

Parcours en sénologie : ce que recouvre le vocable

Senology Pathway: What Does it Cover?

A. Lesur · S. Alran · C. Lemanski

© Lavoisier SAS 2016

Depuis plusieurs années, mais tout particulièrement depuis la publication du Plan cancer III, l'entité « Parcours » fait partie de tout discours médical, du cancer à d'autres pathologies, englobant à la fois une *notion de parcours de soins*, faisant intervenir une fluidité souhaitée entre les différents intervenants, notamment dans le lien précieux *ville-hôpital*, et celle d'une *trajectoire transversale d'une pathologie*, requérant des spécialités diverses, dans un ordre pouvant se modifier en fonction des cas.

Si l'on reprend les termes exacts du Plan cancer III, le parcours de soins en cancérologie débute *dès la forte suspicion ou confirmation du diagnostic*, ce qui montre bien la nécessaire coordination entre univers différents, celui des *bien portants* qui ne se savent pas malades et celui des *malades* qui devront se réintégrer dans ce monde des bien portants ensuite. On privilégiera le bon aiguillage dès les premières étapes, sans errements diagnostiques, nécessitant un réseau efficace et de qualité. La prise en charge de la personne potentiellement malade et de l'anxiété générée par cette hypothèse est déterminante et doit être priorisée. Si les délais sont mentionnés comme très importants, l'accent est bien mis sur la pertinence de **l'accompagnement** dans les étapes initiales qui vont permettre de bâtir un Plan personnalisé de soins (PPS), dont les différentes étapes *devront s'enchaîner sans perte de temps inutile ni errements thérapeutiques*.

L'objectif 7 du Plan cancer insiste tout particulièrement sur la prise en charge *personnalisée* en cancérologie, non pas tant des caractéristiques de la tumeur que celles, biographiques du patient, prenant en compte l'ensemble des besoins de la personne et de ses proches. Ce cheminement commun transversal et global nécessite une organisation coordonnée d'interventions pluridisciplinaires afin d'en améliorer la fluidité et se heurte à l'organisation verticale des institutions, par services (chirurgie, oncologie, radiothérapie...) cloisonnant à la fois les personnes et la diffusion de l'information. Les programmes personnalisés de soins, les supports d'information, les traces des propositions thérapeutiques devront être remis et explicités aux patients, afin de leur servir de fil d'Ariane dans ce cheminement (Plan cancer III, page 61). Déjà présentes dans le Plan cancer II, ces notions rendent compte de la nécessité de *responsables de parcours*, veillant sur les différents aiguillages de ce chemin de vie particulier, attentifs aux points potentiels de rupture, favorisant une relation constante et simple entre la médecine habituelle du patient et l'univers de l'hôpital, amené de surcroît à raccourcir les temps hospitaliers.

C'est en raison à la fois de la pertinence de cette notion et de sa difficulté de mise en œuvre que nous avons souhaité toutes trois, à travers nos spécialités différentes, mais avec une vue d'ensemble convergente, dédier un numéro d'*Oncologie* à ce thème, mettant en exergue la nécessité conditionnelle d'optimisation *de travailler ensemble*, le patient étant au centre du système et devant pouvoir se tourner dans chaque direction, accompagné d'un même discours dans un vécu d'empathie et d'entraide.

Avec cynisme, mais beaucoup de réalisme, Alain Demaille, directeur du centre de lutte contre le cancer de Lille, stigmatisait déjà en 1991 la difficulté de l'exercice, nécessitant partage, transversalité et humilité [1] :

« *Réflexe d'accaparement du médecin, suffisance du spécialiste, chapelles thérapeutiques, groupe de pression médicale, activisme des oncologues médicaux et prétention des psychologues à gouverner seuls l'âme et l'esprit des malades.* »

« *Mon malade* », qui n'a pas ressenti cette notion ?

