



HAL
open science

Activité physique et cancer du sein : observation des pratiques des médecins généralistes et oncologues des Alpes-Maritimes

Pierre-Marie Carayon

► **To cite this version:**

Pierre-Marie Carayon. Activité physique et cancer du sein : observation des pratiques des médecins généralistes et oncologues des Alpes-Maritimes. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02992516

HAL Id: dumas-02992516

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02992516>

Submitted on 6 Nov 2020

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 NICE SOPHIA-ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

THÈSE D'EXERCICE DE MÉDECINE EN VUE DE L'OBTENTION DU

DIPLÔME DE

DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Thèse présentée et soutenue publiquement le
Mercredi 30 Septembre
À Nice

Par Pierre-Marie CARAYON
Né le 28 Octobre 1987 à Montpellier (34)

**Activité physique et cancer du sein : observation des pratiques des
Médecins généralistes et Cancérologues des Alpes-Maritimes**

Président du Jury

Monsieur le Professeur Jean-Marc FERRERO

Assesseurs du Jury

Monsieur le Professeur Gilles GARDON

Madame la Professeur Brigitte MONNIER

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Alexander FALK

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1^{er} septembre 2020

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie
Recherche
Étudiants

Pr. ALUNNI Véronique
Pr. DELLAMONICA jean
M. JOUAN Robin

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE

Danièle Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

| | | |
|-----|-----------------------------|--|
| M. | BAQUE Patrick | Anatomie - Chirurgie Générale (42.01) |
| M. | BERNARDIN Gilles | Réanimation Médicale (48.02) |
| Mme | BLANC-PEDEUTOUR Florence | Cancérologie – Génétique (47.02) |
| M. | BOILEAU Pascal | Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02) |
| M. | DARCOURT Jacques | Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01) |
| M. | DRICI Milou-Daniel | Pharmacologie Clinique (48.03) |
| M. | ESNAULT Vincent | Néphrologie (52-03) |
| M. | GILSON Éric | Biologie Cellulaire (44.03) |
| M. | GUGENHEIM Jean | Chirurgie Digestive (52.02) |
| M. | HASSEN KHODJA Reda | Chirurgie Vasculaire (51.04) |
| M. | HÉBUTERNE Xavier | Nutrition (44.04) |
| M. | HOFMAN Paul | Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03) |
| Mme | ICHAÏ Carole | Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01) |
| M. | LACOUR Jean-Philippe | Dermato-Vénéréologie (50.03) |
| M. | LEFTHERIOTIS Georges | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04) |
| M. | MARQUETTE Charles-Hugo | Pneumologie (51.01) |
| M. | MARTY Pierre | Parasitologie et Mycologie (45.02) |
| M. | MICHIELS Jean-François | Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03) |
| M. | MOUNIER Nicolas | Cancérologie, Radiothérapie (47.02) |
| M. | MOUROUX Jérôme | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03) |
| M. | PADOVANI Bernard | Radiologie et Imagerie Médicale (43.02) |
| Mme | PAQUIS Véronique | Génétique (47.04) |
| M. | PAQUIS Philippe | Neurochirurgie (49.02) |
| M. | PRADIER Christian | Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01) |
| M. | QUATREHOMME Gérald | Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03) |
| M. | RAUCOULES-AIMÉ Marc | Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01) |
| M. | ROBERT Philippe | Psychiatrie d'Adultes (49.03) |
| M. | SCHNEIDER Stéphane | Nutrition (44.04) |
| M. | TRAN Albert | Hépatogastro-entérologie (52.01) |

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

| | | |
|-----|------------------------------|--|
| Mme | ASKENAZY-GITTARD Florence | Pédopsychiatrie (49.04) |
| M. | BARRANGER Emmanuel | Gynécologie Obstétrique (54.03) |
| M. | BÉRARD Étienne | Pédiatrie (54.01) |
| M. | BONGAIN André | Gynécologie-Obstétrique (54.03) |
| Mme | BREUIL Véronique | Rhumatologie (50.01) |
| M. | CASTILLO Laurent | O.R.L. (55.01) |
| M. | CHEVALLIER Patrick | Radiologie et Imagerie Médicale (43.02) |
| M. | DE PERETTI Fernand | Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01) |
| M. | FERRARI Émile | Cardiologie (51.02) |
| M. | FERRERO Jean-Marc | Cancérologie ; Radiothérapie (47.02) |
| M. | FONTAINE Denys | Neurochirurgie (49.02) |
| M. | GUÉRIN Olivier | Méd. In ; Gériatrie (53.01) |
| M. | HANNOUN-LEVI Jean- Michel | Cancérologie ; Radiothérapie (47.02) |
| M | JEAN BAPTISTE Elixène | Chirurgie vasculaire (51.04) |
| M. | LEVRAUT Jacques | Médecine d'urgence (48.05) |
| M. | LONJON Michel | Neurochirurgie (49.02) |
| M. | PASSERON Thierry | Dermato-Vénérologie (50-03) |
| M. | PICHE Thierry | Gastro-entérologie (52.01) |
| Mme | RAYNAUD Dominique | Hématologie (47.01) |
| M. | ROUX Christian | rhumatologie (50.01) |
| M. | ROSENTHAL Éric | Médecine Interne (53.01) |
| M. | STACCINI Pascal | Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04) |
| M. | THOMAS Pierre | Neurologie (49.01) |
| M. | TROJANI Christophe | Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02) |

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

| | | |
|-----|---------------------------|--|
| Mme | ALUNNI Véronique | Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03) |
| M. | ANTY Rodolphe | Gastro-entérologie (52.01) |
| M. | BAHADORAN Philippe | Cytologie et Histologie (42.02) |
| Mme | BAILLIF Stéphanie | Ophthalmologie (55.02) |
| Mme | BANNWARTH Sylvie | Génétique (47.04) |
| M. | BENIZRI Emmanuel | Chirurgie Générale (53.02) |
| M. | BENOIT Michel | Psychiatrie (49.03) |
| M. | BERTHET Jean-Philippe | Chirurgie Thoracique (51-03) |
| M. | BOZEC Alexandre | ORL- Cancérologie (47.02) |
| M. | BREAUD Jean | Chirurgie Infantile (54-02) |
| M. | BRONSARD Nicolas | Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01) |
| Mme | BUREL-VANDENBOS Fanny | Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03) |
| M. | CHEVALIER Nicolas | Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04) |
| Mme | CHINETTI Giulia | Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01) |
| M. | CLUZEAU Thomas | Hématologie (47.01) |
| M. | DELLAMONICA Jean | réanimation médicale (48.02) |
| M. | DELOTTE Jérôme | Gynécologie-obstétrique (54.03) |
| Mme | ESTRAN-POMARES Christelle | Parasitologie et mycologie (45.02) |
| M | FAVRE Guillaume | Néphrologie (44-02) |
| M. | FOURNIER Jean-Paul | Thérapeutique (48-04) |
| Mme | GIORDANENGO Valérie | Bactériologie-Virologie (45.01) |
| Mme | GIOVANNINI-CHAMI Lisa | Pédiatrie (54.01) |
| M. | IANNELLI Antonio | Chirurgie Digestive (52.02) |
| M. | ILIE Marius | Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03) |
| M. | ORBAN Jean-Christophe | Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01) |
| M. | ROHRLICH Pierre | Pédiatrie (54.01) |
| M. | RUIMY Raymond | Bactériologie-virologie (45.01) |
| Mme | SACCONI Sabrina | Neurologie (49.01) |
| Mme | SEITZ-POLSKI barbara | Immunologie (47.03) |
| M. | VANBIERVLIET Geoffroy | Gastro-entérologie (52.01) |

