BU bibliothèque Lyon 1

http://portaildoc.univ-lyon1.fr

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Université Claude Bernard Lyon 1

UFR de MEDECINE LYON-EST

ANNÉE 2017 N°122

PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA SURVEILLANCE DU CANCER DU SEIN NON METASTATIQUE DANS LE DEPARTEMENT DE LA DROME :

Regard croisé entre médecins généralistes et oncologues

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée
A l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 8 juin 2017
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Pauline GRAND
Née le 10/02/1986 à Annecy

Sous la direction du Docteur FLEURY Bertrand

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND
Secteur Santé	
UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud-Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT
Secteur Sciences et Technologie	
UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Liste des enseignants 2016/2017

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction; gynécologie médicale
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe exceptionnelle Echelon 1

Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris	Olivier	Pédiatrie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Finet	Gérard	Cardiologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honnorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens	Patrick	Anatomie
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolak Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ryvlin	Philippe	Neurologie
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Tilikete	Caroline	Physiologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Vukusic	Sandra	Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Crouzet	Sebastien	Urologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
David	Jean-Stéphane	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Di Rocco	Federico	Neurochirurgie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Ducray	François	Neurologie
Dumortier	Jérome	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Fanton	Laurent	Médecine légale
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Lesurtel	Mickaël	Chirurgie générale
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Million	Antoine	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Peretti	Noël	Nutrition
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Robert	Maud	Chirurgie digestive
Rossetti	Yves	Physiologie
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Thaunat	Olivier	Néphrologie
Thibault	Hélène	Physiologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeurs des Universités - Médecine Générale

Flori	Marie
Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain
Zerbib	Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé	Xavier

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Professeurs émérites

Baulieux	Jacques	Cardiologie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Mauguière	François	Neurologie
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers
Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers
Première classe

Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Confavreux	Cyrille	Rhumatologie
Cozon	Grégoire	Immunologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie Nathalie	Immunologie
Lesca	Gaëtan	Génétique
Lukaszewicz	Anne-Claire	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Venet	Fabienne	Immunologie
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Curie	Aurore	Pédiatrie
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Lemoine	Sandrine	Physiologie
Marignier	Romain	Neurologie
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Pigache	Christophe

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

LE SERMENT 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 respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée si j'y manque.

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

REMERCIEMENTS

Au président du jury

Madame le Professeur FLORI Marie,

Vous avez accepté de juger mon travail, je vous remercie de l'honneur que vous me faites.

Aux membres du jury

Madame le Professeur RAY-COQUARD Isabelle,

Je suis très honorée de vous compter parmi les membres de mon jury de thèse. Veuillez trouver ici la marque de mon profond respect et l'expression de ma gratitude.

Monsieur le Professeur CHENE Gautier,

Je vous suis très reconnaissante de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail et de l'honneur que vous me faites de participer à ce jury de thèse. Soyez assuré de mes sincères remerciements et de mon profond respect

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur FLEURY Bertrand,

Merci de m'avoir proposé un sujet aussi intéressant et passionnant que celui du cancer du sein et de m'avoir accompagnée dans toute la réalisation de ce travail. Je te remercie pour ton soutien et pour tout le temps que tu m'as accordé. C'est avec un grand plaisir que nous collaborerons très prochainement, je l'espère, dans la prise en charge partagée de nos patients atteints de cancer dans le département de la Drôme.

A l'URPS Auvergne-Rhône-Alpes

Merci pour l'aide des médecins de l'URPS AuRA et de Mme RANC Martine sans qui cette thèse n'aurait pu se faire.

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Au service de Biostatistique des Hospices civils de Lyon

A Mr SUBTIL Fabien, biostatisticien,

Merci pour votre patience, votre disponibilité et votre aide qui ont été essentielles à la réalisation de cette étude.

Aux médecins

A tous les médecins croisés sur mon chemin et qui m'ont tant appris, tout au long de mes études. Tout particulièrement à mes consœurs du cabinet médical de Tain l'Hermitage : **Dr Guibert Bénédicte, Dr Maring Aurélie et Dr Valette Laurianne**, auprès de qui je poursuis ma formation et partage mes doutes au quotidien.

A tous les médecins drômois qui ont accepté de répondre à cette étude et sans qui ce travail n'aurait pu voir le jour.

Aux patients

Aux patients auprès de qui j'apprends chaque jour mon métier de médecin.

A ma famille

A mère'veilleuse, sans qui je ne serais arrivée jusque-là, qui m'a supportée, consolée et toujours encouragée même si cela n'a pas toujours été évident (à ce qu'il paraît… ;-)).

A père'siffleur, le premier homme de ma vie. Un grand merci pour toutes les valeurs que tu m'as transmises, pour ta sagesse, ton soutien à toute épreuve et ce malgré une vie professionnelle bien chargée.

A mon grand frère, **LE max** sur qui je peux compter et qui a toujours le mot pour me faire rire ainsi qu'à toute sa petite famille, **Audrey et Adèle**. Merci d'avoir fait de moi une tatie Pau comblée.

A mes grands-parents, **Mamie Nini, Maman Nise, Pépé Jeannot** sans oublier mon Marin, **Pépé René** qui nous a quittés beaucoup trop tôt. Un grand merci pour tout l'amour et l'affection que vous me donnez chaque jour.

A tous les membres de ma famille : Brigitte, Flo, Bruno, Alain, mes couz, Ganou, Nico, Guigui et ma Lau qui m'ont vue grandir et évoluer. A tous nos bons moments partagés (les vacances et les repas de famille animés), qu'ils puissent toujours continuer.

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

A tous mes thérapeutes à poils adeptes de la « ronron thérapie » : Gadget, Roméo, Nala et Malou

A ma belle-famille

Un grand merci à ma belle-famille qui a su m'accueillir à bras ouverts et ce dès le premier jour et qui à présent compte énormément pour moi.

A mes amis

A ma meilleure amie d'enfance, **Répéto**, tant de souvenirs et de fous rires partagés. Merci d'être toujours là et ce malgré la distance qui nous sépare. Que notre amitié dure longtemps.

A ma plus belle rencontre**, ma Yada** qui a toujours été là pour moi et a su m'aider à traverser tous les moments difficiles. Merci pour ta présence, ton soutien, ta folie, ton « imprévisibilité » et ton amitié à toute épreuve. On dit que ça ressemble à cela d'avoir une sœur ☺

A mes amis Lyonnais et meilleurs partenaires de soirées : « La brigade anti-blitz »
Axou, Kémilie, Anne Li et François
Qu'est-ce qu'on a pu écumer comme bars et bouger comme corps sur les dancefloors. Merci pour votre amitié et votre soutien. Malgré mon exil dans ma campagne lointaine je sais que je peux compter sur vous.

A mes amis et anciens colocs drômois : **Mes Jouvzis préférés : Cam et Roro ainsi que ma Clem ;**
A nos débats, nos soirées « secrets d'histoire » et nos Pastas sauce pesto rosso. GRAZIE MILLE !!!

A mes copains lyonnais : Momo, Simon, Gaston, Ju, Fab et toute la clique… Merci pour votre bonne humeur, nos soirées et toutes nos vacances partagées sur l'île de beauté et ce n'est pas fini...

Merci à tous mes **Co-internes (Sébo, Les Nicos, Zac…)** qui ont partagé avec moi tous les hauts et les bas de l'internat…

A toi

A mon **Luciano**, l'homme de ma vie et mon coach le plus fidèle. Merci pour ton soutien et ta patience à toute épreuve (même si elle a ses limites ;-)). Merci de me rendre chaque jour plus heureuse et d'avoir fait de moi une future maman.

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

ABREVIATIONS

URPS AuRA : Union Régionale des Professionnels de Santé médecins libéraux Auvergne-Rhône-Alpes.

MEP : Mode d'exercice particulier

P.P.A.C : Programme personnalisé de l'après-cancer

RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire

PPS : Projet personnalisé de soin

DU : Diplôme Universitaire

SUDoc : Système Universitaire de documentation

INCa : Institut National du Cancer

HAS : Haute Autorité de santé

MG : Médecin généraliste

InVS : Institut de Veille Sanitaire

FMC : Formation médicale continue

Loi « HPST » : Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires »

3C : Centre de Coordination en Cancérologie

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION 19

II. MATERIELS ET METHODES 21

A. CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE 21
B. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE ET MODALITES DE SELECTION 21
C. METHODE 22
D. ELABORATION ET ENVOI DU QUESTIONNAIRE 22
1. ELABORATION DU QUESTIONNAIRE 22
2. ENVOI DU QUESTIONNAIRE 23
E. RECUEIL DES DONNEES 24
F. ANALYSE STATISTIQUE 24
G. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE 25

III. RESULTATS 26

A. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES MEDECINS ET DE LEUR MODE D'EXERCICE 27
1. LES MEDECINS GENERALISTES 27
2. LES MEDECINS SPECIALISTES EN ONCOLOGIE 28
B. DIPLOMES ET FORMATIONS 29
1. LES MEDECINS GENERALISTES 29
2. LES MEDECINS SPECIALISTES EN ONCOLOGIE 29
C. LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA SURVEILLANCE DU CANCER DU SEIN NON METASTATIQUE DANS LA DROME 30
1. IMPLICATION DES MEDECINS GENERALISTES DANS LE DERNIER PLAN CANCER 30
2. COMPETENCES, FORMATIONS ET RESEAU DE SOINS SPECIFIQUES 32
3. LES AXES DE SURVEILLANCE PROPOSES AUX MEDECINS GENERALISTES 36
D. SITUATIONS CLINIQUES 39
E. LES LIMITES ET LES CONTRAINTES A UNE SURVEILLANCE ALTERNEE MEDECINS GENERALISTES/ONCOLOGUES DANS LA DROME 44
1. LA RELATION ET LA COMMUNICATION ENTRE LES MEDECINS GENERALISTES ET LES ONCOLOGUES 44
2. LA PLACE ACTUELLE ACCORDEE AUX MEDECINS GENERALISTES DANS LA SURVEILLANCE DU CANCER DU SEIN NON METASTATIQUE 46
3. EN PRATIQUE 48
4. LES PERSPECTIVES D'AMELIORATION DANS LA DROME 51
5. LES COMMENTAIRES LIBRES 53

IV. DISCUSSION 54

A. LES FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE 54
B. LES BIAIS DE L'ETUDE 56
1. BIAIS DE SELECTION 56
2. BIAIS DE DECLARATION 56

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

C. DES MEDECINS GENERALISTES IMPLIQUES DANS LA SURVEILLANCE **57**
1. UNE SURVEILLANCE MAITRISEE MAIS AVEC SES LIMITES 57
2. DES RELATIONS PRIVILEGIEES ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE 59
3. DES COMPETENCES COMPLEMENTAIRES EN MATIERE DE SURVEILLANCE 61
D. DES MEDECINS GENERALISTES SATISFAITS DE LEUR PLACE DANS LA SURVEILLANCE : UN SENTIMENT NON PARTAGE PAR LEURS CONFRERES **62**
E. LES LIMITES ET CONTRAINTES A UN MODE DE SURVEILLANCE ALTERNEE **64**
F. VERS DE NOUVEAUX HORIZONS **65**

V. CONCLUSION **69**

VI. BIBLIOGRAPHIE **73**

VII. RESUME **76**

VIII. ANNEXES **77**

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

TABLE DES ILLUSTRATIONS

- **TABLEAUX**

TABLEAU 1: RECAPITULATIF DES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES MEDECINS GENERALISTES 27
TABLEAU 2: RECAPITULATIF DES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES ONCOLOGUES 28
TABLEAU 3: DIPLOMES ET FORMATIONS DES MEDECINS GENERALISTES DROMOIS 29
TABLEAU 4: FORMATIONS DES MEDECINS GENERALISTES EN CANCEROLOGIE PAR LES ONCOLOGUES DROMOIS 29
TABLEAU 5: AVIS DES MEDECINS (GENERALISTES ET ONCOLOGUES) SUR LA REORGANISATION DES SOINS EN CANCEROLOGIE 30
TABLEAU 6: AVIS DES MEDECINS GENERALISTES SUR LA REORGANISATION DU SYSTEME DE SOINS EN FONCTION DE LEUR AGE 31
TABLEAU 7: AVIS DES MEDECINS (GENERALISTES ET ONCOLOGUES) SUR LES COMPETENCES DES MEDECINS GENERALISTES DANS LA SURVEILLANCE DU CANCER DU SEIN NON METASTATIQUE 32
TABLEAU 8: AVIS DES MEDECINS (GENERALISTES ET ONCOLOGUES) SUR LES BESOINS DE FORMATIONS EN CANCEROLOGIE DES MEDECINS GENERALISTES 33
TABLEAU 9: AVIS DES MEDECINS (GENERALISTES ET ONCOLOGUES) SUR LES BESOINS DES MEDECINS GENERALISTES D'AVOIR RECOURS A UN RESEAU DE SOINS SPECIFIQUES EN CANCEROLOGIE 33
TABLEAU 10: AVIS DES MEDECINS GENERALISTES SUR LEUR BESOIN D'AVOIR UN RESEAU DE SOINS SPECIFIQUES EN CANCEROLOGIE EN FONCTION DE LEUR LIEU D'EXERCICE 34
TABLEAU 11: LES AXES D'IMPLICATION DES MEDECINS GENERALISTES DANS LA SURVEILLANCE DU CANCER DU SEIN NON METASTATIQUE 36
TABLEAU 12: LA PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS CLINIQUES COURANTES RENCONTREES DANS LA SURVEILLANCE DU CANCER DU SEIN 39
TABLEAU 13: AVIS DES MEDECINS (GENERALISTES ET ONCOLOGUES) SUR LES RELATIONS PROFESSIONNELLES ENTRETENUES AVEC LEURS CONFRERES DROMOIS 44
TABLEAU 14: AVIS DES MEDECINS GENERALISTES SUR LA QUALITE DES COURRIERS DES ONCOLOGUES 45

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

TABLEAU 15: SATISFACTION DES MEDECINS (GENERALISTES ET ONCOLOGUES) CONCERNANT LA PLACE ACTUELLE OCCUPEE PAR LES MEDECINS GENERALISTES DANS LA SURVEILLANCE DU CANCER DU SEIN NON METASTATIQUE 47

TABLEAU 16: AVIS DES MEDECINS (GENERALISTES ET ONCOLOGUES) SUR LA VOLONTE D'IMPLIQUER DAVANTAGE LES MEDECINS TRAITANTS DANS LA SURVEILLANCE ALTERNEE DES CANCERS DU SEIN NON METASTATIQUE 48

TABLEAU 17: LES LIMITES ET CONTRAINTES DES MEDECINS GENERALISTES A LA SURVEILLANCE DES PATIENTES ATTEINTES D'UN CANCER DU SEIN NON METASTATIQUE DANS LA PRATIQUE QUOTIDIENNE 49

TABLEAU 18: LES AXES D'AMELIORATION PROPOSES AUX MEDECINS (GENERALISTES ET ONCOLOGUES) POUR FACILITER LA COORDINATION ENTRE LA VILLE ET L'HOPITAL 51

- **FIGURES**

FIGURE 1: TAUX DE REPONSE (%) SUR UNE ECHELLE DE LIKERT CONCERNANT L'AVIS DES MEDECINS GENERALISTES SUR LA REORGANISATION DES SOINS EN CANCEROLOGIE EN FONCTION DE LEUR AGE (N=66) 31

FIGURE 2: TAUX DE REPONSE (%) SUR UNE ECHELLE DE LIKERT CONCERNANT L'AVIS DES MEDECINS GENERALISTES (N=66) SUR LEUR BESOIN D'AVOIR UN RESEAU DE SOINS SPECIFIQUES EN CANCEROLOGIE EN FONCTION DE LEUR LIEU D'EXERCICE 34

FIGURE 3: REPARTITION DES MEDECINS GENERALISTES (N=66) SUR UNE ECHELLE DE LIKERT CONCERNANT LEUR AVIS SUR LEURS COMPETENCES, FORMATIONS ET LE RESEAU DE SOINS SPECIFIQUES EN CANCEROLOGIE 35

FIGURE 4: REPARTITION DES ONCOLOGUES (N=8) SUR UNE ECHELLE DE LIKERT CONCERNANT LEUR AVIS SUR LES COMPETENCES, LES FORMATIONS ET LE RESEAU DE SOINS SPECIFIQUES EN CANCEROLOGIE NECESSAIRES AUX MEDECINS GENERALISTES 35

FIGURE 5: REPARTITION DES MEDECINS GENERALISTES (N=66) EN FONCTION DES AXES DE SURVEILLANCE ENVISAGES DANS LA PRISE EN CHARGE DU CANCER DU SEIN NON METASTATIQUE 37

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

FIGURE 6: REPARTITION DES ONCOLOGUES (N=8) EN FONCTION DES AXES DE SURVEILLANCE ENVISAGES POUR LES MEDECINS GENERALISTES DANS LA PRISE EN CHARGE DU CANCER DU SEIN NON METASTATIQUE 38

FIGURE 7: LA PRISE EN CHARGE DES DIFFERENTES SITUATIONS CLINIQUES DU POINT DE VUE DES MEDECINS GENERALISTES (N=66) 41

FIGURE 8: LA PRISE EN CHARGE DES DIFFERENTES SITUATIONS CLINIQUES DU POINT DE VUE DES ONCOLOGUES (N=8) 42

FIGURE 9: REPARTITION DU NOMBRE DES MEDECINS GENERALISTES (N=66) EN FONCTION DE LEUR AVIS SUR LA QUALITE DES COURRIERS DE LEURS CONFRERES 46

FIGURE 10: REPARTITION DES MEDECINS GENERALISTES (N=66) EN FONCTION DES LIMITES ET CONTRAINTES POUVANT ETRE RETROUVEES LORS DE LA SURVEILLANCE DU CANCER DU SEIN NON METASTATIQUE DANS LA PRATIQUE QUOTIDIENNE 50

FIGURE 11: REPARTITION DES MEDECINS GENERALISTES (N=66) SELON LES AXES D'AMELIORATION PROPOSES POUR FACILITER LA COORDINATION ENTRE LA VILLE ET L'HOPITAL 52

FIGURE 12: REPARTITION DES ONCOLOGUES (N=8) SELON LES AXES D'AMELIORATION PROPOSES POUR FACILITER LA COORDINATION ENTRE LA VILLE ET L'HOPITAL 52

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

I. Introduction

Avec 54 000 nouveaux cas par an, le cancer du sein se place comme le cancer le plus fréquent mais aussi le plus meurtrier des cancers chez la femme. En France, 1 femme sur 9 sera confrontée au cancer du sein au cours de sa vie (1). Son dépistage, sa prise en charge et son suivi constituent donc un enjeu majeur de santé publique.

Pour faire face à ce fléau, l'engagement de l'ensemble des professionnels de santé est indispensable et en particulier celui du médecin traitant situé au cœur du parcours de soins. Défini depuis 2009 comme « spécialiste de premier recours » par la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires », le médecin généraliste contribue à l'offre de soins en ambulatoire en assurant le suivi des patients et la coordination des soins nécessaires avec les autres professionnels de santé (2).