A. Lesur (✉)

Institut de cancérologie de Lorraine, 6, avenue de Bourgogne,
CS 30519, F-54519 Vandœuvre-lès-Nancy cedex, France
e-mail : a.lesur@nancy.unicancer.fr

S. Alran (✉)

Institut Curie, 26, rue d'Ulm,
F-75248 Paris cedex 05, France
e-mail : severine.alran@curie.fr

C. Lemanski (✉)

ICM (institut régional du cancer),
208, avenue des Apothicaires, F-34298 Montpellier, France
e-mail : Claire.Lemanski@icm.unicancer.fr

Le médecin de famille qui le confie à un interlocuteur, davantage qu'à une institution, la gynécologue qui ne sera pas en double du courrier, par oubli des services administratifs de la mentionner, le chirurgien qui va *décider* ce qu'il faut pour la patiente, pouvant en oublier la validation de la RCP, l'infirmière d'annonce qui aura consacré du temps à la patiente en plein désarroi, disant n'avoir rien compris aux explications médicales, le radiologue qui va possiblement modifier une indication thérapeutique par son expertise, l'oncologue médical qui aura le mauvais rôle d'infliger un nouveau traitement qui va rendre malade une patiente potentiellement sauvée par la chirurgie ? Que dire de l'oncologue radiothérapeute qui intervient plus tardivement, après les autres, et qui va « brûler » le sein, à l'heure où la patiente est déjà éprouvée ? Sans parler de celui qui va expliquer que l'on va devoir prescrire un comprimé par jour pendant cinq ans, voire plus, et organiser un suivi, alors que l'on pourrait croire que c'est fini ? Comment intégrer cette notion possessive dans cette longue succession de personnes, toutes désirant du bien à cette femme hier encore non malade ?

L'apprentissage du respect de chacun dans son exercice, qu'il faut apprendre à comprendre, tout niveau confondu, se révèle le point le plus limitant pour une harmonie de fonctionnement. Une fois cette notion intégrée et partagée, il suffit d'avancer pas à pas dans la même direction qui est celle de notre serment d'Hippocrate, « *prendre soin de nos malades* ».

Le pari s'avère gagné quand les patients en fin de parcours saluent cette fluidité, la qualité de l'équipe, son lien avec la ville et la bienveillance de tous.

Ainsi, nous allons tenter d'envisager successivement les maillons de cette chaîne qui conduit d'un diagnostic, qu'il faut confirmer et faire accepter, à *un après* dont les matins peuvent être lumineux, et ce à travers un temps des traitements pouvant durer parfois plus d'un an... Un an, mis entre parenthèses et dont le vécu interféra directement sur la qualité de vie des années futures. L'enjeu est donc majeur et mérite d'être pris en compte par l'ensemble des intervenants, à quelque niveau de leur intervention.

Notion de parcours pour la patiente atteinte de cancer du sein

Est-ce par analogie au *parcours du combattant* que bien des femmes, devenues patientes d'une heure à une autre, ressentent avoir parcouru ? Est-ce pour définir une *trajectoire* par laquelle il va falloir passer, succession d'étapes censées mener à la guérison ? Est-ce une façon de dire que cela va être long et *fléché*, comme un *parcours de santé* ?

Sur le plan sémantique, « Parcours » veut dire : *chemin tracé, défini, itinéraire à suivre, ensemble des étapes*, mais un certain nombre de nuances autres contenues dans le mot

sont à prendre en compte : ainsi, si l'on prend la définition en danse, un *parcours chorégraphique* est l'aptitude à se *propulser en avant*, au cours des différentes évolutions, en *équitation*, c'est un *itinéraire jalonné d'obstacles* à franchir. Dans les faux amis connus, en langue anglaise, on parlera de « *Journey* », ce qui est un raccourci assez enviable...

Certes, le *parcours de soins coordonnés* est bien détaillé sur Google, expliquant la nécessité de respecter la procédure, essentiellement pour cause de sanction financière, tous les établissements de cancérologie le savent.

