



HAL
open science

Le Programme Personnalisé de l'Après-Cancer dans la cancérologie du sein : place et avis des médecins généralistes

Aurélie Etienne

► To cite this version:

Aurélie Etienne. Le Programme Personnalisé de l'Après-Cancer dans la cancérologie du sein : place et avis des médecins généralistes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. hal-01931984

HAL Id: hal-01931984

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01931984v1>

Submitted on 23 Nov 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

pour obtenir le grade de docteur en médecine

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du 3^{ème} cycle de médecine générale

par

Aurélie ETIENNE

Le 04 mai 2016

Le Programme Personnalisé de l'Après- Cancer dans la cancérologie du sein Place et avis des médecins généralistes

Examineurs de la thèse

M. le Professeur CHENUÉL Bruno

Président du jury et Juge

M. le Docteur ZUILY Stéphane

Juge

Mme le Docteur CLAUDOT Frédérique

Juge

Mme le Docteur SIEGRIST Sophie

Directrice et Juge

THESE

pour obtenir le grade de docteur en médecine

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du 3^{ème} cycle de médecine générale

par

Aurélie ETIENNE

Le 04 mai 2016

Le Programme Personnalisé de l'Après- Cancer dans la cancérologie du sein Place et avis des médecins généralistes

Examineurs de la thèse

M. le Professeur CHENUÉL Bruno

Président du jury et Juge

M. le Docteur ZUILY Stéphane

Juge

Mme le Docteur CLAUDOT Frédérique

Juge

Mme le Docteur SIEGRIST Sophie

Directrice et Juge



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



**Président de l'Université de Lorraine
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN**

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER
Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT
Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
Universitarisation des professions paramédicales : Pr Annick BARBAUD
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Chantal KOHLER
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX – Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER –
Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE – Daniel ANTHOINE – Alain AUBREGE – Gérard BARROCHE – Alain BERTRAND – Pierre BEY – Marc-André BIGARD – Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI – Jacques BORRELLY – Michel BOULANGE – Jean-Louis BOUTROY – Jean-Claude BURDIN – Claude BURLET – Daniel BURNEL – Claude CHARDOT – François CHERRIER – Jean-Pierre CRANCE – Gérard DEBRY – Jean-Pierre DELAGOUTTE – Emile de LAVERGNE – Jean-Pierre DESCHAMPS – Jean-Bernard DUREUX – Gérard FIEVE – Jean FLOQUET – Robert FRISCH – Alain GAUCHER – Pierre GAUCHER – Hubert GERARD – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ – Oliéro GUERCI – Claude HURIET – Christian JANOT – Michèle KESSLER – François KOHLER – Jacques LACOSTE – Henri LAMBERT – Pierre LANDES – Marie-Claire LAXENAIRE – Michel LAXENAIRE – Jacques LECLERE – Pierre LEDERLIN – Bernard LEGRAS – Jean-Pierre MALLIÉ – Michel MANCIAUX – Philippe MANGIN – Pierre MATHIEU – Michel MERLE – Denise MONERET-VAUTRIN – Pierre MONIN – Pierre NABET – Jean-Pierre NICOLAS – Pierre PAYSANT – Francis PENIN – Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Guy PETIET – Luc PICARD – Michel PIERSON – François PLENAT – Jean-Marie POLU – Jacques POUREL – Jean PREVOT – Francis RAPHAEL – Antoine RASPILLER – Denis REGENT – Michel RENARD – Jacques ROLAND – René-Jean ROYER – Daniel SCHMITT – Michel SCHMITT – Michel SCHWEITZER – Daniel SIBERTIN-BLANC – Claude SIMON – Danièle SOMMELET – Jean-François STOLTZ – Michel STRICKER – Gilbert THIBAUT – Augusta TREHEUX – Hubert UFFHOLTZ – Gérard VAILLANT – Paul VERT – Colette VIDAILHET – Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT – Michel WAYOFF – Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Pierre BEY – Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeure Michèle KESSLER – Professeur Jacques LECLERE – Professeur Pierre MONIN – Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Luc PICARD – Professeur François PLENAT – Professeur Jacques POUREL – Professeur Michel SCHMITT – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Paul VERT – Professeure Colette VIDAILHET – Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Michel WAYOFF

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Gilles GROSDIDIER – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : *(Radiologie et imagerie médecine)*

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER –

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : *(Physiologie)*

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : *(Biologie Cellulaire)*

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZGUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIOWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON – Professeur Francis GUILLEMIN –

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY – Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ – Professeur Gérard AUDIBERT –

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD – Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY –

Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (pharmacien)

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD – Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI – Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE –

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN –

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE – Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY – Professeur Athanase BENETOS – Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER – Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERRÓD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

M AÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT – Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA (*stagiaire*)

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteure

Catherine MALAPLATE-ARMAND – Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique))

Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences*)

3^{ème} sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN –

Docteure Nelly AGRINIER (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique))

Docteur Aurore PERROT (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : oncologie (type mixte : biologique))

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX (stagiaire)

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

**1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ;
addictologie)**

Docteure Laure JOLY

=====

M AÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

M AÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS
Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST – Docteur Arnaud MASSON – Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982) <i>Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)</i>	Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996) <i>Université de Pennsylvanie (U.S.A)</i>	Professeur Brian BURCHELL (2007) <i>Université de Dundee (Royaume-Uni)</i>
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) <i>Brown University, Providence (U.S.A)</i>	Professeur Ralph GRÄSBECK (1996) <i>Université d'Helsinki (FINLANDE)</i>	Professeur Yunfeng ZHOU (2009) <i>Université de Wuhan (CHINE)</i>
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982) <i>Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)</i>	Professeur James STEICHEN (1997) <i>Université d'Indianapolis (U.S.A)</i>	Professeur David ALPERS (2011) <i>Université de Washington (U.S.A)</i>
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989) <i>Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)</i>	Professeur Duong Quang TRUNG (1997) <i>Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)</i>	Professeur Martin EXNER (2012) <i>Université de Bonn (ALLEMAGNE)</i>
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) <i>Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)</i>	Professeur Daniel G. BICHET (2001) <i>Université de Montréal (Canada)</i>	
	Professeur Marc LEVENSTON (2005) <i>Institute of Technology, Atlanta (USA)</i>	

À NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT

Monsieur le Professeur Bruno CHENUÉL

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.

*Veillez trouver dans ce travail l'assurance de notre profond respect et le
témoignage de notre sincère reconnaissance.*

À NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Docteur Stéphane ZUILLY

Vous nous faites l'honneur d'accepter d'être membre du jury.

Nous tenions à vous remercier de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Soyez assuré de notre sincère gratitude.

À NOTRE MAITRE ET JUGE

Madame le Docteur CLAUDOT Frédérique

Vous nous faites l'honneur d'accepter d'être membre du jury.

Nous tenions à vous remercier de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Soyez assuré de notre sincère gratitude.

À NOTRE MAITRE DIRECTRICE ET JUGE

Madame le Docteur SIEGRIST Sophie

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de diriger ma thèse.

Vous nous faites l'honneur d'accepté d'être membre du jury.

*Merci pour la proposition de ce sujet, pour votre aide et soutien sans faille lors de la
rédaction.*

Cette thèse est aussi « notre » thèse...

Soyez assuré de ma profonde gratitude.

A mes parents, merci de m'avoir laissé m'engager dans cette longue voie... merci pour votre soutien infailible. Je suis fière d'être votre fille et d'avoir acquis toute ces valeurs qui sont les vôtres. Je vous aime.

A Michael, 5ans aujourd'hui que nous nous sommes rencontrés. Merci d'être celui que tu es, de ton amour, ton amitié, ta confiance, ta complicité. Merci pour ta patience et ton soutien lors de mes nombreux moments de doute. Je suis fière d'être celle que tu as choisie. Je t'aime.

A Damien, le frère que l'on voudrait tous. Tes aventures Tchadiennes ne nous auront pas empêchés d'être ensemble pour ce grand jour de « fin » de mes études.

A Laetitia, ma sœur de cœur. Ces études nous auront réunis pour le meilleur et le meilleur ! Merci d'être dans ma vie tout simplement. Cette année 2016 restera à jamais dans nos cœurs.

A Emilie, car ces études permettent de très belle rencontre ma puéricultrice préférée. Je suis fière de devenir la marraine de ta fille. Et n'oublie pas...je ne suis pas vieille...juste vintage.

A Tania, ma plus fidèle co-interne. Je suis fière de notre amitié au-delà de la frontière.

A ma grand-mère, tu me manques chaque jour. Merci d'avoir été la grand-mère que tu as été.

A Monique, nos retrouvailles récentes ont fait de moi la plus heureuse.

A Louis, mon neveu de cœur, pour tout le bonheur que tu m'apportes.

A Paul, XX et X ?, les bébés 2016, je vous aime déjà.

A Sylviane et Jean Mathias, mes beaux-parents, mes « parents »lorrains, merci de m'avoir accepté dans votre famille, merci pour votre bonne humeur et gentillesse.

A mes belles sœurs et beaux-frères, Lauriane, Nicolas et Elodie, Florian.

A mes beaux-frères de cœur, Anthony et Julien.

Merci à toutes les personnes qui ont contribué à mon apprentissage, qui m'ont fait confiance, et qui ont su alimenter en permanence ma motivation.

Merci à tous les médecins rencontrés durant ces années de formation, ainsi qu'aux équipes paramédicales et de secrétariat.

Un remerciement particulier aux Docteurs SIEGRIST Sophie et BINTZ Marie Christine, maître de stage de première ligne, vous m'avez transmis et appris l'exercice de la médecine avec beaucoup d'humanité. Cet attrait pour la médecine de famille est devenu une réelle passion grâce à vous.

Merci aux médecins m'ayant fait confiance au cours de mes trois dernières années de remplacement.

En particulier, Dr ALTERMATT Jean Pierre. Je suis entré dans votre vie à un moment difficile. Je suis fier de m'être occupé de vos patients pendant 2 ans et demi. Vous êtes une leçon de vie dont je saurai m'inspirer. Une pensée particulière pour votre femme, Maryse, pour sa présence et son investissement.

Dr LEICK Gérard et sa secrétaire Muriel, merci pour votre confiance depuis toutes ces années.

Aux médecins Haut-Marnais... Dr DIDIERJEAN Anne Marie, Dr DUFOUR Didier... travailler avec vous est pur bonheur, ne changez rien.

Dr FLAMERION Jean Michel, mon médecin de famille. Vous m'avez donné cette envie, cette vocation pour ce métier. Merci d'avoir été pour moi un vrai médecin de famille. Travailler avec vous est aussi très agréable même si je ne pourrai jamais vous tutoyer...

Sylvie, secrétaire Haut-Marnaise de haut vol ! Prévenante, efficace, organisée, un sourire à toute épreuve... ton travail facilite le nôtre et c'est la plus belle des qualités.