Devant l'augmentation chaque année du nombre de femmes en rémission d'un cancer du sein nécessitant un suivi médical à vie (3) ; le maintien d'une surveillance en milieu spécialisé à la suite des traitements spécifiques est devenu difficile. Il est donc important d'adapter les modalités de surveillance à travers des points essentiels comme la réorganisation du système de soins en cancérologie et la place du médecin traitant dans la surveillance partagée avec les autres professionnels de santé.

Face à cette problématique, le gouvernement français établit depuis 2003 des « Plans Cancer » ayant pour but de lutter contre les pathologies cancéreuses en renforçant la qualité de prise en charge des patients. Le Plan Cancer 2009-2013 visait entre autres à renforcer le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge des cancers. Ses objectifs étaient de favoriser les échanges d'informations entre les professionnels de santé et de garantir une bonne coordination entre la ville et l'hôpital (4).

Pour répondre à cet enjeu national de santé publique, de nombreuses régions dont la région Auvergne-Rhône-Alpes ont mis en place des dispositifs de surveillance alternée (5) (6). Ils consistent en une surveillance post thérapeutique alternant rendez-vous avec le cancérologue et le médecin de ville (gynécologue ou médecin traitant). Les objectifs étant

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

d’intégrer de manière précoce les confrères de ville et de désengorger les consultations de spécialistes afin de maintenir des délais de prise en charge raisonnables.

Dans la littérature, plusieurs études ont montré la volonté des médecins traitants de participer à la surveillance de leurs patientes atteintes de cancer du sein (7) (8) ainsi que l’accueil favorable des patientes à une telle proposition (9) (10). D’autres études ont même révélé l’efficacité de la surveillance assurée par les médecins traitants aussi bien en termes de détection des récidives qu’en termes de survie et de qualité de vie (11) (12).

En pratique, il existe encore peu de patientes suivies par leur médecin généraliste après la phase active de traitement. C’est pourquoi nous nous sommes interrogés sur la place occupée par les médecins généralistes du département de la Drôme dans la surveillance du cancer du sein non métastatique. Le but de ce travail étant de mieux cerner la problématique actuelle en répondant à une question : les médecins généralistes drômois sont-ils prêts à occuper une place plus importante dans la surveillance de leurs patientes atteintes d’un cancer du sein non métastatique ?

L’objectif principal de ce travail est d’étudier la place du médecin généraliste drômois dans la surveillance des patientes atteintes d’un cancer du sein non métastatique et de confronter ces données avec celles des principaux oncologues du département. L'objectif secondaire est de définir les limites et les contraintes des médecins généralistes à la mise en place d’une surveillance alternée (médecins généralistes/oncologues) afin de faire émerger des pistes d'amélioration à échelle locale.

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

II. Matériels et méthodes

A. Caractéristiques de l'étude

Une étude descriptive transversale a été menée du 17 novembre 2016 au 10 février 2017 sous forme de questionnaires envoyés par mails aux médecins généralistes et aux oncologues investis dans la prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein dans le département de la Drôme. Il s'agissait d'une enquête déclarative et non rémunérée.

B. Caractéristiques de la population étudiée et modalités de sélection

La population étudiée devait remplir les critères suivants :

- Les critères d'inclusion :

-Médecins généralistes inscrits à l'Ordre des médecins de la région Auvergne-Rhône-Alpes et installés dans le département de la Drôme.

-Médecins qualifiés en oncologie (oncologues médicaux, radiothérapeutes, chirurgiens) exerçant dans les principaux centres hospitaliers prenant en charge les cancers du sein dans le département de la Drôme.

- Les critères d'exclusion :

-Médecins généralistes remplaçants.
-Médecins généralistes ayant une activité spécifique (MEP).
-Médecins généralistes installés dans les autres départements de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Le recrutement des médecins généralistes a été fait par le biais de l'Union Régionale des Professionnels de Santé des médecins libéraux de la région Auvergne-Rhône-Alpes (URPS AuRA)[1]. Ils avaient pris soin de sélectionner uniquement les médecins généralistes du département de la Drôme correspondant à leur banque de données régulièrement actualisée.

Afin d'obtenir un regard croisé « médecins généralistes/oncologues », le questionnaire a été transmis par mail aux oncologues exerçant dans les centres hospitaliers (centre hospitalier de Valence et centre hospitalier de Romans) prenant en charge les cancers du sein dans le département de la Drôme.

C. Méthode

Cette étude a été réalisée à l'aide d'un questionnaire Google Forms®, anonyme, envoyé par mail aux médecins généralistes et aux oncologues du département de la Drôme. Chaque questionnaire était précédé d'une introduction résumant le contexte ainsi que la population de patientes concernées par l'étude. Seules les patientes atteintes d'un cancer du sein non métastatique étaient concernées par ce travail. La surveillance débutait à partir du moment où le traitement par radiothérapie et/ou chimiothérapie prenait fin, la présence d'une hormonothérapie si nécessaire ne différant pas le début de la surveillance.

D. Elaboration et envoi du questionnaire

1. Elaboration du questionnaire

Cette enquête a été réalisée à l'aide d'un questionnaire spécifiquement élaboré pour l'étude (Cf. Annexes) et ce après avoir effectué une recherche bibliographique sur le sujet. Les questionnaires destinés aux médecins généralistes et aux médecins oncologues étaient

[1] *Les URPS-médecins libéraux ont été créés dans le cadre de la loi Hôpital Patients Santé Territoires et se sont substituées aux unions régionales des médecins libéraux (URML)*

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

similaires pour la majorité des questions afin que l'analyse croisée soit la plus cohérente possible. Celui destiné aux médecins généralistes se composait de 23 questions et celui destiné aux médecins oncologues en comportait 18. Les questions s'articulaient autour de 4 grands axes :

- Les données générales permettant de recueillir des informations descriptives sur les médecins : âge, sexe, leur mode d'exercice et leurs formations médicales complémentaires.
- La place du médecin généraliste dans la surveillance du cancer du sein non métastatique évoquant des questions relatives au plan cancer et à l'implication des médecins généralistes dans cette surveillance.
- Des situations cliniques courantes retrouvées lors de la surveillance des cancers du sein non métastatiques permettant de mieux cerner les limites dans la pratique quotidienne des médecins généralistes à la prise en charge de ses patientes.
- Les différentes limites et contraintes pouvant être rencontrées lors de la mise en place d'une surveillance alternée (médecins généralistes/ oncologues) à échelle locale.

Le questionnaire a été inspiré par différentes études réalisées en France ainsi que des thèses ayant explorées la même thématique dans des régions différentes (13) (14) (15).

Afin de mieux nuancer les différents comportements ou attitudes des médecins interrogés, nous avons utilisé l'échelle de Likert. De plus, les médecins avaient la possibilité au cours du questionnaire de donner leur avis à travers les items « autres » ou « commentaires libres ».

2. Envoi du questionnaire

Le questionnaire a été envoyé par mail dans un premier temps à l'URPS des Médecins Libéraux de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Il a été analysé puis sélectionné par les médecins responsables de la diffusion des différentes études dans la région. Dans un deuxième temps, le questionnaire a été transmis aux médecins généralistes de la Drôme figurant dans la banque de données de l'URPS AuRA sous forme d'un lien internet :

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdB6FYgnyiaFetTSupgGfFq27hTslNfUagZBXsog0tMpERWjA/viewform

La version électronique du questionnaire envoyée par mail a été créée sur l'application Google Forms®. Une relance à 10 jours a été effectuée sur notre sollicitation par l'URPS Auvergne-Rhône-Alpes.

Concernant les médecins oncologues, les adresses mails ont été récupérées au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) de gynécologie à Valence à laquelle nous avons assisté et où nous avons présenté notre sujet de thèse.

E. Recueil des données

Les informations recueillies ont été traitées de façon anonyme. Les réponses aux questionnaires ont été intégrées automatiquement dans le logiciel d'analyse statistique de l'application Google Forms® puis exportées dans un fichier EXCEL®.

F. Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée avec l'aide d'un statisticien du service de biostatistique des Hospices Civils de Lyon. Nous l'avons contacté dès le début de notre étude afin de lui exposer notre sujet et de discuter avec lui de l'analyse statistique la plus adaptée à notre problématique.

Le recueil des données anonymes a été réalisé dans un fichier EXCEL® (Microsoft Office 2015). Les données quantitatives ont été décrites par la moyenne, la médiane, le premier et le troisième quartile, ainsi que les valeurs minimales et maximales. Les données qualitatives ont été décrites par les effectifs et les proportions selon les différentes catégories.

L'étude étant à visée descriptive, aucun test statistique n'a été effectué pour comparer les réponses entre les médecins généralistes et les oncologues. Les comparaisons ne sont donc

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

effectuées qu'au travers des ampleurs des différences entre les groupes. Les analyses statistiques ont été réalisées à partir du logiciel R.

G. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été effectuée à l'aide des bases de données scientifiques et moteurs de recherches suivants :

- PubMed
- Le catalogue du Système Universitaire de documentation (Sudoc)
- Google et Google Scholar
- HAS, INCA, InVS
- Thèses d'exercices publiées sur la même thématique
- Autres : livres, articles de revues scientifiques, textes de loi …

Les mots clés utilisés en français ont été : « médecins généralistes », « surveillance », « surveillance alternée », « surveillance partagée », « cancer du sein ».

Les mots clés utilisés en anglais ont été : « general practice », « family doctor », « aftercare », « continuity of patient care », « breast neoplasm », « breast cancer ».

La bibliographie a été intégrée dans le logiciel ZOTERO® au fur et à mesure des recherches afin de faciliter son exploitation.

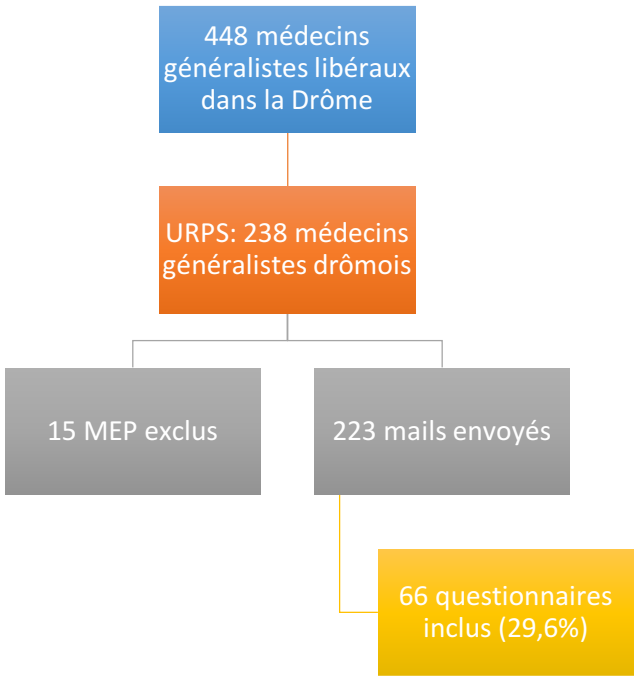
GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

III. Résultats

Le questionnaire a été envoyé à l'ensemble des médecins généralistes correspondant à la banque de données de l'URPS AuRA soit 223 médecins généralistes libéraux du département de la Drôme. Quinze médecins ont été exclus dès le départ car ils avaient un mode d'exercice particulier (MEP) type allergologie et angiologie entre autres. Pour information, le département de la Drôme comporte 448 médecins libéraux. A l'issue de cette enquête, nous avons recueilli 66 réponses. Le taux de réponse des médecins généralistes de l'enquête était donc de 29,6%.

Du côté des médecins qualifiés en oncologie, le questionnaire a été envoyé à 14 médecins et nous avons recueilli 8 réponses soit un taux de réponse des médecins qualifiés en oncologie de 57,1%.

Schéma du taux de réponse des médecins généralistes drômois :



GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

A. Caractéristiques sociodémographiques des médecins et de leur mode d'exercice

1. Les médecins généralistes

La moyenne d'âge des répondants était de 49,1 ans avec un minimum de 29 ans et un maximum de 73 ans (médiane de 50 ans). Le premier quartile était de 37 ans et le troisième quartile de 60 ans.

Tableau 1: Récapitulatif des caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes

Caractéristiques	**Groupe**	**Effectif (N=66)**	**Pourcentage (%)**
Age	≤ 40 ans	22	33,3%
	40-60 ans	28	42,4%
	>60 ans	16	24,2%
Sexe	Homme	40	60,6%
	Femme	26	39,4%
Durée d'installation	≤10 ans	26	39,4%
	11-20 ans	8	12,1%
	>20 ans	32	48,5%
Mode d'exercice	Cabinet de groupe	56	84,8%
	Cabinet seul	10	15,2%
Zone d'exercice	Rurale	13	19,7%
	Semi-rurale	35	53%
	Urbaine	18	27,3%
Distance d'un centre hospitalier	<10 Km	23	34,8%
	10-20 Km	25	37,9%
	>20 Km	18	27,3%

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

2. Les médecins spécialistes en oncologie

La moyenne d'âge des répondants était de 47,8 ans avec un minimum de 31 ans et un maximum de 63 ans (médiane de 48 ans). Le premier quartile était de 39 ans et le troisième quartile de 52 ans.

Tableau 2: Récapitulatif des caractéristiques sociodémographiques des oncologues

Caractéristiques	**Groupe**	**Effectif (N =8)**	**Pourcentage (%)**
Age	≤ 40 ans	2	25%
	40-60 ans	5	62,5%
	>60 ans	1	12,5%
Sexe	Homme	6	75%
	Femme	2	25%
Durée d'installation	≤10 ans	1	12,5%
	11-20 ans	4	50%
	>20 ans	3	37,5%
Mode d'exercice	Hôpital public	4	50%
	Clinique privée	3	37,5%
	Double activité	1	12,5%

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

B. Diplômes et formations

1. Les médecins généralistes

Tableau 3: Diplômes et formations des médecins généralistes drômois

Caractéristiques	Groupe	Effectif (N=66)	Pourcentage (%)
Diplômes universitaires	Oui	39	59,1%
	Non	27	40,9%
Formations	Oui	59	89,4%
	Non	7	10,6%

Sur les 66 médecins interrogés, 39 d'entre eux avaient un diplôme universitaire complémentaire (DU).

Deux médecins généralistes avaient un DU en cancérologie et l'un d'entre eux faisait partie du réseau de cancérologie de Rhône-Alpes. Trois médecins avaient un DU en gynécologie. Dix-neuf médecins généralistes étaient des maîtres de stages universitaires. (Cf. Annexes)

2. Les médecins spécialistes en oncologie

Cinq oncologues sur huit déclaraient organiser régulièrement des formations en cancérologie pour les médecins généralistes de la Drôme.

Tableau 4: Formations des médecins généralistes en cancérologie par les oncologues drômois

Formations	Effectif (N=8)	Pourcentage (%)
Oui	5	62,5%
Non	3	37,5%

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

C. La place du médecin généraliste dans la surveillance du cancer du sein non métastatique dans la Drôme

1. Implication des médecins généralistes dans le dernier Plan cancer

Le dernier Plan cancer préconisait une réorganisation de la prise en charge des soins en cancérologie en impliquant davantage le médecin traitant.

Les médecins généralistes de notre étude étaient d'accord à 86,3% pour occuper une place plus importante dans cette prise en charge et 7 oncologues sur 8 étaient favorables à la réorganisation des soins en faveur de leurs confrères.

Tableau 5: Avis des médecins (Généralistes et Oncologues) sur la réorganisation des soins en cancérologie

Avis	Médecins généralistes (N=66)	Oncologues (N=8)
Tout à fait d'accord	29 (43,9%)	6 (75%)
Plutôt d'accord	28 (42,4%)	1 (12,5%)
Plutôt pas d'accord	3 (4,5%)	1 (12,5%)
Pas du tout d'accord	0 (0%)	0 (0%)
Pas d'avis	6 (9,1%)	0 (0%)

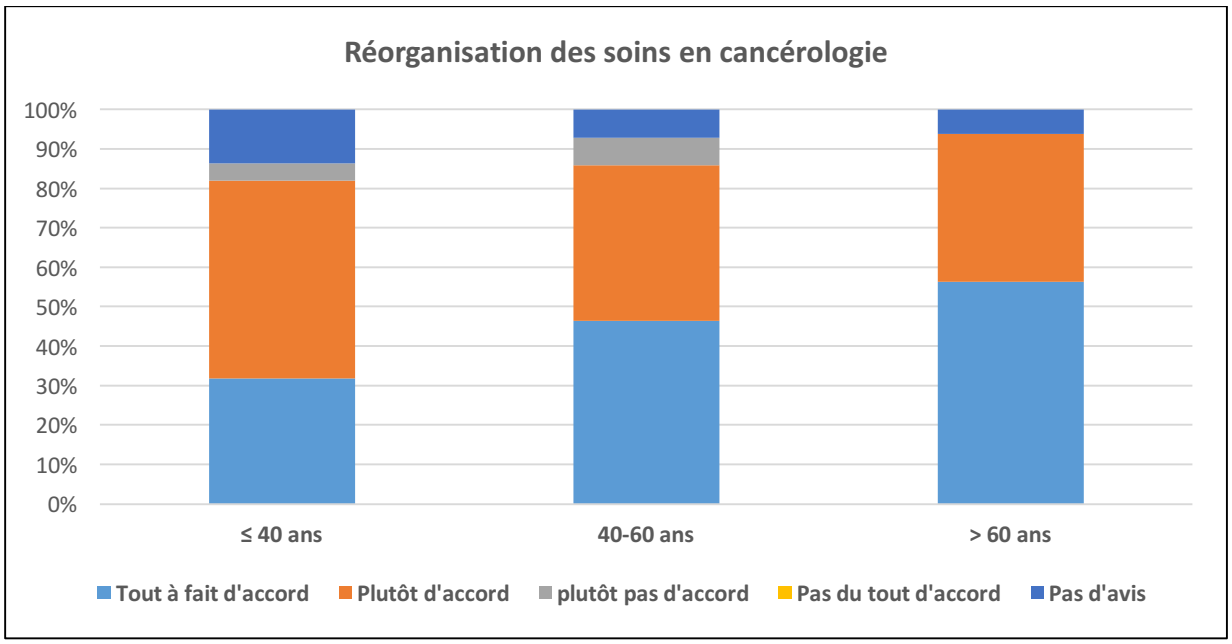
Nous avons cherché à savoir si l'âge des médecins généralistes jouait un rôle sur leur avis concernant la réorganisation du système de soins en cancérologie. Les médecins généralistes de plus de 60 ans étaient d'accord à 93,7% pour occuper une place plus importante dans le réseau de soins en cancérologie et 81,8% des moins de 40 ans rejoignaient l'avis de leurs ainés.