En effet, le « *parcours patient* » est indissociable de la notion de PPS réclamé par les instances administratives de santé. Ainsi que l'*annonce* du diagnostic de cancer a fait l'objet de toutes les attentions dans le cadre du premier Plan cancer (mesure 40), le PPS est devenu le socle sur lequel s'appuie tout discours sur la prise en charge optimisée de la patiente... : une fois le diagnostic compris et intégré, la deuxième étape est bien celle de savoir comment se soigner et pendant combien de temps. Viendra ensuite le retour à la vie dite normale, et ce par l'intermédiaire de la consultation de *fin de traitement*, consultation en miroir de celle d'annonce.

Suspicion ou diagnostic de cancer du sein : optimisation du temps diagnostique pour un meilleur « après »

Chacun connaît l'importance fondamentale du vécu de ce temps initiatique qui va rester gravé dans le conscient et l'inconscient de chaque patiente, lié à sa propre histoire personnelle et familiale. Le temps de l'annonce et ses modalités a été déployé et valorisé à juste titre. Ce n'est pas pour autant qu'il est optimisé, même si certaines structures en ont fait leur fer de lance. Combien de patientes rapportent les phrases dures et inadaptées qui ont été prononcées dans cette période informe et multiforme, où la vie de tous les jours bascule ? Car l'annonce n'est pas tant le moment où le diagnostic est explicité et décodé, amenant à des propositions thérapeutiques d'autant plus recevables que sous-tendues d'une promesse forte de guérison. C'est toute la période qui sépare la vie normale du moment où le premier traitement sera mis en œuvre, comme un sas de transition, évitant que tout bascule.

Cela ne se résume plus par une anomalie suspecte que l'on va opérer et comprendre ensuite, mais par des prélèvements qui définiront l'entrée dans un processus qui n'est pas tant chirurgical que médical, entraînant le verdict du mot cancer. L'appropriation à cette réalité va devoir se faire en quelques jours, dans un contexte de peur et d'attente souvent plus difficile que les traitements qui vont en découler.

L'entité **cancer** continue de résonner en 2016 comme il y a quelques décennies, alors que tout a changé : le stade, le diagnostic, des traitements de moins en moins invasifs. Les progrès ont — hélas — peu porté sur la définition nosologique du mot *cancer*, et encore moins sur celle de *cancer du sein*, et ce malgré la fréquence du diagnostic.

Associer à ce stade précoce la volonté d'un diagnostic de qualité et une prise en charge adaptée est un des challenges de beaucoup d'équipes en France, ayant mis leur énergie dans la mise en place de structure dédiée à ce temps crucial avec des *unités de temps diagnostiques*. L'Institut de cancérologie de Lorraine en fait partie, avec un parcours sein qui a pour but d'amener la patiente à une compréhension et acceptation d'un diagnostic, et ce en collaboration étroite avec le médecin traitant habituel de la patiente, en adéquation avec le Plan cancer [2].

Accompagnement des traitements adjuvants : les soins de support pour la phase adjuvante — des soins de support aux soins de soi

La perspective des traitements successifs terrorise la patiente davantage que la notion même de la maladie. Des soutiens familiaux ou d'accompagnement d'amis proches sont envahissants pour toute personne susceptible d'en nécessiter. Expliquer aux femmes que ce temps des traitements si redouté peut être un temps dédié, qui va leur permettre de faire ce qu'elles n'ont jamais fait par manque de temps, d'envie ou de motivation peut surprendre. Introduire les notions de relaxation, d'hypnose, de soins esthétiques, de sport, d'activités ludiques a de quoi étonner, mais permet une prise en charge bien meilleure du temps des traitements, introduisant une dynamique nouvelle et inattendue, se prolongeant dans *l'après*, intégrant des modifications de priorités et d'hygiène de vie [3].