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Introduction

- I. Historique de la lutte contre le cancer et évolution de l'implication des médecins généralistes dans le cadre de la lutte contre le cancer
 1. La Ligue contre le Cancer
 2. Les premiers états généraux
 3. La chartre de paris
 4. Le Plan Cancer I 2003-2008
 - a. Présentation
 - b. La création de l'Institut National du Cancer
 - c. La circulaire Direction de l'Hospitalisation et Organisation des Soins (DHOS)
 - d. Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire 3ème génération (SROS III)
 5. Le Plan Cancer II 2009-2013
 - a. Présentation
 - b. Objectifs
 - c. Résultats
 6. Le Plan cancer III 2013-2019
 - a. Présentation
 - b. Objectifs

- II. Médecine générale et cancérologie du sein
 1. La place de la cancérologie en médecine générale
 - a. Statistiques de l'Observatoire de Médecine Générale
 - b. Etude de la Commission d'Orientation sur le cancer
 - c. Rapport de la Ligue contre le cancer
 - d. Estimations du médecin généraliste Jean Godard
 2. Rôle du médecin généraliste dans le domaine de la cancérologie
 - a. Définition
 - b. Rôle central
 - c. Particularités de la cancérologie du sein
 3. Epidémiologie du cancer du sein

III. Le Programme Personnalisé d'Après-Cancer (PPAC)

1. Définition
2. Modèle de Programme Personnalisé d'Après-Cancer
3. Cas particulier du cancer du sein
4. Exemple de PPAC à l'Institut Curie
5. Etude réseau onco-normand
 - a. Objectifs
 - b. Méthode
 - c. Résultats
 - d. Conclusions

IV. Place et avis des médecins généralistes

1. Rôle théorique des médecins généralistes dans le PPAC
2. Attentes des médecins généralistes
 - a. Une formation spécifique
 - b. Des outils pratiques
 - c. Une valorisation du métier
3. Exemple de l'étude OSMOSE
 - a. Méthodologie
 - b. Analyse
 - c. Réflexions
4. Rapport d'évaluation du PPAC par l'INCa
 - a. Stratégie d'évaluation
 - b. Evaluation de la mise en place du PPAC et de la transmission aux médecins traitants
 - c. Synthèse des connaissances et satisfaction des médecins traitants
5. Développement de l'utilisation du PPAC par les médecins généralistes
 - a. Elargissement de sa diffusion
 - b. Rémunération valorisée
 - c. Equivalent de formation continue

V. Conclusion

Bibliographie

Résumé et mots clés

Abstract and keywords

Introduction

La pathologie cancéreuse est une priorité nationale de santé publique car c'est la première cause de mortalité en France, notamment dans le domaine de la cancérologie du sein.

Un décloisonnement ville/hôpital est nécessaire pour gérer l'augmentation du nombre de patientes traitées pour un cancer du sein.

Les progrès réalisés dans le diagnostic et les traitements ont permis de faire reculer la mortalité par cancer ces vingt dernières années. Le suivi à long terme a dû être repensé car le cancer reste une épreuve difficile au plan physique et psychologique avec une rupture dans la vie sociale, professionnelle ou familiale. L'accompagnement des malades doit désormais s'étendre à l'après cancer et leur suivi à long terme doit s'organiser.

Le développement des soins ambulatoires permet une amélioration de la qualité de vie, une diminution des hospitalisations ou des consultations sectorisantes en milieu hospitaliers faisant rappel à la maladie cancéreuse.

Dans les différents textes le médecin généraliste est placé comme pivot du parcours de soin, comme référent de proximité, mais quel est son rôle dans la consultation de fin de traitement ?

Quel est son rôle dans la réalité des soins dans le domaine de la cancérologie du sein ?

Comment organiser cette consultation de fin de traitement pour favoriser le retour à la vie quotidienne des patientes ?

D'après l'organisation de la profession par le code de déontologie les médecins traitants sont favorables, par essence, à des parcours de prise en charge bénéfiques pour le patient, la question serait plutôt : les médecins traitants peuvent-ils intégrer le PPAC dans leur pratique quotidienne ?

Il semble raisonnable de considérer que les réflexions de santé publique, qui proposent cette nouvelle organisation, ont intégré la possibilité théorique et les conditions médico-légales de ce dispositif.

Il semble également important de s'intéresser à la mise en pratique au quotidien : comparons les attentes des médecins traitants avec l'outil proposé dans le plan cancer 2009-2013.

Ainsi nous trouverons des arguments pour que le PPAC ne soit pas ressenti comme une contrainte organisationnelle descendante depuis les tutelles, mais comme un outil facilitant pour le médecin généraliste dans l'intérêt du patient.

Dans cette période de contestation des médecins, et de discussions vives de la nouvelle loi de santé, il est plus que jamais important de concilier avec éthique les intérêts des médecins et les droits des patients, si nous souhaitons que les propositions d'amélioration des prises en charges soient acceptées et mises en œuvre.

Cette thèse fait suite à un article coécrit avec Dr SIEGRIST Sophie dans le cadre d'une publication dans la revue de cancérologie *Oncologie* au deuxième trimestre 2016, comprenant une revue de la littérature reprenant toute les problématiques entourant le PPAC: **PPAC (programme personnalisé d'après-cancer) : qu'en pensent les médecins traitants ?**

(Oncologie DOI 10.1007/s10269-016-2597-5, Reçu le 12 novembre 2015 ; accepté le 23 février 2016 © Lavoisier SAS 2016)

I. Historique de la lutte contre le cancer et évolution de l'implication des médecins généralistes dans le cadre de la lutte contre le cancer

1. La Ligue contre le Cancer ¹

En 1918, le Docteur Sonia Fabre, assistante au sein du service de curiethérapie du professeur Hartmann à l'Hôtel Dieu à Paris, propose une lutte systématique contre le cancer.

Justin Godart, sous-secrétaire d'Etat au service de la santé, fonde le 14 mars 1918 la Ligue franco-anglo-américaine qui deviendra la Ligue française contre le cancer en 1927.

Preuve de son rôle structurant au sein de la société ; l'association est reconnue d'utilité publique dès le 22 novembre 1920.

Lors de sa création elle détermine ses principales missions :

- la recherche
- l'accompagnement des personnes touchées directement ou indirectement par la maladie et la prévention.

En 1922, l'Etat initie une action de lutte contre le cancer. Autour de la ligue naissent des associations de province, en premier lieu à Lyon, en Bourgogne et dans le Loir-et-Cher ; ce sont les premiers comités départementaux de la Ligue contre le cancer.

En 1955, la Ligue porte le nom de Ligue Nationale contre le cancer et a pour vocation de fédérer l'ensemble des associations départementales et des Comités luttant contre le cancer.

En 1957, une circulaire de la direction Générale de la santé reconnaît officiellement les comités départementaux de la Ligue.

Dès 1991, la Ligue est agréée par le comité de la Charte. Chacun des présidents départementaux signe conjointement la Charte avec le Président national. Ainsi tous les membres de la Ligue s'engagent à respecter les règles éthiques de la Charte.

2. Les premiers états généraux

En décembre 1998, La Ligue organise les premiers Etats généraux des patients atteints de cancer.² Les malades peuvent enfin prendre la parole pour exprimer leurs souffrances, leurs attentes et leurs besoins. Ces demandes sont regroupées et formalisées dans le Livre Blanc initié par la Ligue contre le Cancer.³

Henri Pujol, président de la Ligue pose alors le principe : « On ne lutte pas contre une maladie abstraite, on lutte pour des individus atteints du cancer. L'espérance de vie s'allonge et l'espoir d'une guérison s'accroît. La société doit en tirer les conséquences : plus on guérit de gens, plus on doit se préoccuper de leurs conditions de vie pendant et après la maladie ».

Cela induit une véritable prise de conscience des décideurs politiques.

Le Ministère de la Santé met en place un programme national de Lutte contre le Cancer.

3. La Charte de Paris

En Février 2000, le programme de Lutte contre le Cancer est présenté au même instant où le « sommet Mondial Contre le cancer pour le Nouveau Millénaire » s'achève sur la signature de la Charte de Paris.

Ce texte reconnaît la lutte, avec la prévention et la guérison, contre le cancer comme une priorité internationale. Il souligne l'importance de la qualité de vie des patients, mais aussi de leurs proches.⁴

4. Le Plan Cancer I 2003-2008 ⁵

a. Présentation

En mars 2003, le 24 mars, naît le premier plan cancer, plan de mobilisation nationale, fondant les bases de la lutte contre le cancer.

Le président de la République, Mr Jacques Chirac, présente les 70 mesures du premier Plan cancer.

Ce plan de mobilisation national prend en compte l'ensemble des problématiques du cancer et propose un programme d'action sur 5 ans comportant six chapitres opérationnels et prioritaires : prévenir, dépister, accompagner, enseigner, comprendre et découvrir dans le but unique de vaincre la maladie et de se battre pour la vie.

b. La création de l'Institut National du Cancer

L'Institut National du Cancer (INCa) est créé le 9 août 2004, suite à un pilotage interministériel.

Il est placé sous la tutelle des ministères de la Santé et de la recherche avec pour mission de coordonner les actions de lutte contre le cancer. ⁶

Cet institut fédère l'ensemble des acteurs de la lutte contre le Cancer en France autour d'une double ambition :

- contribuer à la diminution de la mortalité par cancer en France
- améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer.

L'INCa agit sur différents plans. C'est à la fois une agence d'expertise dans le domaine des cancers et une agence d'objectifs et de moyens qui gère la programmation scientifique, l'évaluation et le financement de projets.

Le but étant d'agir sur différents plans pour :

- prévenir les cancers
- permettre des diagnostics plus précoces
- un accès garanti à des soins de grande qualité pour tous en respectant le principe d'équité
- rendre plus accessibles les innovations et les progrès
- apporter une information adaptée aux populations, aux patients mais aussi aux professionnels
- rechercher des moyens plus efficaces pour la prévention, le diagnostic et le traitement des cancers.

c. La circulaire Direction de l'Hospitalisation et Organisation des Soins (DHOS)

Les différentes mesures du Plan Cancer I ont amenés à la mise en place d'un groupe de travail ministériel ayant donné naissance à la circulaire DHOS (direction de l'Hospitalisation et Organisation des Soins) du 22 février 2005. ⁷

Elle relate l'organisation des soins en cancérologie en mettant l'accent sur l'information du patient et la communication des informations avec notamment :

- un accès rapide au diagnostic
- des conditions d'annonce organisées
- des stratégies de traitement sur la base d'un avis pluridisciplinaire avec la mise en place des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)
- la remise au patient d'un Plan Personnalisés de Soins (PPS) pour approbation.

Elle recommande aussi une prise en charge globale et continue avec le médecin traitant à domicile, un accès facilité aux soins de support.

Elle redéfinit les modalités de l'organisation régionale de l'offre de soins avec les pôles de cancérologie, la réglementation des établissements, le fonctionnement et le développement des réseaux de soins pour une prise en charge de qualité.

d. Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire 3^{ème} génération (SROS III)

Cette circulaire relative à l'organisation des soins en cancérologie a permis d'élaborer les SROS (Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire) de 3^{ème} génération⁸ parus en mars 2006, fondée entre autre sur :

- la coordination des acteurs et la qualité des pratiques professionnelles
- les principes d'équité d'accès aux soins
- l'écoute et l'information des patients ainsi que de leurs familles.

Au final, ce premier plan obtient des résultats contrastés :

- avec la réussite de la mise en place de certaines actions comme la généralisation de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) ou la mise en place du dispositif d'annonce

-mais aussi des échecs, notamment dans la mise en place des éléments nécessaires au suivi en lien avec la médecine de ville

-un des points faibles du Plan était l'absence de prise en compte des inégalités sociales et d'accès aux soins en tant qu'objectif autonome.

5. Le Plan cancer II 2009-2013⁹

a. Présentation

En 2009, apparait le Plan Cancer II (2009-2013).

Il est annoncé par le Président de la république, Mr Nicolas Sarkozy, en présence de Roselyne Bachelot, ministre de la Santé et des sports, ainsi que de Valérie Pécresse, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Il a été construit sur la base du rapport du Pr Jean Pierre Grûnfeld et s'inscrit dans la continuité du Plan cancer I en capitalisant sur ses acquis et s'engage dans de nouvelles voies permettant ainsi de donner un élan nouveau et de nouvelle ambition.

Il met l'accent sur :

- de nouveaux efforts de recherche et d'innovation
- une meilleure prise en compte des inégalités de santé face au cancer
- le renforcement de la coordination des soins et de son extension au-delà de l'hôpital par une meilleure implication des médecins traitants à tous les moments de la prise en charge
- de nouvelles initiatives sanitaires et médico-sociales pour mieux accompagner les personnes dans la vie pendant et après le cancer, en prenant compte des facteurs individuels et environnementaux pour aider à la personnalisation de chaque prise en charge.