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | | |
|-----|-----------------------------|---|
| M. | AMBROSETTI Damien | Cytologie et Histologie (42.02) |
| Mme | BERNARD-POMIER Ghislaine | Immunologie (47.03) |
| M. | CAMUZARD Olivier | Chirurgie Plastique (50-04) |
| Mme | CONTENTI-LIPRANDI Julie | Médecine d'urgence (48-04) |
| M. | DOGLIO Alain | Bactériologie-Virologie (45.01) |
| M. | DOYEN Jérôme | Radiothérapie (47.02) |
| M. | FOSSE Thierry | Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01) |
| M. | GARRAFFO Rodolphe | Pharmacologie Fondamentale (48.03) |
| Mme | HINAULT Charlotte | Biochimie et biologie moléculaire (44.01) |
| M. | HUMBERT Olivier | Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01) |
| Mme | LAMY Brigitte | Bactériologie-virologie (45.01) |
| Mme | LONG-MIRA Elodie | Cytologie et Histologie (42.02) |
| M. | LOTTE Romain | Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01) |
| Mme | MAGNIÉ Marie-Noëlle | Physiologie (44.02) |
| M. | MASSALOU Damien | Chirurgie Viscérale (52-02) |
| Mme | MOCERI Pamela | Cardiologie (51.02) |
| M. | MONTAUDIE Henri | Dermatologie (50.03) |
| Mme | MUSSO-LASSALLE Sandra | Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03) |
| M. | NAÏMI Mourad | Biochimie et Biologie moléculaire (44.01) |
| M. | SAVOLDELLI Charles | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03) |
| M. | SQUARA Fabien | Cardiologie (51.02) |
| M. | TESTA Jean | Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01) |
| Mme | THUMMLER Susanne | Pédopsychiatrie (49-04) |
| M. | TOULON Pierre | Hématologie et Transfusion (47.01) |
| M. | TRAN Antoine | |

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)
M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)
M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS HONORAIRES

| | |
|--------------------------|---------------------------|
| M. AMIEL Jean | M. GÉRARD Jean-Pierre |
| M. ALBERTINI Marc | M. GIBELIN Pierre |
| M. BALAS Daniel | M. GILLET Jean-Yves |
| M. BATT Michel | M. GRELLIER Patrick |
| M. BLAIVE Bruno | M. GRIMAUD Dominique |
| M. BOQUET Patrice | M. HOFLIGER Philippe |
| M. BOURGEON André | M. JOURDAN Jacques |
| M. BOUTTÉ Patrick | M. LAMBERT Jean-Claude |
| M. BRUNETON Jean-Noël | M. LAZDUNSKI Michel |
| Mme BUSSIERE Françoise | M. LEFEBVRE Jean-Claude |
| M. CAMOUS Jean-Pierre | M. LE FICHOUX Yves |
| M. CANIVET Bertrand | Mme LEBRETON Elisabeth |
| M. CASSUTO Jill-patrice | M. MARIANI Roger |
| M. CHATEL Marcel | M. MASSEYEFF René |
| M. COUSSEMENT Alain | M. MATTEI Mathieu |
| Mme CRENESSE Dominique | M. MOUIEL Jean |
| M. DAR COURT Guy | Mme MYQUEL Martine |
| M. DELLAMONICA Pierre | M. ORTONNE Jean-Paul |
| M. DELMONT Jean | M. PRINGUEY Dominique |
| M. DEMARD François | M. SANTINI Joseph |
| M. DESNUELLE Claude | M. SAUTRON Jean Baptiste |
| M. DOLISI Claude | M. SCHNEIDER Maurice |
| Mme EULLER-ZIEGLER Liana | M. THYSS Antoine |
| M. FENICHEL Patrick | M. TOUBOL Jacques |
| M. FUZIBET Jean-Gabriel | M. TRAN Dinh Khiem |
| M. FRANCO Alain | M. VAN OBBERGHEN Emmanuel |
| M. FREYCHET Pierre | |
| M. GASTAUD Pierre | |

MAITRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉ HONORAIRES

| | |
|-----------------------------|------------------------|
| M. ARNOLD Jacques | M. GIUDICELLI Jean |
| M. BASTERIS Bernard | M. MAGNÉ Jacques |
| M. BENOLIEL José | Mme MEMRAN Nadine |
| Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie | M. MENGUAL Raymond |
| Mme DONZEAU Michèle | M. PHILIP Patrick |
| M. EMILIOZZI Roméo | M. POIRÉE Jean-Claude |
| M. FRANKEN Philippe | Mme ROURE Marie-Claire |
| M. GASTAUD Marcel | |

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

| | | |
|-----|------------------------------|--|
| M. | BERTRAND François | Médecine Interne |
| M. | BROCKER Patrice | Médecine Interne Option Gériatrie |
| M. | CHEVALLIER Daniel | Urologie |
| Mme | FOURNIER-MEHOUAS Manuella | Médecine Physique et Réadaptation |
| M. | JAMBOU Patrick | Coordination prélèvements d'organes |
| M. | LEBOEUF Mathieu | gynécologie- obstétrique |
| Mme | NADEAU Geneviève | uro-gynécologie |
| M. | ODIN Guillaume | Chirurgie maxilo-faciale |
| M. | PEYRADE Frédéric | Onco-Hématologie |
| M. | PICCARD Bertrand | Psychiatrie |
| M. | QUARANTA Jean-François | Santé Publique |

SOMMAIRE

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUCTION..... | 11 |
| 2 | MATERIEL ET METHODES..... | 13 |
| 2.1 | POPULATION DE L'ETUDE | 13 |
| 2.2 | PLAN DE L'ETUDE | 13 |
| 3 | RESULTATS..... | 14 |
| 3.1 | CARACTERISTIQUES DES PROFESSIONNELS | 14 |
| 3.2 | CONNAISSANCES SUR L'ACTIVITE PHYSIQUE DANS LE CANCER DU SEIN..... | 15 |
| 3.3 | PROMOTION DE L'ACTIVITE PHYSIQUE DANS LE CANCER DU SEIN. | 16 |
| 3.4 | BARRIERES PERÇUES | 16 |
| 4 | DISCUSSION | 17 |
| 5 | CONCLUSION..... | 19 |
| 6 | BIBLIOGRAPHIE ET ANNEXES..... | 20 |
| 7 | RESUME | 30 |
| 8 | Liste des abréviations..... | 32 |

1 Introduction

Le cancer du sein est la première étiologie et première cause de décès par cancer chez les femmes en France avec 58 459 nouveaux cas en 2018.[1], [2] Le dépistage précoce et l'amélioration des traitements disponibles a permis une diminution du taux de mortalité de -1,3% par an en moyenne de 1995 à 2018.[1], [2]

L'association entre activité physique et prévention primaire du cancer du sein est étudiée dans les années quatre-vingt-dix, suggérant un rôle protecteur[3]. La prise de poids et l'obésité étant considérés comme facteurs péjoratifs, les premières études épidémiologiques évaluant l'activité physique en prévention secondaire et tertiaire du cancer du sein apparaissent dans les années deux-milles[4]–[10].