Essais cliniques : leur apport dans le parcours de soin

L'importance de l'optimisation des inclusions dans les essais cliniques a été soulignée dans le troisième Plan cancer. Certes, il peut paraître difficile dans le temps du diagnostic puis des premiers traitements d'intégrer cette notion, mais elle doit être un réflexe quotidien, tant elle ouvre de possibilités sur l'avenir en marche des thérapeutiques et des prises en charge futures. C'est aussi la façon d'intégrer une notion d'équipe soignante avec des infirmières de recherche clinique présentes et attentives qui complètent l'entourage de la patiente [4].

Phase des traitements : quel changement ?

Chirurgie ambulatoire adaptée à la vie d'aujourd'hui, aux évolutions chirurgicales et anesthésiques

Les temps de la maladie se sont modifiés non seulement dans leur agencement, la chirurgie n'étant pas automatiquement le premier temps thérapeutique, mais aussi dans leur prise en charge. *L'ambulatoire* permet de faire le juste soin au bon moment. Les étapes d'amont et d'aval sont ainsi renforcées, permettant aux patientes et à leurs proches de mieux se préparer à une chirurgie et à leur retour à domicile. L'hôpital se recentre sur sa mission première qui est le soin de qualité. Pour cela, l'hôpital doit créer des liens étroits avec les professionnels de santé de ville, les partenaires sociaux et dans certains cas des structures d'hébergement encadrant le jour du soin. C'est un des grands challenges du *xxi^e* siècle. L'ambulatoire doit être un *confort et un choix délibéré* de la patiente, dans un espace de concertation et de décision partagée entre l'équipe médicale, sa famille et elle-même. C'est aussi indéniablement un espace de temps hospitalier *en moins* pour l'approche de la maladie et sa prise en compte. Les démarches mises en place avec succès de visites de patientes par d'anciennes patientes se trouvent caduques, et beaucoup d'informations collectées lors des hospitalisations plus traditionnelles s'en trouvent tronquées. La réalité même de la maladie cancéreuse peut être d'autant plus douloureuse que s'annoncent ensuite des traitements qui font peur et auxquels la patiente est si peu préparée [5].

Chimiothérapie néoadjuvante : pour qui ?

Choix des traitements et choix de séquences de ceux-ci (en particulier, chimiothérapie néoadjuvante) deviennent des enjeux dans la prise en charge de certaines tumeurs. On ne le dit pas encore assez : la chirurgie n'est pas forcément le premier temps thérapeutique d'un cancer du sein, d'où la nécessité de validation en RCP préthérapeutique d'une chronologie de traitements qui sera évoquée dès la première consultation avec la patiente : de nombreux paramètres vont entrer en ligne de compte : biologiques (type de tumeur : luminal, *basal-like*, surexprimant HER2), personnels et médicaux (morbidité, génétique, âge, souhait de préservation de fertilité...), clinoradiologiques (taille, rapport volume sein/tumeur, multifocalité, statut ganglionnaire...), voire, en cours d'exploration, des paramètres explorant la maladie micrométastatique, cellules circulantes médullaires ou sanguines. Les enjeux se sont démultipliés depuis la raison princeps d'éviter une chirurgie radicale. Si la RCP propose, c'est bien le tandem de médecins (chirurgien-oncologue médical) qui essayera de mettre en œuvre le traitement le plus adapté, en tenant compte de la capacité de la patiente à

l'accepter, dans un ordre différent de ce à quoi elle pouvait s'être préparée [6].

Traitements adjuvants — dernières avancées et perspectives pour des cancers très différents

De nombreuses modalités nouvelles sont apparues dans la dernière décennie, même si les changements et découvertes thérapeutiques sont moins spectaculaires que dans d'autres disciplines. Les molécules ont peu changé depuis quelques années, leurs modalités de prescription ou leur durée se sont modulées. Des classifications nouvelles sont intervenues, faisant considérer différemment les situations à risque, avec une approche de plus en plus personnalisée : la balance chimiothérapie/hormonothérapie s'en trouve parfois modifiée, l'hormonothérapie prenant là toute sa dimension de traitement adjuvant fondamental et pleinement efficace [7].

