

41

Surveillance du cancer du sein : une évolution. Plaidoyer pour un mode alterné incluant le médecin traitant

S. Lantheaume^{*1}, R. Laurent², C. Del'Olmo², L. Chudet², C. Bouteille³, H. Labrosse⁴, H. Spacagna⁴ et V. Mayor

¹Chirurgie gynécologique et mammaire, centre hospitalier, 26959 Valence Cedex 9 – ²Médecins généralistes, 26000 Valence – ³Clinique Mutualiste, 42013 Saint-Étienne – ⁴Réseau régional de cancérologie de Rhône-Alpes, 69373 Lyon

Introduction

La surveillance du cancer du sein pose une double problématique.

- Pour le spécialiste, elle entraîne un engorgement des consultations et il se doit d'être disponible : engorgement des consultations-disponibilité moindre ;
- Pour le médecin traitant, il n'a pas forcément le temps de devenir un expert en la question. Il a parfois peur de passer à côté d'une récurrence et en conséquence cette surveillance alternée n'est pas réalisée de manière optimale. En conséquence la surveillance alternée reste non optimale.

Cependant, on rappelle que dans le *plan cancer II (2009-2013)*, la « mesure 16 » impacte le médecin traitant dans la surveillance du cancer.

Objectifs

Évaluer par une étude d'impact la surveillance alternée réalisée au moyen d'un carnet de surveillance. Évolution vers un Plan Personnalisé de l'Après Cancer (PPAC) inclus dans le Dossier Régional Communiquant en Cancérologie (DRCC) où le médecin traitant est positionné comme un des acteurs de la prise en charge.

Matériels et méthode

Depuis 2007, un carnet de surveillance alternée est remis à chaque patiente après le traitement adjuvant d'un cancer du sein.

Une étude d'impact pour les patientes suivies entre 2007 et 2009 a été réalisée. Elle portait sur la qualité du remplissage, la satisfaction des patientes et l'avis du médecin traitant. Basé en partie sur cette expérience, le Réseau Régional de Cancérologie Rhône-Alpes a mis en place un groupe de travail incluant médecins

traitant, médecins spécialistes d'organe, coordinateurs réseaux de cancérologie et d'information. Il est à présent en mesure de proposer un PPAC.

Résultats

103 patientes ont été sélectionnées pendant cette période totalisant par recoupe-ment 58 médecins traitants impliqués.

Le remplissage du carnet est fait par les spécialistes d'organes, tous ayant participé à la démarche qualité lors de la mise en place du carnet.

L'indice de conformité dépasse les 90 %.

Les patientes sont globalement très satisfaites de cette alternance dans la sur-veillance, devenue plus structurée et rationnelle.

Peu d'oublis ont été enregistrés au cours des consultations. Mais les patientes déplorent le manque d'implication de leur médecin traitant.

Du côté des médecins traitants, 50 % d'entre eux n'ont jamais eu affaire à ce carnet. En ce qui concerne l'autre moitié, 75 % estime qu'il est un outil très utile. À la quasi unanimité, le souhait des médecins traitants est d'être inclus à part entière dans le suivi de leurs patientes.

L'évolution du carnet, va être sous la forme électronique, via le DRCC. Il deviendra le PPAC, accessible facilement par la Carte Professionnelle de Santé, « carte CPS ». Il sera annexé au PPS et à la fiche de RCP.

En pratique, le DRCC est renseigné lors du remplissage de la fiche de RCP, avec les principaux acteurs (facilité par l'annuaire régional professionnel). Lors de la consultation de fin de traitement, le premier acteur « actionne » le PPAC, classe la patiente en haut risque ou bas risque, et déclenche le calendrier de surveillance (compte rendu d'examen précisant les éléments à rechercher, le compte rendu de mammographie...). Des possibilités de messages d'alerte peuvent être actionnés à tout moment (tableau I).

Haut risque	Bas risque
Si chimiothérapie	Si CCIS, chirurgie seule, chirurgie + radiothérapie, hormonothérapie seule
<u>Acteurs principaux</u> : spécialistes d'organes	<u>Acteur principal</u> : médecins traitant
Acteur secondaire : médecins traitants	Acteurs secondaires : spécialistes d'organes.
Durée 5 ans	Durée 5 ans
Au-delà : « surveillance bas risque »	

Conclusion

La surveillance du cancer du sein est indispensable après la phase de prise en charge initiale. Fort de l'expérience d'un carnet de surveillance « papier », son évolution se fait par l'intermédiaire du Réseau Régional de Cancérologie et devient le PPAC.

Cet outil de communication entre les acteurs permettra de rationaliser et coordonner le suivi. Il générera un gain de temps, un suivi personnalisé en adéquation *avec le plan cancer II* et sera un atout pour la question de santé publique que représente cette pathologie.