

Suivi après le traitement du cancer du sein

Guide pratique des soins aux survivantes à l'intention des médecins de famille

Jeffrey Sisler MD MCISc CCFP FCFP Geneviève Chaput MD MA CCFP Jonathan Sussman MD CCFP FRCPC MSc Emmanuel Ozokwelu BDS MPH

Résumé

Objectif Offrir aux médecins de famille un résumé des recommandations fondées sur les données probantes pour guider les soins aux survivantes traitées pour le cancer du sein.

Qualité des données Une recherche documentaire a été effectuée dans MEDLINE entre 2000 et 2016 à l'aide des mots-clés anglais suivants : *breast cancer, survivorship, follow-up care, aftercare, guidelines* et *survivorship care plans*, en se concentrant sur la revue des lignes directrices publiées récemment par les organismes nationaux de cancérologie. Les données étaient de niveaux I à III.

Message principal Les soins aux survivantes comportent 4 facettes : surveillance et dépistage, prise en charge des effets à long terme, promotion de la santé et coordination des soins. La surveillance des récurrences ne se traduit que par une mammographie annuelle, et le dépistage d'autres cancers doit suivre les lignes directrices basées sur la population. La prise en charge des effets à long terme du cancer et de son traitement aborde des problèmes courants tels la douleur, la fatigue, le lymphœdème, la détresse et les effets indésirables des médicaments, de même que les préoccupations à long terme comme la santé du cœur et des os. La promotion de la santé met en relief les bienfaits de l'activité chez les survivantes du cancer, avec l'accent mis sur l'activité physique. Les soins aux survivantes sont de meilleure qualité lorsque divers services et professionnels de la santé participent aux soins, et le médecin de famille joue un rôle important dans la coordination des soins.

Conclusion Les médecins de famille sont de plus en plus souvent les principaux fournisseurs de soins de suivi après le traitement du cancer du sein. Le cancer du sein doit être considéré comme une affection médicale chronique, même chez les femmes en rémission, et les patientes profitent de la même approche que celle utilisée pour les autres affections chroniques en soins de première ligne.

Les soins du cancer du sein se métamorphosent au Canada et avec eux, le rôle des médecins de famille dans les soins aux personnes touchées. Environ 1 Canadienne sur 107 vit avec un diagnostic de cancer du sein ayant été posé dans les 10 dernières années¹. Quelque 93% reçoivent un diagnostic de cancer de stade I à III² et font l'objet d'un traitement curatif, le plus souvent par la séquence intervention chirurgicale, chimiothérapie postopératoire, radiothérapie et thérapie antioestrogénique par voie orale. De plus en plus de femmes survivent au cancer du sein, le taux de survie à 5 ans étant de 88% et à 10 ans, de 82% relativement à leurs paires¹. Cette tendance s'accompagne d'un transfert massif des soins de suivi aux médecins de première ligne, justifié par des données de niveau I sur l'efficacité du suivi

POINTS DE REPÈRE DU RÉDACTEUR

- De plus en plus de femmes survivent au cancer du sein, ce qui a entraîné le transfert massif du suivi aux soins de première ligne. Le présent article offre aux médecins de famille un résumé pertinent des recommandations fondées sur les données probantes en matière de soins aux survivantes pour les femmes ayant reçu des traitements curatifs du cancer du sein.
- Dans la phase chronique du cancer, les soins visent à appuyer les survivantes du cancer du sein alors qu'elles se rétablissent des effets considérables sur les plans physique, psychologique et social liés au cancer. Les soins de suivi du cancer profiteront de la même approche en équipe, structurée et fondée sur les données probantes qui est utilisée pour les autres affections chroniques en soins de première ligne.
- Un modèle à 4 facettes, dont la surveillance et le dépistage, l'évaluation et la prise en charge des effets physiques et psychosociaux, la promotion de la santé et la coordination des soins, fournit aux médecins de famille un cadre utile pour approcher ce travail important.



Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+.

Pour obtenir des crédits, rendez-vous sur www.cfp.ca et cliquez sur le lien Mainpro+.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs. *Can Fam Physician* 2016;62:e578-85

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the October 2016 issue on page 805.

par les médecins de famille³⁻⁵, la volonté des médecins de famille de jouer ce rôle^{6,7} et le besoin qu'ont les centres de cancérologie de concentrer leurs ressources spécialisées limitées aux patientes nouvellement diagnostiquées, à celles qui présentent des toxicités complexes aux traitements ou à celles dont l'atteinte est métastatique. Dans un sondage récent, les 2 tiers des survivantes du cancer du sein en début de suivi ont nommé un médecin de famille ou une infirmière praticienne comme fournisseur principal de soins de suivi, et le plus souvent, le médecin agissait comme seul fournisseur de soins médicaux de suivi⁸.

Le suivi du cancer s'insère bien dans les soins primaires. De plus en plus, le cancer est perçu comme une affection comptant une phase aiguë et chronique. Les soins en phase chronique aux survivantes du cancer ont beaucoup en commun avec la prise en charge d'autres problèmes chroniques. Le traitement classique axé sur la surveillance des récidives du cancer s'est élargi pour se préoccuper maintenant de bien-être et de rétablissement, et inclut la prise en charge des effets psychosociaux et physiques, la promotion de modes de vie sains et la coordination des soins entre les divers professionnels de la santé qui participent aux soins.

Les médecins de famille se heurtent à des défis dans ce travail et ne peuvent normalement mettre en œuvre que la moitié des recommandations en matière de soins aux survivantes du cancer du sein dans leur pratique⁹. Toutefois, l'excès ou l'insuffisance de tests soulève des préoccupations. Seul le tiers environ des survivantes du cancer du sein reçoivent la mammographie de surveillance recommandée dans une année donnée de suivi, alors que la moitié semble se soumettre dans une année donnée de suivi à un examen d'imagerie systématique à la recherche de métastases qui, lui, n'est pas recommandé¹⁰. Les médecins de famille s'appuient fortement sur les lignes directrices pour guider les soins aux survivantes du cancer⁶. Le présent article offre aux médecins de famille un résumé pertinent des recommandations fondées sur les données probantes en matière de soins aux survivantes ayant reçu un traitement curatif du cancer du sein.