Radiothérapie : ses nouvelles modulations

Classiquement dernier temps thérapeutique du traitement locorégional initial, la radiothérapie évolue elle aussi avec son temps et les situations. Que faut-il retenir des dernières innovations ? Comment les mettre en œuvre en sécurité et chez qui ? Quelles alternatives peuvent être proposées dans le choix des traitements dits classiques ? Quelle surveillance et quelles contraintes ? Comment adapter les résultats d'études nord-américaines tenant compte d'autres réalités géographiques et économiques [8] ?

Reconstructions mammaires immédiates ou différées : critères de choix et de faisabilité

Avec l'optimisation des diagnostics histologiques initiaux associés au bilan locorégional précis, et dans le cadre d'une prise en charge globale et transversale des temps de traitements, l'hypothèse des reconstructions mammaires immédiates est plus souvent évoquée, les reconstructions secondaires restant la règle à proposer, même si la patiente ne se sent pas prête à ce nouveau temps chirurgical. Parfois évoqué trop tôt dans le cheminement intérieur de la patiente face à sa maladie, il faut savoir laisser ce temps de reconstruction s'intégrer dans le parcours global, penser à le révoquer dans les premières années, si initialement ce n'était ni la question ni le souhait de la patiente. La place et les conséquences sur le vécu de la chirurgie plastique sont largement au-delà du geste chirurgical et de ses modalités. Toute mastectomie conduit à la perte du sein naturel, la reconstruction de ce sein peut se faire par différentes voies chirurgicales et, dans tous les cas, la reconstruction doit tendre vers une reconstruction globale de chacune de ces patientes. Les informations sont toujours souhaitées et nécessaires, quelle que soit la gravité cancérologique de la situation [9].

Après-cancer

Très vaste question de *l'après-traitement* dans une pathologie dont l'incidence est majeure et pour laquelle la majorité des patientes seront guéries. Pressenti largement dans le Plan cancer II, mais porté à son apogée dans le plan suivant, *l'après* fait partie intégrante du parcours des patientes et doit être l'objet de toutes nos attentions. Nombreuses ont été les publications consacrées à cette question, nécessitant un lien fort entre les professionnels en cause. Entrer dans la maladie, c'est en sortir ultérieurement le mieux possible... Et cette perspective doit être présente dès les premiers jours, garante d'une réintégration de qualité dans une vie dite normale. Pour preuve, le dossier entièrement consacré à cette entité en janvier 2011 par le *Concours médical* [10] mais aussi celui d'*Oncologie* la même année [11], ou encore l'enquête menée par l'Inserm et l'INCa, publiée en juin 2014 sur « la vie deux ans après un diagnostic de cancer » [12].

Après-cancer : entre prolongement et réinvention, quelles suites

Le taux de guérison de la maladie, son incidence font de *l'après-cancer* une situation quotidienne pour tout médecin qui sera confronté à des patientes potentiellement guéries, sans que le terme ne soit véritablement prononcé, mais souvent fragilisées, meurtries ou « modifiées » au propre et au figuré. La difficile adéquation de la vie entre ses différents temps familiaux ou pas, de couple ou non, professionnel souvent, est une gageure pour tout individu, jamais gagnée, jamais perdue et multiforme. Le fait d'avoir été confronté à cette maladie doit-il être assorti de questions existentielles, philosophiques et/ou sexuelles ? Doit-on aborder ces thèmes, qui et quand [13] ?