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Tableau 6: Avis des médecins généralistes sur la réorganisation du système de soins en fonction de leur âge

Age	≤40 ans (N=22)	>60 ans (N=16)	40-60 ans (N=28)	Total (N=66)
Avis :				
Tout à fait d'accord	7 (31,8%)	9 (56,2%)	13 (46,4%)	29 (43,9%)
Plutôt d'accord	11 (50%)	6 (37,5%)	11 (39,3%)	28 (42,4%)
Plutôt pas d'accord	1 (4,5%)	0 (0%)	2 (7,1%)	3 (4,5%)
Pas du tout d'accord	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Pas d'avis	3 (13,6%)	1 (6,2%)	2 (7,1%)	6 (9,1%)

Figure 1: Taux de réponse (%) sur une échelle de LIKERT concernant l'avis des médecins généralistes sur la réorganisation des soins en cancérologie en fonction de leur âge (N=66)



GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

2. Compétences, formations et réseau de soins spécifiques

Face à la réorganisation du système de soins en cancérologie, 75,8% des médecins généralistes estimaient avoir les compétences requises à la surveillance optimale de leurs patientes atteintes de cancer du sein non métastatique. Soixante-quatorze virgule deux pour cent déclaraient avoir besoin d'une formation complémentaire et 80,3% d'entre eux d'un réseau de soins spécifiques en cancérologie.

Du point de vue de leurs confrères, l'ensemble des oncologues (8 oncologues sur 8) attestaient que les médecins généralistes avaient les compétences requises à la surveillance de leurs patientes, 7 d'entre eux affirmaient la nécessité qu'ils aient recours à des formations complémentaires et 6 d'entre eux à un réseau de soins spécifiques.

Tableau 7: Avis des médecins (Généralistes et Oncologues) sur les compétences des médecins généralistes dans la surveillance du cancer du sein non métastatique

Compétences en cancérologie :	**Médecins généralistes (N=66)**	**Oncologues (N=8)**
Oui tout à fait	10 (15,2%)	2 (25%)
Plutôt oui	40 (60,6%)	6 (75%)
Plutôt non	15 (22,7%)	0 (0%)
Non pas du tout	0 (0%)	0 (0%)
Pas d'avis	1 (1,5%)	0 (0%)

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Tableau 8: Avis des médecins (Généralistes et Oncologues) sur les besoins de formations en cancérologie des médecins généralistes

Formations spécifiques :	Médecins généralistes (N=66)	Oncologues (N=8)
Oui tout à fait	14 (21,2%)	2 (25%)
Plutôt oui	35 (53%)	5 (62,5%)
Plutôt non	13 (19,7%)	1 (12,5%)
Non pas du tout	2 (3%)	0 (0%)
Pas d'avis	2 (3%)	0 (0%)

Tableau 9: Avis des médecins (Généralistes et Oncologues) sur les besoins des médecins généralistes d'avoir recours à un réseau de soins spécifiques en cancérologie

Réseau de soins spécifiques	Médecins généralistes (N=66)	Oncologues (N=8)
Oui tout à fait	23 (34,8%)	3 (37,5%)
Plutôt oui	30 (45,5%)	3 (37,5%)
Plutôt non	6 (9,1%)	2 (25%)
Non pas du tout	4 (6,1%)	0 (0%)
Pas d'avis	3 (4,5%)	0 (0%)

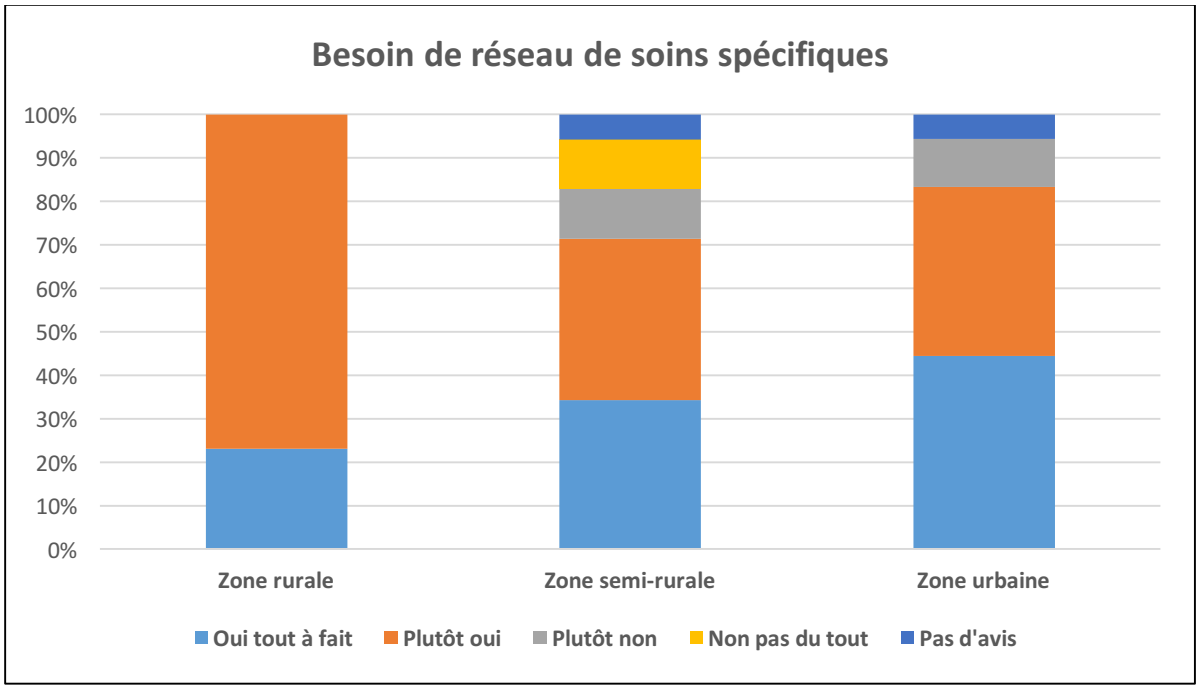
Nous avons cherché à savoir si le fait d'avoir besoin d'un réseau de soins spécifiques dépendait du lieu d'exercice (zone rurale, zone urbaine ou zone semi-rurale) des médecins généralistes. Cent pour cent des médecins généralistes exerçant en milieu rural estimaient avoir besoin d'un réseau de soins spécifiques contre 83,3% en milieu urbain et 71,4% en milieu semi rural.

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Tableau 10: Avis des médecins généralistes sur leur besoin d'avoir un réseau de soins spécifiques en cancérologie en fonction de leur lieu d'exercice

Lieu d'exercice :	Zone rurale (N=13)	Zone semi-rurale (N=35)	Zone urbaine (N=18)	Total (N=66)
Réseau de soins :				
Oui tout à fait	3 (23,1%)	12 (34,3%)	8 (44,4%)	23 (34,8%)
Plutôt oui	10 (76,9%)	13 (37,1%)	7 (38,9%)	30 (45,5%)
Plutôt non	0 (0%)	4 (11,4%)	2 (11,1%)	6 (9,1%)
Non pas du tout	0 (0%)	4 (11,4%)	0 (0%)	4 (6,1%)
Pas d'avis	0 (0%)	2 (5,7%)	1 (5,6%)	3 (4,5%)

Figure 2: Taux de réponse (%) sur une échelle de LIKERT concernant l'avis des médecins généralistes (N=66) sur leur besoin d'avoir un réseau de soins spécifiques en cancérologie en fonction de leur lieu d'exercice



GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Figure 3: Répartition des médecins généralistes (N=66) sur une échelle de LIKERT concernant leur avis sur leurs compétences, formations et le réseau de soins spécifiques en cancérologie

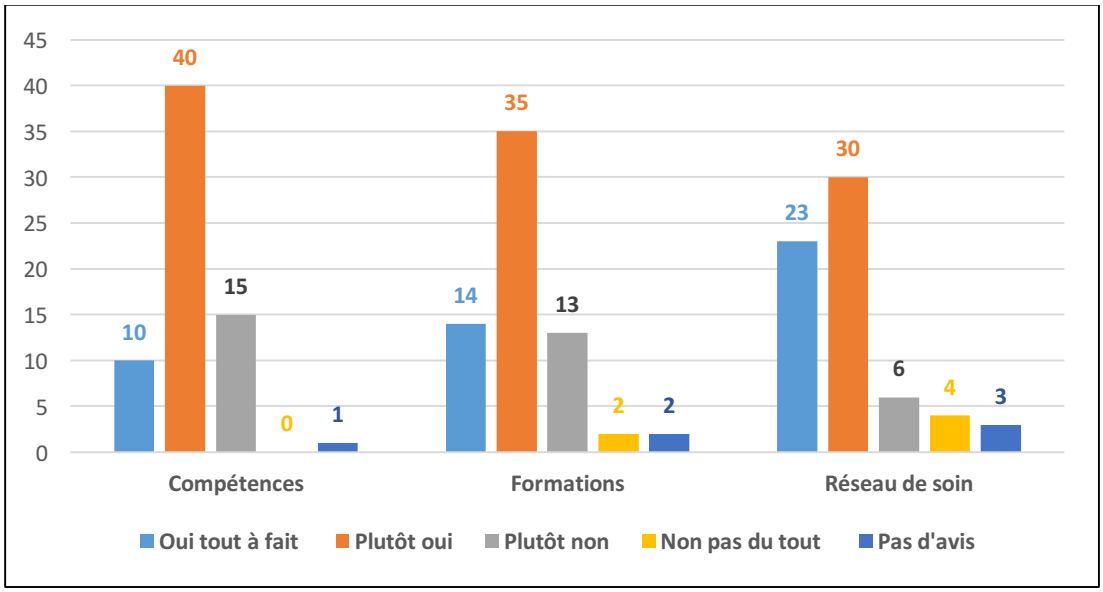
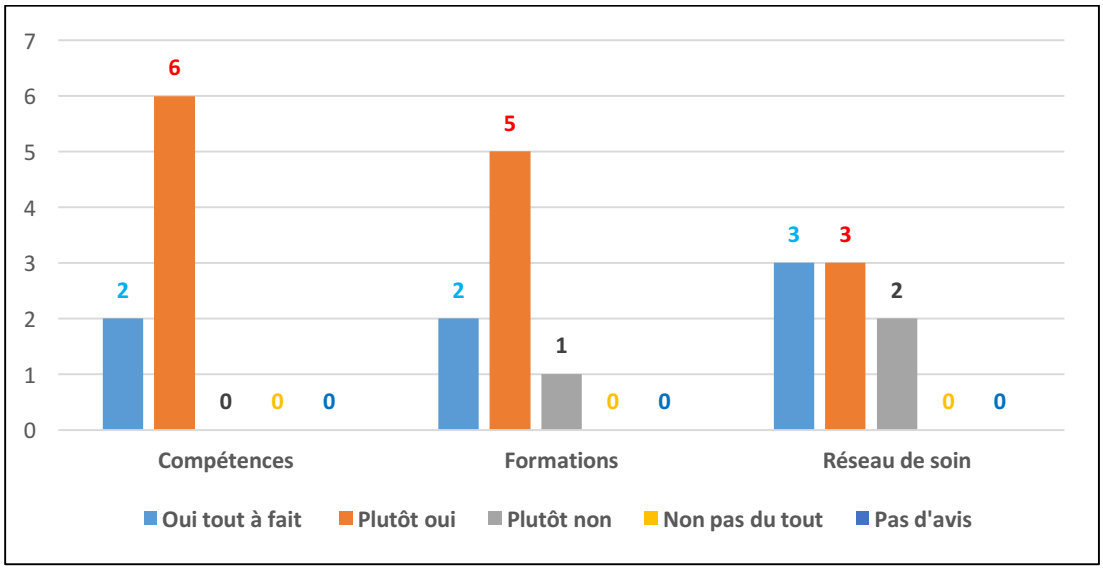


Figure 4: Répartition des oncologues (N=8) sur une échelle de LIKERT concernant leur avis sur les compétences, les formations et le réseau de soins spécifiques en cancérologie nécessaires aux médecins généralistes



GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

3. Les axes de surveillance proposés aux médecins généralistes

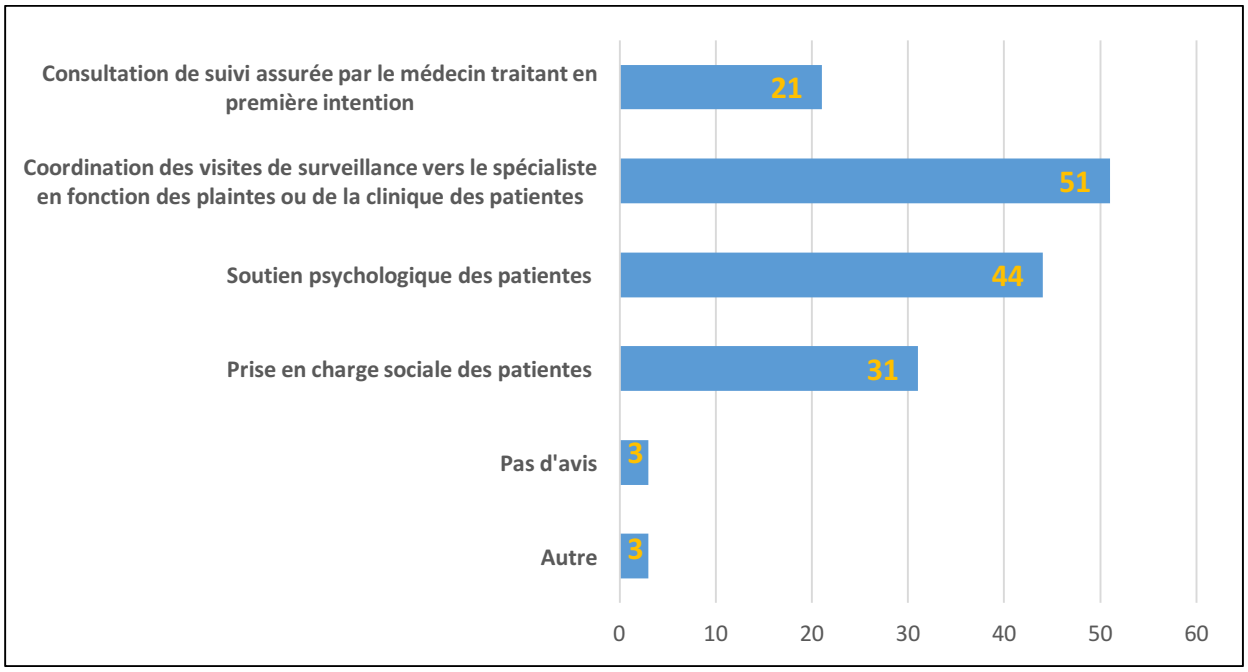
Suite au dernier Plan cancer, nous avons posé la question aux médecins généralistes et oncologues sur la façon dont ils concevaient la plus grande implication des médecins traitants dans la surveillance du cancer du sein non métastatique.

Tableau 11: Les axes d'implication des médecins généralistes dans la surveillance du cancer du sein non métastatique

Axes de surveillance :	Groupe	Médecins généralistes (N=66)	Oncologues (N=8)
Médecin généraliste en première intention	Oui	21 (31,8%)	4 (50%)
	Non	45 (68,2%)	4 (50%)
Coordination par le médecin généraliste	Oui	51 (77,3%)	6 (75%)
	Non	15 (22,7%)	2 (25%)
Soutien psychologique	Oui	44 (66,7%)	2 (25%)
	Non	22 (33,3%)	6 (75%)
Prise en charge sociale	Oui	31 (47%)	5 (62,5%)
	Non	35 (53%)	3 (37,5%)
Pas d'avis	Oui	3 (4,5%)	1 (12,5%)
	Non	63 (95,5%)	7 (87,5%)
Autres	Oui	3 (4,5%)	2 (25%)
	Non	63 (95,5%)	6 (75%)

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Figure 5: Répartition des médecins généralistes (N=66) en fonction des axes de surveillance envisagés dans la prise en charge du cancer du sein non métastatique

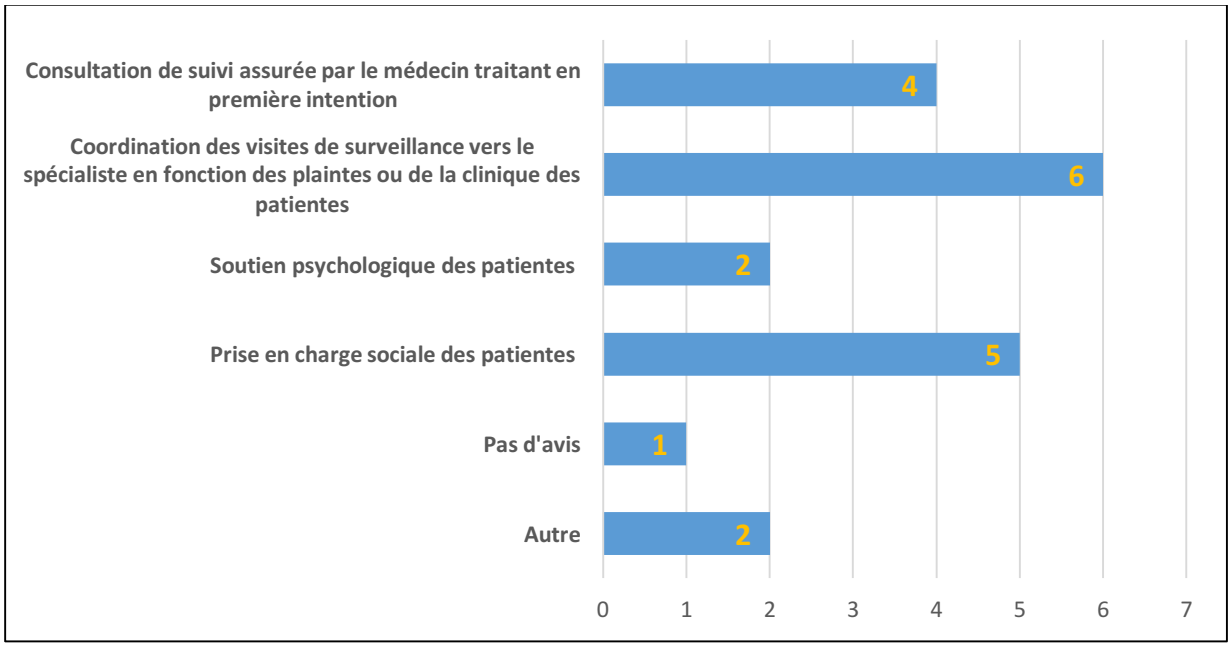


Cinq autres axes de surveillance ont été suggérés par les médecins généralistes de l'étude :

- *« Consultation et thérapeutique de soutien en fonction des besoins et des envies des patientes »*
- *« Informations en temps réel, participation ou demande d'avis pour les réunions de concertations pluridisciplinaires »*
- *« Communication avec les spécialistes facilitée »*
- *« Nécessité d'Infirmières et d'aides humaines pendant la consultation »*
- *« Calendrier de suivi radiologique et biologique adressé au généraliste »*

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Figure 6: Répartition des oncologues (N=8) en fonction des axes de surveillance envisagés pour les médecins généralistes dans la prise en charge du cancer du sein non métastatique



Deux oncologues ont évoqué les axes de surveillance suivants :

- *« Consultation de suivi assurée par le médecin traitant en alternance avec le spécialiste, soutien psychologique entre autres car le médecin traitant est plus proche de la patiente et de la prise en charge sociale »*
- *« surveillance en alternance avec les spécialistes »*

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

D. Situations cliniques

Les situations cliniques les plus courantes pouvant être rencontrées lors de la surveillance du cancer du sein non métastatique après la phase active de traitement en médecine générale ont été évoquées au cours du questionnaire.

