



HAL
open science

Le regard des patientes sur la prise en charge oncologique mammaire en Corse versus sur le continent

Delphine Pastacaldi Guglielmi

► **To cite this version:**

Delphine Pastacaldi Guglielmi. Le regard des patientes sur la prise en charge oncologique mammaire en Corse versus sur le continent. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04282035

HAL Id: dumas-04282035

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04282035>

Submitted on 13 Nov 2023

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.

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

Année 2023

THESE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Le regard des patientes sur la prise en charge oncologique mammaire
En Corse versus sur le Continent**

Présentée et soutenue publiquement le 27 octobre 2023 à 18 heures

A la Faculté de Médecine de Nice

Par Delphine PASTACALDI GUGLIELMI

Née le 16 octobre 1989 à Ajaccio

JURY

Président : Monsieur le Professeur Emmanuel BARRANGER

Assesseurs : Madame le Docteur Marion CHRETIEN

Madame le Docteur Laetitia JULIEN GRISOT RUTILY

Monsieur le Docteur Alfred PLATNIC

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Franck LEDUFF

Liste des enseignants



Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

Doyen

Pr. Jean DELLAMONICA

Vice-doyennes

Pédagogie

Pr. Véronique ALUNNI

Recherche

Pr. Barbara SEITZ-POLSKI

Relations internationales

Pr Fanny BUREL-VANDENBOS

Conservateur de la bibliothèque

Mme Danièle AMSELLE

Directrice administrative des services

Mme Isabelle CALLEA

Doyens Honoraires

M. Patrick RAMPAL

M. Daniel BENCHIMOL

M. Patrick BAQUÉ



Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Véronique	ALUNNI	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. Nicolas	AMORETTI	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M. Rodolphe	ANTY	Gastro-entérologie (52.01)
Mme Florence	ASKENAZY-GITTARD	Pédopsychiatrie (49.04)
M. Philippe	BAHADORAN	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme Stéphanie	BAILLIF	Ophthalmologie (55.02)
Mme Sylvie	BANNWARTH	Génétique (47.04)
M. Patrick	BAQUÉ	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M. Emmanuel	BARRANGER	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M. Emmanuel	BENIZRI	Chirurgie Générale (53.02)
M. Michel	BENOIT	Psychiatrie (49.03)
M. Gilles	BERNARDIN	Réanimation Médicale (48.02)
M. J-Philippe	BERTHET	Chirurgie Thoracique (51-03)
M. André	BONGAIN	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. Alexandre	BOZEC	ORL- Cancérologie (47.02)
M. Jean	BREAUD	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme Véronique	BREUIL	Rhumatologie (50.01)
M. Nicolas	BRONSARD	Anatomie Cher Ortho et Traumato (42.01)
M. Olivier	CAMUZARD	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme Fanny	BUREL-VANDENBOS	Anat. cytol. path. (42.03)
M. Michel	CARLES	Mal. infect. ; trop. (45.03)
M. Laurent	CASTILLO	O.R.L. (55.01)
M. Nicolas	CHEVALIER	Endo.diab.mal. métab (54.04)
M. Patrick	CHEVALLIER	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme Giulia	CHINETTI	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. Thomas	CLUZEAU	Hématologie (47.01)
M. Jacques	DARCOURT	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. David	DARMON	Médecine Générale (53,03)
M. Jean	DELLAMONICA	Réanimation médicale (48.02)
M. Jérôme	DELOTTE	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M. Jérôme	DOYEN	Radiothérapie (47.02)
M. Milou-Daniel	DRICI	Pharmacologie Clinique (48.03)
M. Matthieu	DURAND	Urologie (52.04)



Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Vincent	ESNAULT	Néphrologie (52-03)
Mme	Christelle	ESTRAN-POMARES	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	Guillaume	FAVRE	Physiologie (44.02)
M.	Emile	FERRARI	Cardiologie (51.02)
M.	J-Marc	FERRERO	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	Denys	FONTAINE	Neurochirurgie (49.02)
M.	J-Paul	FOURNIER	Thérapeutique (48-04)
M.	Eric	GILSON	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	Valérie	GIORDANENGO	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	Lisa	GIOVANNINI-CHAMI	Pédiatrie (54.01)
M.	Olivier	GUERIN	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	Nicolas	GUEVARA	Oto-Rhino-laryngologie (55.01)
M.	Jean	GUGENHEIM	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	J-Michel	HANNOUN-LEVI	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	Reda	HASSEN KHODJA	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	Xavier	HÉBUTERNE	Nutrition (44.04)
M.	Paul	HOFMAN	Anat. cytol. path. (42.03)
M.	Olivier	HUMBERT	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	Antonio	IANNELLI	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	Carole	ICHAÏ	Anesth. réa. (48.01)
M.	Marius	ILIÉ	Anat. cytol. path. (42.03)
M	Elixène	JEAN-BAPTISTE	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	Georges	LEFTHERIOTIS	Physiologie ; médecine vasculaire (51.04)
Mme	Sylvie	LEROY	Pneumologie-Addictologie (51.01)
M.	Jacques	LEVRAUT	Médecine d'urgence (48.05)
M.	Michel	LONJON	Neurochirurgie (49.02)



Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Charles	MARQUETTE	Pneumologie (51,01)
M.	J-François	MICHIELS	Anat. cytol. path. (42.03)
Mme	Pamela	MOCERI	Cardiologie (51.02)
M.	Henri	MONTAUDIÉ	Dermatologie (50.03)
M.	Nicolas	MOUNIER	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	J-Christophe	ORBAN	Anesth. réa. (48.01)
M.	Bernard	PADOVANI	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	Philippe	PAQUIS	Neurochirurgie (49.02)
Mme	Véronique	PAQUIS	Génétique (47.04)
M.	Thierry	PASSERON	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	Thierry	PICHE	Gastro-entérologie (52.01)
M.	Christian	PRADIER	Epid., éco. santé (46.01)
Mme	Virginie	RAMPAL	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	Pierre	ROHRLICH	Pédiatrie (54.01)
M.	Eric	ROSENTHAL	Médecine Interne (53.01)
M.	Christian	ROUX	Rhumatologie (50.01)
M.	Raymond	RUIMY	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	Sabrina	SACCONI	Neurologie (49.01)
Mme	Nirvana	SADAGHIANLOO	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	Stéphane	SCHNEIDER	Nutrition (44.04)
Mme	Barbara	SEITZ-POLSKI	Immunologie (47.03)
M.	Antoine	SICARD	Néphrologie (52.03)
M.	Pascal	STACCINI	Biostat. inf.méd. TC (46.04)
M.	Pierre	THOMAS	Neurologie (49.01)
M.	Albert	TRAN	Hépatogastro-entérologie (52.01)
M.	Geoffroy	VANBIERVLIT	Gastro-entérologie (52.01)



Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. Damien	AMBROSETTI	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme Caroline	BERNARDI	Médecine légale et droit de la Santé (46.03)
Mme Julie	BERNARDOR	Pédiatrie (54.01)
Mme Ghislaine	BERNARD-POMIER	Immunologie (47.03)
Mme Tiphanie	BOUCHEZ	Médecine Générale (53.03)
Mme Julie	CONTENTI-LIPRANDI	Médecine d'urgence (48-04)
M. Johan	COURJON	Mal. infect. ; trop. (45.03)
Mme Bérengère	DADONE-MONTAUDIÉ	Cancérologie-radiothérapie (47.02)
M. Alain	DOGLIO	Bactériologie-Virologie (45.01)
M. Arnaud	FERNANDEZ	Pédopsychiatrie (49-04)
Mme Charlotte	HINAULT	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M. Mathieu	JOZWIAK	Médecine intensive-Réanimation (48.02)
Mme Brigitte	LAMY	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme Elodie	LONG-MIRA	Cytologie et Histologie (42.02)
M. Michaël	LOSCHI	Hématologie et Transfusion (47.01)
M. Romain	LOTTE	Bact-vir ; Hyg.hosp. (45.01)
Mme Marie-Noëlle	MAGNIÉ	Physiologie (44.02)
M. Arnaud	MARTEL	Ophtalmologie (55.02)
M. Nihal	MARTIS	Méd int. ; gériatrie (53.01)
M. Damien	MASSALOU	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme Sandra	MUSSO-LASSALLE	Anat. cytol. path. (42.03)
M. Mourad	NAÏMI	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme Céline	OCELLI	Médecine d'urgence (48-04)
M. Charles	SAVOLDELLI	Chir. maxill. & stom (55.03)
M. Fabien	SQUARA	Cardiologie (51.02)
Mme Susanne	THÜMMLER	Pédopsychiatrie (49-04)
M. Antoine	TRAN	Pédiatrie (54.01)



Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme Auriane GROS Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme Rebecca LANDI Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Mme Emeline MICHEL Médecine interne-Gériatrie (53.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Mme Christine LEBRUN-FRENAY Neurologie (49.01)
 Mme Brigitte MONNIER Médecine Générale (53.03)
 Mme Flora TREMELLAT-FALIERE Médecine palliative (46.05)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme Céline CASTA Médecine Générale (53.03)
 M. Fabrice GASPERINI Médecine Générale (53.03)
 M. Marc-André GUERVILLE Médecine Générale (53.03)
 Mme Maud RAQUIN-POUILLON Médecine Générale (53.03)



Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M.	Marc	ALBERTINI	M.	Pierre	GIBELIN
M.	Jean	AMIEL	M.	J-Yves	GILLET
M.	Daniel	BALAS	M.	Patrick	GRELLIER
M.	Michel	BATT	M.	Dominique	GRIMAUD
M.	Etienne	BÉRARD	M.	Philippe	HOFLIGER
M.	Bruno	BLAIVE	M.	Jacques	JOURDAN
Mme	Florence	BLANC-PEDEUTOUR	M.	J-Philippe	LACOUR
M.	Patrice	BOQUET	M.	J-Claude	LAMBERT
M.	André	BOURGEON	M.	Michel	LAZDUNSKI
M.	Patrick	BOUTTÉ	M.	Yves	LE_FICHOUX
M.	J-Noël	BRUNETON	M.	J-Claude	LEFEBVRE
Mme	Françoise	BUSSIERE	M.	Roger	MARIANI
M.	J-Pierre	CAMOUS	M.	Pierre	MARTY
M.	Bertrand	CANIVET	M.	René	MASSEYEFF
M.	Jill-patrice	CASSUTO	M.	Mathieu	MATTEI
M.	Marcel	CHATEL	M.	Jean	MOUIEL
M.	Alain	COUSSEMENT	M.	Jérôme	MOUROUX
Mme	Dominique	CRENESSE	Mme	Martine	MYQUEL
M.	Guy	DARCOURT	M.	Dominique	PRINGUEY
M.	Fernand	DE_PERETTI	M.	Gérald	QUATREHOMME
M.	Pierre	DELLAMONICA	M.	Marc	RAUCOULES-AIMÉ
M.	Jean	DELMONT	Mme	Dominique	RAYNAUD
M.	François	DEMARD	M.	Philippe	ROBERT
M.	Claude	DESNUELLE	M.	Joseph	SANTINI
M.	Claude	DOLISI	M.	J- Baptiste	SAUTRON
M.	Patrick	FENICHEL	M.	Maurice	SCHNEIDER
M.	Alain	FRANCO	M.	Antoine	THYSS
M.	Pierre	FREYCHET	M.	Jacques	TOUBOL
M.	J-Gabriel	FUZIBET	M.	Dinh Khiem	TRAN
M.	Pierre	GASTAUD	M.	Emmanuel	VAN OBBERGHEN
M.	J-Pierre	GÉRARD			



Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

M.C.U. Honoraires

M.	Jacques	ARNOLD	M.	Marcel	GASTAUD
M.	Bernard	BASTERIS	M.	Jean	GIUDICELLI
M.	José	BENOLIEL	M.	Jacques	MAGNÉ
Mlle	Rose-Marie	CHICHMANIAN	Mme	Nadine	MEMRAN
Mme	Michèle	DONZEAU	M.	Raymond	MENGUAL
M.	Roméo	EMILIOZZI	M.	Patrick	PHILIP
M.	Thierry	FOSSE	M.	J-Claude	POIRÉE
M.	Philippe	FRANKEN	Mme	Marie-Claire	ROURE
M.	Rodolphe	GARRAFFO	M.	Jean	TESTA
			M.	Pierre	TOULON



Liste des enseignants au 1er septembre 2023 à l' U. F. R. Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

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

Remerciements

Au président du jury**Monsieur le Professeur Emmanuel BARRANGER**

Je vous suis très reconnaissante de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider le jury de ma thèse et je vous en remercie.

Aux membres du jury :**Madame Le Docteur Marion CHRETIEN :**

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse.

Madame le Docteur Laetitia JULIEN GRISOT RUTILY :

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de juger mon travail et de faire partie de mon jury de thèse

Monsieur le Docteur Alfred PLATNIC :

Je vous suis reconnaissante d'avoir proposé de juger mon travail de thèse.

A mon directeur de thèse :**Monsieur le Docteur Franck LEDUFF :**

Je te remercie mille fois d'avoir accepté de diriger ma thèse et du temps que tu m'as accordé. J'espère que mon travail est à la hauteur de ta confiance.

Aux patientes :

Merci du temps que vous m'avez consacré, du courage et de la gentillesse dont vous avez fait preuve et de vos encouragements. Avec sincérité, merci.

A ma famille :

A toi Maman : Je te remercie de m'avoir toujours soutenue, d'avoir cru en moi et de m'avoir toujours encouragée et guidée dans cette voie qui est la mienne aujourd'hui. De t'être toujours investie dans mes projets et de m'accompagner. Je t'aime.

A toi Papa : Je te remercie d'être présent, de me guider et de me soutenir dans ce que j'entreprends et de faire en sorte qu'on n'ait jamais manqué de rien et merci de m'avoir appris la force du travail. Je t'aime

Et de vous occuper d'Antoine en super grand parents.

A toi Clément : Mon grand frère qui m'a accompagné depuis ma naissance et soutenu. Tu réponds toujours présent et tu es un super tonton pour Antoine. Je t'aime

A mon cher et tendre époux Michel que j'aime de tout mon cœur, merci d'être auprès de moi malgré mon sale caractère, d'être toujours disponible pour les projets loufoques, de m'avoir donné un fils, un foyer et une famille. Merci de prendre soin de nous.

Et surtout, merci de m'avoir soutenu et d'avoir corrigé toutes mes fautes d'orthographe.

A mon fils, Antoine : Mon petit chéri, je suis contente et fière que tu puisses assister à ma thèse, que tu vois que le travail paye. Merci d'occuper mes journées et mes nuits, d'embellir la vie et de nous avoir fait l'honneur de rentrer dans nos vies pour nous donner une famille. Je t'aime.

A Marie Claire et Joël : Je vous remercie de m'avoir accueilli dans votre foyer et de nous avoir aidé à construire notre vie, de nous accompagner et de nous soutenir, d'être présent pour notre petit chat et de l'aimer tendrement.

A ma famille du continent :

A ma grand-mère et mon grand-père : Thérèse et Michel : Je vous remercie de m'avoir donné des valeurs et de l'amour.

A ma tata Elisabeth et à mon oncle René : Je vous remercie de nous avoir accueilli pendant toutes ces vacances et pour tous ces repas délicieux préparé par Thermomix.

A ma cousine Marion ainsi que Alexandre, mon filleul Thomas et sa petite sœur Léa : Je vous remercie d'avoir cru en moi et de me soutenir. Et d'avoir fait de moi la marraine de Thomas pour mon plus grand honneur.

A ma cousine Mimi comme Regis, Raphaël et Maxime les loulous de la plage : Je vous remercie de me soutenir et d'être présent pour nous.

A ma famille de Corse :

A Maïana : je te remercie pour ton soutien, ton écoute et ton souci à mon égard. Mais aussi pour toutes les soirées et la gaieté que tu transmets.

A ma tata Ghislaine, Fiona et mon Tonton Jean : d'aussi loin que je me souviens, vous faites partie de mes souvenirs. Merci de croire en moi et de me soutenir.

A ma marraine et à la famille de Corte : merci d'avoir été présent et de m'avoir accompagné au début de toutes ces études.

A ma tata Sandrine, mon Tonton Yves et mes cousins, cousines : merci de me faire confiance.

A ma tata Dume et mes cousins, cousines : merci de me faire confiance.

A mes amis

A Marine : Du lycée Saint Paul à la faculté de Corte, nous avons grandi ensemble. Je suis contente que Corte nous ait rapproché. Merci d'être un soutien et une amie fidèle. Merci de me motiver à faire du sport et des soirées. Je suis contente de faire partie de ta vie.

A Laetitia : Je te remercie d'être entrée dans ma vie, d'avoir égayé le quotidien de Corte avec nos petits desserts maison au pralin, nos resto et nos balades avec Choupinette et Descartou... Mais aussi d'avoir été une partenaire d'enfer pendant les cours de De Peretti. Merci de m'avoir soutenue et guidée. Et Merci à Paul Henri de te rendre heureuse. Et à toutes nos sorties de maman maintenant.

A Kim : Je suis ravie d'avoir fait ta connaissance dans cet amphi glacial de Corte, tu es un rayon de soleil. Je te remercie de faire partie de ma vie, de remplir nos rendez-vous de rires joyeux, de bons mais aussi de nouveaux souvenirs avec Seb et Kali. Merci de ton soutien.

A Marco : Merci à mon italien préféré. Merci pour ton accompagnement, ta bonne humeur en amphi et en stage et de toutes ces pâtes qui nous ont nourri le corps et l'esprit. Je te remercie également d'avoir fait entrer Emmanuelle dans nos vies.

A Alfred : Je te remercie de m'avoir soutenue, guidée, rassurée et évalué. Merci de ta présence en amphi, en stage d'externe et pendant les soirées de conf. Merci d'être toujours présent maintenant qu'on est grand ! Merci à Cyrielle pour sa bonne humeur et Merci à Axel de t'empêcher de dormir.

A Marion : Je te remercie d'avoir été présente dans les moments difficiles, d'être entrée dans ma vie et de ton soutien dans la procrastination de la thèse. Merci de m'avoir choisi pour être témoin à ton mariage, d'être mon amie et de continuer à grandir ensemble. On apprend à devenir des mamans grâce à nos petits bouts. Merci d'avoir fait entrer Gautier dans nos cœurs.

A Solène : Je te remercie de ton oreille attentive, de ta générosité et de ton soutien lors des moments difficiles et j'espère avoir été présente pour les tiens. Je suis heureuse que tu fasses partie de ma vie. Merci de tous ces cours de danse que tu as essayé de me donner. Merci d'être toujours présente et disponible.

A Pauline : Je te remercie d'être entré dans ma vie, d'être une amie sincère et de faire des plans pour qu'on se voit. Merci de ta sincérité. Je suis heureuse que Solène nous ait présenté et de toutes ces heures de BU passées ensemble. Je suis heureuse d'avoir été témoin à ton mariage et qu'on grandisse ensemble grâce à nos garçons et Merci à Guillaume.

A ceux qui m'ont guidé dans cette voie

Merci au Dr Macone Fernand qui m'a fait comprendre que la médecine était un tout et que soigner les gens était important mais traiter les êtres humains l'était encore plus.

Merci au Dr Capriz Françoise pour m'avoir distillé tout ce savoir gériatrique, de m'avoir donné les ficelles de la personne âgée (et de m'avoir obligé à vérifier les interactions médicamenteuses pour chaque entrée). Merci de m'avoir donné une vision globale des patients.

Merci au Dr Boffy François qui m'a fait découvrir et apprécier la vie de médecin généraliste et d'avoir été présent pour célébrer mon mariage.

Merci au Dr Lucchini Lecomte Marie Jo de m'avoir accueilli dans le service, encourager à discuter avec mes confrères et de ne pas partir tête baissée sur un diagnostic.

Merci à mes collègues de stage d'externe : Stéphanie, Thomas, Alfred et Marco.

Merci à mes collègues interne : Cyprien, Brice, Guenièvre, Cecilia, Marion, Deborah, Geoffrey, Meryl, Baptiste, Clio, Marie.