Consultation de fin de traitements ou début du suivi

Nouveau challenge de cette décennie, la vie *après* qui va concerner l'immense majorité des patientes doit faire partie intégrante des projections thérapeutiques, puisqu'il est vrai que la prise en charge des patientes ne s'arrête pas à la dernière séance de radiothérapie [14]. Comment réussir ce temps qui nécessite peut-être encore davantage de coordination que les précédents ? Cette nouvelle feuille de route qui va suivre le développement qu'a connu le PPS doit remporter l'adhésion de tous, en espérant surmonter les écueils de la mise en œuvre de celui-ci. Certes, de nombreuses expérimentations de mise en place de suivis alternés et partagés ont vu le jour ces dernières années. Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'un véritable challenge devant replacer le patient au centre d'un dispositif, utilisant pour ce faire les outils modernes de communication et favorisant par là même l'implémentation des bonnes pratiques.

Ainsi, nous avons souhaité laisser s'exprimer les différents professionnels de santé de la ville et des centres de soins :

- *PPAC : rationnel et mise en place ;*
- *un exemple de mise en place du PPAC dans un établissement de soin ;*
- *qu'en pensent les professionnels de santé ?*

Ce nouveau pari qu'est le plan personnalisé de l'après-cancer recouvre à la fois le suivi de la maladie cancéreuse, celui des effets secondaires des traitements ayant eu lieu et en cours, mais aussi tout le versant de réhabilitation sociale et familiale. Autrement dit, c'est un vaste projet qui nécessite une feuille de route pour tous, médecins, patients et professionnels de santé... quels aspects doivent être pris en compte dans le cas spécifique du cancer du sein ? Comment les nouvelles notions d'éducation thérapeutique peuvent-elles s'intégrer et être valorisées ? La cohorte prospective CANTO, proposée en prospectif aux patientes au diagnostic de leur cancer du sein, devrait nous aider considérablement à préfigurer les difficultés de l'après et à les prendre en compte au mieux [15–18].

Qu'en pensent les patientes ?

Rapporter la voix des patientes nous semblait une nécessité pour prendre la dimension du projet et son envergure, tant il est vrai que ce sont les femmes touchées qui expriment au mieux les besoins et aspirations de la réalité de cet « après » et que rien ne saurait être utile s'il ne prend pas en compte le ressenti des personnes concernées en tant qu'êtres humains, ayant leur destinée en main. La force potentielle des associations de patientes et leur aide dans la construction d'un univers postcancer optimisé ne sauraient être sous-estimées.

Que ce soit la création d'un blog personnel qui donne une information partielle avec gravité, humour et documentation [19], la mise en œuvre d'un réseau de patientes pour partager récits, activités, relais de professionnels de santé dans son territoire de soin [20] ou encore la création d'une ligne de lingerie qui redonne confiance dans sa féminité à travers la mode [21], autant d'expériences réussies pour accompagner ces temps difficiles.

Nouveaux outils d'accompagnement des patientes dans leur parcours de soin : film, Web documentaire et livret de questions/réponses

Notre époque avance souvent plus vite que ce que les professionnels imaginent : il ne peut être fait abstraction de l'évolution des moyens d'information et de l'accélération

de la diffusion des informations, bonnes ou mauvaises, mais omniprésentes.

S'en imprégner et s'adapter pour mieux aider les patientes est un devoir. C'est ce que certaines démarches telles que celles présentées nous enseignent. Que leur diffusion soit favorisée nous paraît un progrès dans cette démarche au service de nos malades [22].

Synthèse et conclusion

En conclusion, qui de mieux placé que le Pr Bey, ancien directeur de l'institut Curie, initiateur du réseau Oncolor, reconnu pour son efficience, pouvait faire une synthèse de cette notion de parcours ?

Vision transversale de la prise en charge des patientes, déjà pressentie dans le Plan cancer I, mais arrivée à maturité au cours des décennies. Reconnaître que, depuis dix ans, les plans cancer successifs ont permis de fléchir un parcours « patient–professionnels de santé » grâce à un dispositif d'annonce, à un PPS et à des RCP, une perspective adaptée de l'après, dans une fluidité transversale, fait preuve de lucidité et de compréhension de la maladie cancéreuse et des patientes touchées.

La cohérence des plans articulés les uns avec les autres rend compte des progrès effectués et de ce qui reste à faire.