Pour chacune d'elles, les répondants avaient la consigne de préciser si la prise en charge leur semblait pouvoir être réalisée par un médecin généraliste seul, par un spécialiste en oncologie uniquement ou si elle nécessitait simplement un avis téléphonique spécialisé (appel du spécialiste en oncologie).

Tableau 12: La prise en charge des situations cliniques courantes rencontrées dans la surveillance du cancer du sein

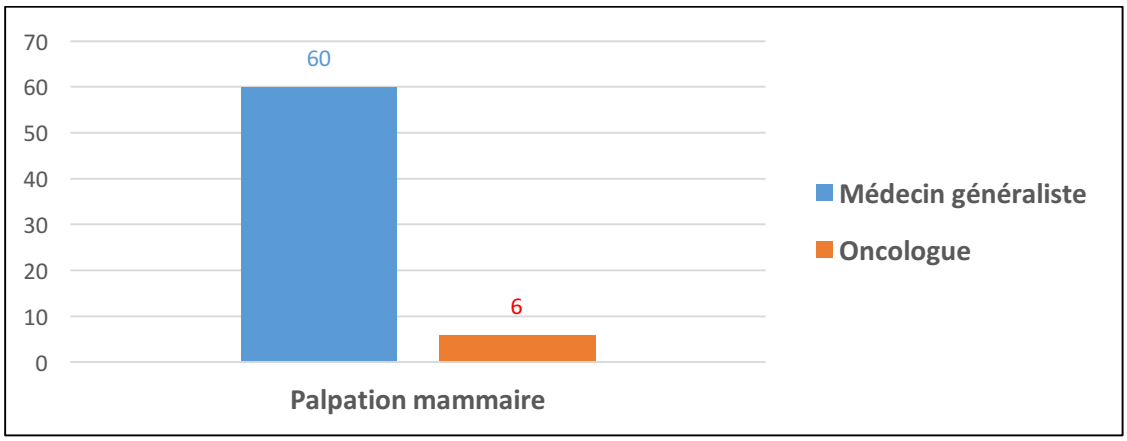
La palpation mammaire à la recherche de récidive :	**Médecins généralistes (N=66)**	**Oncologues (N=8)**
Médecin généraliste	60 (90,9%)	8 (100%)
Spécialiste en oncologie	6 (9,1%)	0 (0%)

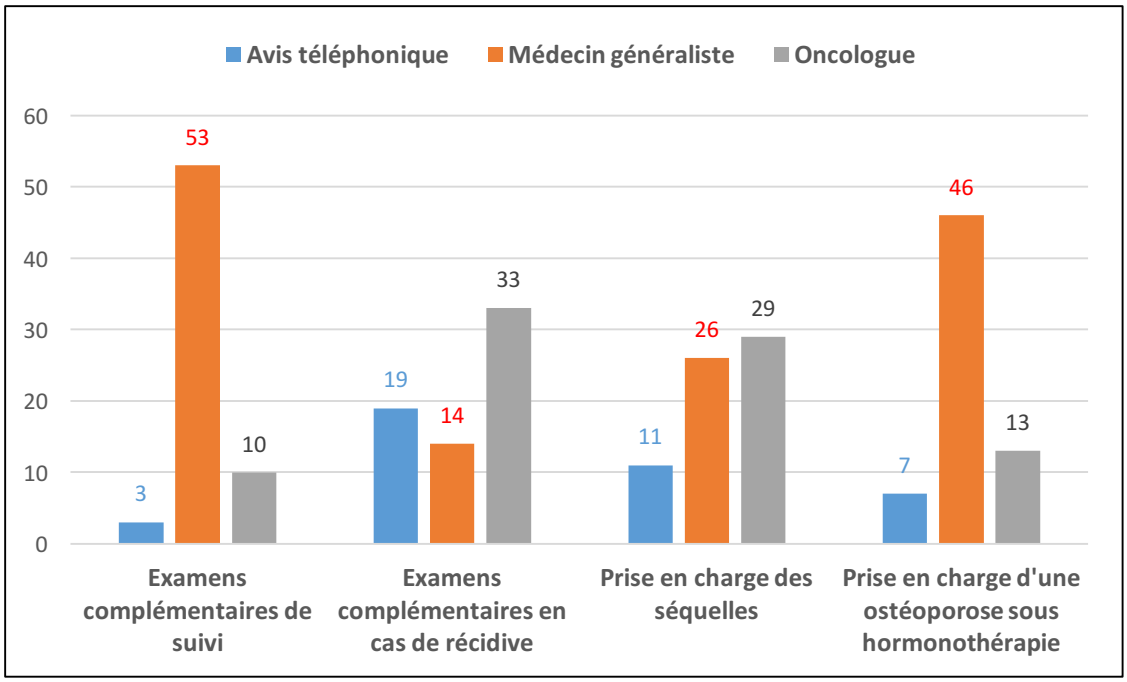
GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Situations cliniques	Groupe	Médecins généralistes (N=66)	Oncologues (N=8)
La prescription des examens complémentaires dans le cadre du suivi	-Avis téléphonique au spécialiste	3 (4,5%)	0 (0%)
	-Médecin généraliste	**53 (80,3%)**	**8 (100%)**
	-Spécialiste en oncologie	10 (15,2%)	0 (0%)
La prescription d'examens complémentaires en cas de suspicion clinique de récidive	-Avis téléphonique au spécialiste	19 (28,8%)	**7 (87,5%)**
	-Médecin généraliste	14 (21,2%)	1 (12,5%)
	-Spécialiste en oncologie	**33 (50%)**	0 (0%)
La prise en charge des séquelles des traitements	-Avis téléphonique au spécialiste	11 (16,7%)	2 (25%)
	-Médecin généraliste	26 (39,4%)	**3 (37,5%)**
	-Spécialiste en oncologie	**29 (43,9%)**	**3 (37,5%)**
La prise en charge d'une ostéoporose sous hormonothérapie	-Avis téléphonique au spécialiste	7 (10,6%)	0 (0%)
	-Médecin généraliste	**46 (69,7%)**	**8 (100%)**
	-Spécialiste en oncologie	13 (19,7%)	0 (0%)
Le soutien psychologique et la prise en charge du patient et de sa famille	-Avis téléphonique au spécialiste	1 (1,5%)	0 (0%)
	-Médecin généraliste	**62 (93,9%)**	**8 (100%)**
	-Spécialiste en oncologie	3 (4,5%)	0 (0%)
Les troubles sexuels	-Avis téléphonique au spécialiste	2 (3%)	1 (12,5%)
	-Médecin généraliste	**61 (92,4%)**	**6 (75%)**
	-Spécialiste en oncologie	3 (4,5%)	1 (12,5%)
La prescription d'une contraception post traitement	-Avis téléphonique au spécialiste	8 (12,1%)	**4 (50%)**
	-Médecin généraliste	**41 (62,1%)**	**4 (50%)**
	-Spécialiste en oncologie	17 (25,8%)	0 (0%)
La réinsertion professionnelle	-Avis téléphonique au spécialiste	3 (4,5%)	1 (12,5 %)
	-Médecin généraliste	**61 (92,4%)**	**7 (87,5%)**
	-Spécialiste en oncologie	2 (3%)	0 (0%)

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Figure 7: La prise en charge des différentes situations cliniques du point de vue des médecins généralistes (N=66)





GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

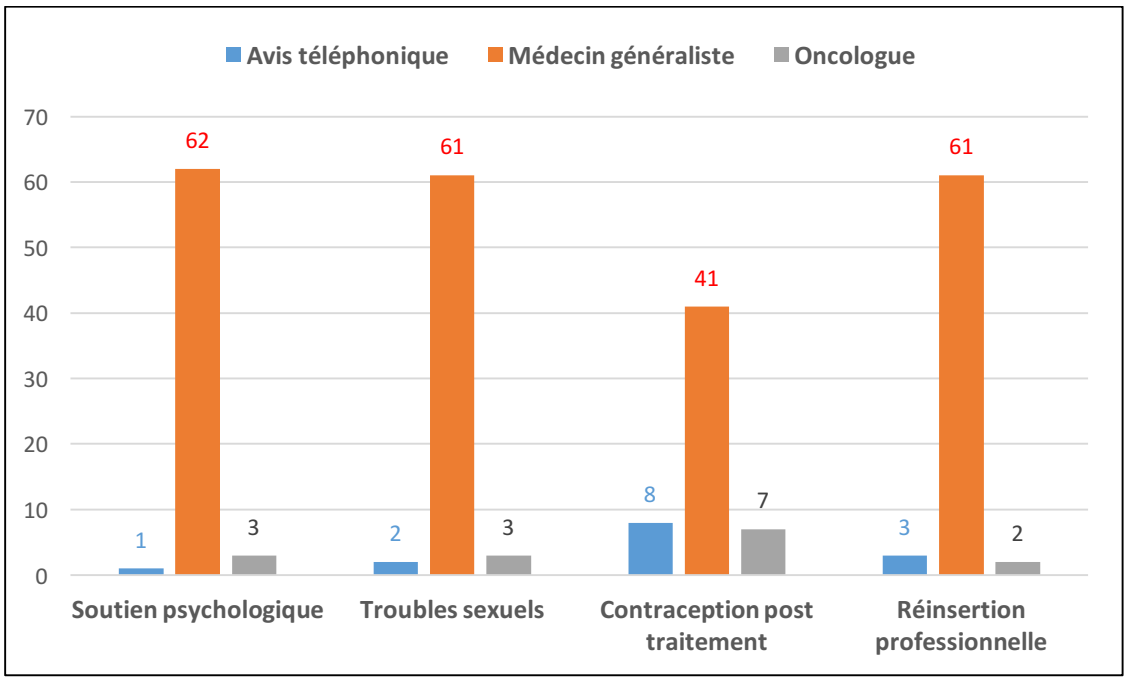
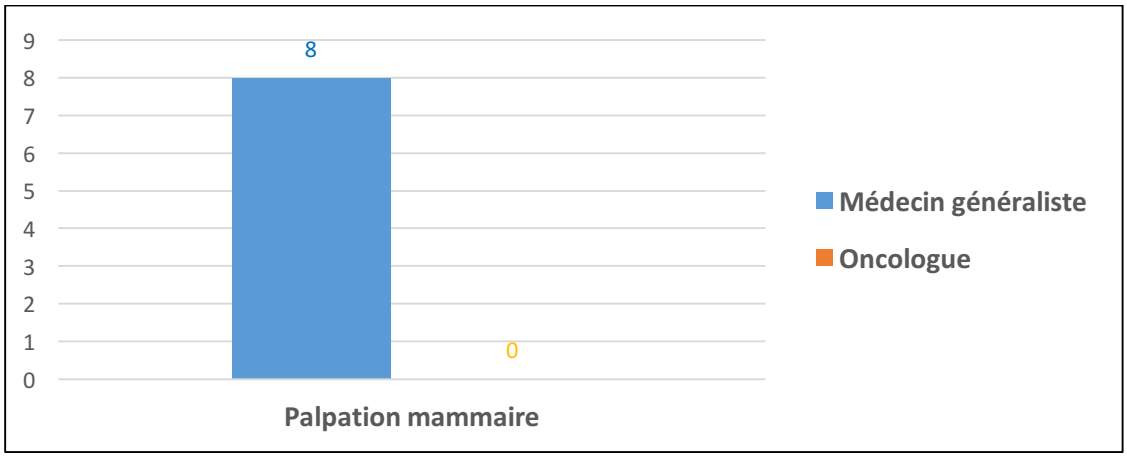
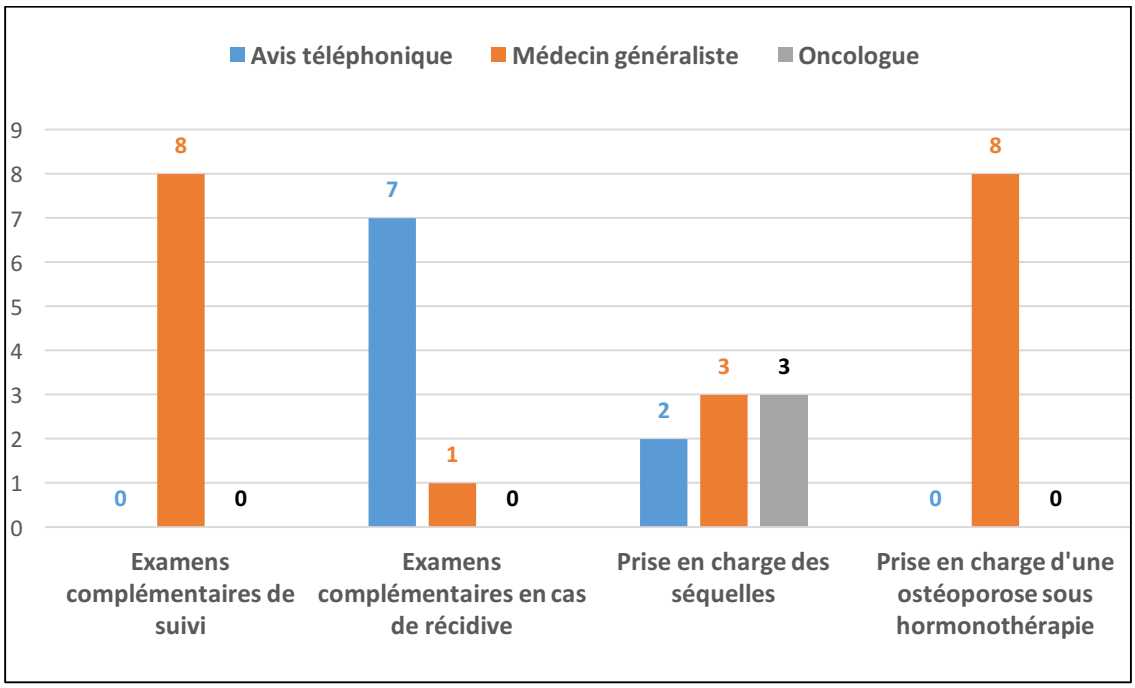
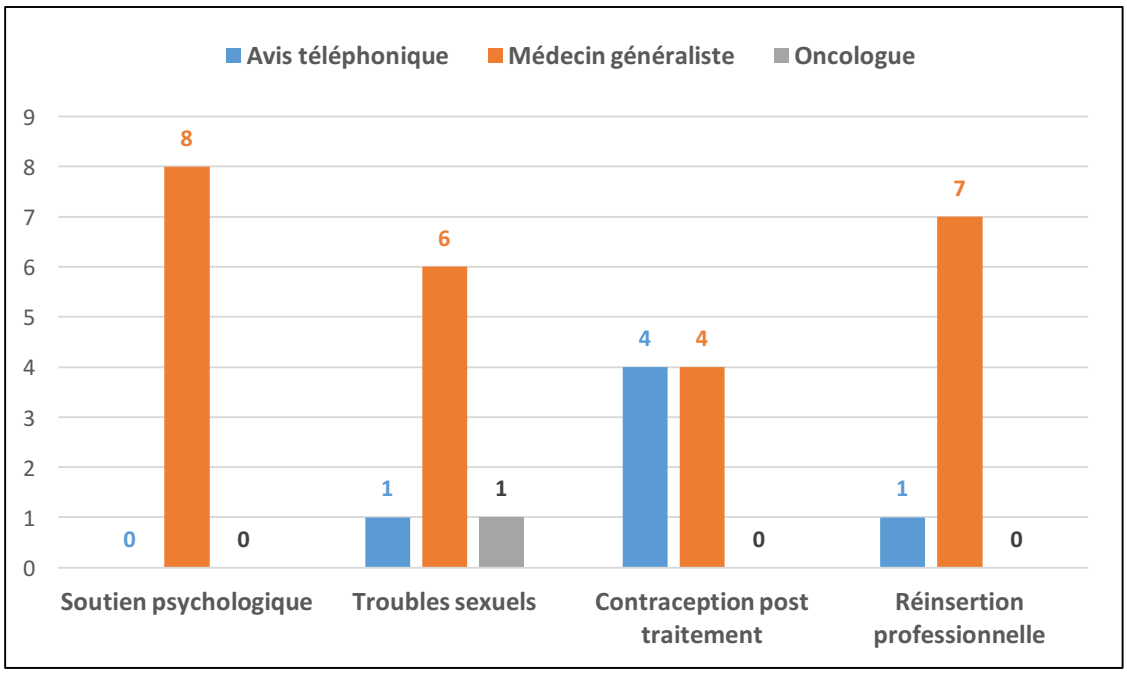


Figure 8: La prise en charge des différentes situations cliniques du point de vue des oncologues (N=8)



GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)





GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

E. Les limites et les contraintes à une surveillance alternée médecins généralistes/oncologues dans la Drôme

1. La relation et la communication entre les médecins généralistes et les oncologues

Quatre-vingt-quatre virgule neuf pour cent des médecins généralistes étaient satisfaits des relations professionnelles entretenues avec leurs confrères ce qui rejoignait l'avis de leurs confrères oncologues (8 oncologues sur 8). A contrario, 4,5% estimaient avoir de mauvais rapports avec les spécialistes.

Tableau 13: Avis des médecins (Généralistes et Oncologues) sur les relations professionnelles entretenues avec leurs confrères drômois

Les rapports :	Médecins généralistes (N=66)	Oncologues (N=8)
Excellents	18 (27,3%)	4 (50%)
Bons	38 (57,6%)	4 (50%)
Plutôt mauvais	3 (4,5%)	0 (0%)
Médiocres	1 (1,5%)	0 (0%)
Inexistants	5 (7,6%)	0 (0%)
Autre	1 (1,5%)	0 (0%)

Deux médecins généralistes ont commenté leurs relations professionnelles avec leurs confrères :

- *« Nous sommes souvent inondés de courriels administratifs peu pertinents mais rares possibilités d'échanger pour le difficile concret »*

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

- *« On ne reçoit que des courriers. Une fois le diagnostic fait, nous ne voyons plus la patiente »*

Concernant la qualité des courriers, 16,6% des médecins généralistes n'étaient pas satisfaits des courriers qu'ils recevaient. Ils les considéraient comme trop ou pas assez détaillés voir incompréhensibles.