Les hormones sexuelles, particulièrement l'oestradiol, ont un effet prolifératif sur les cellules tumorales, notamment celles des cancers hormono-dépendants qui expriment des récepteurs à l'oestrogène et à la progestérone. Cela explique le bénéfice des traitements anti-oestrogéniques pour les cancers hormonodépendants. La pratique d'une activité physique tend à en diminuer les taux circulants, mais altère également l'aromatisation des œstrogènes en oestradiol par l'androstenedione en diminuant la masse graisseuse[11], [12]. Des études récentes ont montré une amélioration significative des données anthropométriques avec diminution du tour de taille et du taux d'insulinémie à jeun chez les femmes obèses atteintes de cancer du sein, ayant participé à un programme d'activité physique de seize semaines[13]–[15].

Parmi les données issues de la littérature, une méta-analyse d'enquêtes épidémiologiques montre un bénéfice de l'activité physique sur le risque de mortalité toutes causes confondues, avec une diminution de 41% de la mortalité[16] après un cancer du sein. Concernant le risque de mortalité par cancer du sein, Holmes et al. dans une enquête observationnelle prospective ont montré qu'une diminution de 34% était observée avec un effet dose évalué à une activité minimum de 9 MET-h/semaines.[6] Le terme MET est utilisé pour quantifier l'intensité d'une activité physique en fonction de son coût métabolique. En comparaison, 1 MET correspond à l'énergie dépensée en étant assis au repos, 3 METs correspond à une activité physique légère comme la marche lente et une activité supérieure à 6 MET est associée à une activité physique modérée comme le cyclisme à un rythme soutenu. Le taux de survie des patientes pratiquant une activité physique égale ou supérieure à 9 MET-h/semaine était de 92% contre 86% pour une activité inférieure à 3 MET-h par semaine soit une amélioration de 6%.[6]

Le risque de récurrence de cancer du sein pour les patientes pratiquant une activité physique modérée à intense était également diminué de 34% [16].

Les principaux traitements liés au cancer sont responsables de nombreux effets secondaires tel que nausées, asthénie, lymphœdème, altérant significativement la qualité de vie des patientes[17]. Les essais interventionnels ont mis en évidence une amélioration significative des paramètres psychologiques et la qualité de vie de ces patientes avec un effet dose à douze MET-h par semaine[18], [19]. Malgré un bénéfice

évident, seule une faible proportion de patientes en cours de traitement déclarent effectuer une activité physique modérée régulière[20].

En France, la synthèse publiée par l'institut national du cancer recommande la participation à un programme d'activité physique adapté[21]. Sans identifier le professionnel concerné, il est recommandé d'évaluer les capacités individuelles et les éventuelles contre-indications des patients à la pratique sportive. L'intérêt est d'adopter une démarche progressive pour atteindre un niveau d'activité physique minimum de 30 minutes d'activité cardio-respiratoire modérée à élever cinq jours par semaine ainsi que deux séances de renforcement musculaire. Néanmoins 50% des patients déclarent des limitations dans leur activité physique cinq ans après le diagnostic de cancer[22] et on estime que 50 à 75% des patients n'atteignent pas les recommandations de l'OMS[23] concernant la pratique d'une activité sportive.

Les connaissances des professionnels concernés sur l'activité physique ne semblent pas en limiter la promotion. Parmi les moyens disponibles et depuis le 26 Janvier 2016, la loi de modernisation du système de santé introduit la notion de prescription d'activité physique chez les patients atteints d'une affection de longue durée. Un essai randomisé réalisé en Espagne met en évidence un accroissement de l'AP pratiquée par les patientes, correspondant à 18 minutes par semaine d'exercice supplémentaire pour les patientes ayant reçu une prescription.[24] La rédaction d'une ordonnance d'activité physique permettrait d'accroître l'AP pratiquée et une meilleure adhésion au programme. Néanmoins la prescription du sport sur ordonnance semble limitée. Une étude Canadienne[25] a montré que 15,8% des médecins généralistes rédigent une ordonnance écrite d'activité physique. En France, l'interrogation de quatre-vingt médecins généralistes a montré que 8% d'entre eux rédigeaient une ordonnance écrite alors que 32% d'entre eux étaient prêts à le faire[26].

Les barrières principales à l'adhésion des patients à un programme d'activité physique sont principalement liées aux comorbidités et effets secondaires des différents traitements, peut être aussi au défaut d'information sur le bénéfice. Néanmoins, l'éducation dispensée par un professionnel de santé semble jouer un rôle primordial[27]. Malgré le bénéfice attendu en matière de qualité de vie et de bénéfice clinique pour les patientes atteintes de cancer du sein, la promotion de cette dernière semble rencontrer certains obstacles. L'objectif de cette étude est d'observer les pratiques des professionnels impliqués dans le cancer du sein vis à vis de leurs patientes et d'en évaluer les barrières potentielles pour les praticiens.

2 Matériel et Méthodes

2.1 Population de l'étude

L'étude était conduite auprès de 135 Médecins généralistes et 25 cancérologues des Alpes-Maritimes. Les médecins généralistes interrogés ont été répertoriés par le biais de l'annuaire AMELI et incluait les médecins inscrits au conseil de l'ordre des Alpes-Maritimes exerçant une activité libérale ou mixte. Les médecins cancérologues ont été contactés par le biais d'une base de donnée interne au Centre Antoine Lacassagne de Nice et incluait des médecins exerçant la spécialité d'oncologie médicale ou d'oncologie - radiothérapie. L'éligibilité des participants était déterminée par l'exercice de la médecine, étaient exclus les étudiants ou praticiens à la retraite et les praticiens ne déclarant pas suivre de patientes atteintes de cancer du sein.