Qualité des données

Une recherche documentaire a été effectuée dans MEDLINE entre 2000 et 2016 à l'aide des mots-clés anglais suivants: *breast cancer*, *survivorship*, *follow-up care*, *aftercare*, *guidelines* et *survivorship care plans*. Les lignes directrices publiées récemment par les organismes nationaux de cancérologie ont aussi été examinées. Une autre recherche dans les références d'articles choisis et références des lignes directrices a aussi été effectuée. Les articles étaient évalués en fonction d'une hiérarchie des données probantes: les études et recommandations étayées par au moins 1 essai randomisé

contrôlé ou les revues systématiques ou méta-analyses d'essais randomisés contrôlés étaient de niveau I; les études d'observation et d'intervention bien conçues sans randomisation étaient de niveau II; et les données de niveau III comptaient les recommandations basées sur l'opinion des experts ou les études et rapports marquants.

Message principal

Les soins aux survivantes ont été divisés en 4 grandes tâches¹¹ et des outils de pratique ont récemment été publiés pour fournir un cadre utile^{12,13}. Comme toujours, les médecins de famille doivent individualiser les lignes directrices pour qu'elles répondent aux besoins et caractéristiques uniques à chaque survivante, à ses antécédents thérapeutiques et à la complexité des soins exigés par ses autres problèmes chroniques.

1^{re} tâche: surveillance et dépistage (Tableau 1¹⁴⁻¹⁸).

La récidive est ce que les survivantes du cancer craignent le plus¹⁹. Le médecin de famille doit réagir à cette crainte en documentant et en examinant soigneusement les signes et symptômes d'une récidive locale ou à distance. Il faut par ailleurs noter qu'aucune étude bien conçue n'a comparé les bienfaits des visites plus fréquentes aux visites moins fréquentes à la clinique et qu'environ 60% des récidives locorégionales (dans le sein traité et les ganglions axillaires et supraclaviculaires ipsilatéraux) sont symptomatiques et se présentent entre les visites de suivi prévues²⁰. Le test de suivi du cancer du sein est simple: mammographie bilatérale annuelle (après lumpectomie) ou du sein contrôlatéral qui reste (après mastectomie) est le seul test recommandé, et cette recommandation n'est même pas appuyée par des données de niveau I étayant son bienfait. L'imagerie par résonance magnétique n'est pas recommandée (donnée de niveau I)^{14,16,17}. Des données de niveau III appuient l'examen régulier des seins en clinique¹⁴ et l'autoexamen des seins mensuel chez les survivantes asymptomatiques du cancer du sein¹⁴. Une revue de Cochrane²¹ a montré que la poursuite énergique des métastases asymptomatiques à coups d'analyses sanguines et d'examen d'imagerie n'améliore aucunement la survie de la patiente, puisqu'il n'existe pour l'heure aucune autre option curative pour celles qui présentent des métastases. Discuter de cette approche minimaliste du suivi est souvent une conversation ardue avec les patientes atteintes du cancer du sein. Beaucoup recherchent l'impression de sécurité et la réassurance des tests réguliers qui prouvent qu'elles ont vaincu le cancer ou qui entretiennent l'espoir d'un autre traitement curatif si le cancer est réapparu. Malheureusement, la reprise du traitement curatif dans ce scénario n'est habituellement possible que dans le cas d'une autre intervention chirurgicale pour une récidive dans le sein.

Tableau 1. Surveillance et dépistage chez les survivantes du cancer du sein asymptomatiques

INTERVENTION	RECOMMANDATION	NIVEAU DES DONNÉES*
À faire...		
Consultation en soins de première ligne avec anamnèse et examen physique	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les 3-6 mois aux années 1-3 après le traitement; tous les 6-12 mois aux années 4 et 5; puis annuellement • L'anamnèse se concentre sur les symptômes de récurrences à distance (os, poumons, foie, cerveau) et locales • L'examen se concentre sur les cicatrices de l'intervention chirurgicale, les seins, la paroi thoracique, les ganglions régionaux, les bras pour le lymphœdème et les endroits courants de propagation à distance • Examen gynécologique annuel pour les patientes sous tamoxifène 	III ¹⁴
Autoexamen des seins	<ul style="list-style-type: none"> • L'autoexamen des seins est recommandé mensuellement dans ce groupe à risque plus élevé. 	III ¹⁴
Mammographie	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les ans, à compter de 1 an après la mammographie initiale, mais au moins 6 mois après la fin de la radiothérapie; peut avoir lieu tous les 6 mois dans certains cas; aucun examen d'imagerie routinier n'est nécessaire sur un sein reconstruit 	II ¹⁴
Dépistage d'autres cancers	<ul style="list-style-type: none"> • Comme pour les personnes à risque moyen, à moins que les antécédents familiaux n'évoquent le contraire 	II ¹⁵
À ne pas faire...		
Imagerie par résonance magnétique des seins	<ul style="list-style-type: none"> • Non recommandé 	I ^{14,16,17}
Autres tests	<ul style="list-style-type: none"> • Non recommandé 	I ^{14,18}
<ul style="list-style-type: none"> • Formules sanguines complètes • Tests de la fonction hépatique • Imagerie systématique des poumons, de l'abdomen ou des os • Marqueurs tumoraux 		
Imagerie cardiaque	<ul style="list-style-type: none"> • Non recommandé après un traitement par une anthracycline (épirubicine, doxorubicine) ou par le trastuzumab à moins qu'il y ait présence de symptômes 	III ¹⁵

*Les données de niveau I incluent au moins 1 étude randomisée contrôlée, revue systématique ou méta-analyse bien conçue. Les données de niveau II incluent les autres études comparatives; études non randomisées, de cohorte, cas-témoin ou épidémiologiques; préférablement plus d'une étude. Les données de niveau III incluent l'opinion d'experts ou des énoncés de consensus et des études ou rapports marquants.

Le dépistage d'autres tumeurs malignes chez la plupart des survivantes du cancer du sein doit suivre le même protocole que dans la population à risque moyen. Fait surprenant, malgré leur expérience du cancer et les nombreuses visites chez le médecin, une étude rétrospective canadienne, basée sur la population, a montré qu'en 4 ans de suivi, 65% des survivantes du cancer du sein admissibles n'avaient jamais subi de test de dépistage du cancer colorectal, et 40% n'avaient jamais reçu de test de dépistage du cancer du col de l'utérus²². Cette lacune importante des soins demande toute l'attention des fournisseurs de soins primaires.