Tableau 14: Avis des médecins généralistes sur la qualité des courriers des oncologues

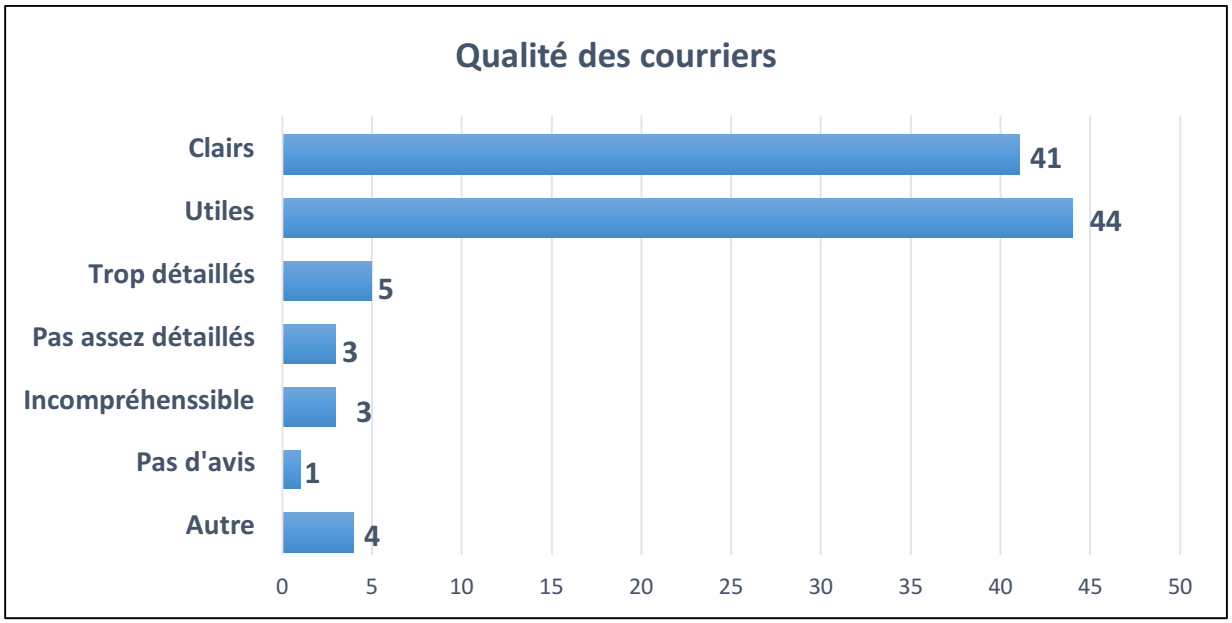
Qualité des courriers	Effectif (N=66)	Pourcentage (%)
Clairs	41	62,1%
Utiles	44	66,7%
Trop détaillés	5	7,6%
Pas assez détaillés	3	4,5%
Incompréhensibles	3	4,5%
Pas d'avis	1	1,5%
Autre	4	6,1%

Six médecins généralistes ont ajouté un commentaire sur la qualité des courriers de leurs correspondants oncologues :

« Clairs mais pas forcément utiles »
« Trop tardif »
« Assez variable d'un spécialiste à l'autre …. Pas bien de généralisation possible »
« Trop dilués, sans gros intérêt pratique »
« Trop nombreux »
« Mieux expliquer la signification des marqueurs oncologiques ou hormonaux »

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Figure 9: Répartition du nombre des médecins généralistes (N=66) en fonction de leur avis sur la qualité des courriers de leurs confrères



2. La place actuelle accordée aux médecins généralistes dans la surveillance du cancer du sein non métastatique

Soixante et onze virgule trois pour cent des médecins généralistes drômois étaient plutôt satisfaits de leur place actuelle dans la surveillance du cancer du sein non métastatique. En revanche 7 oncologues sur 8 ne l'étaient pas.

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Tableau 15: Satisfaction des médecins (Généralistes et Oncologues) concernant la place actuelle occupée par les médecins généralistes dans la surveillance du cancer du sein non métastatique

Satisfaction	Médecins généralistes (N=66)	Oncologues (N=8)
Oui tout à fait	10 (15,2%)	0 (0%)
Plutôt oui	37 (56,1%)	1 (12,5%)
Plutôt non	13 (19,7%)	7 (87,5%)
Non pas du tout	4 (6,1%)	0 (0%)
Pas d'avis	2 (3%)	0 (0%)

La question suivante ne concernait que les médecins non satisfaits de la place des médecins généralistes dans la surveillance. Cependant, 29 médecins généralistes se sont prononcés sur leur implication dans une surveillance alternée médecins généralistes/oncologues alors qu'ils n'étaient que 17 à ne pas être satisfaits.

Parmi les généralistes répondants, 82,8% d'entre eux étaient favorables à s'engager davantage dans ce type de surveillance.

Parmi les 7 oncologues qui avaient déclaré précédemment ne pas être satisfaits de la place actuelle de leurs confrères, la totalité d'entre eux étaient favorables à intégrer le médecin généraliste dans la boucle de la surveillance alternée.

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Tableau 16 : Avis des médecins (Généralistes et Oncologues) sur la volonté d'impliquer davantage les médecins traitants dans la surveillance alternée des cancers du sein non métastatique

Implication	Médecins généralistes (N=29)	Oncologues (N=7)
Oui tout à fait	12 (41,4%)	6 (85,7%)
Plutôt oui	12 (41,4%)	1 (14,3%)
Plutôt non	2 (6,9%)	0 (0%)
Non pas du tout	0 (0%)	0 (0%)
Pas d'avis	3 (10,3%)	0 (0%)

3. En pratique

La dernière partie du questionnaire mettait l'accent sur les limites et contraintes pouvant être retrouvées dans la pratique quotidienne des médecins généralistes lors de la mise en place d'une surveillance alternée.

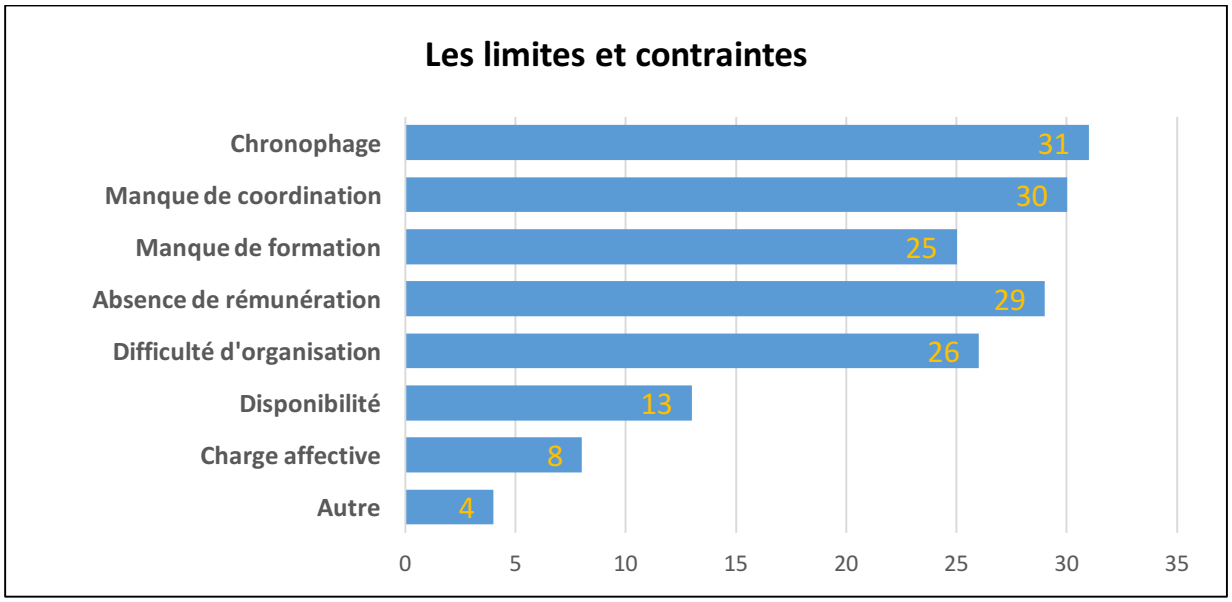
GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Tableau 17: Les limites et contraintes des médecins généralistes à la surveillance des patientes atteintes d'un cancer du sein non métastatique dans la pratique quotidienne

Axes	Groupe	Effectif (N=66)	Pourcentage (%)
Caractère chronophage	Oui	31	47%
	Non	35	53%
Charge affective	Oui	8	12,1%
	Non	58	87,9%
Disponibilité	Oui	13	19,7%
	Non	53	80,3%
Difficulté organisationnelle	Oui	26	39,4%
	Non	40	60,6%
Absence de rémunération adaptée	Oui	29	43,9%
	Non	37	56,1%
Manque de formation	Oui	25	37,9%
	Non	41	62,1%
Manque de coordination ville/hôpital	Oui	30	45,5%
	Non	36	54,5%
Autre	Oui	4	6,1%
	Non	62	93,9%

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Figure 10: Répartition des médecins généralistes (N=66) en fonction des limites et contraintes pouvant être retrouvées lors de la surveillance du cancer du sein non métastatique dans la pratique quotidienne



Cinq commentaires ont été laissés par les médecins généralistes :

- *« Le problème de la médecine générale est qu'il n'y a pas de temps dédié à un problème particulier »*
- *« Nécessité d'un outil informatique pour mieux réaliser un programme de suivi post cancer. Outil élaboré sous le nom OSCAR par mes soins et le Dr L mais non retenu par le corps des médecins généralistes »*
- *« Le manque de coordination Ville/Hôpital »*
- *« Pas de problème particulier pour une prise en charge globale dans le cadre de notre métier de généraliste »*
- *« Ce qui prend du temps, c'est la tenue du dossier, l'intégration de toutes les informations qui arrivent ».*

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

4. Les perspectives d'amélioration dans la Drôme

La dernière question du sondage relevait les différentes propositions d'amélioration pouvant être apportées dans la Drôme pour faciliter la coordination entre la ville et l'hôpital.

Tableau 18: Les axes d'amélioration proposés aux médecins (Généralistes et Oncologues) pour faciliter la coordination entre la ville et l'hôpital

Axes d'amélioration :	Groupe	Médecins généralistes (N=66)	Oncologues (N=8)
Améliorer le partage des données médicales	Oui	39 (59,1%)	6 (75%)
	Non	27 (40,9%)	2 (25%)
Formations médicales continues	Oui	24 (36,4%)	3 (37,5%)
	Non	42 (63,6%)	5 (62,5%)
Diffuser des protocoles et recommandation de bonne pratique	Oui	38 (57,6%)	6 (75%)
	Non	28 (42,4%)	2 (25%)
Rencontres et échanges entre professionnels	Oui	31 (47%)	6 (75%)
	Non	35 (53%)	2 (25%)
Astreinte téléphonique	Oui	27 (40,9%)	1 (12,5%)
	Non	39 (59,1%)	7 (87,5%)
Autre	Oui	8 (12,1%)	1 (12,5%)
	Non	58 (87,9%)	7 (87,5%)

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Figure 11: Répartition des médecins généralistes (N=66) selon les axes d'amélioration proposés pour faciliter la coordination entre la ville et l'hôpital

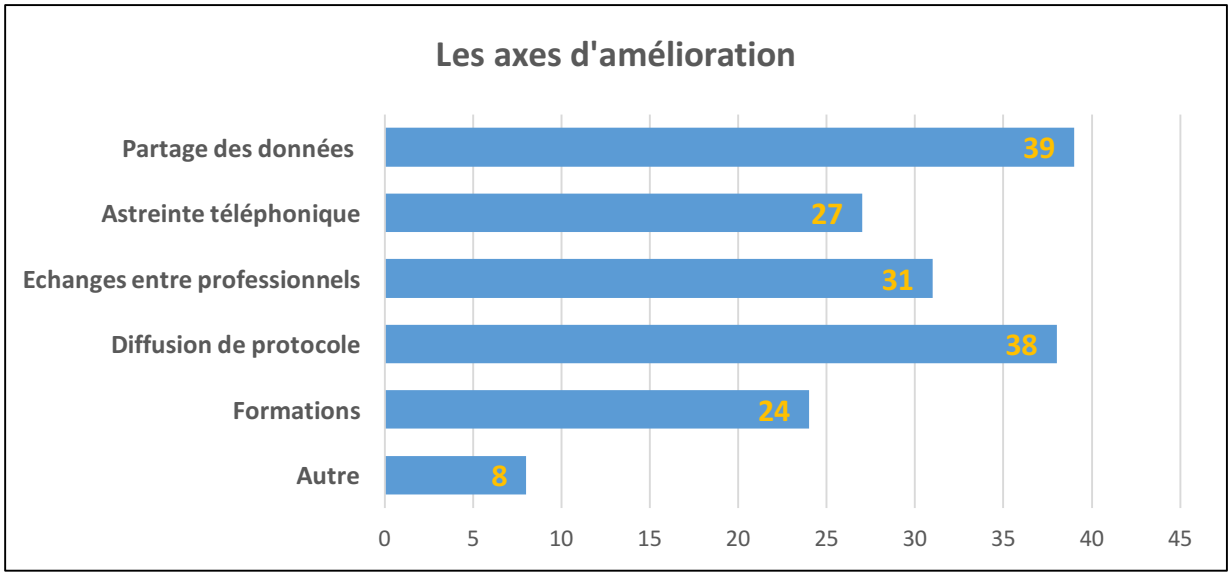
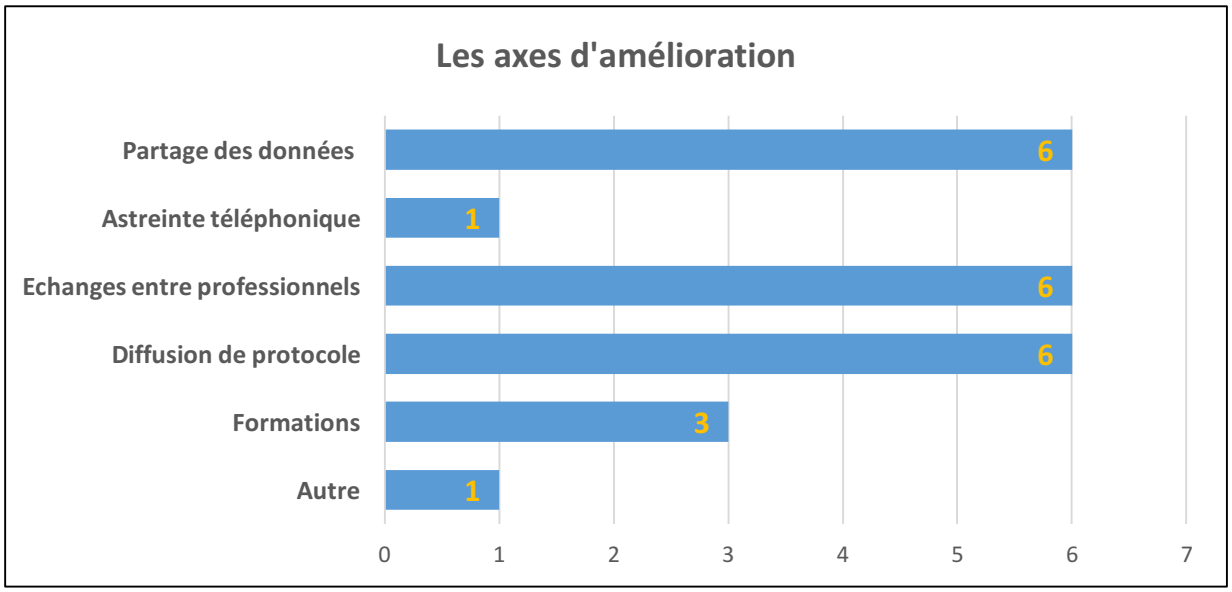


Figure 12: Répartition des oncologues (N=8) selon les axes d'amélioration proposés pour faciliter la coordination entre la ville et l'hôpital



GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

5. Les commentaires libres

Les commentaires des médecins généralistes :

« Une meilleure utilisation de la messagerie électronique sécurisée par les spécialistes »
« L'utilisation de l'outil OSCAR »
« Ligne TPH réservée aux professionnels de santé »
« Plus de spécialistes en cancer, délai trop long, réponse plus rapide des spécialistes »
« Pas de besoin ressenti à ce jour »
« Déléguer un peu plus aux correspondants de ville pour décharger les consultations hospitalières qui seraient plutôt réservées aux complications, ou nécessitant une prise en charge en 2 voire 3 recours »
« Le patient est au centre… un dossier synthétique qu'il amène à chaque consultation serait utile »
« Problème du temps à consacrer au FMC »
« Je confie le suivi de tous mes cancers à notre excellente cancérologue de l'hôpital de Romans qui me tient au courant du suivi effectué »
« Le médecin généraliste est de fait au centre mais pas pour les finances »

Les commentaires des oncologues :

« Que les généralistes qui sont débordés de travail aient plus confiance en eux dans une surveillance dont ils ne sont pas souvent demandeurs »
« La surveillance partagée doit être acceptée des 2 parties (généralistes et spécialistes). Un essai avait été réalisé avec le réseau (projet OSCAR) : tombé à l'eau car les confrères généralistes avaient refusé de s'impliquer dans cette surveillance (qui était tracée…). C'est un projet ambitieux et les nouvelles générations de médecins seront à la hauteur de le défier. Enfin, le 3C devrait avoir un rôle pour organiser des FMC sur ce thème ».

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

IV. Discussion

Cette étude nous a permis de répondre à notre objectif principal qui était de mieux définir la place actuelle des médecins généralistes dans la surveillance des patientes atteintes de cancer du sein non métastatique dans le département de la Drôme.

Les médecins généralistes de notre étude étaient satisfaits de la place qu'ils occupaient dans la surveillance de leurs patientes contrairement à leurs confrères oncologues qui les considéraient trop peu présents. Le manque de communication entre les deux spécialités lors du passage des patientes en « phase de surveillance » ainsi que la méconnaissance de la volonté des médecins généralistes d'être plus impliqués dans cette surveillance peuvent expliquer ce paradoxe. Un plus fort engagement de leur part pourrait être favorisé par la mise en place d'une surveillance alternée, à condition de prendre en compte les contraintes et les limites qu'elles occasionneraient pour ces derniers (consultations chronophages, difficultés organisationnelles et absence de rémunération) et d'améliorer la coordination entre la ville et l'hôpital.

A. Les forces et limites de l'étude

La principale force de cette étude est sans aucun doute le thème d'actualité qu'elle aborde ainsi que la problématique qu'elle soulève. Intégrer davantage le médecin généraliste dans la surveillance de ses patientes atteintes de cancer du sein représente aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique.