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations.....	17
Introduction.....	18
Matériel et méthode.....	20
1. Type d'étude.....	20
2. Population de l'étude.....	20
3. Guide d'entretien.....	20
4. Recueil des données.....	21
5. Analyse des données.....	21
6. Aspect éthique et réglementaire.....	21
Résultats.....	22
1. Les données socio-démographiques.....	22
2. Choix du lieu de prise en charge.....	22
2.1 L'orientation de la patiente.....	22
2.2 Le choix final.....	24
3. Et le médecin traitant dans tout ça.....	24
3.1 Dépistage.....	24
3.2 PEC des effets secondaires.....	24
3.3 PEC psychologique.....	25
3.4 relais ville-hôpital.....	25
4. Corse versus continent.....	25
4.1 Centre de référence à distance sur le continent.....	27
4.2 Corse.....	28
5. Ressentie des patientes	29
6. Protocole	31
Discussion.....	32
1. Le médecin traitant.....	32
2. La prise en charge	32
2.1. Les complications post-opératoires.....	33
2.2. Les effets secondaires.....	33
2.3. L'évaluation de la douleur.....	33
2.4. L'aspect psychologique.....	34
2.5. La reconstruction mammaire.....	34
3. La place de la mastectomie prophylactique.....	34
Force et limites.....	35
Les perspectives.....	35
Conclusion.....	37
Références bibliographiques.....	38
Annexes.....	39
Serment d'Hippocrate.....	47
Résumé.....	48

Liste des abréviations

PEC : Prise en charge

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

INCa : Institut nationale contre le cancer

IPC : Institut Paoli Calmette

OMS : Organisation mondiale de la santé

PPS : Plan personnalisé des soins

CPAM : Caisse primaire de l'assurance maladie

Introduction

En France, le nombre de nouveau cas de cancer est de 433 136 en 2023 dont 61 214 cas de cancer du sein avec un âge médian de 64 ans au moment diagnostique.

Environ une femme sur 12 va développer un cancer du sein.

Il s'agit du cancer le plus fréquent et le plus meurtrier chez la femme.

En Corse, le nombre de nouveaux cas de cancer est estimé à 1800 cas par an : 53 % des hommes sont concernés contre 47 % des femmes.

Le rapport standardisé d'incidence ne met pas en évidence de différence par rapport à la France (1).

Chez la femme, le cancer du sein est en tête avec environ 250 à 300 nouveaux cas chaque année en Corse : soit une femme sur 10 ce qui place ce département au-dessus de la moyenne nationale.

Qu'est-ce que le cancer du sein ?

Il s'agit d'une maladie qui se développe à partir des cellules qui constituent la glande mammaire, il existe plusieurs formes de cancer du sein mais les plus fréquentes sont les adénocarcinomes (95%) toutefois il existe des formes plus rares comme les sarcomes ou les lymphomes.

Même si le taux de mortalité du cancer du sein diminue chaque année (1,6% par an entre 2010 et 2018), il reste le plus mortel et c'est pour cette raison qu'il bénéficie d'un plan de lutte contre le cancer mis en place depuis 2003.

Ce plan s'est échelonné en trois phases :

- 2003 à 2007 : stratégie globale de lutte contre le cancer,
- 2007 à 2013 intégration de la notion de prise en charge personnalisée.
- À partir de 2014, le plan cancer a pour objectif de donner les mêmes chances de guérir à toutes les patientes partout en France. Il s'articule autour de 17 objectifs (2).

Les patientes atteintes par le cancer du sein sont traitées en oncologie par trois types de traitements : la chirurgie, la radiothérapie et le traitement médicamenteux (chimiothérapie, thérapie ciblée et hormonothérapie).

Le choix est adapté au cancer de chaque patiente.

Il est réalisé après une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en fonction du stade, de l'extension et du type de cancer.

Ce traitement se fait en accord avec la patiente.

Le traitement est très lourd, long et la répercussion sur la vie personnelle est majeure. C'est pour cette raison que la prise en charge est globale. Elle est désignée sous le nom de plan personnalisé de soin.

Le médecin généraliste prend toute sa place dans le traitement du cancer du sein.

Il peut être à l'initiative du dépistage lors des consultations de routine ou alerté par la patiente, prend en charge les démarches administratives auprès de l'organisme de soin, l'accompagne tout au long du traitement et se substitue à l'oncologue pour la prise en charge de la douleur ou des effets secondaires. La Corse a pour spécificité d'être une île au cœur de la mer Méditerranée, mais du fait de sa proximité avec le continent, cette dernière est considérée comme un territoire de France métropolitaine.

(Annexe une)

Pour ce qui est du service public hospitalier la Corse ne dispose pas de centre hospitalo-universitaire.

Ses deux centres hospitaliers principaux se situent à Ajaccio et Bastia auxquels viennent s'ajouter quatre antennes locales se trouvant à Sartène, Bonifacio, Corte-Tattone et Calvi.

Concernant le plateau technique, ce dernier n'étant pas le même que sur le continent, des patients y sont fréquemment envoyés afin de réaliser des examens de référence et disposer de traitements avec une qualité de soin adapté, non disponible sur la Corse.

Les démarches permettant la prise en charge des patients sur le continent ont été simplifiées pour les médecins généralistes mais elles restent chronophages pour la patiente comme pour le médecin traitant. (4)

Un déplacement sur le continent, c'est simple... un déplacement sur le continent pour une mastectomie ou pour réaliser un traitement médicamenteux lourd c'est plus compliqué. (5)

Nous nous sommes concentrés sur la prise en charge de patientes atteintes de cancer du sein avec reconstruction dans un centre de proximité non spécialisé en Corse par comparaison à un centre hospitalier de référence universitaire sur le continent afin de déterminer les avantages et les limites de chacune des prises en charge et ce qu'elles impliquent pour les patientes.

Notre hypothèse de départ est que les femmes préfèrent une prise en charge proche de leur lieu d'habitation même si ce centre n'est pas un centre de référence spécialisé.

Pour notre travail, nous avons essayé d'identifier ce qui était prépondérant au choix de se faire opérer en Corse ou sur le continent ?

Quelle était la place du médecin traitant dans le parcours de soin ?

Quelles étaient les différences d'une prise en charge locale par rapport à une prise en charge sur le continent en centre de référence ?

Quel était le ressenti des patientes dans leur prise en charge ?

Et enfin s'il était possible, selon elles de réaliser un protocole pour qu'elles puissent toutes bénéficier d'une PEC en Corse.

Matériels et Méthodes

1. Le type de l'étude

La méthodologie de l'étude fait référence à une recherche qualitative en santé selon la grille COREQ par le biais d'entretiens compréhensifs de patientes.

Il s'agit d'une étude qualitative non interventionnelle inspiré de l'analyse interprétative phénoménologique de Smith.

Elle présentait un avantage par rapport à la théorisation ancrée car elle nous permettait d'étudier un phénomène précis : la comparaison de prise en charge dans un hôpital local par rapport à un hôpital de référence spécialisé distant.

2. La population de l'étude

Nous avons décidé d'étudier un phénomène lié à l'insularité concernant des patientes qui habitent en Corse et qui présentent une maladie grave.

Dans ce cadre d'étude, il n'est pas prévu d'échantillonnage. Le choix des femmes interrogées dans notre étude s'est opéré au cours du temps dès le démarrage du travail de recueil.

Toute femme présentant un cancer du sein était approchée pour éventuellement participer au recueil. En cas de refus, la patiente suivante était contactée.

Dans la mesure où la méthode recommande au moins six entretiens pour mener à bien l'étude qualitative, nous avons décidé de recueillir des entretiens sur une période de trois mois même si le nombre minimum était atteint et en fonction du niveau de saturation du verbatim.

Il s'agit de femmes majeures qui ont vécu une expérience commune : un cancer du sein qui nécessitait une chirurgie par mastectomie et qui ont bénéficié d'une reconstruction mammaire.

Les patientes ont été choisies sur dossier transmis par des médecins généralistes ou spécialistes en fonction de ces critères, ont été exclues les dossiers de patientes qui n'avaient pas encore été opérées.

3. Guide d'entretien

L'annonce d'une maladie grave comme un cancer entraîne de nombreux changements dans le quotidien d'un patient.

Notre guide comptait deux parties :

- Une partie générale pour réaliser un talon sociologique,
- Et une partie dédiée à la recherche qualitative avec des questions ouvertes basées sur l'illustration de nos objectifs secondaires. Ces derniers permettant de répondre à l'objectif général et de valider ou d'invalider notre hypothèse de travail.

Ainsi le guide suit le plan suivant :

Le choix de la situation géographique du traitement oncologique.

La place du médecin généraliste dans le parcours de soin.

Les différences de prise en charge d'un lieu à l'autre.
Le ressenti des patientes.
La possibilité d'un protocole.

Le guide d'entretien a été retravaillé au bout des trois premiers entretiens afin de pouvoir l'enrichir et mieux guider les patientes.

Le détail du guide est disponible en annexe deux pour une lecture facilitée.

4. Recueil des données

Les entretiens ont été réalisés individuellement et compréhensif de Mars à juin 2023 à Albitreccia, Pietrosella et Ajaccio selon le guide d'entretien établi.

L'étude a été réalisée de façon anonyme, chaque patiente ayant donné son accord : un numéro a été attribué à chacune d'elle.

Les entretiens ont eu lieu en présentiel ou téléphoniquement en m'adaptant aux demandes de ces dernières et selon nos possibilités géographiques pendant cette période.

Chaque entretien a été enregistré grâce à un ordinateur portable et retranscrit par mes soins et n'a pas été soumis aux participantes pour correction.

Les enregistrements ont été détruits après retranscription pour conserver la confidentialité.

Le recueil des données a pris fin lorsque les questions ont été terminées et que les patientes n'avaient plus rien à ajouter.

Lors de cet entretien, il leur a été notifié qu'elles pourraient connaître les résultats de cette étude afin de les remercier pour leur participation.

5. Analyse des données

Pour revenir à notre étude, nous nous sommes intéressés à la PEC des patientes en oncologie mammaire dans un centre hospitalier de proximité par rapport à un centre hospitalier de référence sur le continent.

La méthodologie de l'étude par analyse phénoménologique interprétative de Smith s'est imposée à nous pour la recherche qualitative afin de faire état d'un phénomène vécu par la patiente.

La retranscription mot pour mot des entretiens enregistrés a été faite sur logiciel WORD afin de réaliser la phase de pré-analyse.

Puis une phase initiale d'indexation par étiquette (taggage) a été réalisée.

Et enfin une identification des thèmes afin de les classer et les lier par catégorie en fonction de l'objectif de notre étude.

6. Aspect éthique et réglementaire

L'avis du comité de protection des personnes n'a pas été sollicité car il s'agit d'une étude non interventionnelle.

Résultats

Toutes les patientes approchées pour participer à l'étude ont répondu par la positive, je n'ai écarté qu'une seule patiente qui avait été diagnostiquée mais dont l'opération n'avait pas encore eu lieu.