2^e tâche: évaluation et prise en charge des effets à long terme (Tableau 2^{15,18,23-27}). Beaucoup de survivantes du cancer du sein ressentent les effets physiques et psychosociaux à long terme du cancer et de son traitement,

notamment: douleur, fatigue, lymphœdème et détresse psychologique^{28,29}. Les facteurs de risque d'une plus grande détresse sont des antécédents de dépression ou d'anxiété, un soutien social insuffisant et le jeune âge³⁰⁻³². Les médecins de famille devraient évaluer de manière plus rigoureuse celles qui présentent un risque élevé. Certaines données étayent de meilleurs résultats lorsque la détresse est diagnostiquée plus tôt par l'entremise d'un dépistage standardisé³³ et les lignes directrices publiées récemment sont pour les médecins de famille une excellente ressource pour l'évaluation et la prise en charge des effets psychosociaux du cancer et de son traitement²³.

Les traitements contre le cancer, tels que les anthracyclines (doxorubicine, épirubicine), la radiothérapie du côté gauche et les agents ciblés comme le trastuzumab sont liés à l'insuffisance cardiaque, à l'ischémie myocardique,

Tableau 2. Évaluation et prise en charge des effets à long terme du cancer du sein et de ses traitements

CATÉGORIE	RECOMMANDATIONS	NIVEAU DES DONNÉES*
Santé cardiovasculaire	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller la lipidémie et fournir une surveillance cardiovasculaire, si indiqué • Éduquer la patiente sur les modifications visant un mode de vie sain (alimentation équilibrée, exercice, abandon du tabac), les facteurs de risque cardiaque potentiels et quand rapporter les symptômes pertinents (essoufflement ou fatigue) aux professionnels de la santé 	III ¹⁵ I ¹⁵
Dysfonctionnement cognitif	<ul style="list-style-type: none"> • Poser des questions sur les difficultés cognitives • Évaluer les facteurs réversibles de contribution au déficit cognitif et traiter de manière optimale si possible • Recommander à une évaluation neurocognitive et à la réadaptation en présence de signes de déficit cognitif • Suggérer des stratégies de prise en charge et d'adaptation autonomes contre le dysfonctionnement cognitif (relaxation, gestion du stress, programme d'exercice) 	III ¹⁵ I ¹⁵ I ¹⁵ III ¹⁸
Détresse, dépression, anxiété	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer la détresse, la dépression et l'anxiété • Évaluer plus en profondeur si la patiente présente un risque élevé de dépression • Offrir du counseling et pharmacothérapie ou recommander à une ressource en santé mentale, si indiqué 	I ^{15,23} II ¹⁵ I ¹⁵
Fatigue	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer la fatigue, à l'aide de l'échelle d'évaluation de la gravité, et traiter les causes • Offrir un traitement ou une recommandation pour les facteurs qui influent sur la fatigue (troubles de l'humeur, troubles du sommeil, douleur, etc.) • Encourager l'activité physique régulière, recommander à la TCC si indiqué • En présence de fatigue, fournir de l'information et des stratégies générales pour la gérer, et évaluer • Ne pas recommander le méthylphénidate ni le modafinil pour prendre en charge la fatigue, vu l'insuffisance des données probantes • Les données préliminaires laissent croire que le yoga atténue probablement la fatigue 	III ^{15,18,23} I ¹⁵ I ^{15,23} III ¹⁸ III ²³ I ²³
Recommandation en counseling génétique	<p>Envisager la recommandation en consultation génétique si</p> <ul style="list-style-type: none"> • le cancer du sein a été diagnostiqué avant 50 ans (surtout si <35 ans) • cancer des ovaires à n'importe quel stade (épithélial) • cancer du sein bilatéral chez la même femme • cancers du sein et des ovaires chez la même femme ou dans la même famille • nombreux cancers du sein du même côté de la famille (paternel ou maternel) • cancer du sein chez un homme • ethnicité juive ashkénaze 	III ²⁴
Ostéoporose	<ul style="list-style-type: none"> • Test DXA au départ, puis tous les 2 ans si la patiente est sous inhibiteurs de l'aromatase ou agonistes de la gonadolibérine 	III ¹⁵
Douleur et NPIC	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer la douleur et les facteurs de contribution à l'aide de l'échelle d'évaluation de la douleur et d'une anamnèse • Offrir des interventions contre la douleur comme l'acétaminophène, les AINS, l'activité physique ou l'acupuncture • Suggérer l'activité physique contre la douleur neuropathique • Suggérer la duloxétine contre la douleur neuropathique • Recommander aux spécialistes appropriés une fois la cause de la douleur déterminée (p. ex. spécialiste du lymphœdème) • Envisager la NET pour la NPIC chez les survivantes qui présentent des contre-indications aux médicaments ou pour lesquelles le médicament est inefficace • Pensez à l'acupuncture en traitement adjuvant pour les patientes qui souffrent de NPIC réfractaire au traitement 	III ¹⁵ I ¹⁵ I ¹⁵ I ¹⁵ III ¹⁵ III ^{18,25} III ²⁵
Santé sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer les signes et symptômes de troubles sexuels ou liés à l'intimité • Évaluer les facteurs réversibles de contribution aux problèmes sexuels et traiter si approprié • Offrir des lubrifiants non hormonaux à base d'eau pour la sécheresse vaginale • Recommander en psychoéducation et en counseling sexuel ou conjugal si approprié 	III ^{15,18} III ¹⁵ I ¹⁵ I ¹⁵

CATÉGORIE	RECOMMANDATIONS	NIVEAU DES DONNÉES*
Ménopause précoce, symptômes de ménopause	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir des ISRN, ISRS ou la gabapentine et des modifications au mode de vie pour atténuer les symptômes vasomoteurs de la ménopause précoce • Envisager la TCC ou un programme d'exercice en guise de traitement • Envisager des interventions et consultations éducatives adaptées à la patiente, si approprié, pour atténuer les symptômes de la ménopause 	I ¹⁵ II ²⁶ II ²⁷
Lymphœdème	<ul style="list-style-type: none"> • Conseiller la perte pondérale chez les patientes qui souffrent d'embonpoint ou d'obésité pour prévenir ou réduire le risque de lymphœdème • Informer les survivantes quant aux signes et symptômes du lymphœdème et évaluer le lymphœdème • Recommander si les symptômes évoquent un lymphœdème 	III ¹⁵ III ¹⁸ III ¹⁵
Infertilité	<ul style="list-style-type: none"> • Recommander sans tarder les survivantes en âge de procréer qui sont infertiles à un spécialiste en endocrinologie de la reproduction et en infertilité 	III ¹⁵
Inquiétudes liées à l'image corporelle	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer les inquiétudes liées à l'image corporelle • Recommander à une ressource psychosociale si indiqué 	III ¹⁵ I ¹⁵

TCC—thérapie cognitivo-comportementale, NPIC—neuropathie périphérique induite par la chimiothérapie, DXA—absorptiométrie biphotonique à rayons X, AINS—anti-inflammatoire non stéroïdien, ISRN—inhibiteur sélectif du recaptage de la noradrénaline, ISRS—inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine, NET—neurostimulation électrique transcutanée.