Sur une population de 448 médecins généralistes dans le département de la Drôme, 223 médecins (soit 49,7%) ont été sollicités par le biais de l'URPS AuRA. Le taux de réponse de notre étude était de 29,6% ce qui est très satisfaisant pour une étude réalisée par le biais de cet organisme. En effet sur les envois de thèse en 2015, l'URPS AuRA, nous a indiqué avoir un taux de réponse variant de 6% à 17% selon la sensibilité des médecins pour le sujet. Nous

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

pouvons donc en déduire l'intérêt prononcé des médecins généralistes drômois sur le sujet de notre étude. Cependant, pour une étude quantitative, notre taux de réponse est relativement faible et il peut être expliqué par l'anonymat des réponses et donc l'impossibilité d'effectuer des relances ciblées mais aussi par l'absence de rémunération ou le manque de temps des médecins interrogés. En effet, il a été montré, dans un article publié en 2012 dans la revue « Exercer » évaluant les éléments prédictifs de l'implication des médecins généralistes dans les thèses de recherche en médecine générale, que le taux de participation augmentait dans les cas d'échantillons de petite taille (<100 participants) ou en cas d'entretien téléphonique et qu'il diminuait de moitié en cas d'anonymat (16). En revanche, le caractère anonyme du questionnaire confère une meilleure fiabilité aux réponses dans la mesure où les répondants sont plus libres d'exprimer leurs opinions en évitant ainsi un biais de recueil.

Le but de notre étude était de réaliser un état des lieux à travers un regard croisé entre les médecins généralistes et les oncologues. La différence d'effectif entre les deux populations n'a pas permis l'utilisation de test statistique comparatif ce qui n'a pas posé de problème étant donné que l'étude se voulait descriptive. De plus, ceci était prévisible étant donné l'écart entre le nombre de postes ouverts pour les spécialités médicales en oncologie versus spécialité en médecine générale dans chaque région (17).

La moyenne d'âge des médecins généralistes de notre étude était de 49 ans et celle des médecins généralistes de la région Auvergne-Rhône-Alpes était de 50,8 ans en 2016. Notre échantillon était constitué de 60,6% d'hommes pour 52% dans la région. D'après ces données, notre échantillon de médecins généralistes était donc représentatif de la population de médecins généralistes en Auvergne-Rhône-Alpes en 2016 en ce qui concerne l'âge et le sexe (17)

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

B. Les biais de l'étude

1. Biais de sélection

La constitution de l'échantillon de la population étudiée n'a pas été réalisée par tirage au sort. Seuls les médecins généralistes figurant dans la banque de données de l'URPS ont reçu le questionnaire de notre étude ce qui engendre un biais de sélection.

Les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire étaient probablement plus intéressés par le sujet, ce qui peut induire un biais de volontariat et donc de sélection.

Notre étude comportait 28,7% de médecins généralistes exerçant comme maîtres de stage au sein de la Faculté de Médecine de Lyon. Nous pouvons imaginer que leur rôle d'enseignant, leur proximité avec les jeunes étudiants et les nombreuses formations pédagogiques auxquelles ils assistent les rendent plus impliqués et sensibilisés envers les problématiques de santé actuelles ce qui peut engendrer un biais de sélection.

2. Biais de déclaration

Le biais de déclaration est difficilement évitable dans les enquêtes descriptives car les résultats de l'étude se basent sur les déclarations des médecins et non sur leurs pratiques réellement observées

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

C. Des médecins généralistes impliqués dans la surveillance

Depuis le Plan cancer 2009-2013, les médecins généralistes sont invités à occuper une place plus importante dans la prise en charge des patients atteints de cancer et plus particulièrement dans la surveillance du cancer du sein. L'objectif étant d'organiser une surveillance partagée entre les médecins généralistes et les oncologues après la phase aiguë de traitement en accordant une place privilégiée au réseau ville-hôpital et au rôle du médecin traitant (4) (18).

Dans notre étude, nous avons pu observer que 86,3% des médecins généralistes étaient favorables à ce projet et tout particulièrement dans le suivi des patientes atteintes d'un cancer du sein. Ces données ont été retrouvées dans de nombreuses autres études publiées sur le sujet (8) (7) (14).

Il est important de souligner que, même si tous les intervenants de notre étude étaient d'accord avec les textes de loi relatifs au Plan cancer, nous pouvons imaginer que les représentations qu'ils se font de cette réorganisation des soins impliquant davantage le médecin traitant, puissent être différentes en fonction de leur spécialité et de leur pratique quotidienne (conditions de travail différentes…). C'est pourquoi il est essentiel que les médecins généralistes et oncologues s'entendent bien sur la définition de la « place » à attribuer aux médecins traitants. Ainsi, à travers notre travail de recherche, nous espérons permettre aux différents spécialistes de mieux se comprendre dans le but de mieux travailler ensemble.

1. Une surveillance maitrisée mais avec ses limites

La surveillance des patientes atteintes d'un cancer du sein est mise en place à la suite des traitements spécifiques et ce pour une durée minimum de 5 ans. Ce suivi permet entre autres de dépister précocement les récidives ou autres localisations cancéreuses (19).

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Cette surveillance se doit d'être réalisée de la même manière et ce, quel que soit le médecin intervenant dans la prise en charge de la patiente. Selon une méta analyse publiée par l'institut Cochrane, un suivi dit « intensif » incluant la réalisation systématique de radiographies et de tests biologiques, n'améliorait pas la survie globale ni la survie sans récidive, comparé au seul suivi clinique associé à une mammographie (20).

Actuellement, le suivi des femmes atteintes d'un cancer du sein en région Rhône-Alpes, est en accord avec la Haute Autorité de santé et prévoit un examen clinique tous les 6 mois associé à une mammographie annuelle même s'il se doit d'être adapté en fonction des critères de gravité et du risque de rechute de chaque patiente.

Un examen clinique comportant une palpation mammaire est donc un des éléments clés de la surveillance. Dans notre étude, les médecins généralistes et oncologues s'accordaient à dire que celle-ci pouvait aussi bien être réalisée par un médecin généraliste que par un cancérologue. Cette notion était retrouvée dans une étude qualitative réalisée en Rhône-Alpes sur les relations entre les différents acteurs de la surveillance partagée du cancer du sein où l'un des oncologues interrogés déclarait « *les médecins généralistes sont parfaitement compétents pour examiner les seins d'une patiente (…) il n'y a pas besoin d'être cancérologue* » (21). D'autre part, plusieurs études ont démontré que la plupart des récidives sont diagnostiquées par la patiente elle-même ou lors de consultations chez le médecin généraliste en dehors des consultations de suivi (22) (23).

Les médecins généralistes de la Drôme ne présentaient pas de difficulté à la prescription des examens complémentaires (mammographie, échographie…) nécessaires au suivi classique de leurs patientes. Cependant, lors de points d'appels cliniques pouvant faire évoquer une récidive, 50% d'entre eux étaient plutôt d'avis d'adresser leurs patientes directement en consultation spécialisée tandis que 7 oncologues sur 8 optaient pour l'avis téléphonique. Cette différence peut être expliquée par plusieurs facteurs propres au mode de fonctionnement de chacun. Les médecins généralistes peuvent éprouver des difficultés à joindre leurs correspondants spécialistes surtout au cours d'un temps de consultation imparti. Ils peuvent aussi manquer d'assurance ou de connaissances et donc préférer adresser

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

directement leurs patientes en consultations spécialisées (24). En revanche, les oncologues vont préférer donner leur avis spécialisé au cours d'un appel téléphonique. Ils peuvent ainsi discuter avec le médecin traitant des examens complémentaires nécessaires et organiser la suite de la prise en charge ce qui procure un gain de temps considérable pour les médecins oncologues mais aussi pour la patiente qui consultera le spécialiste directement avec les résultats, réduisant ainsi l'engorgement des plannings de consultations.

Cette tendance est retrouvée au cours des situations cliniques jugées difficiles par les médecins généralistes comme la prise en charge des séquelles des traitements par exemple où 43,9% des médecins traitants préféraient adresser leurs patientes vers un confrère spécialiste contre 16,7% qui préféraient prendre un avis téléphonique spécialisé. En effet les médecins généralistes sont conscients des limites de leurs compétences dans le domaine de la cancérologie et ceci est renforcé par le fait que la spécialisation en médecine générale ne comprend aucun enseignement obligatoire dans ce domaine (24). Ils sont donc plus craintifs à l'idée de prendre en charge les séquelles des traitements et ce principalement par manque de connaissances. Ceci est retrouvé dans plusieurs études dont une étude canadienne où la grande majorité des médecins généralistes disait se sentir même plus à l'aise de débuter le suivi de leurs patientes à un an de la fin des traitements soit à distance de l'apparition des premiers effets secondaires des thérapeutiques (8).

Concernant les domaines où la prise en charge se veut moins spécifique tels que l'ostéoporose sous hormonothérapie, les troubles sexuels ou la prescription d'une contraception, tous les médecins confondus s'accordaient à dire qu'il en va des compétences du médecin généraliste de les prendre en charge.

2. Des relations privilégiées entre professionnels de santé

En pratique pour pouvoir pallier les difficultés pouvant être rencontrées par les médecins généralistes au cours des consultations de surveillance, il est essentiel d'avoir un bon réseau de correspondants spécialisés et d'entretenir de bonnes relations avec celui-ci.

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Les médecins généralistes et les médecins oncologues de notre étude déclaraient entretenir de bons rapports professionnels. Cinquante-sept virgule six pour cent des médecins généralistes les considéraient comme *« bons »* et l'ensemble des oncologues comme *« bons »* et *« excellents ».* Les courriers utilisés pour la transmission des informations étaient considérés comme clairs et utiles pour plus de 60% des médecins généralistes de la Drôme, ce qui est supérieur aux résultats d'une étude récente menée par la ligue nationale contre le cancer où seuls 48% des médecins traitants se disaient satisfaits de l'information transmise par leurs confrères (25).

Ces résultats satisfaisants attestent donc de la qualité des échanges d'informations professionnelles entre les médecins à l'échelle du département de la Drôme. Ceci est un point important car il a été prouvé que la bonne transmission des informations entre professionnels facilite leur coopération et améliore leurs relations (26). De plus, les informations données par les courriers des spécialistes améliorent les connaissances des médecins généralistes et sont considérées comme un outil d'entrainement validé (27).

En revanche, ce n'est pas toujours le cas, le vocabulaire utilisé par les spécialistes dans les courriers peut parfois être non adapté et surtout peu informatif, comme par exemple sur la conduite à tenir face aux effets indésirables attendus des traitements, même si les oncologues peuvent parfois considérer qu'ils sont connus ou facilement accessibles (21). Dans notre étude, seuls 4,5% des médecins généralistes considéraient les courriers des spécialistes comme « incompréhensibles » et deux médecins généralistes les décrivaient comme *« clairs mais pas forcément utiles »* voir *« trop dilués sans gros intérêt pratique ».*

Ainsi, pour garantir la qualité des échanges ultérieurs avec leurs confrères oncologues, le choix de l'équipe soignante spécialisée est primordial. En France, les médecins généralistes d'une étude de 2009 déclaraient choisir l'équipe soignante en cancérologie en fonction de leurs relations personnelles pour un tiers d'entre eux, réduisant ainsi les lacunes d'information dans les courriers et les difficultés à joindre leurs confrères en cas d'avis médical nécessaire. Ce qui est très différent d'un autre pays européen, la Norvège, où l'organisation du système de soin reposait uniquement sur des filières prédéfinies (24). Au niveau local, en Rhône-Alpes,

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

87 % des médecins généralistes affirmaient avoir un correspondant hospitalier bien identifié chargé de coordonner la prise en charge et il s'agissait d'un oncologue médical dans 56% des cas (7).

3. Des compétences complémentaires en matière de surveillance

Tout le monde s'accordait à dire que les médecins généralistes avaient les compétences requises pour surveiller les patientes atteintes d'un cancer du sein non métastatique de manière optimale même s'ils estimaient avoir besoin de formations régulières et d'un réseau de soins spécifiques.

Le manque de formation des médecins généralistes est retrouvé dans plusieurs enquêtes régionales et il est souvent désigné comme un frein à la surveillance (28) (13), tandis que le recours à des réseaux de correspondants spécialisés garantit la qualité des échanges ultérieurs en vue du meilleur suivi du patient (24).

Les oncologues de notre étude déclaraient organiser régulièrement des formations en cancérologie pour les médecins généralistes de la Drôme. Les formations médicales sont essentielles car elles permettent d'améliorer les compétences des médecins généralistes dans le domaine de la cancérologie mais aussi de créer des liens avec les confrères hospitaliers ce qui favorisent leurs échanges professionnels ultérieurs.

La surveillance des patientes atteintes d'un cancer du sein comprend aussi le soutien psychologique et la réinsertion socio professionnelle (19). Sur ces points, l'implication du médecin traitant est essentiel dans le suivi des patientes car il lui permet de rester présent sur les aspects sociaux et familiaux de la gestion de la maladie en assurant un suivi psychologique et empathique (24). Les médecins généralistes de la Drôme se considéraient aptes à les prendre en charge. En effet, nous avons pu observer qu'ils souhaiteraient même être plus impliqués dans le soutien psychologique et dans la prise en charge sociale de leurs patientes.

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

De plus, pour la gestion de ces dernières, la possibilité d'obtenir un rendez-vous avec son médecin traitant le jour même en cas de difficultés psychologiques, ne peut que renforcer cette idée.

Les oncologues de la Drôme étaient eux aussi tout à fait conscients des compétences de leurs confrères dans ces deux domaines puisqu'ils étaient en grande majorité d'accord pour confier ces problématiques aux médecins généralistes. L'un d'entre eux affirmait même que *« (…) le médecin traitant est plus proche de la patiente et de la prise en charge sociale ».* Ces données sont retrouvées dans une étude qualitative publiée récemment sur les relations entre les différents acteurs de la surveillance partagée du cancer du sein en Rhône-Alpes où les médecins généralistes se disaient *« en deuxième ligne par rapport à tout ce qui est spécifique au cancer du sein (…) et en première ligne par rapport à tout l'aspect psycho médicosocial qui entoure la patiente »* (21). Le médecin généraliste a donc un rôle clé dans la suite de la prise en charge des patientes en phase de rémission car il peut aussi être amené en cas d'évolution défavorable de la maladie, à gérer la fin de vie à domicile et à prendre en charge les proches du patient (24).

La prise en charge des médecins généralistes et des oncologues dans la surveillance du cancer du sein est donc complémentaire.

D. Des médecins généralistes satisfaits de leur place dans la surveillance : un sentiment non partagé par leurs confrères

Dans notre étude, 71,3% des médecins généralistes étaient satisfaits de la place qui leur était accordée dans la surveillance de leurs patientes atteintes d'un cancer du sein non métastatique. Sur la question de la surveillance alternée proposée aux médecins non satisfaits de leur place actuelle, son interprétation est rendue difficile par les erreurs de réponses mentionnées dans la partie « Résultats » de notre étude. Cependant, si cette analyse doit rester très prudente, la proposition de mise en place d'une surveillance alternée semble être

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

accueillie de manière favorable par les médecins généralistes. De plus, ce résultat peut être conforté par celui retrouvé dans une thèse récente réalisée à Valence où 80 % des 41 médecins généralistes participants, étaient prêts à participer à une surveillance alternée dans le cadre de la prise en charge des patientes atteintes de néoplasie mammaire (29). En revanche, un seul oncologue de notre étude était satisfait de la place occupée par les médecins généralistes, les sept autres souhaitant une plus forte implication de leur part dans la surveillance alternée.

Ce contraste fort, entre des médecins généralistes globalement satisfaits de leur place dans la surveillance et même désireux de s'y impliquer davantage, et des oncologues en demande d'une plus forte implication pose question. Malgré une envie bien présente des médecins généralistes de participer activement à la surveillance de leurs patientes, pour les oncologues la réalité semble tout autre. Plusieurs hypothèses peuvent être formulées pour expliquer ce paradoxe.

D'une part, nous pouvons souligner le manque de communication entre confrères lorsqu'il s'agit de définir les principaux acteurs à impliquer dans la surveillance partagée. En effet, les médecins généralistes ne manifestent pas forcément leur volonté de s'impliquer davantage dans la surveillance de leurs patientes auprès de leurs confrères oncologues. Un des oncologues de notre étude avait même déclaré en parlant des généralistes ; *« (…) ils ne sont pas souvent demandeurs ».* Ceci est retrouvé dans l'étude qualitative récente réalisée en Rhône-Alpes où la moitié des cancérologues justifiait la mise en retrait du médecin traitant de la boucle de surveillance du cancer du sein par la méconnaissance de son implication ceci étant contrasté par le fait qu'aucun d'eux ne lui en faisait la demande (21). En effet, les oncologues de leur côté, ne prennent pas forcément le temps de questionner les médecins généralistes sur leur volonté ou non d'être intégrés dans la boucle de surveillance partagée de leurs patientes. Ceci est renforcé par les résultats du rapport d'évaluation de l'INCA sur le parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer qui a révélé que les spécialistes n'accordaient pas automatiquement une place aux médecins traitants dans la surveillance des cancers (30). Or, dans une étude canadienne il a été montré que la grande majorité des médecins généralistes accepterait le suivi de leurs patientes atteintes d'un cancer du sein stade I si celui-ci leur était demandé par l'oncologue, la famille ou le patient lui-même (8).

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

D'autre part, cette différence peut aussi être expliquée par les contraintes et les limites que peut engendrer la mise en place d'une telle surveillance pour les médecins généralistes dans la pratique quotidienne.

E. Les limites et contraintes à un mode de surveillance alternée

La mise en place d'une surveillance alternée médecins généralistes/oncologues nécessite une adaptation de la pratique médicale quotidienne des médecins généralistes de la Drôme et du mode de fonctionnement des centres hospitaliers prenant en charge les pathologies cancéreuses. Mais aussi comme l'a souligné un des oncologues de notre travail : *« La surveillance partagée doit être acceptée par les 2 parties (généralistes et spécialistes) (…)) ».*

Les médecins généralistes de notre étude évoquaient le caractère chronophage de ces consultations et les difficultés organisationnelles inhérentes à celles-ci. En effet, l'idée de mettre en place un temps de consultation dédié à cette surveillance semble primordiale, elle est d'ailleurs retrouvée dans une enquête consacrée aux médecins généralistes du département des Hauts-de-Seine. Les médecins traitants de cette étude considéraient que le temps supplémentaire accordé aux consultations post-thérapeutiques faisait partie de leurs missions mais que la désorganisation qu'elles généraient étaient gênantes (retard accumulé, salle d'attente bondée). En effet, si les patients ne précisaient pas lors de la prise de rendez-vous qu'il s'agissait d'une consultation de « surveillance », le professionnel n'était alors pas en mesure de prévoir un créneau horaire plus long (13).

De plus, le champ d'exercice de la médecine générale étant large, les patients abordent très souvent plusieurs pathologies au sein d'une même consultation. C'est ce qu'a relevé un médecin généraliste de notre étude « *Le problème de la médecine générale est qu'il n'y a pas de temps dédié à un problème particulier* ». Cette notion est retrouvée également dans l'étude réalisée en Rhône-Alpes par Galand-Desmé et al. sur les pratiques et attentes des médecins

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

généralistes dans la prise en charge des femmes souffrant d'un cancer du sein (7). Il est donc important, au préalable, d'informer et d'éduquer le patient sur le mode de fonctionnement d'une telle consultation.