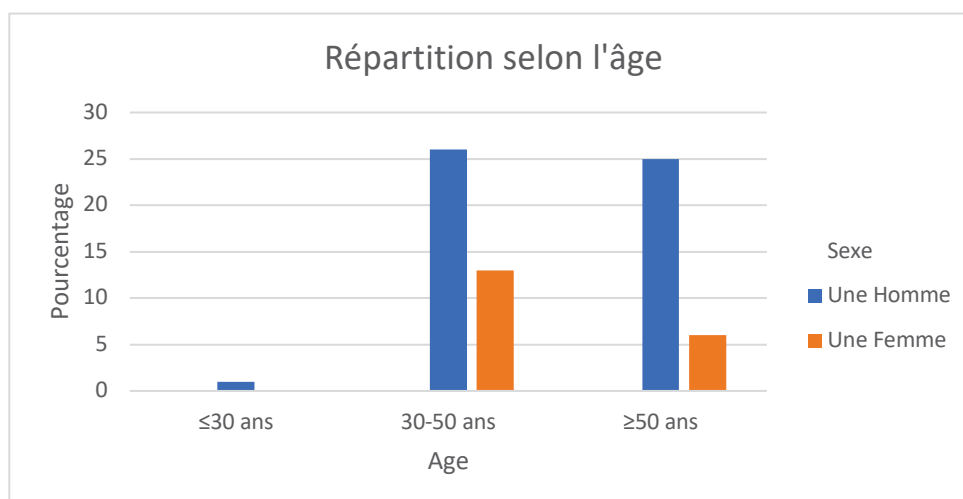
2.2 Plan de l'étude

Cette étude était réalisée suivant une méthode observationnelle transversale descriptive. A cet effet, une enquête déclarative sous forme de questionnaire anonyme était envoyée électroniquement aux praticiens concernés durant 5 mois (Décembre 2019 à Mars 2020). Les Médecins généralistes étaient contactés par l'intermédiaire de l'annuaire AMELI recensant les médecins généralistes libéraux installés dans les Alpes-Maritimes. Les praticiens étaient contactés directement par téléphone, une explication était donnée sur l'objectif de l'étude et les modalités de réponse. Après un accord de participation oral et le recueil de leur adresse email, un email leur était envoyé expliquant l'étude et garantissant l'anonymat des réponses. Les médecins ayant une activité de sénologie oncologique ont été contactés via une mailing liste interne au centre Antoine Lacassagne de Nice. Un email de rappel a été renvoyé 15 jours après le premier contact.

Le questionnaire a été élaboré via Google FORMS à partir d'une revue de la littérature retenant deux études épidémiologiques[25], [28] ,puis traduit en Français. (**Annexe 1**) Les réponses issues d'un questionnaire qualitatif ont été quantifiées à l'aide de réponses fermées. Le questionnaire comportait 4 parties distinctes, la première visant à recueillir les caractéristiques sociodémographiques des participants et leur mode d'exercice. La seconde partie visait à évaluer les connaissances des praticiens sur les bénéfices de l'activité physique dans le cancer du sein, élaborée à partir de postulats issus d'études épidémiologiques et interventionnelles . La troisième partie recueillait le comportement des praticiens vis à vis de leurs patients. La dernière partie du questionnaire concernait les barrières habituellement rencontrées en pratique, issus d'études qualitatives. L'objectif de cette étude est d'évaluer la promotion de l'activité physique dans le cancer du sein chez les médecins généralistes et cancérologues des Alpes-Maritimes.

3 Résultats

3.1 Caractéristiques des professionnels



Notre population comportait 52 hommes (73%) pour 19 Femmes (27%). 1 répondant était âgé de moins de 30ans, 39 répondants (55%) de 30 à 50 ans et 31 répondants (44%) avaient 50 ans ou plus. La population des hommes âgés de 30 à 50ans était la plus représentée (36%). Parmi les praticiens, 10 (14,1%) exerçaient la Cancérologie et 61 (86%) exerçaient la Médecine Générale. Soixante six pourcents des professionnels déclaraient exercer en cabinet de groupe, représentés uniquement par des Médecins Généraliste.

La totalité des oncologues (n=10) interrogés exerçaient une activité institutionnelle (hôpital ou clinique) . Parmi les Médecins généralistes, seuls 17 (27,9%) d'entre eux déclaraient exercer en institution. La majorité des répondants étaient en exercice depuis moins de 10ans, 37,7% (n=23) des Médecins généralistes et 40% (n=4) des oncologues.

3.2 Connaissances sur l'activité physique dans le cancer du sein

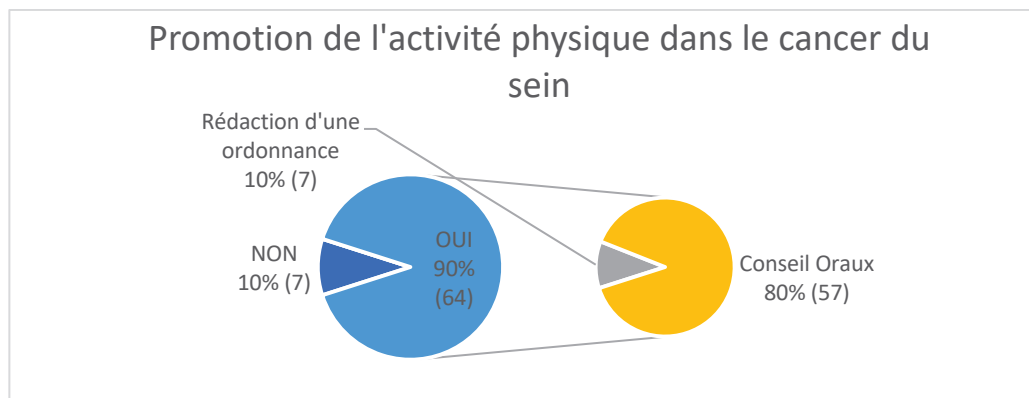
Aux questions : « l'activité physique améliore les paramètres psychologiques » et « l'activité physique participe au contrôle du poids », 59 (96,7%) des Médecins généralistes interrogés ont répondu positivement. Concernant la diminution du risque de récurrence et de mortalité par cancer du sein, 36 (59%) et 30 (49,2%) ont répondu positivement. En effet 8 médecins (13,1%) ne pensent pas que l'AP diminue le risque de récurrence du cancer du sein et 24 (39%) ont répondu « je ne sais pas » concernant le bénéfice de l'AP sur la mortalité par cancer du sein.

Parmi les oncologues interrogés, 10 (100%) pensent que l'activité physique améliore les paramètres psychologiques dans le cancer du sein et qu'elle participe au contrôle du poids.