*Les données de niveau I incluent au moins 1 étude randomisée contrôlée, revue systématique ou méta-analyse bien conçue. Les données de niveau II incluent les autres études comparatives; études non randomisées, de cohorte, cas-témoin ou épidémiologiques; préférablement plus d'une étude. Les données de niveau III incluent l'opinion d'experts ou des énoncés de consensus et des études ou rapports marquants.

à l'arythmie, à l'hypertension et à la thromboembolie³⁴⁻⁴⁰. En outre, les facteurs de risque cardiaque avérés tels que l'hypertension, le diabète, la dyslipidémie, l'obésité et la sédentarité sont plus fréquents chez les survivantes du cancer que dans la population générale⁴¹. Malgré l'absence de lignes directrices définitives, et étant donné que la plupart des survivantes du cancer du sein sont plus à risque de mourir d'une cardiopathie que du cancer⁴²⁻⁴⁴, il est recommandé que les médecins de famille procèdent au dépistage et à la prise en charge active des facteurs de risque cardiaques^{40,45}.

La thérapie antioestrogénique, comme les inhibiteurs de l'aromatase et le tamoxifène, est recommandée pour les 80% des survivantes du cancer du sein dont la tumeur exprime les récepteurs d'oestrogène. Jusqu'à 50% des femmes manifestent des symptômes vasomoteurs et musculosquelettiques comme de la douleur et de la raideur articulaires découlant de ces médicaments⁴⁶⁻⁴⁹, ce qui entraîne souvent une mauvaise observance et l'abandon du traitement^{50,51}. Comme l'hormonothérapie prolonge de manière statistiquement significative la survie sans maladie et réduit le risque de récurrence^{52,53}, les médecins de famille doivent en priorité évaluer l'observance et prendre en charge les effets indésirables liés au traitement. L'acétaminophène et les anti-inflammatoires non stéroïdiens se sont montrés efficaces pour soulager la douleur musculosquelettique⁵⁴. Des données émergentes laissent croire que le yoga soulage aussi la douleur articulaire⁵⁵.

3^e tâche: promotion de la santé (Tableau 3¹⁵). La participation des médecins de famille est essentielle à la

prestation optimale des soins aux survivantes^{56,57}. Des études montrent invariablement que les survivantes qui consultent leur médecin de première ligne en plus de leur oncologue reçoivent plus probablement les soins de prévention recommandés⁵⁸⁻⁶⁰, de même que des soins de meilleure qualité pour leurs comorbidités⁵⁷. En matière de promotion de la santé et de prévention de la maladie, les médecins de famille doivent approcher la survivante du cancer comme une patiente ayant récemment reçu un diagnostic de syndrome coronarien aigu, soit une personne qui profitera pleinement du counseling en modification du mode de vie et y sera réceptive pour améliorer sa santé. Les médecins de famille et les survivantes du cancer du sein ont beaucoup de raisons d'adopter cette approche active à la réadaptation, surtout en ce qui a trait à l'objectif de faire 150 minutes d'activité physique modérée ou 75 minutes d'activité physique vigoureuse par semaine. Une récente méta-analyse d'études d'observation (niveau II) a donné lieu à un spectaculaire risque relatif de 0,52 de décès toutes causes confondues chez les survivantes du cancer du sein qui étaient physiquement actives⁶¹. Il existe aussi de nombreuses données de niveau I étayant de nombreux autres bienfaits de l'activité physique chez les survivantes du cancer du sein, dont l'atténuation de la fatigue, de la douleur et de la dépression, et l'amélioration de la qualité de vie⁶². L'exercice est sans danger durant et après le traitement contre le cancer⁶³ et les femmes doivent être informées des bienfaits de l'exercice tôt dans leur trajectoire de soins.

Le contrôle du poids est aussi un objectif important pour les survivantes du cancer du sein, et l'intensification

Tableau 3. Promotion de la santé chez les survivantes du cancer du sein

CATÉGORIE	RECOMMANDATIONS	NIVEAU DES DONNÉES*
Gestion du poids	• Conseiller aux patientes d'atteindre et de maintenir un poids santé	III
	• Conseiller aux patientes qui souffrent d'embonpoint ou d'obésité de changer leurs habitudes alimentaires et d'accroître leur activité physique pour favoriser et maintenir la perte pondérale	I
Activité physique	• Conseiller aux patientes d'éviter l'inactivité et de reprendre leurs activités quotidiennes aussitôt que possible après le diagnostic	II
	• Viser au moins 150 min d'activité physique modérée ou 75 min d'activité physique vigoureuse par semaine	I
	• Inclure des exercices de musculation au moins 2 jours/semaine	I
Nutrition	• Conseiller aux patientes une alimentation riche en fruits, légumes, grains entiers et légumineuses; pauvre en matières grasses saturées; et limitée en viandes rouges ou transformées	I
	• Limiter la consommation d'alcool à 1 verre par jour	III
	• Envisager les suppléments seulement en présence de carences	III
Abandon du tabac	• Conseiller aux patientes d'éviter de fumer; offrir ou recommander au counseling ou à des ressources antitabagiques	I