Outre le temps consacré lors de la surveillance des patientes au cours de la consultation, un des médecins généralistes a souligné aussi l'aspect chronophage inhérent à l'administratif associé à cette prise en charge : « *« Ce qui prend du temps, c'est la tenue du dossier, l'intégration de toutes les informations qui arrivent ».*

L'absence de rémunération adaptée avait aussi été évoquée par les médecins généralistes de notre étude. Un des médecins traitants déclarait même que « *Le médecin généraliste est de ce fait au centre mais pas pour les finances »*. Dans une enquête auprès des médecins traitants du réseau Osmose dans les Hauts-de-Seine, l'absence de rémunération n'était pas un problème pour 48% d'entre eux. Néanmoins, certains pratiquaient des dépassements d'honoraires et d'autres divisaient le temps de consultation sur plusieurs rendez-vous rapprochés (13).

F. Vers de nouveaux horizons

L'amélioration de la coordination ville-hôpital et des échanges d'informations entre professionnels constituent l'une des priorités du troisième Plan cancer établi depuis 2014.

Les médecins généralistes de notre étude évoquaient le manque de coordination entre la ville et l'hôpital comme un des freins à la mise en place d'une surveillance alternée. L'amélioration du partage des données médicales en promouvant des outils de communication tels que le carnet de surveillance partagée et la diffusion de protocoles et recommandations de bonnes pratiques étaient des axes évoqués par les différents médecins pour améliorer le réseau ville/hôpital.

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Le passage dans la phase de « surveillance » est un moment délicat dans le parcours de soins des patientes atteintes de cancer du sein. C'est pourquoi nous pouvons nous poser la question de la réalisation de réunion de fin de traitement sollicitant la présence ou l'avis du médecin généraliste afin de partager les informations essentielles à la bonne surveillance du patient et de définir les rôles de chacun dans le suivi. Cette notion a été retrouvée dans une étude norvégienne datant de 2006 où les médecins généralistes affirmaient l'importance d'une telle réunion pour prodiguer les soins adaptés aux patients (31). Cette idée a été relevée par un des médecins généralistes de notre étude qui suggérait *« (…) une participation ou une demande d'avis pour les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) ».* De plus, cette réunion pourrait être un moyen pour les oncologues de solliciter les médecins généralistes à s'impliquer davantage dans la surveillance et pour ces derniers de choisir ou pas de faire partie de la boucle de surveillance de leurs patientes, ce qui tendrait à diminuer les défauts de communication entre les différents acteurs de la prise en charge relevés précédemment.

Cette solution doit tout de même être envisagée avec prudence car en effet la participation des médecins généralistes aux RCP peut être incompatible avec leur emploi du temps chargé comme l'ont révélé les études pilotes de l'INCA en 2012 (30). C'est pourquoi, pour plus de facilité organisationnelle, nous pourrions envisager selon les préférences du praticien, la mise en place d'une concertation téléphonique, de courrier ou de mail, afin de proposer la mise en place d'un suivi conjoint et recueillir l'acceptation du médecin traitant sur la faisabilité de la démarche.

Si le manque de formation n'était pas évoqué comme le frein principal à la surveillance des cancers du sein, tous les spécialistes confondus étaient d'accord pour la diffusion de protocoles et recommandations de bonnes pratiques. La gestion et la surveillance des séquelles des traitements étant considérées comme difficiles pour un grand nombre de médecins généralistes et ce, dans de nombreuses études (24) (28), nous pouvons donc imaginer la mise en place d'un outil permettant une meilleure approche de ces situations (distribution de fiche d'information, protocole de recherche etc.) mais aussi la transmission plus systématique des copies du projet personnalisé de soin (PPS) et de la fiche de RCP du patient. Cela avait déjà été envisagé par le Grunfeld en 2009 dans ses recommandations pour le Plan cancer II où il mettait l'accent sur la mise en place d'un courrier récapitulatif adressé

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

au médecin traitant comprenant entre autres les effets indésirables et modalités de traitements ultérieurs (32).

L'élaboration d'un outil de surveillance commun apparaît aussi comme un élément essentiel à la bonne prise en charge des patientes permettant entre autres d'éviter la redondance des examens. Le carnet de surveillance partagé entre professionnels a été l'un des premiers outils mis en place et ce, dans plusieurs régions (33) (29). Par exemple, dans le centre de lutte contre le cancer de Nantes-Atlantique, l'acceptation de cette surveillance était aussi bien appréciée par les patientes que par les médecins de ville (6). Cependant, il est important de préciser les limites et difficultés quant à sa mise en place et ce, notamment dans notre département. Le département Drôme-Ardèche les avait mises en place en 2007. Une étude relative à la mise en place d'une surveillance alternée réalisée par l'intermédiaire des carnets de surveillance avait défini cet outil comme utile rendant la surveillance plus structurée et rationnelle (29). En 2012, l'évolution du carnet de surveillance en accord avec le deuxième Plan cancer avait donné naissance à un format électronique destiné à positionner le médecin traitant comme un des acteurs principaux de la prise en charge. Les modalités de surveillance des patientes étaient définies en fonction de leur facteur de risque histopronostique de récidive et les intervenants pouvaient recevoir des notifications et alertes en fonction des problèmes posés par la patiente. Cette version informatisée prénommée « Projet OSCAR » n'a cependant pas été plébiscitée par l'ensemble des médecins généralistes. C'est ce qu'a souligné avec regret un des médecins généralistes de notre étude « (…) *Outil élaboré sous le nom OSCAR par mes soins et le Dr L mais non retenu par le corps des médecins généralistes »* et l'un des oncologues avait même ajouté *« Un essai avait été réalisé avec le réseau (projet OSCAR) : tombé à l'eau car les confrères généralistes avaient refusé de s'impliquer dans cette surveillance (qui était tracée …) ».* Les limites de la mise en place du « projet OSCAR » ont été les difficultés occasionnées par les problèmes de connexion au réseau informatique ainsi que la surcharge administrative (scanner les documents etc.), même si certains oncologues y ont vu plus un manque d'implication de la part de leurs confrères généralistes.

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

A l'heure actuelle, il est donc difficile de trouver un outil de surveillance commun qui soit à la fois facile d'emploi et accepté par tous les professionnels de santé. De plus, face aux réductions budgétaires en matière de santé en lien avec le déficit de la sécurité sociale, il se devra aussi d'être peu coûteux. Enfin, il est primordial de ne pas négliger le souhait des patientes, maillon essentiel de la prise en charge. Cette surveillance, pour être efficace, se devra d'être intégrée dans une démarche de décision médicale partagée.

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

V. Conclusion

La prise en charge du cancer du sein constitue un enjeu majeur de santé publique pour lequel l'engagement de l'ensemble des professionnels de santé est indispensable. Depuis le plan cancer 2009-2013, le médecin généraliste est invité à occuper une place plus importante dans cette prise en charge et elle comprend entre autres son implication lors du passage, souvent délicat, des patientes dans la phase de surveillance de leur pathologie cancéreuse. Dans la littérature, plusieurs études ont montré la volonté des médecins traitants de participer à la surveillance de leurs patientes atteintes de cancer du sein ainsi que son efficacité aussi bien en termes de détection des récidives qu'en termes de survie et de qualité de vie. Cependant en pratique, peu de patientes sont suivies par leur médecin généraliste après la phase active de traitement.

L'objectif principal de notre travail était d'étudier la place du médecin généraliste drômois dans la surveillance des patientes atteintes d'un cancer du sein non métastatique en confrontant ces données avec celles des oncologues du département. L'objectif secondaire était de définir les limites et les contraintes des médecins généralistes à la mise en place d'une surveillance alternée (médecin généralistes/ oncologues) afin de faire émerger des pistes d'amélioration à échelle locale.

Pour répondre à nos objectifs, nous avons réalisé une étude quantitative à l'aide d'un questionnaire auprès d'un échantillon de 66 médecins généralistes de la Drôme et de 8 médecins qualifiés en oncologie des principaux centres hospitaliers du département.

Les médecins généralistes drômois avaient les compétences requises pour surveiller leurs patientes atteintes d'un cancer du sein non métastatique. De plus, la complémentarité entre la prise en charge technique des médecins oncologues et la prise en charge plus relationnelle et globale du médecin traitant n'a fait que renforcer l'idée que nous nous faisions de la richesse que pourrait apporter la mise en place d'une surveillance partagée.

Notre étude a révélé que 71,3% des médecins généralistes drômois étaient satisfaits de la place qu'ils occupaient dans la surveillance de leurs patientes touchées par le cancer du

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

sein non métastatique. Cependant, ce ressenti n'était pas partagé par leurs confrères oncologues qui les trouvaient trop peu impliqués dans ce suivi. Un plus fort engagement de leur part pourrait être favorisé par la mise en place d'une surveillance alternée (médecin généraliste/oncologues), à condition d'améliorer la communication entre confrères et de mieux définir les principaux acteurs à impliquer dans cette surveillance. En effet, afin d'améliorer la mise en pratique d'un tel mode de surveillance, les oncologues devraient questionner leurs confrères sur leur volonté de s'investir dans un tel suivi et les médecins généralistes devraient davantage manifester leur désir d'y participer.

Pour cela, il est indispensable de procéder à une adaptation de la pratique médicale quotidienne des médecins généralistes de la Drôme. En effet, l'aspect chronophage de ces consultations, les difficultés organisationnelles qu'elles peuvent occasionner mais aussi l'absence de rémunération adaptée sont autant de freins et de limites auxquels les médecins généralistes devront faire face.

Dans les années à venir, l'amélioration de la coordination ville-hôpital et des échanges entre les professionnels de santé vont apparaitre comme essentiels à la mise en place d'une surveillance partagée. Nous pouvons dès à présent attester, et ce au regard des résultats de notre étude, des bonnes relations existantes entre les différents praticiens du département de la Drôme, préalable nécessaire et indispensable à la mise en place d'une telle surveillance. Le plus difficile reste à mettre en place un outil de surveillance commun à tous les professionnels de santé qui soit à la fois, facile d'emploi et peu coûteux mais aussi accepté par tous, y compris par le patient. Il est important de préciser que ce dernier devra tout de même demeurer l'acteur principal de sa prise en charge.

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Faculté de Médecine
Lyon Est

Nom, prénom du candidat : GRAND Pauline

CONCLUSIONS

La prise en charge du cancer du sein constitue un enjeu majeur de santé publique pour lequel l'engagement de l'ensemble des professionnels de santé est indispensable. Depuis le plan cancer 2009-2013, le médecin généraliste est invité à occuper une place plus importante dans cette prise en charge et elle comprend entre autres son implication lors du passage, souvent délicat, des patientes dans la phase de surveillance de leur pathologie cancéreuse. Dans la littérature, plusieurs études ont montré la volonté des médecins traitants de participer à la surveillance de leurs patientes atteintes de cancer du sein ainsi que son efficacité aussi bien en termes de détection des récidives qu'en termes de survie et de qualité de vie. Cependant en pratique, peu de patientes sont suivies par leur médecin généraliste après la phase active de traitement.

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE LYON-EST

L'objectif principal de notre travail était d'étudier la place du médecin généraliste drômois dans la surveillance des patientes atteintes d'un cancer du sein non métastatique en confrontant ces données avec celles des oncologues du département. L'objectif secondaire était de définir les limites et les contraintes des médecins généralistes à la mise en place d'une surveillance alternée (médecin généralistes/oncologues) afin de faire émerger des pistes d'amélioration à échelle locale.

Pour répondre à nos objectifs, nous avons réalisé une étude quantitative à l'aide d'un questionnaire auprès d'un échantillon de 66 médecins généralistes de la Drôme et de 8 médecins qualifiés en oncologie des principaux centres hospitaliers du département.

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

Les médecins généralistes drômois avaient les compétences requises pour surveiller leurs patientes atteintes d'un cancer du sein non métastatique. De plus, la complémentarité entre la prise en charge technique des médecins oncologues et la prise en charge plus relationnelle et globale du médecin traitant n'a fait que renforcer l'idée que nous nous faisions de la richesse que pourrait apporter la mise en place d'une surveillance partagée.

Notre étude a révélé que 71,3% des médecins généralistes drômois étaient satisfaits de la place qu'ils occupaient dans la surveillance de leurs patientes touchées par le cancer du sein non métastatique. Cependant, ce ressenti n'était pas partagé par leurs confrères oncologues qui les trouvaient trop peu impliqués dans ce suivi. Un plus fort engagement de leur part pourrait être favorisé par la mise en place d'une surveillance alternée

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

Faculté de Médecine
Lyon Est

(médecin généraliste/oncologue), à condition d'améliorer la communication entre confrères et de mieux définir les principaux acteurs à impliquer dans cette surveillance. En effet, afin d'améliorer la mise en pratique d'un tel mode de surveillance, les oncologues devraient questionner leurs confrères sur leur volonté de s'investir dans un tel suivi et les médecins généralistes devraient davantage manifester leur désir d'y participer.

Pour cela, il est indispensable de procéder à une adaptation de la pratique médicale quotidienne des médecins généralistes de la Drôme. En effet, l'aspect chronophage de ces consultations, les difficultés organisationnelles qu'elles peuvent occasionner mais aussi l'absence de rémunération adaptée sont autant de freins et de limites auxquels les médecins généralistes devront faire face.

Dans les années à venir, l'amélioration de la coordination ville-hôpital et des échanges entre les professionnels de santé vont apparaitre comme essentiels à la mise en place d'une surveillance partagée. Nous pouvons dès à présent attester, et ce au regard des résultats de notre étude, des bonnes relations existantes entre les différents praticiens du département de la Drôme, préalable nécessaire et indispensable à la mise en place d'une telle surveillance. Le plus difficile reste à mettre en place un outil de surveillance commun à tous les professionnels de santé qui soit à la fois, facile d'emploi et peu coûteux mais aussi accepté par tous, y compris par le patient. Il est important de préciser que ce dernier devra tout de même demeurer l'acteur principal de sa prise en charge.

Le Président de la thèse,
Pr Marie FLORI
Signature

Vu :
Pour Le Président de l'Université
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST
UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON

Professeur Gilles RODE

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 11 MAI 2017

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

VI. Bibliographie

1. La situation du cancer en France en 2015 - INCa avril 2016

2. Loi Bachelot "Hôpital, Patients, Santé et Territoire". Article L4130-1 modifié par la loi 2016-41 de janvier 2016. Disponible sur : http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-bachelot-hopital-patients-sante-et-territoires-hpst.pdf

3. InVS. Les nouvelles données sur la survie des personnes atteintes de cancers en France métropolitaine. 2016. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/fr../Espace-presse/Communiques-de-presse/2016/Les-nouvelles-donnees-sur-la-survie-des-personnes-atteintes-de-cancers-en-France-metropolitaine

4. INCa. Le Plan cancer 2009-2013 - Les Plans cancer de 2003 à 2013. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013

5. Institut du Sein - Drôme Ardèche - La surveillance alternée et le plan personnalisé de l'après cancer. 2016. Disponible sur : http://www.institutdusein2607.com/fr/la-surveillance_r_75.html

6. Dravet F, Barbarot V, Mahé MA, et al. Mise en place d'un carnet de surveillance alternée pour le cancer du sein : l'expérience du Centre régional de lutte contre le cancer Nantes-Atlantique. La lettre du sénologue 29 :23-5. 2005. Disponible sur : http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/11493.pdf

7. Galand-Desmé S, Millat-Guittard L, Letrillat L, et al. Prise en charge des femmes souffrant d'un cancer du sein : pratiques et attentes des médecins généralistes dans les échanges avec les médecins hospitaliers. La revue du praticien médecine générale 2006;20: 114-118

8. Worster A, Bass MJ, Wood ML. Willingness to follow breast cancer. Survey of family physicians. Can Fam Physician. févr 1996;42:263‑8.

9. Grunfeld E, Fitzpatrick R, Mant D, Yudkin P, Adewuyi-Dalton R, Stewart J, et al. Comparison of breast cancer patient satisfaction with follow-up in primary care versus specialist care: results from a randomized controlled trial. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. Sept 1999;49(446):705‑10.

10. Fourcade A, Houzard S, Dubot C, Fourquet A, Fridmann S, Dagousset I. Breast cancer follow-up by primary care physician : patient satisfaction in the Metropolitan Paris region. Bull Cancer (Paris). oct 2012;99(10):915‑25.

11. Grunfeld E, Levine MN, Julian JA, Coyle D, Szechtman B, Mirsky D, et al. Randomized Trial of Long-Term Follow-Up for Early-Stage Breast Cancer: A Comparison of Family Physician Versus Specialist Care. J Clin Oncol. 20 févr 2006;24(6):848‑55.

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

12. Lantheaume S, Blois Da Conceiçao S, Bosset M, Fernandez M. Qualité de vie de patientes en rémission traitées pour un cancer du sein non métastasé, selon la surveillance médicale classique ou alternée. Psycho-Oncol. 2014;8:108‑116.

13. Réseau osmose. Programme Personnalisé de l'Après cancer (P.P.A.C) : Enquête auprès des Médecins généralistes. 2012.
Disponible sur : http://www.reseau-osmose.fr/documents/Enquete_MT_doc_synthese.pdf

14. Macchi C. Suivi des femmes atteintes d'un cancer du sein non métastatique en médecine générale : Etude menée dans l'Est Parisien. Thèse de doctorat. Paris, France : Université Paris 6 ;2012

15. Couraud Laouisset C. Le médecin généraliste face à la prise en charge des patients atteints de cancer. Thèse de doctorat. Paris, France : Université Paris 7 ;2010

16. Morice E, leroyer E. Existe-t-il des éléments prédictifs de l'implication des médecins généralistes dans les thèses de recherche en médecine générale. Exercer 2012 ; 100 :31-2.

17. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2016. Disponible sur : https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

18. Plan cancer 2014-2019 : priorités et objectifs - Plan cancer. Institut National Du Cancer. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs

19. HAS - INCa. Guide – Affection Longue durée. Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique Cancer du sein Janvier 2010. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-02/ald_30_gm_ksein_vd.pdf

20. Rojas MP, Telaro E, Russo A, Moschetti I, Coe L, Fossati R, Palli D, Roselli del Turco M, Liberati A. Follow-up strategies for women treated for early breast cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 4. Art. No.: CD001768. DOI: 10.1002/14651858.CD001768.pub2.

21. BARRACHIN Sigrid, LABROSSE Hélène, FARSI Fadila, PREAU Marie. Les enjeux de la surveillance partagée du cancer du sein. Regards croisés des médecins et des patientes de la région Rhône-Alpes. 2015. Disponible sur : http://espacecancer.sante-ra.fr/Ressources/Documents/barrachin-sigrid-20151001-1600-nemo.pdf

22. Grunfeld E, Mant D, Yudkin P, Adewuyi-Dalton R, Cole D, Stewart J, et al. Routine follow up of breast cancer in primary care: randomised trial. BMJ. 14 sept 1996 ;313(7058) :665‑9.