Il est construit autour de 5 grands axes :

- Recherche
- Observation
- Prévention-dépistage
- Soins
- Vivre pendant et après le cancer

Ce nouveau plan comprend 30 mesures correspondant à 118 actions concrètes. 6 mesures parmi ces 30 ont été identifiées comme « phare ». Il représente 750 millions d'euros de mesures nouvelles.

*Mesures phares prioritaires du Plan cancer 2009-2013 :

AXE RECHERCHE

- Mesure 1** Renforcer les moyens de la recherche pluridisciplinaire.
- ▶ **Labelliser cinq sites de recherche pluridisciplinaire en cancérologie.** Sélectionnés sur une base compétitive, ces sites devront accélérer le transfert entre la recherche scientifique et les soins aux malades.
 - ▶ **Augmenter de 50 % la participation des malades aux essais cliniques.** L'effort portera en priorité sur les populations les plus vulnérables, enfants, personnes âgées, tumeurs rares et formes graves.
- Mesure 3** Caractériser les risques environnementaux et comportementaux.
- ▶ **Consacrer plus de 15 % du budget de recherche mobilisé par le plan à l'analyse des risques environnementaux et comportementaux.**
 - ▶ **Contribuer au séquençage complet du génome des cinq cancers les plus fréquents.** Cet objectif s'inscrit dans le cadre de l'effort de collaboration mondiale sur le génome tumoral.

AXE OBSERVATION

- Mesure 6** Produire et communiquer annuellement des informations sur le cancer et sur la cancérologie.
- ▶ **Produire chaque année une analyse de la répartition des cancers sur tout le territoire.**

AXE PRÉVENTION - DÉPISTAGE

- Mesure 14** Lutter contre les inégalités d'accès et de recours aux dépistages.
- ▶ **Augmenter de 15 % la participation de l'ensemble de la population aux dépistages organisés.** Cette augmentation devra être de 50 % dans les départements rencontrant le plus de difficultés.

AXE SOINS

- Mesure 18** Personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant.
- ▶ **Faire bénéficier 80 % des patients au moins d'un programme personnalisé de soins.** Ce programme devra systématiquement impliquer le médecin traitant.

AXE VIVRE PENDANT ET APRÈS UN CANCER

- Mesure 25** Développer une prise en charge sociale personnalisée et accompagner l'après cancer.
- ▶ **Faire bénéficier 50 % des patients au moins d'un Programme personnalisé de l'après cancer.** Ce programme prendra en compte les besoins individuels de surveillance médicale, de soutien psychologique et social.

Le pilotage de la mise en œuvre de ce plan a été assuré par la Direction générale de la santé qui préside un comité de pilotage interministériel.

L'INCa était, pour sa part, chargé de la mise en œuvre opérationnelle du plan.

La responsabilité de l'évaluation a été confiée au Haut conseil de la santé publique et à l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur.

b. Objectifs

L'objectif principal du Plan Cancer II est de garantir une prise en charge de qualité, à tous les patients.

Cette prise en charge repose sur plusieurs axes directeurs :

- l'information et l'obtention du consentement éclairé du patient sur le plan thérapeutique qui lui sera proposé

- un accès rapide et équitable au diagnostic et aux traitements

- des conditions d'annonce de la maladie optimales et organisées

- l'élaboration d'un plan thérapeutique défini sur la base d'un avis pluridisciplinaire et des référentiels validés régulièrement actualisés

- la remis en main propre au patient d'un programme personnalisé de soins (PPS) décrivant son parcours individualisé de soins

- une prise en charge globale de la maladie comprenant :

- *la mise en œuvre des traitements spécifiques de qualité dans les meilleurs délais (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie)

- *l'assurance d'une continuité des soins à domicile avec la création du Programme Personnalisé d'Après-Cancer (PPAC)

- * l'accès aux soins de support

- *l'accès, si nécessaire, aux soins palliatifs.

Pour faire face à une trop faible implication des médecins généralistes dans le précédent plan, une des nouvelles mesures du Plan Cancer II était d'améliorer la coordination des soins et le lien avec le secteur médicosocial entourant le médecin traitant, et cela le plus tôt possible dans le parcours de soins, afin d'obtenir une plus grande implication des médecins traitants à tous les moments de la prise en charge.^{9 10}

Dans cet optique, l'action 25.3 du plan Cancer 2009-2013 prévoyait d'expérimenter la mise en place du Programme Personnalisé de l'Après-Cancer (PPAC) conduits avec et par les médecins traitants.

c. Résultats ¹¹

Le Plan Cancer II a permis des avancées majeures pour améliorer la qualité des prises en charge et l'accès aux innovations.

La qualité et la sécurité des soins ont été renforcées. Les Agences Régionales de santé ont achevé la mise en œuvre des autorisations des établissements de santé afin de garantir le respect des critères de qualité et de sécurité pour le traitement des cancers.

La médecine personnalisée s'est développée. De plus en plus de malades bénéficient de thérapies ciblées accessibles quel que soit le lieu de prise en charge.

L'accès à l'innovation thérapeutique a progressé. La participation des patients aux essais thérapeutiques faisant avancer les traitements a augmenté significativement.

Le plan a permis de développer les éléments d'une personnalisation des parcours pendant mais aussi après le cancer. Mais la coordination avec les médecins traitants et les autres professionnels de proximité est, cependant, encore à renforcer.

La compréhension des inégalités comme la prise en compte de la dimension sociale et professionnelle du cancer méritent aussi des efforts supplémentaires.

Les Programmes Personnalisés de soins de l'Après cancer ont été définis et expérimentés dans l'objectif de continuité de prise en charge et d'accompagnement social pendant et après les traitements.

Conçus pour mieux coordonner la prise en charge avec les médecins et les autres intervenants de ville, ils sont désormais un élément constitutif du dispositif d'autorisation des établissements de santé et bénéficient d'un format proposé au niveau national.

Ils doivent encore être déployés plus largement auprès de l'ensemble des patients et de leur médecin traitant.

6. Le Plan Cancer III 2014-2019 ¹²

a. Présentation

Dans la continuité de ces plans cancers, a été créé le 3eme plan cancer ou Plan Cancer III (2014-2019) présenté par le Président de la République, Mr François Hollande en février 2014 ; en la présence de la Ministre des Affaires sociales et de la santé, Mme Marisol Touraine ; et par la Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Mme Geneviève Fioraso.

1.5milliards d'euros ont été alloué à ce troisième plan de lutte contre le cancer.

Il s'inscrit dans un contexte marqué par :

- de fortes inégalités sociales
- une accélération des progrès médicaux
- la volonté de donner une place centrale à la prévention dans notre système de santé
- la volonté des patients et des usagers d'être impliqués dans les choix de santé qui les concernent
- un contexte marqué par des contraintes financières importantes.

Ce Plan Cancer III est basé sur 4 grands axes :

- Axe 1 : Guérir plus de personnes malades
- Axe 2 : Préserver la continuité et la qualité de vie
- Axe 3 : Investir dans la prévention et la recherche
- Axe 4 : Optimiser le pilotage et les organisations

Ces axes comportent chacun plusieurs objectifs, au total 17 objectifs se déclinant en actions opérationnelles.

Notons plus particulièrement les objectifs de l'axe2, préserver la continuité et la qualité de vies avec les objectifs de 7 à 9, qui sont :

- d'assurer des prises en charges globales et personnalisées des patients mais aussi de leur proches en évitant les ruptures dans le parcours de soins
- de réduire les risques de séquelles et de second cancer
- de diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle.

b. Objectifs

L'ambition est de guérir, de préserver la continuité de vie, mais aussi d'éviter que n'apparaisse la maladie.

L'objectif à 5ans est de réduire de 10% la proportion de personnes ayant une qualité de vie dégradée deux ans après le diagnostic des principaux types de cancer.

Ce plan prépare aussi la médecine de demain, centrée sur l'individu tant pour mieux cibler la prévention et les dépistages sur les populations à risque que pour proposer des traitements adaptés aux caractéristiques uniques des individus et de leur tumeur.

Il anticipe les évolutions structurelles, organisationnelles et de formation des professionnels qu'implique la médecine personnalisée.

La qualité de l'accompagnement suppose donner aux personnes atteintes de cancer tous les moyens de participer à leur prise en charge avec un PPS, mis en place lors des plans précédents.

Le système de santé français en cancérologie est performant mais l'ambition de ce plan est de l'améliorer encore, mais aussi de le rendre plus équitable. Le combat contre les inégalités de santé et d'accès aux soins constitue l'un des enjeux prioritaires de la stratégie nationale de santé.

L'objectif est d'identifier les situations de pertes de chance pour les personnes malades, que la source soit des failles de l'organisation du système de santé ou d'inégalité socioéconomique, afin de les réduire.

L'action 7.4 du Plan Cancer III est de garantir au patient l'articulation entre l'hôpital et à la ville à l'occasion de la consultation de fin de traitement.

Cette étape est formalisée à la fin de la phase de traitement actif, par la remise d'un PPAC contenant les informations de suivi et de surveillance évolutives de l'après cancer. Le PPAC avait été initié lors du Plan cancer II mais méritait d'être élargit et développé.

Cet axe est en totale cohérence avec la mise en place du médecin traitant ¹³, les textes officiels et la loi «Hôpital, Patients, santé et Territoires» en juin 2009, décrivent le médecin traitant comme ayant un rôle pivot dans le parcours de soins avec des missions d'orientation, de coordination et de synthèse.¹⁴

S'adressant à tous les patients cet échange de fin de traitement peut revêtir une importance particulière pour les populations en difficultés et pour les personnes fragiles.

II. Médecine générale et cancérologie du sein

1. La place de la cancérologie en médecine générale

Les textes officiels et la loi « Hôpital, Patients, santé et Territoires » en juin 2009, décrivent le médecin traitant comme ayant un rôle pivot dans le parcours de soins avec des missions d'orientation, de coordination et de synthèse.¹⁵

Pour le médecin généraliste, le cancer est une préoccupation constante. Il est quotidiennement confronté au « cancer », par de multiples occurrences.

a. Statistiques de l'Observatoire de médecine générale

Les statistiques de l'Observatoire de médecine générale de 2007, rapporte une multiplication par 2 en 10 ans du nombre de patients atteints de cancer et suivi en médecine générale.

Ils suivraient en moyenne 19.8 patients atteints de cancer et pratiqueraient en moyenne 63.8 « acte » de cancérologie par an¹⁶

b. Etude de la Commission d'Orientation sur le Cancer

La Commission d'Orientation sur le Cancer¹⁷ a émis un rapport en 2002, selon l'étude CREDES¹⁸, « en 100 séances, les généralistes comme les spécialistes examinent plus de 2 tumeurs (2.2).

71% des tumeurs sont observés chez le généraliste, on comptabilise 3.1 tumeurs pour 100 visites et 1.8 pour 100 consultations ».

c. Rapport de la Ligue contre le cancer

La Ligue contre le cancer a réalisé en 2008 une enquête¹⁹ concernant « la perception du cancer, de la lutte contre le cancer et de la relations aux malades du cancer » auprès de 200 médecins généralistes.

65% d'entre eux comptent moins de 10% atteints de cancer dans leur patientèle, 21% en comptent 11 à 30% et seulement 2% en comptent entre 31 à 50%.

Cette enquête montre également que la proportion de la patientèle consultant en lien avec le cancer est clairement en hausse depuis quelques années.

Ainsi 20% des actes en Médecine Générale ont très probablement un contenu « cancer ».