*Les données de niveau I incluent au moins 1 étude randomisée contrôlée, revue systématique ou méta-analyse bien conçue. Les données de niveau II incluent les autres études comparatives; études non randomisées, de cohorte, cas-témoin ou épidémiologiques; préférablement plus d'une étude. Les données de niveau III incluent l'opinion d'experts ou des énoncés de consensus et des études ou rapports marquants. Données tirées de Runowicz et coll.¹⁵

de l'activité contribue à cet objectif. Les survivantes du cancer du sein qui sont obèses présentent un risque accru de récurrence du cancer, de deuxième cancers et d'autres complications métaboliques, et même la perte pondérale modeste a été liée à une baisse des symptômes et à l'amélioration de la qualité de vie^{64,65}. Les données étayant un bienfait découlant des choix alimentaires en soi sont moins convaincantes. Malgré tout, vu qu'elles présentent un risque accru de maladie cardiovasculaire par rapport à la population générale, les survivantes du cancer du sein devraient adopter les pratiques alimentaires saines systématiquement recommandées: une alimentation riche en fruits, légumes et grains entiers, et pauvre en viande rouge. Il serait également important de suggérer une consommation d'alcool modérée (pas plus de 1 verre par jour selon les lignes directrices sur les soins aux survivantes du cancer du sein de l'American Cancer Society et l'American Society of Clinical Oncology¹⁵, ou 2 verres standard par jour ou 10 verres par semaine pour les femmes en général, selon les lignes directrices canadiennes sur la consommation d'alcool à faible risque⁶⁶), puisque des données de niveau II et III indiquent un taux supérieur de récurrence du cancer chez les survivantes du cancer du sein qui consomment beaucoup d'alcool⁶⁷.

Bien que les données concernant l'abandon du tabac soient limitées, une étude d'observation d'envergure (données de niveau II) a montré que, comparativement aux femmes qui continuaient de fumer, les femmes qui écrasaient après le diagnostic présentaient une tendance statistique vers une baisse de la mortalité liée au cancer et toutes causes confondues⁶⁸. La poursuite

du tabagisme chez les survivantes du cancer accroît la mortalité de toutes causes, le risque de deuxième cancers et le risque d'infarctus du myocarde et d'insuffisance cardiaque congestive⁶⁹. L'aide à l'abandon du tabac devrait être une priorité dans les soins aux survivantes du cancer.

4^e tâche: coordination des soins. Bien que les médecins de famille soient de plus en plus souvent à la tête du suivi des survivantes du cancer du sein, les défis qui se dressent devant certaines patientes sont mieux abordés par une approche multidisciplinaire. Les médecins de famille doivent activement réfléchir à quels professionnels de la santé pourraient contribuer au rétablissement de leur patiente, et doivent faire la recommandation rapidement. Cela commence par entretenir une relation avec les oncologues locaux ou avec les médecins de famille ayant une pratique ciblée en oncologie, lesquels, dans certaines régions du Canada, supervisent le traitement du cancer et peuvent s'avérer d'excellentes ressources pour le médecin de famille offrant des soins complets⁷⁰. Des questions sur la durée du traitement ou les changements des médicaments antioestrogéniques sont des raisons courantes derrière ces consultations.

Des conseils sur les ressources concernant les soins de suivi sont aussi donnés dans le plan de soins aux survivantes du cancer, un document remis aux patientes et aux médecins de famille par certains centres canadiens de cancérologie à la fin du traitement ou au moment du transfert en première ligne^{71,72}. Une autre source d'information efficace sur les ressources quant aux soins aux survivantes du cancer pour les médecins

de famille est la clinique ou le centre local de cancérologie. Les programmes généraux destinés aux survivantes du cancer, le soutien par les pairs et les programmes spécialisés sur le brouillard de la chimio, la fatigue, les problèmes sexuels, le lymphœdème et les problèmes de santé mentale sont d'une grande utilité au besoin. Mais il ne faut pas oublier nos propres cliniques et réseaux de médecine familiale, lesquels seraient les endroits les plus commodes et acceptables aux yeux des survivantes du cancer du sein pour recevoir l'aide d'autres professionnels de la santé. De toute manière, on encourage les médecins de famille à engager les patientes dans la prise en charge de leur propre rétablissement et à appuyer activement les rôles cruciaux des membres de la famille et des amis dans les soins aux survivantes.

Conclusion

Les médecins de famille remplissent de plus en plus le rôle de « quart arrière » dans les soins aux femmes atteintes du cancer du sein après la fin de la phase de traitement aigu. Dans la phase chronique du cancer, les soins visent à appuyer les survivantes du cancer du sein alors qu'elles se rétablissent des effets considérables sur les plans physique, psychologique et social liés au cancer. Dans ce sens, le cancer du sein doit être considéré comme une affection médicale chronique, même chez les femmes qui sont en rémission. Les soins de suivi du cancer profiteront de la même approche en équipe, structurée et fondée sur les données probantes qui est utilisée pour les autres affections chroniques en soins de première ligne. Un modèle à 4 facettes, dont la surveillance et le dépistage, l'évaluation et la prise en charge des effets physiques et psychosociaux, la promotion de la santé et la coordination des soins fournit aux médecins de famille un cadre utile pour approcher ce travail important.

Le Dr Sisler est président du programme Soins aux patients atteints du cancer de la section Communautés de pratique en médecine familiale du Collège des médecins de famille du Canada et vice-doyen au bureau de compétences continues et d'évaluation de la Faculté des sciences de la santé et professeur au Département de médecine familiale de l'Université du Manitoba, à Winnipeg. La Dr^e Chaput est médecin traitant au Centre universitaire de santé McGill, à Montréal, Québec, elle y dirige le programme pour les survivants du cancer, elle est aussi membre du comité du programme Soins aux patients du Collège des médecins de famille du Canada et membre du groupe de travail en soins de première ligne de Partenariat canadien contre le cancer. Le Dr Sussman est radio-oncologue et chercheur en services de santé à Hamilton, Ontario, et président du conseil consultatif sur la survie d'Action Cancer Ontario. Le Dr Ozokwelu est chef de projet de l'initiative Intégration des soins de première ligne et des soins de cancérologie dans la survie à CancerCare Manitoba à Winnipeg.

Collaborateurs

Tous les auteurs ont contribué à la revue et à l'interprétation de la littérature médicale, et à la préparation du manuscrit aux fins de soumission.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

Dr Jeffrey Sisler; courriel jeff.sisler@umanitoba.ca

Références

1. Comité consultatif des Statistiques canadiennes sur le cancer de la Société canadienne du cancer. *Canadian cancer statistics, 2015. Special topic: predictions of the future burden of cancer in Canada.* Toronto, ON: Société canadienne du cancer; 2015.