En tout, vingt-six entretiens ont été menés, allant de 13 minutes 40 secondes à 57 minutes 54 secondes, soit une moyenne de 28 minutes et 56 secondes pour une durée totale d'entretien de 12 heures 38 min d'enregistrements cumulés.

Nous avons estimé une suffisance des données au 26^e entretien.

1. Les données socio-démographiques.

Les patientes étaient âgées de 37 ans pour la plus jeune à 73 ans pour la patiente la plus âgée soit une moyenne d'âge de 56,07 ans soit un peu moins que la moyenne d'âge nationale des patientes diagnostiquées pour un cancer du sein.

Elles habitent toutes en Corse et évoluaient toutes au sein d'un environnement familial et amical.

Elles ont été opérées de leur cancer de 2004 à 2023 que ce soit sur le continent ou en Corse.

Six patientes sur 26 n'avaient jamais eu de chirurgie auparavant.

Il n'a pas été mis en évidence de lien entre un antécédent de chirurgie dans un hôpital (que ce soit en Corse ou sur le continent) et le choix du lieu de la mastectomie.

Une seule patiente sur 26 était sans emploi au moment de l'opération du cancer.

Seulement 10 patientes sur 26 ont pu bénéficier de deux avis : un à distance sur le continent et un local sur la Corse.

Pour une meilleure visibilité : un tableau des données socio-démographiques est disponible en annexe trois.

Il n'est pas mis en évidence une corrélation entre le niveau de vie ressentie par les patientes et le lieu de l'opération.

2. Choix du lieu de la prise en charge.

Comme attendu, il s'agit en fait d'un ensemble de données qui ont permis aux patientes de choisir leur lieu de prise en charge.

2.1. L'orientation de la patiente.

La plupart des patientes ont été guidées par leur médecin généraliste ou gynécologue traitant dans le choix du lieu de prise en charge après sollicitation de leur avis.

P1 : « J'ai suivi à 100% la décision de mon médecin »,

P4 : « Mon médecin traitant m'a dirigé vers l'institut Paoli Calmette (IPC) et valait mieux se faire opérer là-bas ».

La relation médecin malade a été au cœur de leur décision.

P25 : « *Parce que j'avais une totale confiance en mon gynécologue [...] il me suivait depuis que j'avais 18 ans* ». P26 : « *Je fais totalement confiance avec ceux avec qui je suis soignée, c'est au feeling, si je ne l'avais pas sentie, je ne serais pas restée* ».

P18 : « *Si je ne m'étais pas sentie en confiance avec les médecins, j'aurais opté pour partir* »

Pour certaines patientes, le choix de leur lieu d'habitation était évident :

P12 : « *Parce qu'on a ce qu'il faut en Corse, si je peux être soignée ici, je ne vois pas pourquoi je vais prendre l'avion* »,

P22 : « *En Corse, car beaucoup plus simple que de se faire opérer sur le continent, il n'y a pas photo* ».

P20 : « *le côté positif c'est que c'est une ancienne collègue de promo qui était avec moi au réveil et elle a pu prévenir ma famille* ». P23 : « *c'était rassurant et confortable* ».

P3 : « *je ne me voyais pas prendre l'avion toutes les deux secondes et tout mettre en stand by à chaque fois* ».

P13 : « *Je n'étais pas sûre de vouloir partir pour une grosse opération comme ça* ».

Il est apparu également que le choix du type d'opération avait une part importante dans leur jugement en fonction des alternatives proposées ou des informations que les patientes avaient recueilli.

P19 : « *Je souhaitais exclusivement cette opération-là, je serais montée à Paris si j'avais eu besoin* » ;

P3 : « *Euh... les choix étaient différents et moi je ne voulais plus avoir à faire de rechute ou quoique ce soit en rapport avec le sein et comme à Bastia ils me retireraient tout le sein, je dirais que c'est pour ça que j'ai opté pour cette opération-là* »

P20 : « *Le choix de la technique et des personnes (équipe médicale), je ne souhaitais pas être opérée à Ajaccio puisque je suis de l'hôpital [...] puis ça a cheminé et je me suis dit : ben tu es malade, c'est ce que tu veux* ».

Les patientes ont également été guidées par la spécialisation ou le fait que l'équipe et les traitements soient centralisés dans un centre de référence.

P16 : « *C'était mal engagé, j'ai préféré faire appel au bon dieu plutôt qu'à ses saints, je souhaitais un gros centre de référence* ».

P24 : « *j'aurais été opérée sur le continent, il n'y a pas assez de cohérence et de regroupement entre médecins (en Corse)* ». P6 : « *plus de médecin spécialisé sur place* ».

P10 : « *s'il n'avait pas exercé à Ajaccio et si on m'avait dit qu'il exerçait ailleurs, je l'aurais suivi* ».

Quelques patientes ont fait confiance à une amie plutôt qu'un avis médical

P17 : « *J'ai été conseillée par une amie pour cette clinique qui fait de la reconstruction* ».

Ce qui aurait pu les faire changer d'avis c'est une mauvaise réputation du service ou l'absence de possibilité sur place.

P16 : « *Ah oui, s'il y avait eu la même chose sur place, je ne serais pas partie* ».

P7 : « *L'absence de possibilité sur place* ».

P12 : « *mauvaise réputation ou si ça ne se pratiquait pas à Ajaccio* ».

2.2. Choix final.

Concernant le choix du lieu de PEC, seul leur désir comptait et ce, même après discussion avec leur entourage.

P6 : « *C'était mon choix, c'était ma décision et ils m'ont suivi* ». P16 : « *Non, ça me concernait, je leur en ai parlé mais c'était mon choix* ».

P20 : « *Mon entourage a essayé de me conseiller, mais ils n'étaient pas forcément pour [...] je ne leur ai pas demandé leur avis là-dessus* ».

P21 : « *Non, je n'en ai pas parlé, c'était mon choix à moi* ».

3. Et le médecin traitant dans tout ça ?

Hormis les habituelles démarches administratives de PEC médico-sociale que sont la demande d'affection longue durée, les bons de transport et les arrêts de travail ; le médecin traitant est un véritable atout pour les patientes lorsqu'elles n'ont pas encore d'interlocuteur dans le service d'oncologie.

Il intervient au cœur de la prise en charge globale de la patiente.

P22 : « *Mon médecin traitant, c'est lui que j'appelais pour toutes questions* ».

3.1. Dépistage.

Un plus grand nombre de patiente ont senti une masse à l'autopalpation ce qui a motivé le dépistage par le médecin traitant ou gynécologue traitant selon sollicitation.

P7 : « *J'avais une sorte de griffure au sein et j'en ai parlé au médecin traitant* ».

P22 : « *J'ai senti une boule et on a fait le dépistage* ».

Huit patientes ont découvert leur cancer grâce au dépistage systématique.

P17 : « *C'est la mammographie de contrôle, le médecin qui m'a fait l'examen, a fait une mimique qui n'était pas...* ».

P21 : « *Dépistage systématique et j'ai eu beaucoup de chance à ce moment-là* ».

3.2. Prise en charge des effets secondaires.

Les effets secondaires sont fréquents voir systématiques lors des traitements du cancer que ce soit en post opératoire ou après un traitement adjuvant.

C'est le médecin traitant qui prend en charge les patientes en association ou non avec le service d'oncologie.

P3 : « *Après j'ai été le voir souvent car il y a eu des complications et qu'il m'a traité la douleur* ».

P9 : « *Il m'a soutenu, je suis allée le voir souvent moi car j'ai eu des problèmes suite aux rayons* ».

P13 : « prise en charge des effets secondaires de l'hormonothérapie ».

P 20 : « Je suis sous un traitement expérimental et là, on ne sait pas quoi me donner lorsque je suis malade (d'autre chose que le cancer) et du coup je vois mon généraliste qui se renseigne auprès du service ».

P22 : « Il m'a fait l'annonce et il m'a orienté, fait mon arrêt et très actif pour les effets secondaires de la chimio pour moi ».

P24 : « Mon médecin traitant s'est occupé de moi et ça a permis de déterminer que c'était l'hormonothérapie qui était responsable ».

P25 : « A Castelluccio, il avait un rôle de guérison, mais par contre pour tout ce qui était effets secondaires... Là le rôle du médecin traitant est important ».

3.3. La PEC psychologique.

Il est apparu important pour les patientes d'être accompagnées sur le plan psychologique par leur médecin généraliste traitant en qui elles avaient confiance.

P1 : « Je ne me suis pas sentie abandonnée », P5 : « Il était très présent ».

P22 : « (Consultation) Fréquemment à cause des effets secondaires et même psychologiquement, il ne m'a pas lâché ».

P25 : « Plus dans l'accompagnement pendant la chimio ».

3.4. Relais ville-hôpital.

La PEC globale des patientes implique une communication entre les médecins traitants de ville et ceux du service oncologie et gynécologie.

La circulation des informations assure un meilleur accompagnement de la patiente.

Lors de notre étude, cette démarche a été respectée et certaines patientes ont souhaité communiquer elles-mêmes leur résultat.

P21 : « Il m'a pris les rendez-vous à l'hôpital », P5 : « Je voulais le tenir au courant ».

P6 : « Après c'est bien qu'il soit impliqué [...] pour suivre le dossier ».

P9 : « Il a reçu le compte rendu complet de tout ce que j'avais eu ».

P10 : « C'est la personne référente [...] c'est bien qu'il ait un rôle de relais important ».

P14 : « Pour le relais et la vision d'ensemble avec coordination ».

P24 : « Mon médecin traitant en Corse recevait tous les résultats ».

4. Corse : centre de proximité versus continent : centre spécialisé à distance.

Pour la PEC du cancer, il existe des protocoles qui assurent une PEC systématisée avec des délais courts pour toute les patientes.

P1 : « Extrêmement rapide pour la prise en charge [...] je n'ai jamais eu le temps d'angoisser ».

P6 : « Très très très rapide ».

P10 : « Tout s'est enchaîné très vite suite à l'annonce ». P17 : « Autre que rapide, très très rapide ».

Un plan personnalisé de soin était adapté aux patientes.