Le motif « cancer » est transversal à l'activité du médecin généraliste et la problématique de la fin de consultation en milieu spécialisé de cancérologie fait partie de la pratique quotidienne pour les médecins généralistes.

d. Estimations du médecin généraliste Jean Godard

Dr Jean Godard, médecin généraliste, a émis, en mai 2013, un rapport s'intitulant « Médecine générale et cancers ».²⁰

Il y réfère plusieurs approximations afin d'estimer la place de la cancérologie en médecine générale. Les chiffres réels étant difficiles à exprimer, d'autant plus que le nombre de cancers avérés en Médecine Générale ne disent rien du motif « cancer » lors de ces consultations.

Sur le plan épidémiologique il note :

- une incidence des cancers en 2011, en France, a 365000 nouveaux cas
- la prévalence estimée des cancers d'au moins 2 000 000 patients atteints d'un cancer en dehors de la phase aiguë
- les médecins qualifiés en Médecine Générale est de 50 000 libéraux exclusifs

Une approximation conduirait aux chiffres suivants :

- une incidence de 7 nouveaux cancers par an par patientèle de médecin généraliste
- une prévalence de 40 patients suivis par patientèle de médecin généraliste en France.

Même si ces chiffres restent des estimations, ils semblent pourtant assez proches de la réalité.

La consultation, à proprement parler, n'existe pas en médecine générale. C'est une démarche globale comprenant plusieurs motifs de consultation.

Le motif « cancer » est lui aussi transversal à l'activité de médecine générale. Au total une estimation de 1100 actes à contenu « cancer » sur 5000 actes par an peut donner une subjective idée de l'activité du médecin généraliste en cancérologie. Ainsi 20% des actes en médecine générale ont très probablement un contenu « cancer ».

2. Rôle du médecin généraliste dans le domaine de la cancérologie

a. Définition

La définition Européenne de la WONCA décrit le médecin généraliste comme le médecin de famille, chargés de dispenser les soins globaux et continus.²¹

Le patient est pris en charge et soigné dans un contexte familial, culturel, social, communautaire et toujours dans le respect de son autonomie. Les soins intègrent les dimensions physiques, psychologiques, culturelles et sociales. C'est le médecin de proximité, qui prend en charge le patient dans sa globalité.

Les principales missions du médecin traitant sont les suivantes :

- Assurer un 1er niveau de recours aux soins et coordonner le suivi médical
- Orienter dans le parcours de soin coordonné
- Gérer le dossier médical
- Établir un protocole de soin pour une affection de longue durée
- Assurer une prévention personnalisée
- Rechercher des occurrences rares et/ou graves au milieu des occurrences fréquentes et/ou bénignes, est la base du raisonnement en médecine générale.²²

Dès novembre 2008, 85% des assurés (soit 43 millions de personnes) avaient déclaré un médecin traitant; ce pourcentage monte à 96% pour les personnes atteintes d'une affection longue durée. 99,5% des Français ont choisi un médecin généraliste comme médecin traitant.^{23 24}

Le dictionnaire des résultats de consultation a permis de préciser s'il en était besoin que le motif de la consultation n'est jamais unique et qu'il est quelques fois très mal délimité, voire qu'il n'est pas celui qui est déclaré par le patient initialement, comme l'a rappelé la Société Française de Médecine Générale dans son travail de l'Observatoire de la Médecine Générale.²⁵

b. Rôle central

Le médecin généraliste possède plusieurs champs d'action en cancérologie :

- un rôle de prévention basé sur l'éducation à la santé territoriale, le Plan de Prévention personnalisé (PPP) et sur le dépistage de masse

- l'accompagnement du patient dans son Plan personnalisé de Suivi, allant de façon croissante au vu de l'accroissement du développement de chimiothérapie per os

- l'accompagnement au sein du Plan Personnalisé de l'Après-Cancer.

La trop faible implication des médecins généralistes dans le Plan Cancer I a été corrigée dans le Plan Cancer II et accentué dans le Plan cancer III avec la création de la consultation de fin de traitement permettant la délivrance du PPAC et pouvant être réalisé par le médecin traitant du patient.

Ces deux derniers plans incite le médecin traitant à jouer un rôle plus central dans l'accompagnement des patients atteints de cancer à toute les étapes de la maladie, y compris et surtout dans l'après-cancer. Il lui attribue un rôle de référent de proximité et de pivot central.^{9 12}

Le patient est ainsi sorti du « ghetto » de la cancérologie en pouvant consulter son médecin traitant au même titre qu'une autre pathologie aigüe ou chronique.

Cette relation de confiance et de suivi global apparait indispensable à une période de vie où le patient est en rupture physique et moral en liaison avec la maladie cancéreuse.

c. Particularités de la cancérologie du sein

Le cadre particulier de la cancérologie du sein est à noter.

En effet l'accès au gynécologue est libre pour les actes de prévention, de dépistage et pour la contraception.

La déclaration d'un médecin traitant n'exclut en rien le choix de consulter un spécialiste directement pour le suivi gynécologique²⁶, ce qui reste très répandu ces dernières années.

Au début des années 2000, le nombre moyen de consultations pour motif gynécologique est de 3,6 par femme et par an chez le médecin généraliste.²⁷

Le profil type du médecin exerçant est un homme de la cinquantaine, qui a peu pris en charge la gynécologie, et va trouver une facilité à déléguer cette partie de surveillance et de coordination. Dans un contexte de démographie médicale en tension, tant des généralistes que des gynécologues, les consultations cadrant la cancérologie du sein en médecine générale apparaissent souvent comme chronophages.

Les femmes continuent à consulter un gynécologue en parallèle du médecin traitant.

Administrativement c'est le médecin traitant qui va faire la demande d'ALD pour le cancer du sein, voire son renouvellement ; cliniquement, le gynécologue va suivre la patiente. Il faudra donc veiller à une étroite communication entre ces deux «généralistes» de la femme.

3. Epidémiologie du cancer du sein

En France 84% des patientes ayant été atteintes d'un cancer du sein sont en vie 5 ans après le diagnostic.²⁸

La survie à 5 ans atteint même 98% pour les patientes diagnostiquées à un stade très précoce.²⁹

De 1980 à 2012 la mortalité par cancer du sein a évolué, partant de 19.2 en 1980 à 15.7 en 2012, en passant par un pic en 1990 à 20.2.³⁰

En 2012, l'effectif nouveaux cas en France Métropolitaine était de 48763, la contribution à l'ensemble des cancers 31.5, l'effectif décès à 11886 et la contribution à l'effectif décès par cancers à 18.8.³⁰

Incidence et mortalité estimées des cancers chez la femme en France métropolitaine en 2012

Localisation	Effectif-Nouveaux cas	Contribution à l'ensemble des cancers	Effectif-décès	Contribution à l'ensemble des décès par cancers
Sein	48 763	31.5	11 886	18.8

Sources : Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 - Tumeurs solides
 Traitement : INCa 2013

Evolution de la mortalité par cancer du sein entre 1980 et 2012 - Taux standardisé monde

Année	1980	1990	2000	2005	2010	2012
Femme	19.2	20.2	18.9	17.5	16.2	15.7

Sources : Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 - Tumeurs solides
 Traitement : INCa 2013

Au vu de ces chiffres, révélant une pathologie fréquente avec un taux de survie en augmentation, il est légitime de se poser la question de l'après-cancer chez ces femmes ayant terminé leur phase de suivi de traitement actif.

Le Programme Personnalisée d'Après-Cancer apparaît particulièrement adapté pour poursuivre la prise en charge, notamment au sein de la médecine générale.

III. Le Programme Personnalisé d'Après-Cancer (PPAC)

1. Définition

Il a été créé en janvier 2012 dans le cadre du Plan cancer II (action 25.3) ⁹, et a pour objectifs de faire le relai au Programme Personnalisé de Soins (PPS) en fin de traitement.

Il marque une nouvelle phase du parcours de soins, celle de l'après cancer ou de l'après traitement.

Il s'inscrit dans le cadre de la collaboration hôpital/ville avec une surveillance commune médecin traitant/médecin spécialiste hospitalier et dans le relai de suivi de fin de traitement.

Il est établi en concertation avec le médecin traitant et est remis au patient à la fin des traitements actifs pour lui permettre d'intégrer son suivi dans sa vie quotidienne. Son contenu est révisable selon l'évolution.

Cette démarche de santé globale avec passage progressif de relais pour la surveillance médicale conjointe entre l'oncologue ou le spécialiste hospitalier et le médecin traitant devrait pouvoir permettre :

- de libérer du temps médical spécialisé pour prendre en charge des nouveaux patients

- d'organiser le suivi des patients au plus près de leur domicile.

Il est important d'associer précocement le médecin traitant à la prise en charge du patient et ce dès la phase des traitements actifs.

L'information du patient est réalisée dès le début de la prise en charge pour lui indiquer que son suivi sera organisé conjointement avec son médecin traitant. Cette information doit figurer dans le PPS remis au patient.

A la sortie de la phase des traitements actifs, la surveillance conjointe et alternée du patient va être proposée par l'oncologue au médecin traitant, par exemple par une lettre synthétisant les traitements reçus et l'informant des conditions du suivi.

La démarche médecin traitant-patient est une démarche dynamique. Pour autant elle doit répondre à des critères d'efficacité où la réceptivité du patient et la capacité technique du médecin sont indispensables à une consultation optimale.

La faisabilité du suivi en toute sécurité pour le patient et pour le médecin traitant est un élément important de l'acceptabilité de cette surveillance alternée. Il est nécessaire que les médecins traitants puissent si besoin acquérir des compétences complémentaires dans le champ de la cancérologie.

Il est proposé de recueillir l'acceptation du médecin traitant par un contact téléphonique, ou informatique. Le PPAC apporte un prétexte et un support qui remplit toutes ces conditions.

Les résultats du suivi spécialisé seront régulièrement transmis au médecin traitant et en retour, le médecin traitant transmettra les résultats de sa surveillance à l'oncologue.

La surveillance médicale conjointe sera instaurée en établissant un programme incluant la surveillance dédiée au cancer, la prévention du risque de second cancer et le suivi médical global du patient.

Ce programme sera établi à partir des référentiels de suivi de l'INCa et de la HAS intégrés dans les guides ALD, détaillant l'ensemble de la surveillance, les examens cliniques et paracliniques, leur rythme ainsi que le rôle des différents acteurs.

2. Modèle de Programme Personnalisée d'Après-Cancer

Dans ce cadre, l'INCa propose un document ³¹ avec un contenu minimum, appelé PPAC modèle, contenant les propositions pour mettre en place une démarche de surveillance médicale conjointe alternée.

Il inclut la surveillance médicale, l'accompagnement social, l'accès aux soins de support et identifie les relais de proximité.

**exemples de PPAC proposés par l'INCa :*

Une information au patient sur la mise en place du suivi après traitement :

Un paragraphe d'information s'adressant au patient peut figurer en première page du PPAC ou être joint au document remis au patient. Cette information peut être rédigée comme une lettre personnalisée **s'adressant au patient** pour lui expliquer :

- Son entrée dans la période de surveillance après la fin des traitements actifs ;
- La mise en place d'un suivi personnalisé et d'une surveillance médicale alternée en lien avec son médecin traitant ;
- La possibilité de bénéficier d'un accompagnement social et psychologique adapté à ses besoins et à ceux de ses proches.

Un volet de surveillance médicale avec notamment un plan personnalisé de surveillance :

Ce volet comporte :

- L'identification du patient et son âge au diagnostic ;
- La synthèse des traitements reçus par le patient, ainsi que les éventuelles complications liées au traitement, le cas échéant les traitements à poursuivre (hormonothérapie) ainsi que leurs éventuels effets indésirables ;
- Le plan personnalisé de surveillance médicale destiné au patient, comportant un calendrier des différentes consultations et examens de surveillance prévus. Ce plan personnalisé établi à partir du programme de surveillance alternée établi par le médecin traitant et l'oncologue, sera utile au patient pour inclure la surveillance dans son emploi du temps.