Un long chemin reste à parcourir, ensemble, pour une harmonie nouvelle et durable.

En avoir conscience est en soi très prometteur.

Que tous les auteurs de ce numéro en soient remerciés, ainsi que la secrétaire de rédaction Anne Baatard ; nos remerciements également à Lambert Montevicchi pour sa contribution logistique.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

1. Demaille A, Cappelaere P (1991) Les aspects institutionnels de la concertation au sein d'un CRLCC. Bull Cancer 78: 37s–40s
2. Lesur A, Ameloot S, Troufleau P, et al. (2016) Suspicion ou diagnostic de cancer du sein : optimisation du temps diagnostique pour un meilleur « après ». Oncologie 18: 87–97
3. Boiron C (2016) L'accompagnement des traitements adjuvants : les soins de support pour la phase adjuvante. Oncologie 18: 98–102
4. Saghatchian M, Pistilli B, Ghoadni A, et al. (2016) Les essais cliniques : leur apport dans le parcours de soin des patientes traitées pour un cancer du sein. Oncologie 18: 103–8
5. Mourrégot A, Colombo PE, Gutowski M, et al. (2016) La chirurgie ambulatoire adaptée à la vie d'aujourd'hui, aux évolutions chirurgicales et anesthésiques. Oncologie 18: 109–14
6. Chauvet MP, Mailliez A (2016) La chimiothérapie néoadjuvante : pour qui ? Oncologie 18: 115–19

7. Guiu S, Dalenc F (2016) Les traitements adjuvants des cancers du sein : dernières avancées et perspectives pour des cancers très différents. *Oncologie* 18: 120–27
8. Lemanski C (2016) Radiothérapie : ses nouvelles modulations et traitements personnalisés. *Oncologie* 18: 128–33
9. Charitansky H, Jouve E, Picaud L, et al. (2016) Reconstructions mammaires immédiates ou différées : critères de choix et de faisabilité. *Oncologie* 18: 134–39
10. Bey P (2011) Accompagner le patient aussi dans l'incertitude. *Le Concours médical* 133: 20–1
11. Serin D (2011) L'après-cancer : une nouvelle vie pour les anciens malades, un défi sociétal ? *Oncologie* 13: 259–60
12. INCa (2014) La vie deux ans après un diagnostic de cancer — De l'annonce à l'après-cancer. Collection Études et enquêtes
13. Saltel P, Heudel P (2016) L'après-cancer : entre prolongement et réinvention, quelles suites... ? *Oncologie* 18: 140–44
14. Lesur A, Viguier JM (2001) La consultation de fin de traitement : le début d'une surveillance. *La lettre du sénologue* 11: 7–8
15. Gangler A, Lesur A, Dalenc F (2016) PPAC : rationnel et mise en place. *Oncologie* 18: 145–57
16. Simandoux S, Neuenschwander S, Campana F, Alran S (2016) Un exemple de mise en place du PPAC dans un établissement de soin. *Oncologie* 18: 158–59
17. Siegrist S, Etienne A (2016) PPAC (Programme Personnalisé d'Après-Cancer) : qu'en pensent les médecins traitants ? *Oncologie* 18: 160–66
18. Odier A, Fridmann S, Dubot C, Houzard S (2016) Le point de vue de gynécologues impliquées dans le suivi après cancer du sein sur le PPAC. *Oncologie* 18: 167–70
19. Etienne N (2016) Mèlilotus, un blog de patiente. *Oncologie* 18: 179–83
20. Guérault-Accolas L (2016) *Mon réseau® cancer du sein*, un réseau social de proximité. *Oncologie* 18: 171–75
21. Pasquinelli Vu-Hong C (2016) La mode-thérapie au chevet de la féminité. *Oncologie* 18: 176–78
22. Alran S (2016) Les nouveaux outils d'accompagnement des patientes dans leur parcours de soin : film, web-documentaire et livret de questions et réponses. *Oncologie* 18: 184–88