P1 : *« j'avais mes calendriers qui étaient fait sur plusieurs semaines, je savais exactement à quelle date, j'avais rendez-vous ».*

Seules deux patientes ont vu leur PEC retardée :

- La première pour le temps du don d'ovocyte,
P22 : *« Le prélèvement d'ovocytes a pris du temps également ».*
- Et la seconde, le temps de prendre un second avis pour son type d'opération et souhaitait une mastectomie prophylactique du sein controlatéral.
P25 : *« Tout le temps des boules, des kystes et pour moi, je ne voulais plus avoir ce 2^e sein qui pour moi était risqué ».*

L'organisation des soins était similaire dans la PEC locale comme dans celle en centre de référence avec un personnel formé mais pas assez nombreux.

P9 : *« Mais le problème c'est que les gens agissent comme des machines car ils ne sont pas assez nombreux ».*

Une information claire a été délivrée aux patientes. Mais bon nombre d'entre elles auraient souhaité que cette dernière leur soit répété ou réexpliqué.

Un support informatique ou papier à emporter au domicile pour qu'elles puissent l'assimiler.

P13 : *« Toutes les questions qu'on a eu à poser, OK. Ils sont très pédagogues ».*

P14 : *« Bonne information de la gynécologue avec les pires risques et du coup j'étais bien préparée ».*

P19 : *« Il y a des moments dans la maladie où vous ne pouvez pas entendre certaine chose et d'autres moments où ça va mieux et j'aurais aimé qu'on revienne là-dessus. Donc heureusement que j'ai eu ce médecin qui a eu la présence d'esprit de me dire ce que j'avais ».* P20 : *« Je plains les gens qui ne comprennent pas ou qui sont sous le coup des annonces et qui n'ont pas d'entourage ».*

P22 : *« ça je n'ai pas été informé... une documentation écrite ou plaquette ? ».*

Il y a eu des manquements dans la gestion des effets secondaires ou des complications liés au traitement oncologique dans les deux PEC.

P4 : *« La douleur non prise en charge (centre de référence) ».* P20 : *« Très compliqué de traité les effets secondaires [...] l'oncologue m'a laissé sortir avec un urticaire grade 3 (centre de référence) ».*

P19 : *« Pour le drain c'est le gynécologue (son gynécologue en Corse) qui a géré (centre de référence) ».*

P25 : *« Vous avez un numéro pendant la chimio que vous pouvez appeler au cas où vous avez un problème... Et quand vous appelez ce numéro c'était une catastrophe : soit on vous répondait pas, soit vous aviez une personne qui s'en foutait en gros (Corse) ».*

Les trajets les plus pénibles pour les patientes ont été ceux récurrents et rapprochés de la radiothérapie.

P11 : *« les transports sont hard pour faire des rayons tous les jours, pendant 30 jours... faut le faire ».*

P21 : *« Car aller à Bastia 4 fois par semaine pour faire une séance de radiothérapie, ça c'est épuisant ».*

Le suivi oncologique a été assuré pour les patientes pendant toute la durée du traitement.

P14 : « *C'était un suivi exceptionnel, suivi deux fois par an par la gynécologue et l'oncologue* ».

P2 : « *(Suivi) tous les mois pratiquement au début, puis tous les trois mois, puis tous les six mois* ».

P3 : « *Le suivi, très bien car c'était très proche* ».

Une seule patiente n'a pas été observante durant le traitement à la suite d'un échec de la reconstruction et une mauvaise PEC de la douleur.

P17 : « *J'ai été très déçue de la prise en charge et je ne suis plus retournée faire les contrôles, j'ai tellement eu mal et tellement souffert [...] Je me faisais engueuler par mes oncologues* ».

Le retour à domicile se faisait avec l'aide de l'entourage et une infirmière à domicile pour toutes les patientes. La présence de paramédicaux n'était pas systématique et dommageable pour plusieurs d'entre elles.

P3 : « *Retour à domicile avec infirmière obligatoire par rapport à la cicatrice [...] Séances de kinésithérapie pour améliorer la cicatrice et l'assouplir* ».

P4 : « *Infirmière à domicile et à dégager, pas de rééducation* ».

P7 : « *Pas d'accompagnement paramédical. Je suis plutôt dépressive depuis* ».

P9 : « *Rien ne m'a été proposé et c'est fort dommage [...], J'ai fait par moi-même mes drainages* ».

P10 : « *Proposé par Castelluccio : psychologie, sophrologie, association...* ».

4.1. Centre de référence sur le continent.

La mastectomie des patientes opérées sur le continent, a eu lieu en ambulatoire ou en hospitalisation très courte de 48h sauf pour une patiente sur Nice sans notion de complication.

P15 : « *J'ai été très étonnée car on sort de suite* ».

P19 : « *Je suis passée en salle d'opération sur mes 2 jambes à 13h en marchant [...] et je suis sortie sur mes 2 pieds le soir* ».

Les points négatifs pour les patientes du continent :

- Le voyage en avion avec des drains de redon
- Et le fait qu'elles n'ont pas toujours pu se faire accompagner par leur entourage et ce, même le jour de la mastectomie.

P4 : « *Mon mari ne pouvait pas car il devait être là pour le travail* ».

P14 : « *J'aurais aimé que mon mari soit là avec moi à me soutenir* ».

P15 : « *C'était compliqué de rentrer avec les redons* ».

P20 : « *Le retour très compliqué, prendre l'avion avec les redons* »

Malgré la fatigue liée aux allers-retours, toutes les patientes suivies sur le continent ont rapporté un aménagement des horaires qui a été apprécié (avec la possibilité de prendre un avion plus tôt).

P5 : « *Quand on vient de Corse, on prend le premier avion et le dernier et c'est crevant* ».

P6 : « *Ils ont toujours tout mis en place pour que j'arrive à m'échapper assez tôt pour rentrer un peu plus tôt. J'étais KO quand j'arrivais mais j'appréciais de pouvoir rentrer plus tôt* ».

P15 : « *C'est un peu comme prendre le bus d'aller à Marseille, on est nombreux à se faire traiter là-bas* ».

P16 : « *Ce qui était pénible c'est que parfois j'avais l'avion à 7h pour une chimio et que je rentrais chez moi qu'à 22h le soir* ».

Une application téléphonique mise en place par le service d'oncologie de Marseille a été plébiscité par les patientes.

Elle comporte une autosurveillance psychologique avec un auto-questionnaire qui permettait aux patientes de se poser à elle-même la question. Elles pouvaient à ce moment-là les orienter vers des psychologues sur Marseille.

P14 : « *J'ai aimé avoir cette appli qui me permettait d'avoir accès à tous mon dossier oncologique et tous très réactifs* ».

P15 : « *C'est loin mais avec la plateforme, vous avez l'impression que c'est à côté [...] Vous envoyez un message et ils vous répondent [...] une application qui vous demande souvent comment vous allez [...] Vous avez tous votre dossier partout, tout le temps* ».

Deux patientes ont été obligées de se faire traiter sur le continent, car leur traitement n'était pas accessible sur la Corse.

P6 : « *J'ai souhaité me faire traiter sur Castelluccio et ça n'a pas été possible* ».

P16 : « *S'il y avait eu la même chose ici, je ne serais pas partie* »

4.2. Corse.

Toutes les patientes opérées en Corse ont bénéficié d'une hospitalisation un peu plus longue pour la chirurgie et la présence d'un entourage proche au réveil.

Pour celles qui en ont fait le choix, elles ont toujours été accompagnées lors du traitement adjuvant.

P8 : « *J'ai été accompagnée par mon conjoint à chaque fois* ». P9 : « *Mon mari m'amenait et me ramenait* ». P12 : « *J'ai été accompagné [...] et heureusement que j'avais quelqu'un* ».

P24 : « *Chaque chimio, j'avais une copine différente qui m'accompagnait ou quelqu'un de ma famille [...] C'était important pour moi* ».

L'existence d'une association de patients sur place a permis aux patientes de souffler un peu, d'être guidée et aidée si besoin.

P6 : « *J'ai trouvé ça bien l'aide des paramédicaux et par les associations* ».

P10 : « *Proposé par Castelluccio : psychologie, sophrologie, association...* ».

Lors du choix de la chirurgie, l'équipe médicale proposait aux patientes des coordonnées téléphoniques de patientes ayant déjà été opérée (de la même chirurgie).

Le retour d'expérience a permis aux patientes de poser leurs questions non chirurgicales à proprement parler et ainsi de mieux appréhender la chirurgie.

P18 : « *on m'a donné des téléphones de patientes qui ont eu la reconstruction comme moi et j'ai pu les appeler pour en discuter* ».

Un support papier (classeur) a été apprécié par les patientes de Castelluccio (service d'oncologie en Corse) car elles pouvaient s'y référer au besoin, il comprenait un ensemble de moyens de prévention pour les effets indésirables liés aux traitements adjuvants.

P23 : « *Bon, il y a un classeur pour savoir comment s'occuper de son corps ou de ses cheveux... comment manger* ».

P25 : « *On vous donne des livrets avec ce qu'il est possible de faire à Castelluccio* ».

Le service d'oncologie souffre d'une mauvaise opinion de la population locale à tort ou à raison ?
Et actuellement, on assiste à un turn over des spécialistes.

P4 : « *Notion de meilleure prise en charge à l'époque (sur le continent)* ». P8 : « *Faire confiance au corps médical et ne pas faire confiance aux autres* ».

P15 : « *De toutes façons, je ne me serais pas fait opérer ici car je n'ai aucune confiance en ce qu'il se passe ici et comment ça se passe [...] Il peut il y avoir un bon chirurgien pendant un temps et puis POF, après il s'en va et il n'y en a plus* ».

P19 : « *Ils ont découvert au fond un triple négatif qu'on n'aurait peut-être pas découvert à Ajaccio* ».

P26 : « *L'oncologue changeait à chaque fois* ».

5. Ressentie des patientes.

La dysmorphophobie liée à la mastectomie n'a pas été recherchée systématiquement chez les femmes qui n'ont pas pu bénéficier d'une reconstruction directe ou en attendant la reconstruction.

Lors des entretiens, la PEC psychologique a été évoquée dans les entretiens par les patientes mais peu en ont bénéficié.

P4 : « *Psychologiquement... Je me suis retrouvée avec un sein en moins* ».

P9 : « *J'ai fait un déni car pendant plusieurs mois, je n'ai pas regardé mon sein [...] même l'infirmière m'a accompagné pour regarder et je n'ai pas pu. Rien ne m'a été proposé et c'est dommage* ».

P13 : « *Probablement après l'ablation car j'ai avancé, j'ai avancé et j'aurais eu besoin d'aide, ça m'aurait fait du bien* ».