Un volet relatif à la qualité de vie et à l'accès aux soins de support :

Ce volet comporte les modalités de prise en charge proposées au patient à l'issue de l'évaluation des besoins en soins de support :

- Prise en charge des séquelles de la maladie et des traitements, incluant la prise en compte du handicap (rééducation, orthèses, prothèses, ...)
- Prise en charge de la douleur
- Soutien psychologique pour le patient et ses proches
- Accès aux autres soins de support : consultation diététique, soins esthétiques, Espace de rencontres et d'Information (ERI)...

Un volet relatif à l'accompagnement social :

Ce volet comporte la proposition d'accompagnement social faite au patient suite à l'évaluation sociale faite dans le cadre de la mise en place du suivi, incluant notamment l'évaluation

professionnelle de la situation effective à la fin des traitements actifs (reprise du travail, arrêt d'activité, reclassement professionnel, ...), et précisant les démarches en cours et les coordonnées des professionnels impliqués.

Un volet contact :

Ce volet contient les contacts utiles pour le patient et les relais de proximité identifiés pour son suivi. Il sera actualisé au fur et à mesure de la mise en place de ce suivi.

Exemple d'information du patient lors de la remise du PPAC

Madame, Monsieur,

Vous avez terminé votre traitement à (au)..... (en chirurgie, chimiothérapie, ou/et radiothérapie).

Vous allez pouvoir retrouver votre cadre de vie, vos proches et vos collègues de travail peut-être, et vous engager dans de nouveaux projets. Nous tenons à vous exprimer tous nos vœux pour cette reprise.

Dans les mois à venir, nous serons toujours à votre disposition pour garder un lien attentif à votre santé et à votre bien-être.

Votre médecin référent à

le Docteur , vous a remis votre programme de suivi.

Véritable document de liaison entre la fin de vos traitements et le début de votre surveillance, il contient les éléments essentiels nécessaires l'ensemble de votre suivi et, éventuellement, à la poursuite d'un traitement d'entretien à domicile. Il vous permettra de programmer vos activités en fonction de votre calendrier personnalisé de surveillance.

Ce programme est également adressé à votre médecin traitant, le Docteur à qui les éléments de votre traitement ont été communiqués régulièrement. Avant de débiter votre surveillance médicale, nous lui adressons la synthèse de vos traitements avec des éléments lui permettant de garantir la meilleure surveillance de votre santé, en collaboration avec votre médecin référent de

N'hésitez pas à les solliciter, si vous en ressentez le besoin ou pour évoquer toute question que vous pourriez vous poser.

Au-delà de la surveillance médicale et en fonction de vos besoins, vous pourrez aussi avoir accès à l'hôpital ou près de chez vous, à d'autres consultations notamment sur le plan psychologique et social et ce afin de vous permettre de vous réapproprier vos nouveaux repères.

Très sincèrement,

L'équipe médicale du/de

VOLET DE SURVEILLANCE MEDICALE

Identification du patient et âge au diagnostic

Rappel des informations sur la maladie, les traitements reçus et les éventuelles complications

Vous trouverez ci-dessous les informations sur les traitements que vous recevrez et les examens que vous réaliserez dans cette période de surveillance médicale.

Poursuite des traitements

Un traitement vous a été prescrit. Sa poursuite régulière est importante. Si vous rencontrez des difficultés avec ce traitement contactez votre médecin.

Surveillance médicale

La surveillance vise à détecter une récurrence du cancer traité mais aussi un second cancer. Les **consultations de surveillance seront aussi l'occasion** de dépister des effets secondaires ou de séquelles de traitements et de vous aider à y faire face.

Plan personnalisé de surveillance

Votre plan personnalisé de surveillance comporte un calendrier des différentes consultations et examens prévus. Ce plan personnalisé, établi conjointement par votre oncologue et votre médecin traitant, pourra vous être utile pour intégrer votre surveillance à votre emploi du temps

MISE EN PLACE DE LA SURVEILLANCE MEDICALE CONJOINTE DANS LE CADRE DU SUIVI DES PATIENTS

Exemples de plan personnalisé de surveillance

PLAN PERSONNALISE DE SURVEILLANCE APRES CANCER

Date de diagnostic : 

Date d'élaboration du plan : Remis le : par : à Mr Mme :

Date : Examens prescrits :	Mois	Mois	Mois	Mois	Mois	Mois	Mois	Mois	Mois	Mois	Mois	Mois
Consultation Médecin Traitant												
Consultation IPC												
Mammographie												
Echographie mammaire												
IRM mammaire												
Echographie abdominale												
Thorax												
Scintigraphie osseuse												
Scanner - Type												
Ostéodensitomètre												
Evaluation cardiaque												
Bilan biologique FNS Plaquettes Bilan hépatique Bilan lipidique												
CA 15.3.												
Autres : Tep-Scan												

* Le médecin rédacteur de ce plan marque d'une croix les dates des examens qu'il prévoit pour la surveillance de sa patiente.

ATTENTION : ceci est un plan général, non définitif, destiné à illustrer votre surveillance : il pourra être modifié, interrompu, adapté en fonction de votre tolérance et de vos besoins. Nous vous suggérons d'emmener ce plan à chaque consultation et de le présenter au médecin.

VOLET QUALITE DE VIE ET ACCES AUX SOINS DE SUPPORT

1. Afin de vous aider à reprendre confiance en vous, et à vous adapter à votre nouvelle situation, différents soins, consultations et activités peuvent vous être proposés (soutien psychologique, soins esthétiques, conseils diététiques, activité **physique,...**)

2. Dans votre situation particulière, nous vous proposons :
.....
.....
.....

3. Professionnels pouvant intervenir dans votre prise en charge :
.....
.....
.....

Les modalités de suivi (dates périodicité, ...), et l'identification des lieux de prise en charge doivent être précisées.

VOLET ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Une prise en charge adaptée peut vous aider à reprendre plus rapidement une vie sociale et professionnelle le cas échéant.

Dans votre situation, nous vous proposons particulièrement (entretien avec un travailleur social, **organisation d'une visite de pré-reprise** avec le médecin du **travail,...**) :.....

.....

Coordonnées du médecin du travail :.....

.....

Coordonnées du service social que vous pouvez solliciter :.....

.....

LISTE DES CONTACTS UTILES

(Liste non exhaustive, à compléter au fur et à mesure du suivi)

Médecins référents spécialistes

- 

- 

Infirmière de coordination

- 

Médecin traitant

- 

Infirmière de ville

- 

Pharmacien de ville

- ☎

Réseau territorial de proximité

- ☎

-Médecin du travail..... ☎

Autres contacts sanitaires

- Masseur-kinésithérapeute..... ☎

- Psychologue..... ☎

-HAD..... ☎

..... ☎

..... ☎

Contacts associatifs:

- Comité départemental de la Ligue contre le cancer ☎
(Informations sur l'accès aux soins de support et l'accompagnement social)

- ☎

Contacts sociaux

- CAF..... ☎

- CPAM..... ☎

- Service social de la CARSAT..... ☎

- Service social..... ☎

- CCAS: ☎

- Maison départementale des personnes handicapées ☎

- Cancer Info Service..... ☎

-Autres:..... ☎

Lexique :

CAF : Caisse d'allocations familiales

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CARSAT :Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

CCAS : Centre communal d'action sociale

Le plan Cancer III prévoit de l'intégrer aux dossiers communications de cancérologie, avec d'autres formats types tel qu'un carnet de suivi (en cours d'expérimentation).

3. Cas particulier du cancer du sein

La question de consultation de fin de traitement, de suivi, de gestion de l'après dans le cadre du suivi du cancer du sein est légitime au vu de l'effectif nouveau cas en hausse associé à la baisse de la mortalité.

L'objectif du PPAC de ces patientes en fin de traitements actifs est d'organiser les soins de support nécessaire, de faciliter la réinsertion professionnelle, de dépister les récurrences et les complications tardives.

Le médecin traitant, par essence même, est le professionnel essentiel pour coordonner la gestion globale en relation avec les autres intervenants (oncologues, radiothérapeute, chirurgien, ...).

Dans le cadre du suivi du cancer de fin de traitement actif du cancer du sein, selon l'HAS, le PPAC comporte : ³²

*une consultation tous les 6 mois pendant 5 ans ; à adapter selon chaque patiente et leur évolution, avec :

- un interrogatoire

-un examen clinique pour rechercher des signes de récurrence ou de conséquences des traitements

-un échange concernant la réinsertion professionnelle.

*des examens paracliniques :

-une mammographie bilatérale (unilatérale si mastectomie totale) 1 fois par an plus ou moins associé à une échographie

-une échographie pelvienne en cas de traitement par tamoxifène.

La durée de surveillance est sur le long terme et à réévaluer tous les 5 ans.

**exemples de calendrier de suivi proposé par l'INCa dans le cadre du suivi de l'après-cancer du sein* ³¹

EXEMPLE DU CLCC DE BORDEAUX

CARCINOME INFILTRANT (CI) AVEC CHIMIOThERAPIE

Calendrier des Visites

	Date de Consultation de Surveillance		Médecin	Examens cliniques	Examens complémentaires
	Estimée	Effectuée			
Chirurgie T ₀	10 septembre 2009				
Post-opératoire (2 à 3 semaines)	28 septembre 2009		Chirurgien		
3 mois	9 décembre 2009		Oncologue Médical	Examen clinique	
6 mois	9 mars 2010		Gynécologue ou Méd. Traitant	Examen clinique Examen gynécologique	
9 mois	7 juin 2010		Oncologue Médical ou Radiothérapeute	Examen clinique	
12 mois	5 septembre 2010		Chirurgien	Examen clinique	Mammographie bilatérale (à 12 mois au plus tard)
15 mois	4 décembre 2010		Oncologue Médical Radiothérapeute	Examen clinique	
18 mois	4 mars 2011		Gynécologue ou Méd. Traitant	Examen clinique Examen gynécologique	
21 mois	2 juin 2011		Oncologue Médical Radiothérapeute	Examen clinique	
2 ans	31 août 2011		Chirurgien ou Oncologue Radiothérapeute	Examen clinique	Mammographie bilatérale
30 mois	27 février 2012		Gynécologue ou Méd. Traitant	Examen clinique Examen gynécologique	
3 ans	25 août 2012		Oncologue Radiothérapeute	Examen clinique	Mammographie bilatérale
3 ans 1/2	21 février 2013		Gynécologue ou Méd. Traitant	Examen clinique Examen gynécologique	
4 ans	20 août 2013		Oncologue Radiothérapeute	Examen clinique	Mammographie bilatérale
4 ans 1/2	16 février 2014		Gynécologue ou Méd. Traitant	Examen clinique Examen gynécologique	
5 ans	15 août 2014		Oncologue Radiothérapeute	Examen clinique	Mammographie bilatérale

4. Exemples de PPAC à l'Institut Curie

Cette attitude nouvelle de suivi de l'Après-cancer a été mise en place sur plusieurs sites pilotes notamment pour le suivi conjoint des patientes atteintes de cancer du sein.

Elle n'est pas forcément généralisable à tous les types de cancers et doit s'appuyer sur le volontariat des professionnels ainsi que sur l'acceptation des patients.

Dans le cadre du cancer du sein, l'Institut Curie, proposait en 2009 une consultation d'entrée en surveillance pour anticiper l'après-cancer et pour aider la patiente au retour à la vie quotidienne.³³

Au cours de cette consultation la patiente se voyait remettre un carnet de surveillance contenant :

- ses examens et rendez-vous de consultations pour les 5 à 10 ans à venir
- les contacts utiles
- des fiches à remplir par le médecin traitant devant être renvoyés à l'institut curie (gestion par une veille informatique, informations régulières sur l'état de santé de la patiente pour les médecins de l'institut curie).