Tableau 1 : Connaissances sur l'activité physique par spécialité

| | | Médecine Générale | | Cancérologie | |
|---|----------------|-------------------|------|--------------|-----|
| | | N | % | N | % |
| Amélioration des paramètres psychologiques | OUI | 59 | 96,7 | 10 | 100 |
| | NON | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Je ne sais pas | 2 | 3,3 | 0 | 0 |
| Participe au contrôle du poids | OUI | 59 | 96,7 | 10 | 100 |
| | NON | 2 | 3,3 | 0 | 0 |
| | Je ne sais pas | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Diminution du risque de récurrence de cancer du sein | OUI | 36 | 59,0 | 8 | 80 |
| | NON | 8 | 13,1 | 0 | 0 |
| | Je ne sais pas | 17 | 27,9 | 2 | 20 |
| Diminution de la mortalité par cancer du sein | OUI | 30 | 49,2 | 7 | 70 |
| | NON | 7 | 11,5 | 0 | 0 |
| | Je ne sais pas | 24 | 39 | 3 | 30 |

3.3 Promotion de l'activité physique dans le cancer du sein.



Au total, 90,1% (n=64) des médecins interrogés encouragent leurs patientes atteintes de cancer du sein à pratiquer une activité physique. Parmi ces médecins, seul 10%(n=7) d'entre eux rédigent une ordonnance écrite d'activité physique et 80% (n=57) prodiguent leurs conseils à l'oral.

3.4 Barrières perçues

Parmi les Médecins généralistes, 36,7%(n=22) d'entre eux considèrent que l'AP n'est pas une priorité dans le plan de soin et 31,1%(n=19) que le temps de consultation n'est pas suffisant pour promouvoir l'activité physique. Soixante dix-huit pourcents (n=48) considèrent avoir suffisamment de connaissances sur le sujet. L'état de santé des patientes et les effets secondaires des traitements ne semblent pas être un frein à la pratique d'AP pour les praticiens 83,6%(n=51) et 88,5%(n=54).

Les cancérologues interrogés ont majoritairement répondu négativement aux barrières énoncées. En effet, 90%(n=9) d'entre eux considèrent avoir suffisamment de connaissances pour promouvoir l'AP. 70%(n=7) considèrent que l'AP est une priorité dans le plan de soin. 80%(n=8) pensent avoir suffisamment de temps durant une consultation et pensent être l'intervenant approprié pour promouvoir l'AP. Concernant l'état de santé des patientes, 100%(n=10) estiment qu'il ne constitue pas une barrière à la pratique d'AP et 90%(n=9) considèrent que les effets secondaires des traitements n'entrave pas l'AP.

Tableau 2 : Barrières perçues par spécialité

| | Médecins Généralistes N=61 | | Cancérologues N=10 | |
|--|-------------------------------|-------------|-----------------------|-------------|
| | OUI %(N) | NON %(N) | OUI %(N) | NON %(N) |
| Connaissances insuffisantes | 21,3 (13) | 78,7(48) | 10(1) | 90(9) |
| L'AP n'est pas une priorité dans le plan de soin | 36,7(22) | 63,3(38) | 30(3) | 70(7) |
| Temps de consultation insuffisant | 31,1(19) | 68,9(42) | 20(2) | 80(8) |
| Mauvais intervenant | 19,7(12) | 80,3(49) | 20(2) | 80(8) |
| Etat de santé et comorbidités des patientes | 16,4(10) | 83,6(51) | 0(0) | 100(10) |
| Effets secondaires des traitements | 11,5(7) | 88,5(54) | 10(1) | 90(9) |

4 Discussion

Les médecins généralistes jouent un rôle primordial vis à vis du conseil et de l'adhésion des patients à un programme d'activité physique. Dans le cadre de pathologies chroniques impliquant de multiples professionnels dans la prise en charge, l'importance des conseils prodigués par un spécialiste en cancérologie peut s'avérer bénéfique à l'adhésion des patientes[27]. L'objectif principal de cette étude était d'observer les pratiques des médecins généralistes et cancérologues des Alpes-Maritimes dans la promotion de l'activité physique chez les patientes atteintes de cancer du sein. L'objectif secondaire était d'observer les barrières potentielles ressenties par les praticiens. La grande majorité des praticiens interrogés encourageaient leurs patientes à adhérer à un programme d'AP, 9 médecins sur 10 prodiguaient des conseils à leur patientes mais un seul d'entre eux rédigeait une ordonnance écrite d'activité physique. Compte tenu de l'importance d'une prescription d'AP concernant l'adhésion et la participation des patients, cette observation suggère une opportunité d'amélioration des pratiques des professionnels.

Trois limites potentielles à cette pratique se distinguaient. 36,7%% des médecins généralistes interrogés considéraient que l'AP n'est pas une priorité dans le plan de soin et 30,1% que le temps consacré à une consultation est insuffisant. Parmi les médecins oncologues, 30% considéraient que la pratique d'une AP

n'est pas une priorité dans le plan de soin et 20% d'entre eux que le temps imparti à une consultation n'est pas suffisant. 20% d'entre eux considéraient également ne pas être l'interlocuteur de choix pour promouvoir l'AP.

Les données issues de la littérature démontrent un accroissement de l'intérêt des praticiens dans la promotion de l'AP. Les résultats obtenus dans notre enquête sont proches de ceux obtenus par l'étude Canadienne de Petrella et al. publiée en 2007[29] menée sur 13166 médecins généralistes pour laquelle 69,8% des praticiens déclaraient promouvoir oralement l'AP. 90% des praticiens de notre étude ont répondu promouvoir l'AP. Cette proportion de praticiens concernés par la promotion de l'AP est retrouvée en Espagne [30] où 70% des 376 médecins interrogés ont répondu positivement. Depuis le 26 Janvier 2016, la loi de modernisation du système de santé introduit la notion de prescription d'activité physique chez les patients atteints d'une affection de longue durée. Concernant la prescription d'activité physique sur ordonnance, seulement 10% des praticiens déclaraient le pratiquer. A même échelle, cette étude menée auprès des médecins généralistes du Lens-Henin en France[26] montrait que 8% des 80 praticiens interrogés rédigeaient des ordonnances d'AP. Cette faible proportion est retrouvée à plus large échelle par Petrella et al. [29], décrivant une implication de seulement 15,8% des médecins généralistes Canadiens dans la rédaction d'ordonnances d'AP. La promotion et prescription d'activité physique rencontre certains obstacles décrits par Abramson et al.[31] et Walsh et al.[32] comme un défaut de temps disponible lors de consultations et un manque de connaissances et d'outils nécessaires à l'élaboration d'une ordonnance d'AP. En comparaison, 31% des médecins généralistes considéraient ne pas avoir suffisamment de temps lors d'une consultation pour promouvoir l'AP tandis que 21,3% d'entre eux estimaient ne pas avoir suffisamment de connaissances. 20% des spécialistes en oncologie considéraient ne pas avoir suffisamment de temps.