P17 : « *Je ne voulais plus qu'il me touche, c'était psychologique aussi, j'étais très complexée... Voilà... Et puis il s'est avéré qu'on s'est séparé après* ».

Le manque de considération face aux effets secondaires a ébranlé les patientes. Elles ont eu l'impression de ne pas être écouté ou entendu et que les problèmes qu'elles rencontraient étaient dérisoires face au cancer.

P2 : « *On nous balade d'un bureau à l'autre* ». P3 : « *On me trimballait de médecin en médecin* ».

P12 : « *Il y a eu des manquements d'explication sur ce qui n'a pas fonctionné chez moi* »

P16 : « C'est le patient qui trinque... Moi j'avais tout programmé [...] Il y a du monde derrière, je ne suis pas seule et des fois, on a l'impression que tout le monde s'en fout [...] On n'est pas des bouts de viande ! ».

P17 : « J'ai eu la sensation qu'ils s'en foutaient de ma prise en charge ».

P19 : « Vous entendre dire : vous prenez l'hormonothérapie, vous allez prendre 20 kg, voilà c'est comme ça... [...] Sauf qu'on vous a déjà enlevé un sein... Votre image corporelle, elle est déjà bien amochée ».

P20 : « (Par infirmière coordinatrice) Les chambres seules ce n'est que pour les opérations graves, vous ce n'est qu'une mastectomie ».

Le personnel soignant dans les hôpitaux comme en ville a été salué par les patientes. Elles ont trouvé ressource, écoute et empathie.

P3 : « Elles venaient me masser le crâne etc... Des choses qu'elles ne sont pas obligées de faire en fait. Elles étaient vraiment à l'écoute je veux dire ».

P4 : « J'étais seule et impression d'avoir été laissé à l'abandon [...] Heureusement, j'ai eu de très bonnes infirmières qui m'ont prise en charge et accompagnée ».

P6 : « Des gens humains, rassurant, accueillants, sociaux et très dévoués ».

P7 : « Un chauffeur de taxi au petit soin ».

P9 : « Satisfaite de l'accueil et du personnel soignant qui ont été extra avec moi ».

P11 : « Des personnes adorables, je les salue ».

P15 : « On m'a fait de la RESP : point d'acupuncture que j'avais après chaque chimiothérapie ».

P20 : « Bien traitée, franchement oui, l'équipe très bien et humainement très bien ».

Les patientes se sentaient impliquées et actives dans leur combat contre le cancer. Elles cherchaient à compléter le traitement oncologique avec des médecines alternatives.

Elles s'attelaient aussi à trouver un accompagnement dans la guérison quand celui-ci ne leur était pas fourni par l'hôpital.

P10 : « Je suis allée le chercher (l'accompagnement para médical) par moi-même en Ville ».

P19 : « Je suis allée chercher les soins où ils se trouvaient ».

P20 : « J'ai fait énormément de reiki à toutes les cures [...] Je m'étais déjà énormément renseignée, jusqu'à regarder des vidéos YouTube pour voir [...] J'ai fais du coup feu après chaque séance ».

P26 : « J'ai acheté pleins de livres [...] j'ai essayé l'hypnose et j'étais très contente et même une personne pour le développement personnel, de la sophrologie... ça m'a fait du bien ».

Les patientes se sont senties porter durant toute la phase chirurgicale et lors des traitements adjuvants avec un suivi régulier pendant la surveillance cancer et celle de l'hormonothérapie.

Elles déclarent cependant un manque de PEC en ce qui concerne le suivi post cancer, c'est-à-dire une fois qu'on peut parler de guérison...

P2 : « (Suivi) tous les six mois et au bout de cinq ans on m'a dit, il n'y a plus de suivi [...] on vous cache dans la nature... Alors moi j'avais demandé à mon oncologue, elle a fait un tas de calculs et elle m'a dit 42% (taux de récurrence) alors je lui ai dit qu'il me fallait un suivi ! ».

P13 : « Un peu seule au monde, larguée, chaotique ».

P21 : « Une fois les traitements finis... alors là, il n'y a plus de suivi, on est lâché dans la nature ».

Les patientes auraient également souhaité pouvoir aborder le futur, à savoir :

- La proposition d'une remise en forme après cancer,

- La prise en compte des conséquences chirurgicales sur le côté opéré (surtout lorsque celui-ci est le côté dominant).

P2 : « *J'aurais aimé une rééducation et une réappropriation de mon corps [...] Des propositions pour la remise en forme et un accompagnement* ».

P19 : « *On ne l'évoque pas (la reconstruction) et à peine par l'oncologue... Je ne sais pas à quel moment on l'aurait fait [...] Qu'on aborde le sujet des projets futurs, un peu plus d'explication* ».

P22 : « *Ben pour mon cancer, personne ne m'a proposé de kiné [...] Lorsque vous voyez que le bras gauche ne monte pas comme l'autre... surtout que moi je suis gauchère et j'ai fait mon cancer à gauche... C'est très flippant* ».

6. Protocole.

Lors de l'entretien, la création d'un centre spécialisé de proximité contre le cancer a été évoqué. Ce dernier a immédiatement suscité l'enthousiasme des patientes.

Dans leurs propositions d'un protocole, on retiendra un centre spécialisé dédié à l'oncologie avec du personnel en nombre fixe et formé.

Il permettrait une PEC globale, la coordination des rendez-vous entre les spécialistes sur place en limitant la fatigue/asthénie lié aux voyages.

Il serait doté d'un service de prévention des effets secondaires avec la délivrance d'une information des risques et une surveillance rapprochée en lien avec ces derniers.

Il y aurait également un service d'accompagnement psychologique et algologique sur place.

Elles sont bien conscientes que tout ceci demande des moyens mais l'économie réalisée du fait de la diminution des aller-retours Corse-Continent pourrait permettre de développer les services d'oncologie.

Et pour compléter la PEC du cancer : envisager le futur au bon moment, lorsque cela est possible.

P6 : « *L'idéal ce serait de la faire ici, surtout pour les personnes plus âgées et si on avait une bonne structure, ce serait parfait* ».

P10 : « *C'est formidable cette proximité et c'est très rassurant. [...] Une structure à l'hôpital, ce serait parfait* ».

P13 : « *Un plateau technique à la pointe pour réagir vite* ». P15 : « *Une stabilité des professionnels de santé* ».

P20 : « *Avec une bonne formation du personnel et du personnel* ».

Discussion

Notre étude a permis de recueillir l'avis et le sentiment des patientes concernant la PEC de leur cancer du sein en centre de proximité ou en centre spécialisé à distance.

L'échantillon de l'analyse phénoménologique interprétative est homogène et choisit à priori : des patientes diagnostiquées et opérées d'un cancer du sein.

Les patientes ont fait état d'une PEC globalement satisfaisante dans les deux cas seulement chaque prise en charge comporte ses avantages et ses inconvénients.

1. Le médecin traitant

Depuis le 1^{er} janvier 2005, tous les patients sont invités à déclarer un médecin traitant généraliste ou spécialiste. Il permet de coordonner les soins, orienter, ordonne un dossier médical pour chaque patient et assure une prévention. On parle de PEC globale.

Durant le cancer, il est chargé de faire le lien avec l'hôpital et surveiller les patients sur le plan médical, psychologique et physique.

Nous avons constaté lors de cette étude que le médecin traitant ne faisait que rarement parti de l'équation concernant les traitements choisis lors des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) et qu'il n'était pas non plus consulté pour connaître les antécédents ou les traitements des patientes.

Il devrait être placé à la table de ses confrères et non pas en être juste informé par courrier.

Le point de vue des médecins traitants dans leur implication n'a pas été recueilli et pourrait faire l'objet d'une autre étude.

Hélas dans le contexte actuel, certaines patientes n'avaient même pas de médecin traitant pour les guider, coordonner et assurer leur suivi.

Elles ont rapporté également un manque de spécialiste (oncologue ou gynécologue) pour leur suivi post cancer.

Ce problème a été identifié et les politiques tentent d'y remédier à l'heure actuelle (proposition de loi de mai 2023).

2. La prise en charge

Le 4 février 2021 a été approuvé des financements et une stratégie contre le cancer sur 10 ans.

Elle contient des possibilités de prévention, de traitement, de recherche et d'amélioration concernant les patients traités pour un cancer.

2.1. Les complications post opératoires

Les patientes ayant présenté des complications ont été prise en charge pour la plupart en urgence : soit par le même chirurgien, soit par un chirurgien différent.

Elles ont été bien gérées par les services pour la plupart.

Mais il a semblé que les patientes moins bien préparées à ses complications ont eu le sentiment d'être floué.

L'information liée à l'opération de mastectomie et de la reconstruction a semblé avoir été bien délivrée aux patientes mais peut-être manquait-elle d'exemple ou de retour d'expérience sur ce qu'elle impliquait comme :

- Dépendance vis-à-vis de l'entourage
- Lourdeur de la chirurgie
- Risques.

Les risques les plus graves ont apparemment été discutés mais des risques qui apparaissent comme plus anodin par le chirurgien n'auraient pas été expliqués.

De plus, le résultat attendu par les patientes n'était pas toujours conforme à leur attente...

Certaines patientes ne reprochent pas l'échec au chirurgien mais aurait souhaité être reçu pour qu'on leur explique ce qui n'a pas fonctionné et être soulagée des conséquences algiques.

2.2. Les effets secondaires

Les effets secondaires sont fréquents lors des traitements adjuvants du cancer.

Leur impact sur le quotidien des patientes est décrit comme invalidant et nécessite souvent une consultation ou téléconsultation.

Selon les patientes, ils ont été banalisés par le corps médical ce qui a provoqué un sentiment de manque de considération.

Cependant, il est apparu que les patientes qui avaient été prévenues des risques et des effets secondaires ont mieux réagi à la manifestation de ces symptômes.

Si une patiente prend un traitement à la pharmacie, elle a toujours la possibilité de se référer à la notice du médicament pour savoir si ce qu'elle ressent est en lien avec le traitement.

Pour la chimiothérapie (sauf celles qui se prennent à domicile), ce n'est pas le cas puisque les traitements sont délivrés par le service.

Certaines patientes auraient souhaité bénéficier d'une consultation pour expliquer les effets secondaires indésirables dont elles étaient victimes.

Cette consultation aurait également permis aux patientes de se sentir écoutées et comprises.

2.3. L'évaluation de la douleur

L'usage des antalgiques est bien codifié depuis 1986 par les recommandations de l'OMS.