5. Etude du réseau onco-normand ³⁴

a. Objectifs

Une étude menée par le réseau onco-normand et présenté au 6^{ème} congrès de médecine générale de Nice en Juin 2012 est un exemple de suivi alterné du cancer du sein entre un centre de lutte contre le cancer et les médecins généralistes.

Devant cette constatation de pénurie d'oncologues et des missions premières des médecins généralistes, le réseau régional de cancérologie onco-normand a coordonné un suivi conjoint des cancers du sein entre ces deux spécialités.

Ce type de suivi devait permettre de libérer du temps aux oncologues afin d'être plus disponible pour accueillir de nouvelles patientes à la phase initiale et active de leur traitement.

Le médecin généraliste devait être remis au cœur de son métier avec une prise en charge de proximité, moins anxiogène et de même qualité pour les patientes.

Cette prise en charge apportait une plus-value professionnelle au parcours de soin montrant l'effort de coordination de chacun, ainsi qu'une meilleure lisibilité des missions de chaque médecin pour le patient.

b. Méthode

Un protocole de suivi conjoint a été établi entre généralistes et oncologues d'une institution qui traite par an, la moitié des nouveaux cas de cancers du sein de la région.

Les patientes incluses, après leur consentement, étaient suivies après la séquence thérapeutique initiale (de 9mois en moyenne), alternativement soit :

- par le médecin traitant
- par un spécialiste cancérologue : oncologue médical, chirurgien ou radiothérapeute.

La patiente détenait un carnet de suivi qu'elle présentait au médecin traitant lors des consultations de suivi. Celui-ci notait les résultats de l'examen clinique et des examens complémentaires conformes à l'algorithme prévu ou prescrit par lui en fonction d'orientations cliniques.³⁵

Le résultat colligé sur la fiche semestrielle était adressé au centre hospitalier.

c. Résultats

55% des femmes atteintes de cancer du sein en fin de traitement initial ont accepté d'entrer dans ce dispositif.

Après un suivi de 5 ans, le suivi sera confié totalement au médecin traitant et continuera d'informer le centre primo prescripteur.

d. Conclusion

La coordination ville-hôpital en cancérologie implique des échanges renforcés par le biais de protocole de suivi partagé.

Cette étude répond au point 18 du Plan Cancer II qui cherche à renforcer le rôle du médecin généraliste dans le suivi des patients atteint de cancer.

IV. Place et avis des médecins généralistes

1. Rôle théorique des médecins généralistes dans le PPAC

Le modèle de PPAC proposé par le Plan Cancer II et l'INCA (Institut National du Cancer) correspond au référentiel métier et au modèle de décision de la médecine générale.

Il faut être particulièrement vigilant dans les PPAC pour cancer du sein à bien préciser le rôle du médecin traitant et vérifier qui suit la patiente et sous quelles modalités.

Chaque année, près de 355 000 personnes font l'objet d'un diagnostic de cancer et près de 150 000 personnes décèdent de cette maladie. Si ces 30 dernières années, le nombre de nouveaux cas a doublé, la mortalité a régulièrement diminué. Aujourd'hui, ce sont 3 millions de personnes qui vivent avec ou après un cancer.

Au niveau mondial, les maladies chroniques sont une priorité au vu de leur croissance importante.

Les modalités de gestion des maladies chroniques sont basées sur la prise en charge du patient dans sa globalité.

Ainsi les maladies cancéreuses peuvent, pour l'ensemble de prise en charge, être assimilés à des ces maladies chroniques.

L'histoire naturelle de l'évolution de la prise en charge des pathologies cancéreuses couplées aux contraintes économiques face à l'explosion des maladies chroniques obligent à repenser l'organisation des soins et repositionner la médecine générale.

Doté de longue date d'une organisation de soins spécifiquement dédiée, le cancer acquiert un statut de pathologie chronique devant l'allongement des durées de rémission ouvrant ainsi l'espace de la guérison.

La spécialisation de la médecine moderne a installé depuis les années 50, l'hôpital comme lieux de référence de soin, et la médecine générale en France dans une position résiduelle.³⁶

L'augmentation des maladies chroniques et des cancers, exige des actes techniques spécialisés, du soutien à la personne, et modifie le positionnement, souvent vécu comme hiérarchique, entre médecine générale et médecine spécialisée.

Les Plans Cancer successifs ^{7 9 12} ont défini le rôle des médecins généralistes autrement que de façon résiduelle dans une perspective d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des prises en charge des patients en augmentant leur trop faible implication prévue initialement.

2. Attentes des médecins généralistes

En ces temps de revendication des médecins de toutes spécialités, il est facile de constater que les attentes peuvent se classer en trois grandes catégories :

- un besoin d'outils pratiques facilitant l'exercice quotidien
- une formation permettant de répondre aux attentes des patients de mieux en mieux informés
- une reconnaissance, voire une évolution globale du métier.

a. Une formation spécifique

Pour les médecins généralistes, la cancérologie est une discipline prise en charge de façon hyperspécialisée en structure hospitalière et qui semble loin de la vie au quotidien notamment par son caractère très évolutif concernant ses protocoles.

Les généralistes se sentent en difficultés car 50% des traitements évoluent tous les 2 ans, le nombre de pathologies cancéreuses vues par catégories et par an est réduit, les prises en charge actives relèvent principalement de l'hôpital (publique ou privé). Pourtant le dépistage, les complications et l'après traitement actif leur est délégué sans formation spécifique.

L'une des plaintes unanimes des médecins généralistes est l'insuffisance, sinon l'absence, de relations régulières et suivies avec l'hôpital. Ceci est particulièrement grave pour ce qui concerne les informations lorsqu'un malade sort de l'hôpital.³⁷

Le cancer du sein est certes plus fréquent mais place le médecin traitant dans les mêmes attentes d'informations, de formation et d'intégration tout au long de la prise en charge.

La formation initiale en cancérologie est limitée tant en théorie (intégrée dans des modules transversaux) qu'en pratique car la maquette du DES de médecine générale n'impose pas un stage en oncologie ni en soins de support.

La gestion globale des soins de support, le rapport aux familles, la logistique sociale et la réinsertion professionnelle sont à peine abordés. Pire les soins de supports, trop souvent assimilés à l'échec purement et simplement du traitement actif, n'apparaissent pas comme des protocoles médicaux.

b. Des outils pratiques

L'existence des réseaux sur le territoire est en mutation et varie d'une région à une autre.

Le médecin traitant est donc souvent confronté à des prises en charge basées sur son propre carnet de contacts et son propre vécu.

Cette situation est donc chronophage, alors même que ces consultations nécessitent plus de temps et que le temps médical est en tension.

L'organisation propre des consultations en médecine générale n'est pas programmée ni organisée comme en milieu hospitalier.

Les patients viennent souvent sur leur propre initiative ou dans l'urgence, quand la gestion de la maladie cancéreuse entraîne des complications médicales, familiales, sociales, professionnelles.

Un calendrier prévisionnel donnerait au patient une autre vision de ses rapports de suivi avec le médecin traitant, tout en permettant une meilleure organisation du planning de rendez-vous du médecin généraliste.

Des outils comme le PPAC proposé par l'INCA ³¹ correspondent à une facilité d'exercice car la trame reflète le schéma de travail et de réflexion au quotidien d'un médecin de premier recours.

Il contient les antécédents, les traitements en cours, la programmation des soins à venir et la surveillance à prévoir, les numéros d'urgence et les coordonnées des correspondants.

Le volet social, les soins de support et les particularités locales de coordination y sont inclus et regroupés. Le patient en possède un exemplaire, ce qui permet également de faciliter les visites à domicile.

Prévoir l'articulation avec la ville, faire correspondre les différents intervenants, coordonner et mettre en réseau est une des attentes principales des médecins. Le PPAC y répond point par point tout en garantissant la globalité médico-sociale de la prise en charge. La gestion de l'après-cancer requiert des besoins spécifiques que le travail en réseau et via le PPAC peut apporter.

Si les médecins sont très préoccupés par leur formation, le DPC (Développement Professionnel Continu) reste difficile à mettre en place et son financement ne permet pas de multiplier les actions. Ainsi les sujets de cancérologie ne seront peut-être pas les premiers envisagés.

Un outil qui informe, protocolise et guide la prise en charge devient par sa répétition d'utilisation un moyen de fixer les notions, et ainsi de formation continue.

Le PPAC peut donc être considéré comme donc un outil pratique décliné sur le mode de raisonnement d'un médecin, évolutif dans son adaptation aux protocoles actualisés et donc formateur. Il reste à le diffuser et à l'intégrer dans les logiciels métiers tout en préservant une version portée par le patient.

Les dispositifs type PAERPA³⁸ sont comparables sur le plan social, la vie quotidienne, le rapport aux aidants et remportent l'adhésion des médecins traitants. Des plates-formes communes ou des réseaux territoriaux ont été réclamés par les professionnels de santé afin de centraliser l'offre et la demande.

c. Une valorisation du métier

La pénurie médicale renforce ce besoin d'utiliser chaque acteur à sa juste place.

Les oncologues auront du temps libéré pour de nouvelles prises en charges actives et la prise en charge des complications urgentes.

Les médecins traitants formés à la gestion globale retrouvent leur cœur de métier et sont valorisés dans un exercice, au-delà de la rédaction du protocole ALD.

3. Exemples de l'étude OSMOSE ³⁹

Dans le cadre du deuxième plan cancer et de ses recommandations, un groupe de travail s'est réuni au sein du réseau cancérologie gérontologie soins palliatifs.

Il a mené une enquête auprès des médecins traitants afin de cerner leurs difficultés, leurs souhaits et leurs attentes concernant le suivi des patients atteints de cancer.

a. Méthodologie

Un questionnaire a été créé et testé auprès de deux médecins généralistes. Leurs réponses ont permis de bâtir la version définitive.

Ce questionnaire définitif a été soumis aux médecins généralistes, lors d'un entretien téléphonique.

*Questionnaire :

- I-Consultation pendant la prise en charge Jamais - De temps en temps - Régulièrement - Si problème
- II-Consultation de fin de TTT
- A/Délai en jours
- B/Initiative du RDV Patient - Etablissement Entourage - Autre
- C/Durée (en minutes)
- D/Problèmes de rémunération Oui - Non - Commentaire
- III-Problématiques de l'après-Cancer
- 1-Dépression Oui - Non - Commentaire
- 2-Emploi Oui - Non - Commentaire
- 3-Relation avec les proches Oui - Non - Commentaire
- 4-Sexualité Oui - Non - Commentaire
- 5-Toxicités/Séquelles Oui - Non - Commentaire
- 6-Autres Commentaire
- IV-Informations médicales
- 1-Réception de l'information Oui - Non - Commentaire
- 2-Délai de réception Satisfaisant - Insatisfaisant Sans avis
- 3-Pertinence Oui - Partiellement - Non Sans avis
- V-Surveillance
- 1-Participation à une surveillance alternée Oui - Non - Sans avis Commentaire
- 2-Partage de l'information (fiche synthétique à transmettre) Oui - Non - Sans avis Commentaire
- VI-Attentes vis-à-vis du réseau
- 1-Veille sur la réalisation effective de la surveillance Oui - Non - Sans avis Commentaire
- 2-Relance Oui - Non - Sans avis Commentaire
- 3-Circulation de l'information Oui - Non - Sans avis Commentaire
- 4-Accès aux soins de support Oui - Non - Sans avis Commentaire
- 5-Faciliter l'accès aux établissements/ aux oncologues Oui - Non - Sans avis Commentaire
- 6-Formation Oui - Non - Sans avis Commentaire
- 7-Autres Commentaire

Sur 62 médecins contactés, 31 ont répondu à nos questions, soit un taux de participation de 50%.

b. Analyse

*94% des médecins traitants ont vus leurs patients pendant le temps de prise en charge de leur cancer : 57% d'entre eux en cas de problème, 31% de façon régulière.

