hôpitaux et les cliniques et répondent à de nombreux appels téléphoniques.
- **Les impatientes (www.lesimpatientes.com)** Il s'agit principalement d'un forum de discussion entre patientes (sans contrôle de l'exactitude de l'information), avec un moteur de recherche qui permet de trouver rapidement des conseils utiles. Ce site présente également des dossiers thématiques élaborés avec des professionnels de la santé sur différents sujets (le curage axillaire, cancer du sein et alimentation, test de prédisposition génétique...)

- **Etincelle** ([www.etincelle.asso.fr](http://www.etincelle.asso.fr)) L'association Etincelle a pour objectif de soutenir les femmes atteintes d'un cancer du sein. Elle propose des lieux d'écoute, d'échange et des soins spécifiques pour redonner de la confiance et restaurer l'image des patientes.

### **Numéros utiles :**

- **Cancer Info Service** ([www.e-cancer.fr/cancerinfo](http://www.e-cancer.fr/cancerinfo)) Une ligne téléphonique pour du soutien, des conseils : 0 810 810 821 (prix appel local)
- **Aidéa** ([www.aidea-ligue.net](http://www.aidea-ligue.net)) Conseils juridiques et accompagnement pour le droit à l'emprunt : 0 810 111 101 (prix appel local)

### **Lieux d'accompagnement et/ou d'information :**

- **Espaces Cancer Info Centre d'oncologie et de radiothérapie du Pays Basque - Service de radiothérapie** 14 allées Paulmy - 64100 Bayonne Tél. : 05 59 59 38 71
- **Espaces Rencontres Information (ERI)**
  - **CHU de Bordeaux Hôpital Saint-André** : lundi, mardi 10h-17h Pellegrin - Centre FX Michelet : mercredi 9h-13h Pellegrin - Tripode : mercredi 14h-16h Maison du Haut-Lévêque : jeudi 10h-17h, vendredi 9h-16h Tél. : 05 57 82 01 97, mail : [eri@chu-bordeaux.fr](mailto:eri@chu-bordeaux.fr)
  - **Institut Bergonié** : 229 cours de l'Argonne - 33076 Bordeaux Cedex Tél. : 05 56 33 33 54, mail : [l.innocenti@bordeaux.unicancer.fr](mailto:l.innocenti@bordeaux.unicancer.fr)
- **Kiosques d'Information sur le Cancer (KIC)**
  - **Maison du Bien-Être** - Centre de santé du Pavillon de la Mutualité 45 cours Galliéni - 33000 Bordeaux Tél. : 06 67 60 92 22, mail : [instantdebeaute@hotmail.fr](mailto:instantdebeaute@hotmail.fr)
  - **Maison de la Ligue Bayonne** Espace Rive Gauche - 66 allées Marines - 64100 Bayonne Tél. : 05 59 59 17 39

**ANNEXE 5: courrier à destination des médecins de la surveillance déléguée**  
**Surveillance des patientes après traitement curatif d'un cancer du sein :**

Cher(e) confrère,

Votre patiente vient de finir son traitement de son cancer du sein sur l'Institut Bergonié ; elle entre à présent en phase de surveillance.

Toutes les patientes traitées pour un cancer du sein (non métastatiques et hors essai clinique) peuvent être **suivies en alternance avec un médecin de ville** : lors d'une consultation de fin de traitement à l'Institut la mise en surveillance alternée est proposée à la patiente qui choisira alors son médecin de ville référent pour cette surveillance alternée (généraliste ou gynécologue).

**Modalités de la surveillance alternée :**

Suite à la consultation de fin de traitement la patiente sera incitée à vous revoir pour une consultation de « reprise de contact », et un compte rendu de consultation vous sera envoyé entre temps pour vous indiquer que la patiente vous a choisi pour la surveillance en alternance.

La 1ère consultation de surveillance à 6 mois sera réalisée à l'institut.

La patiente ira vous voir pour la visite à 12 mois. Vous réaliserez ensuite **une consultation par an en alternance avec les cancérologues pendant 5 ans, puis à partir de la 6ème année vous assurerez la consultation annuelle.**

Ce rythme théorique d'une visite en alternance tous les 6 mois pendant 5 ans, puis une fois par an est basé sur les recommandations les plus récentes, est personnalisable et adaptable à chaque patiente selon sa situation clinique.

**En quoi consiste le suivi ?**

- Un **examen physique** est nécessaire à **chaque consultation** avec palpation du sein traité et controlatéral, des aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires et ceci au moins tous les 6 mois pendant 5 ans puis 1 fois par an. On peut également vérifier l'absence de signes de récives (absence de douleur provoqué à la palpation du rachis, du bassin, absence d'hépatomégalie ou d'épanchement pleural).

- Une **mammographie** bilatérale, ou unilatérale si mastectomie, doit être réalisée **une fois par an**, elle peut être complétée par une échographie mammaire.

- En l'absence de signes de récive ou bien de complications liées aux traitements **aucun autre examen complémentaire n'est recommandé dans le suivi** ; notamment le dosage du CA 15-3 qui reste non indiqué dans le dépistage d'une rechute.

**Quels sont les effets persistants des traitements ?**

8 patientes sur 10 vont prendre une *hormonothérapie adjuvante* en cas de récepteurs hormonaux positifs pour une durée de **5 ans** en l'absence d'atteinte ganglionnaire, **10 ans** si atteinte axillaire.