Une des limites de notre étude concernait l'élaboration de l'échantillon initial. En effet les médecins généralistes ont été contactés via l'annuaire AMELI et par l'intermédiaire d'un listing de maîtres de stage universitaires. Il ne nous a pas été possible d'obtenir de listing de la part des instances ordinales ou régionales par respect de la confidentialité des praticiens et par le faible taux de réponse généralement attendu lors de la diffusion de ce type d'enquête. Malgré un taux de réponse de 44%, la puissance de l'étude reste limitée. L'élaboration du questionnaire a été réalisée à partir d'une revue de la littérature et deux études qualitatives ont été retenues. Les barrières potentiellement ressenties par les praticiens ont été sélectionnées parmi les plus fréquemment rencontrées (certains professionnels déclaraient avoir oublier d'aborder l'activité physique lors de consultations ou un manque de financements disponible) et constituent donc une liste exhaustive. De plus, la formulation du questionnaire et plus particulièrement l'énoncé négatif des barrières perçues peut avoir induit une confusion des lecteurs.

La population de notre étude comportait un échantillon varié de médecins généralistes et oncologues. D'après les instances ordinales, l'âge moyen des médecins généralistes en France en 2018 était de 51 ans. La majorité des praticiens interrogés lors de notre étude exerçaient depuis moins de 10 ans et étaient âgés de moins de cinquante ans, ce qui pourrait limiter la représentativité de notre échantillon. De plus l'intérêt de cibler les

praticiens des Alpes-Maritimes nous a permis d'avoir un fort taux de participation mais n'observe pas les pratiques des praticiens Français, qui pourraient différer selon les régions.

Parmi les barrières énoncées par les professionnels, le manque de connaissances ne semble pas être un frein à cette pratique. Plusieurs améliorations sont envisageables afin d'éviter les barrières ressenties par les praticiens. Un outil d'aide à la prescription sportive permettrait de réduire le temps consacré par le professionnel à la promotion de l'AP. L'application medicosport-santé (annexe 2) recense les différents groupes d'activités praticables par les patients et les quantités à prescrire par pathologie en fonction du degré de sévérité de celle-ci.

De même l'organisation de formations dans le cadre de développements professionnels continus dédiées à la prescription d'activité physique sensibiliserait les praticiens à cette pratique. Les futures études étudiant l'intervention des médecins généralistes ou spécialistes en oncologie dans la promotion de l'activité physique devraient inclure des outils standardisés et validés afin d'en déterminer l'efficacité sur l'adhésion des patients.

5 Conclusion

Le cancer du sein représente la première cause de cancer chez la femme avec 58 459 nouveaux cas en 2018. Les campagnes de dépistage et l'amélioration des thérapeutiques ont permis de réduire le taux de mortalité ces dix dernières années. L'activité physique en tant que thérapeutique non médicamenteuse dans le cancer du sein constitue une réelle opportunité en terme de bénéfice clinique, d'amélioration des paramètres psychologiques et d'adhésion des patientes aux traitements.

Notre étude met en évidence un intérêt certain de la part des professionnels impliqués dans la promotion de l'activité physique. Les connaissances en terme de bénéfice attendu ne limitent pas cette pratique. Néanmoins, seule une faible proportion d'entre eux déclarent rédiger une ordonnance d'AP. Cette pratique permettrait de renforcer l'opinion des patientes potentiellement réfractaires à pratiquer une activité physique régulière. Le médecin traitant joue le rôle de coordinateur dans le parcours de soin lié au cancer du sein et pourrait avoir un rôle primordial dans la promotion de l'activité physique. L'élaboration d'outils d'aide à la prescription permettrait de réduire le temps de consultation nécessaire à cette pratique. De plus, une consultation dédiée à l'AP permettrait de renforcer l'adhésion des patientes et de limiter le temps imparti lors d'une consultation de suivi .

6 Bibliographie et Annexes

- [1] “Cancer Today.” https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2018&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=250&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=0&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&type_multiple=%257B%2522inc%2522%253Atrue%252C%2522mort%2522%253Afalse%252C%2522prev%2522%253Afalse%257D&orientation=horizontal&type_sort=0&type_nb_items=%257B%2522top%2522%253Atrue%252C%2522bottom%2522%253Afalse%257D&population_group_globocan_id=# (accessed Jun. 19, 2019).
- [2] Q. Lanta, P. Arveux, and B. Asselain, “Épidémiologie et spécificités socioculturelles de la femme jeune atteinte de cancer du sein,” *Bulletin du Cancer*, vol. 106, no. 12, Supplement 1, pp. S4–S9, Dec. 2019, doi: 10.1016/S0007-4551(20)30041-2.
- [3] M. Ueji, E. Ueno, D. Osei-Hyiaman, H. Takahashi, and K. Kano, “Physical activity and the risk of breast cancer: a case-control study of Japanese women,” *J Epidemiol*, vol. 8, no. 2, pp. 116–122, Jun. 1998, doi: 10.2188/jea.8.116.
- [4] M. L. Irwin *et al.*, “Physical activity levels before and after a diagnosis of breast cancer: The Health, Eating, Activity, and Lifestyle (HEAL) Study,” *Cancer*, vol. 97, no. 7, pp. 1746–1757, Apr. 2003, doi: 10.1002/cncr.11227.
- [5] M. L. Irwin *et al.*, “Physical activity levels among breast cancer survivors,” *Med Sci Sports Exerc*, vol. 36, no. 9, pp. 1484–1491, Sep. 2004.
- [6] M. D. Holmes, W. Y. Chen, D. Feskanich, C. H. Kroenke, and G. A. Colditz, “Physical Activity and Survival After Breast Cancer Diagnosis,” *JAMA*, vol. 293, no. 20, pp. 2479–2486, May 2005, doi: 10.1001/jama.293.20.2479.
- [7] P. E. Abrahamson *et al.*, “Recreational physical activity and survival among young women with breast cancer,” *Cancer*, vol. 107, no. 8, pp. 1777–1785, Oct. 2006, doi: 10.1002/cncr.22201.
- [8] C. N. Holick *et al.*, “Physical Activity and Survival after Diagnosis of Invasive Breast Cancer,” *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, vol. 17, no. 2, pp. 379–386, Feb. 2008, doi: 10.1158/1055-9965.EPI-07-0771.
- [9] B. Sternfeld *et al.*, “Physical activity and risk of recurrence and mortality in breast cancer survivors: findings from the LACE study,” *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.*, vol. 18, no. 1, pp. 87–95, Jan. 2009, doi: 10.1158/1055-9965.EPI-08-0595.