Le plan cancer et le plan anti-douleur permettent une meilleure PEC de la douleur pour une amélioration de la qualité de vie.

Il existe de nombreuses échelles pour évaluer la douleur.

Cependant, il apparaît qu'elle n'a pas été PEC correctement chez les participantes. Bon nombre d'entre elles ont dû faire appel à leur médecin traitant en urgence pour les soulager.

2.4. L'aspect psychologique

Chaque patiente ayant un diagnostic de cancer doit avoir un PPS qui comprend l'aspect médical mais également psychologique et physique.

Cependant, notre étude met en avant les faiblesses de la PEC psychologique chez ces patientes fragiles. L'auto-questionnaire paraît être une bonne solution pour que les patientes se questionnent sur leur état de santé psychologique et qu'elles puissent y remédier au besoin.

Cet auto-questionnaire n'est cependant pas mis en place partout et se pose le problème de la disponibilité des professionnels de santé en dehors du service d'oncologie.

2.5. La reconstruction mammaire

Les patientes de notre étude ont bénéficié d'une reconstruction mammaire immédiate ou à distance. Toutes les patientes, dont le traitement comporte une mastectomie, doivent être informées de la possibilité d'une reconstruction mammaire.

Il s'agit d'une chirurgie souvent très attendue par ces dernières surtout si elle ne peut pas être réalisée au cours de la mastectomie.

La chirurgie est considérée comme lourde comportant son lot de risques et de complications que ce soit par prothèse ou par lambeau.

Il apparaît que les patientes n'étaient pas toutes préparées à une chirurgie aussi compliquée comportant des ré-opérations pour la symétrie.

Leurs cicatrices sont considérées comme des tatouages de force pour ces patientes qui se sont battues contre le cancer.

Les patientes ayant pu bénéficier d'une reconstruction immédiate se sont estimées chanceuses de ne pas avoir vu leur corps mutilé par la maladie.

Cette dernière chirurgie permet aux patientes de se projeter, de reprendre leur travail ou leur quotidien.

3. La place de la mastectomie prophylactique

L'institut national du cancer (ou INCa) rapporte que 71% des consultations d'oncogénétique concerne le syndrome ovaire-sein.

Ils ne recommandent cependant pas de mastectomie prophylactique avant 30 ans et pas de chirurgie annexielle avant 40 ans.

Lors de notre étude, des patientes ont souhaité avoir recours à la mastectomie prophylactique controlatérale.

Il s'agit d'une mastectomie pour le sein indemne de cancer et ce malgré l'information de l'absence de gène cancéreux ou de tumeur retrouvé pour ne plus avoir à y penser.

Elle est envisagée en fonction des antécédents familiaux.

Une patiente aurait souhaité qu'on lui parle de cette possibilité avant de déclencher son cancer au vu des antécédents familiaux nombreux concernant le cancer du sein et des ovaires.

Forces et Limites

Cette étude a pour but de décrire les points forts et les points faibles d'une PEC selon les patientes. Afin qu'elles nous décrivent avec leurs mots (indépendamment du caractère médical) comment elles ont vécu leur PEC.

Le taux de réponse à l'étude a été de 100% car toutes les patientes contactées ont participé à l'étude. Une seule patiente a été écartée du fait de l'absence d'opération oncologique.

Le type d'entretien choisit (individuel compréhensif) ne permet pas de vérifier l'authenticité des faits décrits par les patientes mais nous partons du principe de la véracité des propos.

Ce n'était pas toujours facile pour les patientes de revenir sur cette épreuve, c'est la raison pour laquelle nous avons fait le choix de ne pas réaliser de relecture sur le contenu des entretiens.

Cependant les patientes ont toutes fait part de leur disponibilité pour des informations complémentaires si besoin en était.

Lors du recueil des données, l'enquêtrice a tenté d'interroger toutes les participantes de façon neutre de manière à ne pas influencer le discours des patientes, on ne peut cependant pas nier qu'il s'agissait de revenir sur des moments difficiles de leur vie.

Les premiers entretiens étaient moins fournis que les derniers, le temps de se familiariser avec la méthode. Ils ont tous été informatif.

L'analyse a été effectuée par une seule et même enquêtrice, il n'y a pas eu de triangulation de l'analyse qui aurait renforcé l'analyse des résultats.

Nous avons assumé le choix de 26 entretiens pour l'analyse phénoménologique interprétative.

Les perspectives

Une standardisation de l'information pour tous les services d'oncologie mammaire avec la distribution d'une « pochette » comme celle de la maternité par exemple.

Elle pourrait contenir un guide de la maladie et des traitements du cancer par exemple, des noms d'associations locales pouvant leur venir en aide ainsi que les coordonnées d'aides psychologiques.

Une grille d'évaluation de la PEC des patientes avec des pistes pour une amélioration serait la bienvenue lors de la prise en charge du cancer.

Le but n'étant pas de blâmer les services mais plutôt d'améliorer le traitement et le vécu des patientes durant leur cancer.

La possibilité de groupe de parole avec des patientes malades et guéries.

En ce qui concerne la Corse, les patientes qui ont côtoyé le service d'oncologie ont été bien traitées avec un confort supérieur à celui du continent.

Cependant des aménagements seraient à prévoir concernant le centre d'oncologie de Castelluccio :

- Un personnel spécialisé fixe, formé et en nombre,
- Un service de psychologie
- Une « plaquette » d'information sur le cancer (et pas seulement les effets secondaires)
- Un service dédié à la prise en charge des effets secondaires
- Une PEC de réadaptation d'après cancer.

Ces changements permettraient de redorer l'image du service afin d'améliorer la qualité des soins donnés aux patients de la région Ajaccienne.

Ces aménagements seraient bénéfiques pour les patients comme pour leur famille.

Mais pas seulement, il permettrait aussi des économies pour la sécurité sociale et donc pour la société.

Conclusion

Lors de notre étude, les PEC des patientes en Corse et sur le continent étaient satisfaisantes du point de vue des patientes.

Le choix géographique de la PEC est revenu aux patientes en fonction d'un ensemble de données : l'entourage, le médecin de famille, la compétence du chirurgien ou du service et des informations qu'elles ont pu recueillir.

Le médecin traitant a une place centrale dans la PEC globale et personnalisée des patientes. Il oriente, suit et traite les effets secondaires.

Il accompagne les patientes dans leurs démarches médicales, sociales et professionnelles.

Il est aussi une source d'information et de soutien psychologique.

Le traitement du cancer dans un centre spécialisé sur le continent regroupe les compétences de spécialité, de recherche et de traitement du cancer.

L'aménagements des horaires et la création de support en rapport avec le mode de vie actuel (comme une application de téléphone) a été très appréciée par les patientes.

La PEC du cancer en Corse a été bien perçue par les patientes.

Elles ont pu bénéficier d'une hospitalisation plus longue pour la chirurgie de mastectomie.

Les associations comme la *Marie Do* ou la *Ligue contre le cancer* étaient présentes pour les aider au besoin.

Un support papier avec des conseils pour prévenir ou éviter les effets secondaires de la chimiothérapie a été remis aux patientes.

Les conséquences psychologiques de la mastectomie ne sont pas PEC également chez toutes les patientes.

Un manque de considération a été ressentie par les patientes concernant les complications post opératoires et les effets secondaires.

L'empathie, l'écoute et la compétence du personnel soignant a été salué.

Les patientes se sont investies dans leur guérison en faisant appel à des médecines alternatives. Elles ont sollicité les professionnels de santé essentiel à l'amélioration de leur qualité de vie.

La surveillance du cancer a été assurée pour la plupart des patientes pendant toute la durée du traitement.

Cependant, les patientes se sont senties abandonnées à la fin du traitement et même inquiétées d'une absence de suivi malgré un taux de récurrence élevé.

Les patientes souhaitent également une PEC du futur comme une remise en forme post cancer.

L'idée d'un protocole a séduit les patientes.

Elles trouvaient toutes des avantages à un traitement dans un centre de proximité.

Les patientes pourraient être traitées chez elle dans un environnement familial et près de leurs proches pour une qualité de soins similaires.

Bibliographie

1. G. Heuzé, M. Cariou, A. Billot-Grasset, E. Chatignoux : Estimation en Corse d'incidence et de mortalité par cancer en France 2007-2016 ; janvier 2019
2. Le guide des traitements du cancer du sein par l'institut national du cancer, octobre 2013.
3. A. Roussel, D. Orbach, K. Zarca, I. Durand-Zaleski, G. Michel : État des lieux des maladies onc-hématologiques pédiatriques en Corse et organisation des soins : 14/03/2020.
4. Thèse de N. Risterucci : Opinion des Généralistes de Corse du Sud sur les facteurs impliqués dans la prise en charge du sujet atteint de cancer en soins primaires : 20/01/2016.
5. L. Julien, M. Lhuair, S. Oden, A. Charavil, L. Lantieri : Retour d'expérience sur la reconstruction mammaire par lambeau libre de DIEP dans un centre hospitalier régional : 21/09/2021.
6. C. Lepage, A. Paraskevas, K. Faramarz, L. Lantieri : Reconstruction mammaire par lambeau libre de DIEP 06/12/2006.
7. CRCDC-CORSE : le dépistage du cancer du sein en Corse : mai 2022.
8. ARS CORSE : Dépistage du cancer du sein : partagez l'information avec celles que vous aimez : 07/10/2022
9. Onco-PACA CORSE : dispositif spécifique régionale du cancer : consulté en janvier 2023.
10. SOS cancer du sein : consulté janvier 2023.
11. Ligue contre le cancer : offre de soin et support consulté en février 2023
12. Bastia institutu di u Senu : les missions du B.I.S. consulté en juin 2023
13. S. Dauchy, F. Ellien, A. Lesieur, O. Bezy, D. Boinon, M. Chabrier : Quelle prise en charge psychologique dans l'après cancer ? Les recommandations de la Société Française de Psycho-Oncologie (SFPO) 24/12/2012
14. M. Sghari, S. Hammami : Prise en charge psychologique des patients cancéreux : 24/08/2016
15. Proposition de loi visant à fournir une information aux patientes sur la reconstruction mammaire en cas de mastectomie. Rapport législatif n° 318 (2018-2019), déposé le 14 février 2019
16. Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé : risque médicamenteux consulté en juin 2023.
17. Un budget renforcé contre les cancers : 04/02/2021

Annexe

1. **Tableau des liaisons aériennes et maritimes Corse-Continent.**
2. **Guide d'entretien**
3. **Tableau des données socio-démographiques des patientes**

Annexe 1 : Liaison aérienne et maritime Corse-continent



Annexe 2 : le guide d'entretien

Bonjour

Je suis étudiante en médecine et je réalise une thèse sur les avantages et les inconvénients d'une prise en charge (PEC) chirurgicale oncologique mammaire en centre de proximité en Corse du Sud par comparaison à un centre de référence sur le continent avec le Dr Franck Le Duff.