Il semblerait donc qu'il y ait un écart entre les préconisations de l'INCa et de la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires », qui prônent une implication précoce et continue des médecins traitants dans la phase active de traitement spécifique, et une certaine réalité du terrain.

L'implication permanente des médecins traitants dans le suivi des patients facilite la continuité des soins, mais il semblerait qu'il existe des freins et / ou des facteurs modulant cette dernière.

*les médecins questionnés n'ont pas pu répondre précisément sur le nombre de leurs patients ayant un cancer, ni sur la phase de leur prise en charge (traitement ou suivi).

De fait, ils ne peuvent préciser quel est le délai entre la fin du traitement spécifique et leur consultation. On peut aussi se demander si l'information « fin de traitement » a bien été transmise, et dans un délai raisonnable.

*L'initiative du rendez-vous vient dans 87% des cas du patient lui-même, ce qui renseigne sur la relation privilégiée avec le médecin traitant, une relation de confiance que le patient renoue spontanément après la phase active de traitement.

Dans 10% des cas, les établissements sont à l'origine de ce relais auprès des médecins traitants.

Avec les mesures du second plan cancer, il est probable que des pratiques de traçabilité d'un « dispositif de sortie » qui orienterait le patient vers son médecin généraliste vont devoir se développer.

*la durée de la consultation de fin de traitement, en elle-même, ne pose pas de problème.

Les médecins considèrent que ce temps supplémentaire accordé fait partie de leurs missions.

Mais la désorganisation qu'elle génère (retard des consultations suivantes, salle d'attente bondée) est gênante.

Lors de la prise de rendez-vous, les patients ne précisent pas qu'il s'agit d'une consultation d'après traitement ; de fait, le professionnel n'est alors pas en mesure de prévoir un créneau horaire plus long.

*La rémunération n'est pas un problème pour 48% des médecins traitants interrogés.

Néanmoins, certains pratiquent des dépassements, d'autres divisent le temps de consultation sur plusieurs rendez-vous rapprochés.

Une minorité souhaiterait une rémunération spécifique « cancérologie », voire la fin de la rémunération à l'acte.

- *Au vu de ces résultats, les problématiques sont d'abord d'ordre médical :
 - 71% sont en lien avec les toxicités / séquelles des traitements
 - 45% sont d'ordre psychologique : dépression, angoisse, anxiété ...

*Les établissements relayent l'information médicale à 94%, dans des délais satisfaisants selon 87% des médecins interrogés.

Mais certains d'entre eux (29%) regrettent son caractère trop technique, alors que 65% des répondants la considèrent pertinente.

*Surveillance alternée :

68% des médecins interrogés seraient d'accord pour participer à une surveillance alternée, avec le réseau, si on leur en donne les moyens, c'est-à-dire : protocole de surveillance et de suivi.

16% ne souhaitent pas y participer, par manque de temps et / ou par sensation de manque de compétences.

En plus des attentes détaillées ci-dessus, cette enquête révèle qu'il existe un besoin de soutien au médecin généraliste dans deux axes : démarches sociales et certaines situations médicales en lien avec le cancer.

La particularité de ce soutien tient à ses caractéristiques : ponctuel, imprévisible, de nature très variable, toujours différent.

c. Réflexions

Quelques réflexions intéressantes émergent aussi de ces entretiens :

- Le lien entre le patient et son médecin est en majorité maintenu pendant la phase active de traitement.

- La fin des traitements spécifiques n'est probablement pas aussi bien identifiée par les médecins généralistes que par les oncologues.

- Il existe des besoins plus précis dans le cadre de l'après cancer. Des organisations de la surveillance, incluant le médecin généraliste, pourraient se mettre en place.

- Les revendications actuelles se font également sur le périmètre d'intervention des différents professionnels de santé.

Il faudra être très vigilant dans l'argumentaire de présentation afin que le protocole de surveillance alterné ne soit pas vécu comme une supervision de tâches «moins nobles» par l'oncologue sur l'intervention du généraliste.

Les soins de support, longtemps réduits à des soins palliatifs et imaginés comme seulement terminaux, nécessitent une intégration dans le cadre d'une pathologie cancéreuse devenu chronique ce qui n'était pas la forme enseignée en faculté au «généraliste de plus de 50 ans» qui exerce majoritairement aujourd'hui.⁴⁰

4. Rapport d'évaluation du PPAC par l'INCa ⁴¹

a. Stratégie d'évaluation

En septembre 2012, l'INCa publie un rapport d'évaluation du parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer.

Ce document s'inscrit dans la mise en œuvre du Plan cancer 2009-2013 et évalue les mesure 18 « personnaliser la prise en charge des malades et renforcer le rôle du médecin traitant », et mesure 25 « développer une prise en charge sociale personnalisée et accompagner l'après-cancer ».

La stratégie d'évaluation reposait sur le déploiement d'un outil unique de collecte d'information, une enquête évaluative sous la forme de questionnaires administrés par téléphone :

-à 35 sites pilotes quel que soit leur taille ou spécialité

-ainsi qu'au public concerné : patients, médecins traitants, médecins hospitaliers, infirmiers coordonnateurs, assistants sociaux, membres de la direction impliqué dans le projet.

Cette évaluation s'est déroulée en 3 phases, réparties sur une période de 9mois de juillet 2011 à mars 2012.

b. Evaluation de la mise en place du PPAC et de la transmission aux médecins traitants

En fin de traitement, le médecin traitant a pu être contacté par le médecin oncologue et recevoir une copie du PPAC.

Cependant, l'implication du médecin traitant dans la mise en place de ce dernier s'est essentiellement résumée à une information sur celui-ci, ainsi qu'à une transmission du document.

Aucun médecin interrogé n'a été impliqué dans l'élaboration du PPAC d'un de ses patients et un seul a été impliqué dans la conception du document.

15 des 35 sites pilotes indiquent remettre régulièrement, voir systématiquement, une copie du document au médecin traitant.

30% des médecins interrogés identifient le PPAC. La plupart d'entre eux indiquent toutefois être simplement au courant de son existence. Seulement 9 médecins traitants déclarent avoir reçu une copie pour certains de leur patient (17%).

Pour les médecins qui connaissent le PPAC, une majorité estime, dans les mêmes proportions (15 sur 20) que le document a permis d'améliorer la qualité de la relation avec l'équipe hospitalière et d'améliorer la relation avec le patient.

Un seul médecin traitant sur 5 (23 des 105 répondants) indique s'être vu proposer un suivi d'après-traitement en organisant une surveillance conjointe et alternée avec l'oncologue ou le spécialiste hospitalier.

Les médecins ayant pris part à cette surveillance conjointe et alternée, la décrivent comme relativement facile à mettre en place.

Seuls 4 médecins relèvent des difficultés de mise en place liés :

- au manque de temps
- au manque d'outils ou de moyens mis à disposition des généralistes pour assurer un tel suivi
- à la perception d'une certaine réticence des équipes hospitalières à partager ce suivi avec des médecins de ville
- à la lenteur de l'information liée aux formalités administratives.

c. Synthèse des connaissances et satisfaction des médecins traitants

35% des médecins traitants ont été impliqués dans la mise en place du PPAC et se sont vus proposer une surveillance conjointe et alternée.

Ce type de suivi est vu par les médecins comme facile à mettre en place en dépit des obstacles en liaison avec le manque de temps, le manque d'outils ou de moyens mis à leur disposition.

5. Développement de l'utilisation du PPAC par les médecins généralistes

a. Elargissement de sa diffusion

Le PPAC affiche clairement la revalorisation de la médecine générale et l'évolution du métier, en adéquation avec sa reconnaissance en tant que spécialité. Il apparaît évident de favoriser son développement et son utilisation.

Un élargissement de la diffusion et de l'information sur ce programme auprès des professionnels de santé est nécessaire afin qu'il devienne un outil facilitant et formateur au quotidien.

Une information grand public permettrait aussi de valoriser son utilisation par les médecins généralistes.

b. Rémunération valorisée

La question de la rémunération de cet acte peut également se poser.

Le cancer étant classé, comme vu auparavant, dans le cadre des maladies chroniques ; une rémunération majorée de la visite ou consultation de fin de traitement d'un cancer, au même titre que celle prévue pour la sortie d'hospitalisation ou le suivi des décompensations cardiaques, pourrait être envisagé.

Cette augmentation de rémunération valoriserait le temps nécessaire à une consultation de fin de traitement du cancer du sein. Ce temps de consultation est, en général, plus important que pour un autre motif de consultation. De nombreux thèmes sont en effet à aborder dans un contexte psychologique faisant suite à un traitement de cancer.

c. Equivalent de formation continue

Enfin il pourrait être intéressant de valoriser le côté formateur de l'outil que nous avons décrit, en lui attribuant des points de formation continue.

V. CONCLUSION

Au cours de ces dernières décennies, la prise en charge des cancers a été réorganisée avec la mise en place de trois plans cancers successifs et complémentaires. Les patients ont vu leur suivi amélioré et en particulier leur suivi post traitement actif avec la mise en place du Plan Personnalisé d'Après-Cancer (PPAC) qui fait suite au PPS.

En effet l'amélioration des dépistages, la découverte de nouveaux traitements curatifs plus efficaces, ont permis un taux de survie en hausse et une augmentation des patients en suivi post traitements actifs, notamment dans le domaine de la cancérologie du sein. 84% des patientes sont en vie 5ans après le diagnostic.

Le PPAC créé lors du Plan Cancer II, et renforcé lors du Plan Cancer III, permet de prévoir le suivi de ces patientes. Un suivi médical et paramédical selon des protocoles définis par l'HAS, mais aussi le suivi psychologique, social, professionnel, familial et social.

Il semble évident, par définition, que le médecin généraliste est le médecin formé à la gestion des différents axes associés à l'après-cancer. Au sein de ce PPAC, le médecin généraliste est replacé au cœur de la prise en charge avec la proposition d'un suivi post traitement actif réalisé par ces soins et/ou en collaboration avec les spécialistes.

Des PPAC modèles ont été présentés par différentes associations et centre d'oncologie. Ils permettent un gain de temps avec la présentation du suivi post thérapeutique de la patiente, formateur en permettant de suivre l'évolution des protocoles de suivi du cancer du sein.

A ce jour, les différentes enquêtes montrent un effet bénéfique à les utiliser, avec une satisfaction des médecins généralistes. Pour les médecins qui connaissent le PPAC, une majorité estime que le document a permis d'améliorer la qualité de la relation avec l'équipe hospitalière et d'améliorer la relation avec le patient, ainsi que la qualité de sa prise en charge.

Cependant ces études révèlent aussi un manque de diffusion des PPAC et d'implication des médecins traitants. Leur rôle se résume souvent à être uniquement informé sur celui-ci, sans même avoir reçu de copie pour certain.

Il existe une disparité interrégional qu'il semble bon d'essayer de corriger pour égaliser les prise en charge au niveau national.

L'utilisation des PPAC reste encore à promouvoir et à améliorer.

Cette amélioration pourrait porter sur une diffusion plus importante grâce à un élargissement des informations sur ce document auprès des médecins généralistes, mais aussi des médecins spécialistes hospitaliers et des patients.

Une des pistes possibles pour augmenter l'utilisation du PPAC serait d'adapter la rémunération de la consultation liée à la remise du PPAC au même titre que la valorisation faite pour le suivi chronophage de pathologie chronique.