- [10] X. Chen *et al.*, “Exercise after diagnosis of breast cancer in association with survival,” *Cancer Prev Res (Phila)*, vol. 4, no. 9, pp. 1409–1418, Sep. 2011, doi: 10.1158/1940-6207.CAPR-10-0355.
- [11] M.-F. Chan *et al.*, “Usual Physical Activity and Endogenous Sex Hormones in Postmenopausal Women: The European Prospective Investigation into Cancer–Norfolk Population Study,” *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, vol. 16, no. 5, pp. 900–905, May 2007, doi: 10.1158/1055-9965.EPI-06-0745.
- [12] K. Ennour-Idrissi, E. Maunsell, and C. Diorio, “Effect of physical activity on sex hormones in women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials,” *Breast Cancer Res.*, vol. 17, no. 1, p. 139, Nov. 2015, doi: 10.1186/s13058-015-0647-3.
- [13] A. McTiernan *et al.*, “Adiposity and sex hormones in postmenopausal breast cancer survivors,” *J. Clin. Oncol.*, vol. 21, no. 10, pp. 1961–1966, May 2003, doi: 10.1200/JCO.2003.07.057.
- [14] T. J. Key *et al.*, “Body mass index, serum sex hormones, and breast cancer risk in postmenopausal women,” *J. Natl. Cancer Inst.*, vol. 95, no. 16, pp. 1218–1226, Aug. 2003, doi: 10.1093/jnci/djg022.
- [15] J. A. Ligibel *et al.*, “Impact of a Mixed Strength and Endurance Exercise Intervention on Insulin Levels in Breast Cancer Survivors,” *Journal of Clinical Oncology*, Sep. 2016, doi: 10.1200/JCO.2007.12.7357.
- [16] E. M. Ibrahim and A. Al-Homaidh, “Physical activity and survival after breast cancer diagnosis: meta-analysis of published studies,” *Med. Oncol.*, vol. 28, no. 3, pp. 753–765, Sep. 2011, doi: 10.1007/s12032-010-9536-x.
- [17] M. Ewertz and A. B. Jensen, “Late effects of breast cancer treatment and potentials for rehabilitation,” *Acta Oncologica*, vol. 50, no. 2, pp. 187–193, Feb. 2011, doi: 10.3109/0284186X.2010.533190.
- [18] K. S. Courneya *et al.*, “Effects of Aerobic and Resistance Exercise in Breast Cancer Patients Receiving Adjuvant Chemotherapy: A Multicenter Randomized Controlled Trial,” *JCO*, vol. 25, no. 28, pp. 4396–4404, Oct. 2007, doi: 10.1200/JCO.2006.08.2024.
- [19] M. Carayol *et al.*, “Psychological effect of exercise in women with breast cancer receiving adjuvant therapy: what is the optimal dose needed?,” *Ann. Oncol.*, vol. 24, no. 2, pp. 291–300, Feb. 2013, doi: 10.1093/annonc/mds342.
- [20] S. Fernandez, J. Franklin, N. Amlani, C. DeMilleVille, D. Lawson, and J. Smith, “Physical activity and cancer: A cross-sectional study on the barriers and facilitators to exercise during cancer treatment,” *Can Oncol Nurs J*, vol. 25, no. 1, pp. 37–48, 2015, doi: 10.5737/236880762513742.
- [21] “Physical activity and cancer - A concise evidence review,” p. 29.

- [22] American College of Sports Medicine, D. Riebe, J. K. Ehrman, G. Liguori, and M. Magal, *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription*. 2018.
- [23] J. BOICHE *et al.*, *Activité Physique. Prévention et traitement des maladies chroniques*, Éditions EDP Sciences. 2019.
- [24] G. Grandes *et al.*, “Effectiveness of Physical Activity Advice and Prescription by Physicians in Routine Primary Care: A Cluster Randomized Trial,” *Arch Intern Med*, vol. 169, no. 7, pp. 694–701, Apr. 2009, doi: 10.1001/archinternmed.2009.23.
- [25] J. Smith-Turchyn, J. Richardson, R. Tozer, M. McNeely, and L. Thabane, “Physical Activity and Breast Cancer: A Qualitative Study on the Barriers to and Facilitators of Exercise Promotion from the Perspective of Health Care Professionals,” *Physiother Can*, vol. 68, no. 4, pp. 383–390, 2016, doi: 10.3138/ptc.2015-84.
- [26] N. PELLEGRIN, “Aide à la prescription d’activité physique : enquête auprès des médecins généralistes de la zone Lens-Hénin,” p. 133, 2014.
- [27] L. W. Jones, K. S. Courneya, A. S. Fairey, and J. R. Mackey, “Effects of an oncologist’s recommendation to exercise on self-reported exercise behavior in newly diagnosed breast cancer survivors: a single-blind, randomized controlled trial,” *Ann Behav Med*, vol. 28, no. 2, pp. 105–113, Oct. 2004, doi: 10.1207/s15324796abm2802_5.
- [28] D. A. Lawlor, “Increasing population levels of physical activity through primary care: GPs’ knowledge, attitudes and self-reported practice,” *Family Practice*, vol. 16, no. 3, pp. 250–254, Jun. 1999, doi: 10.1093/fampra/16.3.250.
- [29] R. J. Petrella, C. N. Lattanzio, and T. J. Overend, “Physical Activity Counseling and Prescription Among Canadian Primary Care Physicians,” *Arch Intern Med*, vol. 167, no. 16, pp. 1774–1781, Sep. 2007, doi: 10.1001/archinte.167.16.1774.
- [30] F. Douglas, N. Torrance, E. van Teijlingen, S. Meloni, and A. Kerr, “Primary care staff’s views and experiences related to routinely advising patients about physical activity. A questionnaire survey,” *BMC Public Health*, vol. 6, no. 1, p. 138, May 2006, doi: 10.1186/1471-2458-6-138.
- [31] S. Abramson, J. Stein, M. Schaufele, E. Frates, and S. Rogan, “Personal Exercise Habits and Counseling Practices of Primary Care Physicians: A National Survey,” *Clinical Journal of Sport Medicine*, vol. 10, no. 1, pp. 40–48, Jan. 2000.

[32] J. M. Walsh, D. M. Swangard, T. Davis, and S. J. McPhee, "Exercise counseling by primary care physicians in the era of managed care," *Am J Prev Med*, vol. 16, no. 4, pp. 307–313, May 1999, doi: 10.1016/s0749-3797(99)00021-5.

Annexe 1 : Questionnaire

Activité physique et cancer du sein

Caractéristiques socio-démographiques

1. Vous êtes:

Une seule réponse possible.

- Un Homme
 Une Femme

2. Vous avez:

Une seule réponse possible.

- ≤30 ans
 30-50 ans
 ≥50 ans

3. Exercez-vous en cabinet de groupe ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

4. Avez-vous une activité institutionnelle (hôpital/clinique) ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

5. Depuis combien d'années exercez-vous ?

Une seule réponse possible.

- <10
- 10-20
- 20-30
- >30

6. Suivez-vous des patientes atteintes de cancer du sein ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

7. Quelle spécialité exercez-vous ?

Une seule réponse possible.

- Cancérologie/Radiothérapie
- Médecine Générale

Activité physique et cancer du sein

8. Pensez-vous que l'activité physique améliore les paramètres psychologiques (fatigue, dépression, bien-être) ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

9. L'activité physique participe au contrôle du poids:

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

10. La pratique d'une activité physique régulière diminue le risque de récurrence de cancer du sein :

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

11. L'activité physique diminue le risque de mortalité par cancer du sein:

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Je ne sais pas

Pratiques Individuelles

12. J'encourage mes patientes atteintes de cancer du sein à la pratique d'une activité physique régulière:

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

13. Si OUI:

Une seule réponse possible.