- Department of Epidemiology and Cancer Registry, CancerCare Manitoba. *Cancer in Manitoba, 2013. Annual statistical report.* Winnipeg, MB: CancerCare Manitoba; 2014. Accessible à: www.cancercare.mb.ca/resource/File/Epi-Cancer_Registry/CCMB_2013_Annual_Statistical_Report_Nov15.pdf. Réf. du 6 mai 2016.
- Grunfeld E, Levine MN, Julian JA, Coyle D, Szechtman B, Mirsky D et coll. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. *J Clin Oncol* 2006;24(6):848-55. Publ. en ligne du 17 janv. 2006.
- Grunfeld E, Mant D, Yudkin P, Adewuyi-Dalton R, Cole D, Stewart J et coll. Routine follow up of breast cancer in primary care: randomised trial. *BMJ* 1996;313(7058):665-9.
- Sussman J, Souter LH, Grunfeld E, Howell D, Gage C, Keller-Olaman S et coll. *Models of care for cancer survivorship.* Program in Evidence-Based Care Evidence-Based Series no. 26-1. Toronto, ON: Cancer Care Ontario; 2012.
- Del Giudice ME, Grunfeld E, Harvey BJ, Piliotis E, Verma S. Primary care physicians' views of routine follow-up care of cancer survivors. *J Clin Oncol* 2009;27(20):3338-45. Publ. en ligne du 20 avr. 2009.
- Chaput G, Kovacina D. Assessing the needs of family physicians caring for cancer survivors. Montreal survey [résumé]. *Can Fam Physician* 2016;62(Suppl 1):S18. Accessible à: www.cfp.ca/content/62/2/S1.full.pdf.html. Réf. du 7 sept. 2016.
- Sisler J, Carpenter-Kellett T, Bucher O, Erickson T. *Transitions of care for breast cancer survivors. The oncology-primary care interface.* Résumé présenté à la Cancer in Primary Care Research International Meeting; avril 2016; Boston, MA. Accessible à: <https://custom.cvent.com/37FC5AFFA45D4AB3A36D6E28256D55FF/files/Event/adc4dd87c08f485cb07fdbbd8e88b73d/5d89b9452f8d4f1d8f-f38ee55458997e.pdf>. Réf. du 7 mai 2016.
- Luctkar-Flude M, Aiken A, McColl MA, Tranmer J, Langley H. Are primary care providers implementing evidence-based care for breast cancer survivors? *Can Fam Physician* 2015;61:978-84.
- Grunfeld E, Hodgson DC, Del Giudice ME, Moineddin R. Population-based longitudinal study of follow-up care for breast cancer survivors. *J Oncol Prac* 2010;6(4):174-81.
- Hewitt M, Greenfield S, Stovall E, rédacteurs. *From cancer patient to cancer survivor: lost in transition.* Washington DC: National Academies Press; 2005.
- Luctkar-Flude M, Aiken A, McColl MA, Tranmer J. A comprehensive framework and key guideline recommendations for the provision of evidence-based breast cancer survivorship care within the primary care setting. *Fam Pract* 2014;32(2):129-40.
- Willis A, Hoffer E, Villalobos A, Pratt-Chapman M. *National Cancer Survivorship Resource Center toolkit. Provider tools. Implementing clinical practice guidelines for cancer survivorship care.* Washington, DC: George Washington Cancer Institute, American Cancer Society; 2016. Accessible à: <https://smhs.gwu.edu/gwci/sites/gwci/files/NCSC%20Providers%20Toolkit%20FINAL.pdf?src=GWCIwebsite>. Réf. du 6 mai 2016.
- Khatcheressian JL, Hurley P, Bantug E, Esserman LJ, Grunfeld E, Halberg F et coll. Breast cancer follow-up and management after primary treatment: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. *J Clin Oncol* 2013;31(7):961-5. Publ. en ligne du 5 nov. 2012.
- Runowicz CD, Leach CR, Henry NL, Henry KS, Mackey HT. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology breast cancer survivorship care guideline. *CA Cancer J Clin* 2016;66(1):44-73. Publ. en ligne du 7 déc. 2015.
- Morrow M, Waters J, Morris E. MRI for breast cancer screening, diagnosis, and treatment. *Lancet* 2011;378:1804-11.
- Saslow D, Boetes C, Burke W, Harms S, Leach MO, Lehman CD et coll. American Cancer Society guidelines for breast screening with MRI as an adjunct to mammography. *CA Cancer J Clin* 2007;57(2):75-89. Erratum dans: *CA Cancer J Clin* 2007;57(3):185.
- Gradishar WJ, Anderson BO, Balassanian R, Blair SL, Burstein HJ, Cyr A et coll. *NCCN clinical practice guidelines in oncology. Breast cancer version 2.2015.* Fort Washington, PA: National Comprehensive Cancer Network; 2015.
- Simard S, Thewes B, Humphris G, Dixon M, Hayden C, Mireskandari S et coll. Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *J Cancer Surviv* 2013;7(3):300-22. Publ. en ligne du 10 mars 2013.
- De Bock GH, Bonnema J, van Der Hage J, Kievit J, van de Velde CJH. Effectiveness of routine visits and routine tests in detecting isolated locoregional recurrences after treatment for early-stage invasive breast cancer: a meta-analysis and systematic review. *J Clin Oncol* 2004;22(19):4010-8.
- Rojas MP, Telaro E, Russo A, Moschetti I, Coe L, Fossati R et coll. Follow-up strategies for women treated for early breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(1):CD001768.
- Grunfeld E, Moineddin R, Gunraj N, Del Giudice ME, Hodgson DC, Kwon JS et coll. Cancer screening practices of cancer survivors. Population-based, longitudinal study. *Can Fam Physician* 2012;58:980-6.
- Howell D, Keller-Olaman S, Oliver T, Hack T, Broadfield L, Biggs K et coll. *A pan-Canadian practice guideline: screening, assessment and care of psychosocial distress (depression, anxiety) in adults with cancer.* Toronto, ON: Partenariat canadien contre le cancer, Association canadienne d'oncologie psychosociale; 2010.
- Heisey R, Carroll JC. Identification et prise en charge des femmes qui présentent des antécédents familiaux de cancer du sein. Guide pratique à l'intention des médecins. *Can Fam Physician* 2016;62:799-803 (ang), e572-7 (fr).
- Harris SR, Schmitz KH, Campbell KL, McNeely ML. Clinical practice guidelines for breast cancer rehabilitation: syntheses of guideline recommendations and qualitative appraisals. *Cancer* 2012;23:12-24.