Le **bénéfice** de ce traitement est très significatif, et l'**observance** doit être encouragée.

Si elle est sous tamoxifène prévoir un **examen gynécologique** une fois par an avec échographie pelvienne seulement si signe d'alerte (métrorragie).

Si elle est sous anti-aromatase (ARIMIDEX, FEMARA, AROMASINE) prévoir une **ostéodensitométrie** à l'initiation du traitement, à renouveler tous les 2 ans si elle est altérée après avoir débuté un traitement.

Même plusieurs années après le traitement la **contraception hormonale et le traitement hormonal de la ménopause reste contre indiqué.**

Si un traitement par Herceptine est administré (tumeur Her2+; 10 % des cas) une surveillance de la **fonction cardiaque** tous les 3 mois est alors nécessaire le temps du traitement ( = 1 an, soit 17 injections).

Si il y a eu chirurgie avec curage axillaire, il existe un risque de **lymphoedème** du bras qui nécessite **quelques précautions** : pas de prise de tension ou de prise de sang du côté opéré, éviter le port de charge lourde, même plusieurs mois/années après la chirurgie.

A l'issue de l'irradiation, un oedème mammaire peut persister et nécessiter des anti-inflammatoires si douleurs. Quelques études mentionnent le sur-risque de cancer broncho-pulmonaires suite à une radiothérapie : l'**arrêt du tabac** doit donc être encouragé.

Si il y a eu chimiothérapie, on peut noter :

- des **troubles cognitifs** fréquents (trouble de mémoire) qui régresseront dans l'année qui suit le traitement ;
- des troubles neuro-sensitifs (**dysesthésies des extrémités**) après un traitement par taxanes (TAXOTERE, TAXOL) ;
- une **prise de poids avec oedème** qui se majore au décours de la dernière cure de TAXOTERE ;
- une **leucopénie** modérée peut persister longtemps sans aucune incidence.

Le maintien d'une activité physique et d'une alimentation équilibrée pour éviter une prise de poids excessive sont recommandés.

Il n'y a **pas de contre indication à la vaccination.**

La survenue d'un **épisode dépressif réactionnel est fréquent** surtout à 2-3 mois de la fin de la radiothérapie. Si des anti dépresseurs sont nécessaires on rappelle que la fluoxétine (PROZAC) ou la paroxétine (DEROXAT) sont contre indiqués en cas de traitement par TAMOXIFENE.

La venlafaxine (EFFEXOR) peut être proposée.

En cas de difficulté de **réadaptation socio-professionnelle**, le service social de l'Institut reste à disposition.

Dans le cadre du suivi de nos dossiers et de l'évaluation de nos pratiques nous demandons régulièrement des nouvelles des patientes traitées à l'Institut, un grand merci pour vos réponses.

Les médecins de Bergonié restent disponibles au moindre doute concernant un aspect médical pour plus d'information.

## **ANNEXE 6: Serment médical**

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

## **Etude de l'adhésion des médecins de soins primaires aux recommandations de bonnes pratiques en prenant l'exemple de la délégation de la surveillance de femmes traitées pour un cancer du sein. Enquête auprès de 178 patientes suivies initialement à l'Institut Bergonié.**

---

**Introduction:** L'objectif est d'étudier l'adhésion des médecins de soins primaires aux recommandations de bonnes pratiques (RBP) en prenant l'exemple de la délégation de la surveillance des femmes traitées pour un cancer du sein. **Méthodologie:** Une étude rétrospective a été menée sur une cohorte de 246 patientes traitées en 2007 à l'Institut Bergonié pour un cancer du sein non métastasé. Les données ont été recueillies grâce à un questionnaire envoyé aux patientes par courrier de novembre 2015 à janvier 2016. **Résultats:** 178 patientes ont répondu au questionnaire. La délégation de la surveillance est effective et réalisée plus souvent par les gynécologues (66%) que par les médecins généralistes (30%). Si le suivi des RBP est majoritairement respecté par les médecins de soins primaires, des lacunes persistent, et ceci d'autant plus que le suivi est réalisé par les médecins généralistes. La fréquence de suivi est inférieure à au moins une fois par an et il n'y a pas eu d'examen clinique annuel pour 18% des patientes. L'examen physique est complet pour 27% des patientes examinées par un médecin généraliste contre 61% de celles examinées par un gynécologue. Les patientes sont 13,5% à ne pas avoir eu de mammographie dans l'année. D'autres examens complémentaires qui n'améliorent pas la survie sont encore trop souvent prescrits. L'étude met en avant que la majorité des patientes souhaitent être suivies à l'Institut Bergonié (56%) même s'il n'y a pas de critères objectifs de mauvais suivi chez elles. **Discussion:** La délégation de la surveillance reste une nécessité devant un nombre croissant de femmes traitées pour un cancer du sein et la diminution du nombre de médecins hospitaliers ; de plus devant une diminution du nombre de gynécologues celle-ci se fera essentiellement par les médecins généralistes. Dans ce contexte le rappel des RBP est important ; si de nombreuses pistes sont évoquées il faut trouver la solution la plus adaptée à l'exercice de la médecine générale.

**Discipline :** Médecine Générale

**Mots clés :** cancer du sein, surveillance déléguée, recommandations de bonnes pratiques, médecin généraliste, gynécologue.