- Je rédige une ordonnance écrite d'activité physique
- Je prodigue mes conseils à l'oral

Barrières Potentielles

14. Je ne possède pas suffisamment de connaissances sur l'activité physique pour en faire la promotion chez ces patientes:

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

15. L'activité physique ne me semble pas être une priorité dans le plan de soin:

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

16. Je n'ai pas le temps nécessaire à ce type de conseil durant une consultation:

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

17. Je ne pense pas être le professionnel adapté pour ce type de conseils.

Une seule réponse possible.

Oui

Non

18. L'état de santé et co-morbidités éventuelles de ces patientes ne me semble pas compatible avec la pratique d'une activité physique.

Une seule réponse possible.

Oui

Non

19. Les effets secondaires liés aux traitements par chimiothérapie/radiothérapie rendent impossible la pratique d'une activité physique.

Une seule réponse possible.

Oui

Non

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

Annexe 2 : Application Médicosport-Santé par VIDAL

Lien : <https://www.vidal.fr/infos-sport-medicosport-sante/>

Exemple : Pratique du Cyclisme, prescription dans le cancer du sein en prévention secondaire et tertiaire couplée avec un programme de renforcement musculaire.

Cyclisme :

Cancer du sein

| | |
|---------------------------------|---|
| Pratique | Rythme : 3 fois par semaine Adaptation : - mise en place dès le feu vert de l'équipe soignante, généralement à distance des soins - très progressive : 20 minutes d'endurance douce, à 50 % de la PMA, pour l'ensemble du corps, avec échauffements préalables - renforcement musculaire doux du corps 2 fois par semaine - obligatoirement encadrée et adaptée à la personne - une vigilance s'impose pour les cancers pelviens (du fait des frottements) |
| Objectifs thérapeutiques | Toutes pathologies <ul style="list-style-type: none">• Amélioration de la qualité de vie• Réduction de la fatigue Pathologies oncologiques et hématologiques <ul style="list-style-type: none">• Amélioration du fonctionnement ostéo-musculaire• Limitation de la prise de poids• Réduction des douleurs iatrogènes• Réduction du risque de récurrence de cancer traité• Réduction du risque de second cancer et de comorbidités Pathologies psychiatriques <ul style="list-style-type: none">• Amélioration de l'humeur |

Préparation physique générale :

Cancers

Niveau de sévérité : **1**, **2**, **3** [Info +](#)

Cancers (sein, colon, prostate, cancers hématologiques) : niveaux 1, 2 et 3 (selon le niveau de compétence de l'animateur)

| | |
|---------------------------------|---|
| Pratique | Rythme : 1 à 3 séances par semaine Durée : 60 minutes |
| Objectifs thérapeutiques | Toutes pathologies <ul style="list-style-type: none">• Réduction de la fatigue Pathologies oncologiques et hématologiques <ul style="list-style-type: none">• Amélioration des rétractions post-chirurgicales• Amélioration du drainage lymphatique• Réduction du risque de récurrence de cancer traité |

7 Résumé

Activité physique et cancer du sein : observation des pratiques des Médecins généralistes et oncologues des Alpes-Maritimes

Objectif : L'activité physique en tant que thérapeutique non médicamenteuse dans le cancer du sein constitue un enjeu majeur en terme de bénéfice clinique et d'amélioration des effets secondaires ressentis par les patientes. Cette étude était conduite dans l'intention d'observer les pratiques des professionnels des Alpes-Maritimes impliqués dans le cancer du sein et d'évaluer les barrières potentielles à la promotion de l'activité physique.

Méthode : Un questionnaire anonyme et informatisé a été utilisé. Les informations recueillies concernaient l'attitude des praticiens vis à vis de la promotion de l'activité physique, les connaissances sur les bénéfices de l'activité physique dans le cancer du sein, ainsi que les limites potentielles à une telle pratique.

Résultats : Parmi les 160 praticiens interrogés, 61 médecins généralistes et 10 oncologues ont répondu. La majorité des répondants étaient des hommes (73%) et étaient en exercice depuis moins de 10 ans (38%). Quarante-vingt dix pourcents des praticiens déclaraient conseiller la pratique d'activité physique à leur patientes. Parmi ces praticiens, seuls dix pourcents d'entre eux rédigeaient une ordonnance écrite. Les principales limites rencontrées par les professionnels étaient un manque de temps disponible durant les consultations (31,1% des médecins généralistes, 20% des spécialistes en oncologie) et l'importance accordée à l'activité physique dans le plan de soin (36,7% des médecins généralistes et 30% des oncologues considéraient que l'activité physique n'était pas une priorité).

Conclusion : Les professionnels des Alpes-Maritimes impliqués dans le cancer du sein semblent impliqués dans la promotion de l'activité physique. La majorité des praticiens déclaraient promouvoir l'activité physique, néanmoins une faible proportion d'entre eux s'impliquaient dans la rédaction d'une ordonnance écrite. Ceci constitue une opportunité d'amélioration des pratiques des professionnels et de renforcer l'adhésion des patientes aux programmes d'activité physique.

MOTS-CLES : activité physique – cancer du sein – prescription - prévention

Physical activity and breast cancer : a screening of General practitioners and Oncologists practices in Alpes-Maritimes.

Background: Physical activity as a non-medication intervention in breast cancer represents an opportunity to improve patients clinical benefits and treatments side-effects. General practitioners and oncologists can play a major role in physical activity promotion and patients behavior. The objective of this study was to observe professionals behaviors regarding physical activity promotion in breast cancer and evaluate the potentials barriers.

Method: An anonymous and computerized questionnaire was mailed to obtain detailed information about physicians behaviors regarding physical activity promotion, knowledge about physical activity benefits in breast cancer and potential barriers to counseling.

Results: Amongst 160 professionals, 61 General practitioners and 10 Oncologists responded. The majority of participants were males (73%) and were in practice for more than 10 years (38%). Ninety percent of physicians promoted physical activity to their patients. Amongst professionals, only ten percent were providing a written prescription of physical activity. The principal barriers for promoting physical activity were: the time during a consultation (31,1% of GPs and 20% of Oncologists) and the importance given to physical activity in patients care plan (36,7% of GPs and 30% of Oncologists)

Conclusion: Physicians from Alpes-Maritimes were involved in promoting physical activity to breast cancer patients. The majority of professionals declared promoting physical activity, however only a small proportion were involved in written prescriptions. This is an opportunity to improve physicians practices and support patients involvement in physical activity programs.

KEY-WORDS: physical activity – breast cancer – prescription - prevention

8 Liste des abréviations

AP: Activité physique

MET: Metabolic equivalent task

GP: General Practitioner