Seriez-vous d'accord pour que je vous pose quelques questions sur votre prise en charge ? J'enregistre les entretiens pour les retranscrire, est ce que vous êtes d'accord ?

- Quel est votre Âge ? Votre Profession ?
- Est-ce que vous diriez que vous avez un niveau de vie bon, très bon, moyen ou bas ?
- Avez-vous un environnement social des amis ou des personnes ressources ? un environnement familial ?
- Où avez-vous été opérée pour votre cancer ? Et quand ?

1° Déterminer les choix de se faire opérer et suivre localement ou sur le continent

- Savez-vous ce qui a motivé le choix géographique de votre prise en charge ?
- Pour quelles raisons avez-vous décidé de vous faire opérer sur le continent/en Corse ? Et pourquoi ? Votre ressenti sur ce choix ?
- Si vous ne connaissez pas la raison, quel est selon vous le motif ?
- Qu'est ce qui aurait pu faire changer votre choix ?
- Le voyage a-t-il été un frein ?
- Avez-vous demandé un avis ou discuté avec votre entourage ?

2° Évaluer la place du MG dans le parcours des patientes

- Est-ce que votre médecin traitant (MT) ou gynécologue traitant (GT) a pesé dans votre choix ?
- Selon vous, est ce que votre médecin traitant a été consulté pour le traitement qui vous a été fait ?
- Avez-vous consulté votre MT/GT pour la décision de PEC ?
- Quelles ont été les démarches de votre MT/GT dans votre PEC ?
- Est-ce que c'est votre MT/GT qui a réalisé le dépistage ou est-ce un dépistage systématique ?
- Est-il important à vos yeux que le MT/GT soit impliqué dans la PEC ? Pourquoi ?
- Comment souhaiteriez-vous le voir impliquer ?
- Suite à la chirurgie, quand est-ce que vous avez revu votre MT/GT ?

3° Caractériser les différences de PEC oncologique entre un centre de références et un établissement non spécialisé de proximité

- Quel est le trajet de votre domicile à l'hôpital ?
- Avez-vous déjà réalisé une chirurgie auparavant ? Laquelle et où ?
- Caractériser les délais de rendez-vous anesthésie, chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie ?
- Les durées de transport ont-elles été pénibles à vivre ?
- Est-ce que le trajet a été discuté avec vos proches ? Étiez-vous accompagné ? Est-ce que ça vous a manqué ? Convenu ?
- Quel a été le suivi post opératoire ? Qu'est-ce que vous en avez pensé ?
- Qu'est-ce qui vous a été proposé par la suite ? Soins de suite et réadaptation ? Infirmière à domicile ou paramédicaux ? Qui est ce qui vous l'a proposé ? Étiez-vous accompagnée ?
- Combien de temps le PEC a-t-elle duré ?
- Avez-vous eu une consultation en Corse et sur le continent ?

4° Recueillir le ressenti des patientes dans l'un et l'autre cas et déterminer si la PEC correspond aux attentes des patientes

- Êtes-vous satisfaite de la prise en charge ? Qu'en avez-vous pensé ?
- Est-ce que vous étiez entourée ? Est-ce que vous avez eu du soutien de vos proches ?
- Pensez-vous avoir été bien traitée ? Bien suivie ?
- Y a-t-il des manquements dans votre suivi ou prise en charge ? L'organisation générale est-elle satisfaisante ?
- Est-ce que vous auriez un avis sur la PEC ? Qu'auriez-vous aimé ? Qu'avez-vous aimé ?
- Y a-t-il des attentes qui sont restées sans réponse avant la chirurgie ? Après la chirurgie ?
- Quelles améliorations souhaiteriez-vous voir apparaître dans la prise en charge en oncologie mammaire ?

5° Protocoliser les PEC et définir des profils de parcours de PEC

Est-ce que vous pensez que l'on pourrait faire un protocole pour la PEC de patiente prétendant à chirurgie avec reconstruction mammaire ?

*Je vous remercie d'avoir répondu à mes questions et du temps que vous m'avez consacré.
Si vous le souhaitez, je peux vous transmettre les résultats de l'étude.*

Merci

Bonne journée

P. 10	56 ans	Enseignante	Bon	Oui	Oui	Tumorectomie à l'IPC et reconstruction à Ajaccio 2018	Oui	2 avis
P. 11	61 ans	Sans profession	Bas	Oui	Oui	Mastectomie en 2011 et reconstruction en 2012 à Bastia puis en 2018 à Ajaccio	Oui	1 avis sur la Corse
P. 12	69 ans	Retraitée dans la vente	Bas	Oui	Oui	Chirurgie en 2019 à Ajaccio, reprise en 2020	Oui	1 avis sur la Corse
P. 13	57 ans	Enseignante	Moyen	Oui	Oui	Mastectomie en 2017 et reconstruction en 2019 à Ajaccio	Oui	1 avis sur la Corse
P. 14	45 ans	Comptable : profession libérale	Très bon	Oui	Non	Mastectomie en 2021 puis reconstruction en 2022 à l'IPC	Non	1 avis sur le continent
P. 15	53 ans	Infirmière à domicile	Très bon	Oui	Oui	Chirurgie en 2021 à l'IPC	Non	1 avis sur le continent
P. 16	40 ans	Agent de service hospitalier	Très bon	Oui	Oui	Mastectomie en 2018 à l'IPC et reconstruction en 2023 à Paris	Non	2 avis
P. 17	59 ans	Aide-soignante	Très bon	Oui	Oui	Mastectomie en 2008 à Bastia et reconstruction en 2013 à Nice : clinique Mozart	Non	2 avis
P. 18	69 ans	Retraitée dans la vente	Bon	Oui	Oui	Chirurgie en 2020 à Ajaccio	Oui	1 avis sur la Corse

P. 19	60 ans	Directrice territoriale	Bon	Oui	Non	Mastectomie en 2019 à l'IPC et reconstruction en 2020 à Ajaccio	Oui	2 avis
P. 20	43 ans	Infirmière à domicile	Moyen	Oui	Oui	Mastectomie en 2018 à l'IPC et reconstruction en 2019 à Ajaccio	Oui	2 avis
P. 21	67 ans	Retraitée service public	Bon	Oui	Oui	Chirurgie en 2021 à Ajaccio	Oui	1 avis sur la Corse
P. 22	39 ans	Orthophoniste	Moyen-bon	Oui	Oui	Mastectomie en 2017 à Bastia puis reconstruction en 2020 à Ajaccio	Oui	2 avis
P. 23	49 ans	Chargée de relation entreprise	Bon	Oui	Non	Mastectomie en 2018 puis reconstruction en 2020 à Ajaccio	Oui	1 avis sur la Corse
P. 24	55 ans	Enseignante	Bon-moyen	Oui	Non	Chirurgie en 2022 à Lyon	Non	1 avis sur le continent
P. 25	57 ans	Employée service public	Bon	Oui	Oui	Mastectomie en 2013 et reconstruction en 2015 à Ajaccio	Oui	1 avis sur la Corse
P. 26	62 ans	Magasinière dans l'administration	Bon	Oui	Non	Mastectomie en 2004 et reconstruction en 2009 à Lacassagne	Non	1 avis sur le continent

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie
d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la
Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de
mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis dans l'intimité des
maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront
confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de parti ou de classe
sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales
contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction
que j'ai reçue de leurs pères.

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

Résumé

Introduction : La prise en charge du cancer du sein en France est systématisée pour toutes les patientes, mais est-il le même en centre de proximité en Corse qu'en centre spécialisée sur le continent ? La Corse est une île qui fait partie de la France métropolitaine, c'est dans ces conditions que nous nous sommes intéressés au retour des patientes quant à leur PEC et sur leurs ressentis en ce qui concerne leurs traitements.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens compréhensifs issue de l'analyse phénoménologique interprétative.

Notre questionnaire a permis de recueillir des données sociologiques puis des données qualitatives sur la place du médecin traitant dans le choix de la PEC, les différences qui existaient entre une PEC en centre de proximité par rapport à un centre spécialisé à distance, le ressenti des patientes face à leur traitement et les améliorations que nous pourrions proposer pour la Corse.

Résultats : Il ressort de cette étude que les patientes ont fait un choix qui leur appartenait. Ce dernier dépendait d'un avis médical, de leur entourage ou du choix de la spécialisation du chirurgien.

Nous noterons aussi l'implication du médecin traitant dans le suivi et les traitements des patientes en oncologie.

La PEC sur le continent s'est révélée très fatigante concernant les trajets même si un aménagement des horaires a été réalisé par les services d'oncologie et d'imagerie. L'entourage n'a pas pu être présent à chaque fois au dépend des patientes.

L'utilisation d'outils actuels a satisfait les patientes notamment avec l'auto-évaluation psychologique.

Sur la Corse, les patientes ont bénéficié d'une hospitalisation plus longue pour la chirurgie en présence de leur entourage. Elles avaient accès à un retour d'expérience de patientes déjà opérées et d'un soutien associatif.

Lors du recueil du ressenti des patientes, la dysmorphophobie liée à l'opération de mastectomie n'a pas été correctement accompagnée.

Une banalisation des effets secondaires a conduit les patientes à penser qu'elles n'étaient pas considérées.

Le personnel soignant s'est trouvé être d'une grande aide pour les patientes.

Lors de leur cancer, les patientes étaient bien suivies mais elles ont ressenti un manque de surveillance post cancer.

Ces dernières auraient souhaité que l'équipe médicale accorde de l'importance au post cancer pour envisager la reprise du travail et la « santé » en générale.

L'idée d'un protocole en Corse a été saluée par les patientes.

Discussion : La place du médecin traitant dans la PEC est globale. Malgré les plans cancer certains aspects de la PEC ne sont pas respectés.

La prévention apparaît comme une arme contre le cancer.

Un centre de soin de proximité avec une PEC spécialisée serait un atout pour les patientes résidants en Corse et réduirait les frais de PEC pour les organismes de santé.