26. Mewes JC, Steuten LMG, Duijts SFA, Oldenburg HSA, van Beurden M, Stuiver M et coll. Cost-effectiveness of cognitive behavioral therapy and physical exercise for alleviating treatment-induced menopausal symptoms in breast cancer patients. *J Cancer Surviv* 2015;9(1):126-35.
27. Anderson D, Seib C, McGuire A, Porter-Steele J. Decreasing menopausal symptoms in women undertaking a web-based multi-modal lifestyle intervention: the Women's Wellness Program. *Maturitas* 2015;81(1):69-75.
28. Shockney LD. Management of long-term side effects. Dans: Shockney LD, rédacteur. *Breast cancer survivorship care: a resource for nurses*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers; 2011. p. 36-58.
29. Frost MH, Suman VJ, Rummans TA, Dose AM, Taylor M, Novotny P et coll. Physical, psychological and social well-being of women with breast cancer: the influence of disease phase. *Psychooncology* 2000;9(3):221-31.
30. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ* 2005;330(7493):702. Publ. en ligne du 4 févr. 2005.
31. Maunsell E, Brisson J, Deschênes L. Psychological distress after initial treatment of breast cancer. Assessment of potential risk factors. *Cancer* 1992;70(1):120-5.
32. Mehnert A, Koch U. Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *J Psychosom Res* 2008;64(4):383-91.
33. Carlson LE, Waller A, Mitchell AJ. Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: review and recommendations. *J Clin Oncol* 2012;30(11):1160-77. Publ. en ligne du 12 mars 2012.
34. Carver JR, Shapiro CL, Ng A, Jacobs L, Schwartz C, Virgo KS et coll. American Society of Clinical Oncology clinical evidence review on the ongoing care of adult cancer survivors: cardiac and pulmonary late effects. *J Clin Oncol* 2007;25(25):3991-4008.
35. Bovelli D, Plataniotis G, Roila F; ESMO Guidelines Working Group. Cardiotoxicity of chemotherapeutic agents and radiotherapy-related heart disease. *Ann Oncol* 2010;21(Suppl 5):277-82.
36. Lenihan DJ, Oliva S, Chow EJ, Cardinale D. Cardiac toxicity in cancer survivors. *Cancer* 2013;119(Suppl 11):2131-42.
37. Yeh ET, Bickford CL. Cardiovascular complications of cancer therapy: incidence, pathogenesis, diagnosis, and management. *J Am Coll Cardiol* 2009;53(24):2231-47.
38. Lenihan DJ, Cardinale DM. Late cardiac effects of cancer treatment. *J Clin Oncol* 2012;30(30):3657-64. Publ. en ligne du 24 sept. 2012. Erratum dans: *J Clin Oncol* 2012;30(36):4590.
39. Accordini MK, Neugut AI, Hershman DL. Cardiac effects of anticancer therapy in the elderly. *J Clin Oncol* 2014;32(24):2654-61. Publ. en ligne du 28 juil. 2014.
40. Raj S, Franco VI, Lipshultz SE. Anthracycline-induced cardiotoxicity: a review of pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Curr Treat Options Cardiovasc Med* 2014;16(6):1-4.
41. Weaver KE, Foraker RE, Alfano CM, Rowland JH, Arora NK, Bellizzi KM et coll. Cardiovascular risk factors among long-term survivors of breast, prostate, colorectal, and gynecologic cancers: a gap in survivorship care? *J Cancer Surviv* 2013;7(2):253-61. Publ. en ligne du 16 févr. 2013.
42. Darby SC, Ewertz M, McGale P, Bennett AM, Blom-Goldman U, Bronnrum D et coll. Risk of ischemic heart disease in women after radiotherapy for breast cancer. *N Engl J Med* 2013;368(11):987-98.
43. Roychoudhuri R, Robinson D, Putcha V, Cuzick J, Darby S, Møller H. Increased cardiovascular mortality more than fifteen years after radiotherapy for breast cancer: a population-based study. *BMC Cancer* 2007;7:9.
44. Patnaik JL, Byers T, DiGiuseppe C, Dabelea D, Denberg TD. Cardiovascular disease competes with breast cancer as the leading cause of death for older females diagnosed with breast cancer: a retrospective cohort study. *Breast Cancer Res* 2011;13(3):R64.
45. Aleman BMP, Moser EC, Nuver J, Suter TM, Maraldo MV, Specht L et coll. Cardiovascular disease after cancer therapy. *EJC Suppl* 2014;12(1):18-28. Publ. en ligne du 29 mai 2014.
46. Crew KD, Greenlee H, Capodice J, Raptis G, Brafman L, Fuentes D et coll. Prevalence of joint symptoms in postmenopausal women taking aromatase inhibitors for early-stage breast cancer. *J Clin Oncol* 2007;25(25):3877-83.
47. Mouridsen HT. Incidence and management of side effects associated with aromatase inhibitors in the adjuvant treatment of breast cancer in postmenopausal women. *Curr Med Res Opin* 2006;22(8):1609-21.
48. Oberguggenberger A, Hubalek M, Sztankay M, Meraner V, Beer B, Oberacher H et coll. Is the toxicity of adjuvant aromatase inhibitor therapy underestimated? Complementary information from patient-reported outcomes. *Breast Cancer Res Treat* 2011;128(2):553-61. Publ. en ligne du 11 févr. 2011.
49. Mao JJ, Stricker C, Bruner D, Xie S, Bowman MA, Farrar JT et coll. Patterns and risk factors associated with aromatase inhibitor-related arthralgia among breast cancer survivors. *Cancer* 2009;115(16):3631-9.
50. Hershman DL, Shao T, Kushi LH, Buono D, Tsai WY, Fehrenbacher L et coll. Early discontinuation and non-adherence to adjuvant hormonal therapy are associated with increased mortality in women with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2011;126(2):529-37. Publ. en ligne du 28 août 2010.
51. Ziller V, Kalder M, Albert US, Holzhauser W, Ziller M, Wagner U et coll. Adherence to adjuvant endocrine therapy in postmenopausal women with breast cancer. *Ann Oncol* 2009;20(3):431-6. Publ. en ligne du 15 janv. 2009.