L'inscription du PPAC comme outil de formation continu, avec des points de FMC, pourrait également être envisagé afin de mettre en avant son côté formateur dans un domaine en perpétuel évolution qu'est la cancérologie, particulièrement dans la cancérologie du sein.

Au total, le modèle de PPAC proposé par le Plan Cancer II et l'INCA (Institut National du Cancer) correspond au référentiel métier et au modèle de décision de la médecine générale. C'est un outil de coordination pratique facilitant l'exercice quotidien des médecins traitants. Il permet une formation au-delà des informations sur la prise en charge du patient. Cependant sa diffusion et son utilisation n'est pas encore complète.

Il semblerait intéressant, à l'avenir de prévoir une nouvelle étude, un nouveau questionnaire, pour enquêter, sur le plan national, auprès des médecins généralistes et de leurs patients, afin de tester les propositions de pistes d'évolution du PPAC et d'explorer certains freins supposés des patients, des médecins oncologues et des médecins généralistes à une diffusion plus importante de cet outil qu'est le PPAC.

Cette étude pourrait permettre d'obtenir des informations précieuses pour les institutions organisationnelles pour, peut-être, réfléchir à une amélioration d'organisation de mise en place du PPAC lors du prochain Plan Cancer et ainsi favoriser l'utilisation de cet outil de coordination pratique et facilitant.

Bibliographie

¹ www.ligue-cancer.net

² Les Etats Généraux de la Ligue en 1998 <http://www.e-cancer.fr/>

³ Broché. Les malades prennent la parole. Le livre blanc des premiers états généraux de malades du cancer. Ramsay, 1999 .261p.

⁴ Sommet mondiale contre le cancer pour le nouveau Millénaire. Charte de Paris : 4 février 2010. www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/4837-chartre-de-paris

⁵ Plan cancer 2003-2007 http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/cancer/plaquette_cancer.pdf

⁶ INCa(Institut National du Cancer) <http://www.e-cancer.fr/>

⁷ Circulaire DHOS relative à l'organisation des soins en cancérologie <http://sante.gouv.fr/htm/dossiers/cancer/circ101.pdf>

⁸ Prise en charge de personnes atteintes de cancer. Schéma Régional d'Organisation Sanitaire III 2006/2011
http://www.nord.pref.gouv.fr/images/publications/annexe_1_cancer.pdf

⁹ Plan Cancer 2009-2013 http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_cancer_2009-2013.pdf

¹⁰ Rodde D. Oncologie. Les axes du nouveau plan Cancer. Entretien de Jean Pierre Grunfeld. Panorama du médecin, mars 2009 ; 5136 :13

¹¹ Plan cancer 2009-2013. Rapport final au président de la République Juin 2013. Rapport final rapport-integral-bilan-plan-canacer-2009-2013.pdf

¹² Plan cancer 2014-2019 www.2014-02-03_Plan_cancer.pdf

¹³ <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F163>

¹⁴ LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. TITRE II Accès de tous à des soins de qualité. Article 36 « Chapitre Ier Bis : Organisation des soins » p.27-28
<http://www.legifrance.gouv.fr//affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=>

¹⁵ LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. TITRE II Accès de tous à des soins de qualité. Article 36 « Chapitre Ier Bis : Organisation des soins » p.27-28
<http://www.legifrance.gouv.fr//affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=>

¹⁶ Observatoire de la Médecine générale
<http://omg.sfm.org/content/donees/donnees.php>

¹⁷ Rapport de la Commission d'orientation sur le cancer. Chap 4: L'organisation des soins en cancérologie .2002 <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/034000017/0000.pde>

¹⁸ Rapport du CREDES "Clientèle et motifs de recours en médecine libérale en France". Biblion°1008-1994

¹⁹ La perception du cancer et de la lutte contre le cancer par les médecins généralistes, les maires et les chefs d'entreprise <http://www.lh2.fr/upload/ressources/sondages/societe/lh2liguecontrecancer24nov08.pdf>

²⁰ Jean GODARD, Médecin généraliste, mai 2013, Médecine générale et cancer. [09_medecine_generale_et_cancer.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Bilan_medecin_traitant_Vdef2.pdf)

²¹ Définition Européenne de la Médecine générale WONCA 2002
<http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>

²² Masquelet Alain-Charles, « Bibliographie », Le raisonnement médical, Paris, Presses Universitaires de France, «Que sais-je ?», 2006, 128 pages
www.cairn.info/le-raisonnement-medical--9782130556497-page-124.htm.

²³ Le médecin traitant, adopté par la majorité des Français, favorise la prévention – Assurance Maladie 22 janvier 2009
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Bilan_medecin_traitant_Vdef2.pdf

- ²⁴ Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme Paul Dourgnon, Stéphanie Guillaume, Michel Naiditch, Catherine Ordonneau) Levasseur Gwénola, Bagot C., Honnorat C.,
- ²⁵ Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, Guerin MH, Mercier A. ECOGEN : étude des Éléments de la Consultation en médecine générale, *exercer* 2014;114:148-57
- ²⁶ « L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. », *Santé Publique* 1/2005 (Vol. 17), p. 109-119 URL : www.cairn.info/revue-sante-publique-2005-1-page-109.htm. DOI : 10.3917/spub.051.0109.
- ²⁷ COHEN (J.), MADELENAT (P.), *Gynécologie et santé des femmes, quel avenir en France? état des lieux et perspectives en 2020*. Paris : Editions Eska, 2000, 191 p., fig., 85 réf., ISBN 2-86911-958-5, FRA
- ²⁸ Surveillance des cancers en France : état des lieux et perspectives en 2007/ Bulletin épidémiologique hebdomadaire 13mars 2007
- ²⁹ Survie à cinq ans des patients ayant eu un diagnostic de cancer en 1994 en ile de france, *revue épidémiologie et de santé publique* vol 53, n°5-novembre 2005
- ³⁰ Sources estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1. Tumeurs solides)
- ³¹ INCa Cancérologie ONCOPACA le réseau régional http://propositions_mise_en_place_ppac_janv_2012-1.cod
- ³² Haute Autorité de Santé Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique Cancer du sein guide affection longue durée janvier 2010 http://ald_30_gm_ksein_vd.pdf www.has-sante.fr
- ³³ Consultation entrée en surveillance après cancer www.curie.fr http://consultation-entree-surveillance-sein_0.pdf
- ³⁴ http://www.onconormand.org/images/images/stories/file/Suivi_partage_du_cancer_du_sein/Cancer-du-Sein-Surveillance-Alternee-22062009.ppt
- ³⁵ http://www.onco-normand.org/images/stories/file/Suivi_partage_du_cancer_du_sein:carnet-surveillance.pdf

³⁶ Bungener M, Demagny L, Høltedahl KA, Letourmy A, « La prise en charge du cancer : quel partage des rôles entre médecine générale et médecine spécialisée ? », *Pratiques et Organisation des Soins* 3/2009 (Vol. 40), p. 191-196
URL : www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2009-3-page-191.htm

³⁷ Réflexions sur le rôle, les missions et les attentes des médecins généralistes
Bull. Acad. Natle Méd., 2002, 186, no 6, 1103-1109, séance du 25 juin 2002

³⁸ www.sante.gouv.fr/le-parcours-sante-des-aines-paerpa.html

³⁹ enquête réalisée auprès de médecins généralistes à l'initiative du réseau cancérologie gérontologie soins palliatifs, OSMOSE. www.reseau-osmose.fr

⁴⁰ atlas de la démographie médicale 2015 www.conseil-national.medecin.fr/node/1607

⁴¹ *Résultats des expérimentations du parcours personnalisé des patients pendant et après le cancer, rapport d'évaluation*. Collections Bilans d'activité et d'évaluation, ouvrage édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, septembre 2012

PPAC (programme personnalisé d'après-cancer) : qu'en pensent les médecins traitants ?

Résumé

99,5 % des Français ont choisi comme médecin traitant un médecin généraliste qui selon la World Organisation of Family Doctors est le médecin de famille, chargé de dispenser des soins globaux et continus. Le médecin généraliste est quotidiennement confronté au « cancer » par de multiples occurrences. La trop faible implication des médecins généralistes dans le Plan cancer I a été corrigée dans le Plan cancer II et accentuée dans le Plan cancer III avec la création de la consultation de fin de traitement permettant la délivrance du PPAC et pouvant être réalisée par le médecin traitant du patient. L'histoire naturelle de l'évolution de la prise en charge des pathologies cancéreuses couplées aux contraintes économiques face à l'explosion des maladies chroniques obligent à repenser l'organisation des soins et à repositionner la médecine générale. Le modèle de PPAC proposé par le Plan cancer II et l'Institut national du cancer (INCa) correspond au référentiel métier et au modèle de décision de la médecine générale. Outil pratique facilitant l'exercice quotidien des médecins traitants, il permet une formation au-delà des informations sur la prise en charge du patient.

Mots clés : Parcours de soins - Outils de coordination - Maladie chronique - Soins de support - Médecin traitant

PCPP (Post-Cancer Personalised Programme): What Do Treating Physicians Think about them?

Abstract

According to WONCA (World Organisation of Family Doctors), 99.5% of French people choose a GP as their treating physician, who is the family doctor and responsible for providing overall and continuous care. The GP is confronted with “cancer” on a daily basis, multiple times. The lack of involvement from GPs in the French National Cancer Plan I was corrected in Cancer Plan II and further increased in Cancer Plan III with the creation of the end of treatment consultation appointment, which enabled the PCPP to be initiated and that could be performed by the patient’s treating physician. The natural history of the developments in cancer treatments, coupled with economic restrictions as the result of an explosion in chronic illness required a total rethink of how care is structured and a repositioning of the role of the GP. The PCPP model proposed by the French Cancer Plan II and INCA (National Cancer Institute) corresponds to a reference job description and a GP decision-making model. A practical tool making the daily tasks of treating physicians easier, it provides training beyond information regarding patient care.

Keywords: Care pathway - Coordination tool - chronic disease - Supportive Care - Treating physician

VU

NANCY, le **22 mars 2016**

Le Président de Thèse

Professeur Bruno CHENUÉL

NANCY, le **23 mars 2016**

Pour le Doyen de la Faculté de Médecine
Le Vice-Doyen,

Professeur Marc DEBOUVERIE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9103

NANCY, le **24 mars 2016**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Pierre MUTZENHARDT

Résumé

99,5 % des Français ont choisi comme médecin traitant un médecin généraliste qui selon la World Organisation of Family Doctors est le médecin de famille, chargé de dispenser des soins globaux et continus. Le médecin généraliste est quotidiennement confronté au « cancer » par de multiples occurrences. La trop faible implication des médecins généralistes dans le Plan cancer I a été corrigée dans le Plan cancer II et accentuée dans le Plan cancer III avec la création de la consultation de fin de traitement permettant la délivrance du PPAC et pouvant être réalisée par le médecin traitant du patient. L'histoire naturelle de l'évolution de la prise en charge des pathologies cancéreuses couplées aux contraintes économiques face à l'explosion des maladies chroniques obligent à repenser l'organisation des soins et à repositionner la médecine générale. Le modèle de PPAC proposé par le Plan cancer II et l'Institut national du cancer (INCa) correspond au référentiel métier et au modèle de décision de la médecine générale. Outil pratique facilitant l'exercice quotidien des médecins traitants, il permet une formation au-delà des informations sur la prise en charge du patient.

PCPP (Post-Cancer Personalised Programme): What Do Treating Physicians Think about them?

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE

—

ANNÉE 2016

MOTS CLEFS : Parcours de soins - Outils de coordination - Maladie chronique
- Soins de support - Médecin traitant

INTITULÉ ET ADRESSE :
UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE
LES NANCY Cedex