23. Pivot X, Asmar L, Hortobagyi GN, Theriault R, Pastorini F, Buzdar A. A retrospective study of first indicators of breast cancer recurrence. Oncology. avr 2000;58(3):185‑90.

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

24. Bungener M, Demagny L, Holtedahl KA, Letourmy A (2009). La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ? Pratiques et organisation des Soins 40(3):191-196

25. Ligue nationale contre le cancer. « Les médecins généralistes face au cancer » Une enquête inédite de la Ligue nationale contre le cancer. 2010.
Disponible sur : https://www.ligue-cancer.net/presse/download/455

26. Johansson B, Berglund G, Hoffman K, Glimelius B, Sjöden PO. The role of the general practitioner in cancer care and the effect of an extended information routine. Scand J Prim Health Care. Sept 2000;18(3):143‑8.

27. Kousgaard KR, Nielsen JD, Olesen F, Jensen AB. General practitioner assessment of structured oncological information accompanying newly referred cancer patients. Scand J Prim Health Care. Juin 2003;21(2):110‑4.

28. ARS Lorraine. Médecins généralistes - leur rôle dans la prise en charge des personnes atteintes de cancer : enquête régionale. 2014. Disponible sur : http://www.ars.alsace-champagneardennelorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/PUBLICATIONS/PUBLICATIONS_2014/MG_CancerCommunication_VFweb2.pdf

29. Del Olmo C. Surveillance du cancer du sein : Une évolution. Plaidoyer pour un mode alterné incluant le médecin traitant. Thèse de doctorat. Lyon, France : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2012

30. INCa. Résultats des expérimentations du parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer, rapport d'évaluation. Collection Bilans d'activité et d'évaluation, ouvrage édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, septembre 2012

31. Anvik T, Holtedahl KA, Mikalsen H. « When patients have cancer, they stop seeing me » – the role of the general practitioner in early follow-up of patients with cancer – a qualitative study. BMC Fam Pract. 2006;7:19

32. Rapport Grunfeld. Recommandation pour le plan cancer 2009-2013. Pour un nouvel élan. Mars 2009. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Grunfeld_-_recommandations_pour_la_plan_cancer_2009_2013_-mars_2009.pdf

33. Dispositif de surveillance alternée des patientes atteintes de cancer du sein en Aquitaine. 2015. Disponible sur : http://www.canceraquitaine.org/sites/default/files/documents/INFOS-PRO/surveillance-sein/Surveillance-alternee-Bilan-0815.pdf

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

VII. Résumé

Introduction :
Devant l'augmentation chaque année du nombre de femmes en rémission d'un cancer du sein nécessitant un suivi médical à vie, le maintien d'une surveillance en milieu spécialisé à la suite des traitements spécifiques est devenu difficile. Intégrer de manière précoce les médecins généralistes dans la boucle de surveillance semble primordial afin de désengorger les consultations des spécialistes et de maintenir des délais de prise en charge raisonnables. En pratique, il existe encore peu de patientes suivies par leur médecin généraliste après la phase active de traitement.
L'objectif principal de ce travail était d'étudier la place du médecin généraliste drômois dans la surveillance des patientes atteintes d'un cancer du sein non métastatique et de confronter ces données avec celles des principaux oncologues du département. L'objectif secondaire était de définir les limites et les contraintes des médecins généralistes à la mise en place d'une surveillance alternée afin de faire émerger des pistes d'amélioration à échelle locale.
Méthode :
Nous avons mené une enquête quantitative et descriptive, par le biais de questionnaires envoyés par mail auprès des médecins généralistes (MG) et des médecins qualifiés en oncologie du département de la Drôme.
Résultats :
66 médecins généralistes et 8 oncologues ont répondu. 71,3% des médecins généralistes drômois étaient plutôt satisfaits de leur place actuelle dans la surveillance du cancer du sein non métastatique. En revanche, 7 oncologues sur 8 ne l'étaient pas. 82,8% des médecins généralistes et 7 oncologues sur 8 étaient favorables à impliquer davantage le médecin généraliste dans la boucle de surveillance alternée. Les limites des médecins généralistes à la mise en pratique d'une surveillance partagée étaient : le caractère chronophage des consultations (47%), le manque de coordination entre la ville et l'hôpital (45,5%) et le manque de rémunération adaptée (43,9%). A échelle locale, les pistes d'amélioration de la coordination entre la ville et l'hôpital étaient principalement l'amélioration du partage des données (59,1% des MG et 6 oncologues sur 8) et la diffusion des protocoles et recommandations de bonnes pratiques (57,6% des MG et 6 oncologues sur 8).
Discussion :
Il existe un contraste fort entre des médecins généralistes globalement satisfaits de leur place dans la surveillance et même désireux de s'y impliquer davantage, et des oncologues en demande d'une plus forte implication. Ceci peut être expliqué par le manque de communication entre confrères lorsqu'il s'agit de définir les principaux acteurs à impliquer dans la surveillance partagée. De plus, les contraintes et les limites que peut engendrer la mise en place d'une telle surveillance dans la pratique quotidienne des médecins généralistes peut expliquer ce paradoxe. Dans les années à venir, l'amélioration de la coordination ville-hôpital et des échanges entre les professionnels de santé vont apparaître comme essentiels à la mise en place d'une surveillance partagée. Pour cela, la mise en place d'un outil de surveillance commun à tous les professionnels de santé est primordiale.

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

VIII. Annexes

Tableau récapitulatif des formations complémentaires des médecins généralistes

Formations et Diplômes universitaires (DU)	Effectif
Maitres de stage/ Professeur attaché en Médecine Générale	19
DU Médecine du sport	8
DU Médecine d'Urgence	5
DU Pédiatrie	4
DU Gynécologie	3
Ostéopathie et Médecine manuelle	2
DU Cancérologie	2
DU Nutrition	2
Médecin Sapeur-pompier	2
DU Addictologie	1
Capacité gériatrie	1
Expertise médicale	1
DU Echographie générale	1
DU Médecine tropicale	1

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

La place du médecin généraliste dans la surveillance du cancer du sein non métastatique dans le département de la Drôme.

Cher(e)s consœurs et confrères,

Je suis médecin généraliste remplaçante dans la Drôme et je réalise un travail de thèse sur la place du médecin généraliste dans la surveillance du cancer du sein non métastatique dans le département de la Drôme.

L'étude concerne les patientes suivies pour un cancer du sein non métastatique et ce après la phase de soin actif (radiothérapie/ chimiothérapie) avec ou sans hormonothérapie. Sont exclues de l'étude, les patientes ayant un cancer du sein métastatique ou les patientes en soins palliatifs.

*Obligatoire

Données générales:

1. **Etes-vous?** *
   Une seule réponse possible.
   - ◯ Une femme
   - ◯ Un homme

2. **Quel âge avez-vous?** *
   _____

3. **Depuis combien de temps êtes-vous installé?** *
   Une seule réponse possible.
   - ◯ ≤ 10 ans
   - ◯ 11-20 ans
   - ◯ > 20 ans

4. **Quel mode d'exercice de médecine libérale pratiquez-vous ?** *
   Une seule réponse possible.
   - ◯ Installation Individuelle
   - ◯ Cabinet de groupe

5. *
   Une seule réponse possible.
   - ◯ Zone rurale
   - ◯ Zone semi-rurale
   - ◯ Zone urbaine

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

6. **Avez-vous des diplômes universitaires supplémentaires (DU, DIU, capacité, médecin/ professeur universitaire, maître de stage...) ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

7. **Si oui lesquels ?**

_____

8. **Suivez-vous régulièrement des formations (FMC, groupes de pairs…) ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

9. **A quelle distance d'un centre hospitalier prenant en charge les pathologies cancéreuses êtes-vous situé ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ <10 km
- ◯ 10-20 km
- ◯ >20 km

La place du médecin généraliste dans la surveillance du cancer du sein non métastatique:

10. **Le dernier plan cancer préconise une réorganisation de la prise en charge des soins en cancérologie en impliquant davantage le médecin traitant.** *
Une seule réponse possible par ligne.

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Pas d'avis
Qu'en pensez-vous?	◯	◯	◯	◯	◯

11. **Face à cette demande d'implication:** *
Une seule réponse possible par ligne.

	Oui tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas du tout	Pas d'avis
Pensez-vous que vos compétences vous permettent de surveiller vos patientes de manière optimale ?	◯	◯	◯	◯	◯
Estimez-vous avoir besoin d'une formation spécifique ?	◯	◯	◯	◯	◯
Estimez-vous avoir besoin d'un réseau de soins spécifiques ?	◯	◯	◯	◯	◯

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

12. **Comment concevez-vous cette plus grande implication du médecin traitant (plusieurs réponses possibles) ?** *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Consultation de suivi assurée par le médecin traitant en première intention
- [ ] Coordination des visites de surveillance vers le spécialiste en fonction des plaintes ou de la clinique
- [ ] Soutien psychologique des patientes
- [ ] Prise en charge sociale des patientes (reprise de l'activité professionnelle, aides médico-sociales...)
- [ ] Pas d'avis
- [ ] Autre

13. **Si autre:**

Cas cliniques:

Voici plusieurs situations pouvant être rencontrées lors de la surveillance du cancer du sein non métastatique après la phase active de traitement en médecine générale.

Pour chacune d'elle, précisez si la prise en charge vous semble pouvoir être réalisée par un médecin généraliste seul, par un spécialiste en oncologie uniquement ou si elle nécessite simplement un avis téléphonique spécialisé (appel du spécialiste en oncologie)

14. *

Une seule réponse possible par ligne.

	Médecin généraliste	Spécialiste en oncologie
La palpation mammaire à la recherche d'une récidive:	◯	◯

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

15. *

Une seule réponse possible par ligne.

	Médecin généraliste	Spécialiste en oncologie	Avis téléphonique au spécialiste en oncologie
La prescription des examens complémentaires dans le cadre du suivi (mammographie, échographie, ostéodensitométrie...):			
La prescription d'examens complémentaires (IRM, Pet Scan, marqueurs tumoraux...) lors de points d'appels cliniques évoquant une récidive:			
La prise en charge des séquelles des traitements (lymphoedème du bras, séquelles esthétiques des seins, douleurs articulaires, bouffées de chaleur...):			
La prise en charge d'une ostéoporose sous hormonothérapie (effet secondaire de certaines hormonothérapies):			
Le soutien psychologique et sa prise en charge (syndrome anxio-dépressif, état de stress post traumatique...) du patient et de sa famille:			
Les troubles sexuels (sécheresse vaginale, retentissement psychologique....):			
La prescription d'une contraception post traitement:			
La réinsertion professionnelle (mi-temps thérapeutique, aménagement de poste, invalidité):			

Les limites et les contraintes:

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

16. **Quels sont vos rapports avec les spécialistes en oncologie de la Drôme ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ excellents
- ◯ bons
- ◯ plutôt mauvais
- ◯ médiocres
- ◯ inexistants
- ◯ Autre

17. **Si autre:**

_____

18. **Comment qualifieriez-vous les courriers adressés par les spécialistes concernant vos patientes prises en charge pour un cancer du sein non métastatique?** *
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Clairs
- ☐ Utiles
- ☐ Trop détaillés
- ☐ Pas assez détaillés
- ☐ incompréhensibles (utilisation de terminologie trop spécifique à la spécialité)
- ☐ Pas d'avis
- ☐ Autre

19. **Si autre:**

_____

20. **Etes-vous satisfait de la place qui vous est accordée actuellement par les spécialistes dans la surveillance de vos patientes atteintes de cancer du sein non métastatique?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui tout à fait
- ◯ Plutôt oui
- ◯ Plutôt non
- ◯ Non pas du tout
- ◯ Pas d'avis

21. **Si non satisfait: Aimeriez-vous occuper une place plus importante dans cette surveillance comme par la mise en place d'une surveillance alternée médecins généralistes /spécialistes par exemple?**
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui tout à fait
- ◯ Plutôt oui
- ◯ Plutôt non
- ◯ Non pas du tout
- ◯ Pas d'avis

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

22. **Quelles pourraient être les limites ou contraintes à la surveillance des patientes atteintes de cancer du sein non métastatique dans votre pratique? (plusieurs réponses possibles)** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Le caractère chronophage de la consultation
- [ ] La charge affective importante
- [ ] La nécessité d'être joignable et disponible
- [ ] La difficulté d'organisation des soins dans cette prise en charge pluridisciplinaire
- [ ] L'absence de rémunération adaptée
- [ ] Le manque de formation dans cette discipline
- [ ] Le manque de coordination ville/hôpital
- [ ] Autre

23. **Si autre:**

_____

24. **Que manque-t-il dans la Drôme pour faciliter la coordination du parcours de soin des patientes entre la ville et l'hôpital ? (Plusieurs réponses possibles)** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Améliorer le partage des données médicales, promouvoir des outils de communication communs (exemple: carnet de surveillance partagée..)
- [ ] Organiser des formations médicales continues
- [ ] Diffuser des protocoles et recommandations de bonne pratique clinique
- [ ] Organiser des rencontres et échanges entre professionnels (exemple: groupe de travail...)
- [ ] Assurer une astreinte téléphonique
- [ ] Autre

25. **Si autre:**

_____

Merci de votre participation.

Fourni par
Google Forms

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

La place du médecin généraliste dans la surveillance du cancer du sein non métastatique dans le département de la Drôme.

Cher(e)s consoeurs et confrères,
Je suis médecin généraliste remplaçante dans la Drôme et je réalise un travail de thèse sur la place du médecin généraliste dans la surveillance du cancer du sein non métastatique dans le département de la Drôme.

L'étude concerne les patientes suivies pour un cancer du sein non métastatique et ce après la phase de soin actif (radiothérapie/chimiothérapie) avec ou sans hormonothérapie. Sont exclues de l'étude les patientes ayant un cancer du sein métastatique ou les patientes en soins palliatifs.

*Obligatoire

Données générales:

1. **Etes-vous?** *
   Une seule réponse possible.
   - ◯ Une femme
   - ◯ Un homme

2. **Quel âge avez-vous?** *

3. **Depuis combien de temps exercez-vous?** *
   Une seule réponse possible.
   - ◯ ≤10 ans
   - ◯ 11-20 ans
   - ◯ >20 ans

4. **Quel mode d'exercice pratiquez-vous?** *
   Une seule réponse possible.
   - ◯ Hôpital public
   - ◯ Clinique privée
   - ◯ Double activité (publique et privée)

5. **Organisez-vous régulièrement des formations en cancérologie pour les médecins généralistes de la Drôme?** *
   Une seule réponse possible.
   - ◯ Oui
   - ◯ Non

La place du médecin généraliste dans la surveillance du cancer du sein non métastatique:

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

6. **Le dernier plan cancer préconise une réorganisation de la prise en charge des soins en cancérologie en impliquant davantage le médecin traitant.** *
Une seule réponse possible par ligne.

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Pas d'avis
Qu'en pensez-vous?					

7. **Face à cette demande d'implication** *
Une seule réponse possible par ligne.

	Oui tout à fait	Plutôt oui	Plutôt non	Non pas du tout	Pas d'avis
Pensez-vous que leurs compétences leur permettent de surveiller les patientes de manière optimale ?					
Estimez-vous qu'ils aient besoin d'une formation spécifique?					
Estimez-vous qu'ils aient besoin d'un réseau de soins spécifiques ?					

8. **Comment concevez-vous cette plus grande implication du médecin traitant (plusieurs réponses possibles) ?** *
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Consultation de suivi assurée par le médecin traitant en première intention
- [ ] Coordination des visites de surveillance vers le spécialiste en fonction des plaintes ou de la clinique des patientes
- [ ] Soutien psychologique des patientes
- [ ] Prise en charge sociale des patientes (reprise de l'activité professionnelle, aides médico-sociales...)
- [ ] Pas d'avis
- [ ] Autre

9. **Si autre:**

Cas clinique:

Voici plusieurs situations pouvant être rencontrées lors de la surveillance du cancer du sein non métastatique après la phase active de traitement en médecine générale.

Pour chacune d'elle, précisez si la prise en charge vous semble pouvoir être réalisée par un médecin généraliste seul, par un spécialiste en oncologie uniquement ou si elle nécessite simplement un avis téléphonique spécialisé (appel du spécialiste en oncologie)

10. *
Une seule réponse possible par ligne.

	Médecin généraliste	Spécialiste en oncologie
La palpation mammaire à la recherche d'une récidive:		

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

11. *

Une seule réponse possible par ligne.

	Médecin généraliste	Spécialiste en oncologie	Avis téléphonique au spécialiste en oncologie
La prescription des examens complémentaires dans le cadre du suivi (mammographie, échographie, ostéodensitométrie...):			
La prescription d'examens complémentaires (IRM, Pet Scan, marqueurs tumoraux...) lors de points d'appels cliniques évoquant une récidive:			
La prise en charge des séquelles des traitements (lymphoedème du bras, séquelles esthétiques des seins, douleurs articulaires, bouffées de chaleur...):			
La prise en charge d'une ostéoporose sous hormonothérapie (effet secondaire de certaines hormonothérapies):			
Le soutien psychologique et sa prise en charge (syndrome anxio-dépressif, état de stress post traumatique...) du patient et de sa famille:			
Les troubles sexuels (sécheresse vaginale, retentissement psychologique....):			
La prescription d'une contraception post traitement:			
La réinsertion professionnelle (mi-temps thérapeutique, aménagement de poste, invalidité):			

Les limites et les contraintes:

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

12. **Quels sont vos rapports avec les médecins généralistes de la Drôme ?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Excellents
- ◯ Bons
- ◯ Plutôt mauvais
- ◯ Médiocres
- ◯ Inexistants
- ◯ Autre

13. **Si autre**

_____

14. **Etes-vous satisfait de la place accordée actuellement aux médecins généralistes dans la surveillance des patientes atteintes de cancer du sein non métastatique?** *
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui tout à fait
- ◯ Plutôt oui
- ◯ Plutôt non
- ◯ Non pas du tout
- ◯ Pas d'avis

15. **Si non satisfait: Aimeriez-vous qu'ils occupent une place plus importante dans cette surveillance comme par la mise en place d'une surveillance alternée médecins généralistes /spécialistes par exemple?**
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui tout à fait
- ◯ Plutôt oui
- ◯ Plutôt non
- ◯ Non pas du tout
- ◯ Pas d'avis

16. **Que manque-t-il dans la Drôme pour faciliter la coordination du parcours de soin des patientes entre la ville et l'hôpital ? (Plusieurs réponses possibles)** *
Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Améliorer le partage des données médicales, promouvoir des outils de communication communs (exemple: carnet de surveillance partagée..)
- ☐ Organiser des formations médicales continues
- ☐ Diffuser des protocoles et recommandations de bonne pratique clinique
- ☐ Organiser des rencontres et échanges entre professionnels (exemple: groupe de travail...)
- ☐ Assurer une astreinte téléphonique
- ☐ Autre

17. **Si autre:**

_____

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)

18. **Commentaires libres:**

Fourni par
Google Forms

GRAND
(CC BY-NC-ND 2.0)