52. Regan MM, Price KN, Giobbie-Hurder A, Thürlimann B, Gelber RD. Interpreting Breast International Group (BIG) 1-98: a randomized, double-blind, phase III trial comparing letrozole and tamoxifen as adjuvant endocrine therapy for postmenopausal women with hormone receptor-positive, early breast cancer. *Breast Cancer Res* 2011;13(3):1-6.
53. Regan MM, Neven P, Giobbie-Hurder A, Goldhirsch A, Ejlertsen B, Mauriac L et coll. Assessment of letrozole and tamoxifen alone and in sequence for postmenopausal women with steroid hormone receptor-positive breast cancer: the BIG 1-98 randomised clinical trial at 8.1 years median follow-up. *Lancet Oncol* 2011;12(12):1101-8. Publ. en ligne du 20 oct. 2011.
54. Present CA, Bosserman L, Young T, Vakili M, Horns R, Upadhyaya G et coll. Aromatase inhibitor-associated arthralgia and/or bone pain: frequency and characterization in non-clinical trial patients. *Clin Breast Cancer* 2007;7(10):775-8.
55. Peppone LJ, Janelins MC, Kamen C, Mohile SG, Sprod LK, Gewandter JS et coll. The effect of YOCAS® yoga for musculoskeletal symptoms among breast cancer survivors on hormonal therapy. *Breast Cancer Res Treat* 2015;150(3):597-604. Publ. en ligne du 27 mars 2015.
56. Grunfeld E, Earle CC. The interface between primary and oncology specialty care: treatment through survivorship. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2010;2010(40):25-30.
57. Snyder CF, Frick KD, Herbert RJ, Blackford AL, Neville BA, Lemke KW et coll. Comorbid condition care quality in cancer survivors: role of primary care and specialty providers and care coordination. *J Cancer Surviv* 2015;9(4):641-9. Publ. en ligne du 26 févr. 2015.
58. Earle CC, Burstein HJ, Winer EP, Weeks JC. Quality of non-breast cancer health maintenance among elderly breast cancer survivors. *J Clin Oncol* 2003;21(8):1447-51.
59. Snyder CF, Frick KD, Kantsiper ME, Peairs KS, Herbert RJ, Blackford AL et coll. Prevention, screening, and surveillance care for breast cancer survivors compared with controls: changes from 1998 to 2002. *J Clin Oncol* 2009;27(7):1054-61. Publ. en ligne du 21 janv. 2009.
60. Snyder CF, Frick KD, Peairs KS, Kantsiper ME, Herbert RJ, Blackford AL et coll. Comparing care for breast cancer survivors to non-cancer controls: a five-year longitudinal study. *J Gen Intern Med* 2009;24(4):469-74. Publ. en ligne du 21 janv. 2009.
61. Schmid D, Leitzmann MF. Association between physical activity and mortality among breast cancer and colorectal cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Ann Oncol* 2014;23(7):1293-311. Publ. en ligne du 18 mars 2014.
62. Mishra SI, Scherer RW, Geigle PM, Berlanstein DR, Topaloglu O, Gotay CC et coll. Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(8):CD007566.
63. American Cancer Society [site web]. *Physical activity and the cancer patient*. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2014. Accessible à: www.cancer.org/treatment/survivorshipduringandaftertreatment/stayingactive/physical-activity-and-the-cancer-patient. Réf. du 6 mai 2016.
64. Denmark-Wahnefried W, Rogers LQ, Alfano CM, Thomson CA, Courneya KS, Meyerhardt JA et coll. Practical clinical interventions for diet, physical activity, and weight control in cancer survivors. *CA Cancer J Clin* 2015;65(3):167-89. Publ. en ligne du 13 févr. 2015.
65. Ligibel JA, Alfano CM, Courneya KS, Demark-Wahnefried W, Burger RA, Chlebowski RT et coll. American Society of Clinical Oncology position statement on obesity and cancer. *J Clin Oncol* 2014;32(31):3568-74. Publ. en ligne du 1^{er} oct. 2014.
66. Butt P, Birmess D, Gliksman L, Paradis C, Stockwell T. *Alcohol and health in Canada: a summary of evidence and guidelines for low-risk drinking*. Ottawa, ON: Centre canadien de lutte contre les toxicomanies; 2011.
67. Kwan ML, Kushi LH, Weltzien E, Tam EK, Castillo A, Sweeney C et coll. Alcohol consumption and breast cancer recurrence and survival among women with early-stage breast cancer: the life after cancer epidemiology study. *J Clin Oncol* 2010;28(29):4410-6. Publ. en ligne du 30 août 2010.
68. Passarelli MN, Newcomb PA, Hampton JM, Trentham-Dietz A, Titus LJ, Egan KM et coll. Cigarette smoking before and after breast cancer diagnosis: mortality from breast cancer and smoking-related diseases. *J Clin Oncol* 2016;34:1315-22. Publ. en ligne du 25 janv. 2016.
69. Toll BA, Brandon TH, Gritz ER, Warren GW, Herbst RS. Assessing tobacco use by cancer patients and facilitating cessation: an American Association for Cancer Research policy statement. *Clin Cancer Res* 2013;19(8):1941-8. Publ. en ligne du 9 août 2013.
70. Sisler JJ, DeCarolis M, Robinson D, Sivananthan G. Family physicians who have focused practices in oncology. Results of a national survey. *Can Fam Physician* 2013;59:e290-7. Accessible à: www.cfp.ca/content/59/6/e290.full.pdf+html. Réf. du 7 sept. 2016.
71. O'Brien M, Grunfeld E, Sussman J, Porter G, Hammond Mobilio M. Views of family physicians about survivorship care plans to provide breast cancer follow-up care: exploration of results from a randomized controlled trial. *Curr Oncol* 2015;22(4):252-9.
72. Blanch-Hartigan D, Forsythe LP, Alfano CM, Smith T, Nekhyudov L, Ganz PA et coll. Provision and discussion of survivorship care plans among cancer survivors: results of a nationally representative survey of oncologists and primary care physicians. *J Clin Oncol* 2014;32(15):1578-85. Publ. en ligne du 21 avr. 2014.
