Pratique de dépistage du cancer du sein des médecins généralistes des Alpes-Maritimes

Serge L'Héritier

▶ **To cite this version:**

Serge L'Héritier. Pratique de dépistage du cancer du sein des médecins généralistes des Alpes-Maritimes. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01836919

HAL Id: dumas-01836919

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01836919

Submitted on 12 Jul 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.

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE

Année 2018

THESE

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'état

SPECIALITE DE MEDECINE GENERALE

Pratique de dépistage du cancer du sein des médecins généralistes des Alpes-Maritimes

Présentée et soutenue publiquement le 27 mars 2018
A Nice
Par Serge L'HERITIER
Né le 20 Mai 1984 à Montbéliard (25)

Directeur de Thèse : Madame le Docteur Céline CASTA

Président du jury : Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER

Assesseurs : Monsieur le Professeur Christian PRADIER
Monsieur le Professeur Jérôme DELOTTE
Monsieur le Professeur Jean-Baptiste SAUTRON

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs de la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	**M. BAQUÉ Patrick**
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M DELLAMONICA Jean Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DESNUELLE Claude
M. DOLISI Claude
M. FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique
M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André
M. JOURDAN Jacques
M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. ORTONNE Jean-Paul
M. PRINGUEY Dominique
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire	Mlle ALLINE Madeleine
M.C.U. Honoraires	M. ARNOLD Jacques
	M. BASTERIS Bernard
	Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
	Mme DONZEAU Michèle
	M. EMILIOZZI Roméo
	M. FRANKEN Philippe
	M. GASTAUD Marcel
	M. GIUDICELLI Jean
	M. MAGNÉ Jacques
	Mme MEMRAN Nadine
	M. MENGUAL Raymond
	M. PHILIP Patrick
	M. POIRÉE Jean-Claude
	Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. AMIEL Jean	Urologie
M.BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale
M. BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. ESNAULT Vincent	Néphrologie
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie
M. FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction
M. FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne
M. GASTAUD Pierre	Ophtalmologie
M. GILSON Éric	Biologie Cellulaire
M. HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire
M. HÉBUTERNE Xavier	Nutrition
M. HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques
Mme ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie
M. LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie- médecine vasculaire
M. MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie
M. MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie
M. MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme PAQUIS Véronique	Génétique
M. PAQUIS Philippe	Neurochirurgie
M. QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé
M. RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale
M. ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes
M. SANTINI Joseph	O.R.L.
M. THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie
M. TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie
M. BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale
M. BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique
M. BÉRARD Étienne	Pédiatrie
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique
M. BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique
Mme BREUIL Véronique	Rhumatologie
M.CASTILLO Laurent	O.R.L.
M.DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique
M.DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique
M.FERRARI Émile	Cardiologie
M.FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie
M.GIBELIN Pierre	Cardiologie
M.GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive
M.HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie
M.LONJON Michel	Neurochirurgie
M.MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie
M.PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale
M.PICHE Thierry	Gastro-entérologie
M.PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention
Mme RAYNAUD Dominique	Hématologie
M.ROSENTHAL Éric	Médecine Interne
M.SCHNEIDER Stéphane	Nutrition
M.STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale
M.THOMAS Pierre	Neurologie

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé
M.ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie
M.BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie
Mme BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie
M.BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale
M.BENOIT Michel	Psychiatrie
M.BREAUD Jean	Chirurgie Infantile
M.CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation
M.CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
M.CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale
Mme CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire
M.CLUZEAU Thomas	Hématologie
M.DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale
M. DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique
M. FONTAINE Denys	Neurochirurgie
M.FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique
Mlle GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie
M.GUÉRIN Olivier	Gériatrie
M.IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive
MJEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire
M.LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M.PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie
M.ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales
M.ROHRLICH Pierre	Pédiatrie
M.ROUX Christian	Rhumatologie
M.RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie
Mme SACCONI Sabrina	Neurologie

M.SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
M.TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M.VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe	Médecine Générale

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David	Médecine Générale

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca	Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie
Mme BANNWARTH Sylvie	Génétique
M. BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie
M. BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques
M. DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie
M. DOYEN Jérôme	Radiothérapie
M. FAVRE Guillaume	Néphrologie
M. FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène
M.GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie
Mme HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire
M. HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire
Mme LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie
Mme LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion
Mme LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie
Mme MOCERI Pamela	Cardiologie
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques
M. NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire
Mme POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie
Mme SEITZ-POLSKI Barbara	Immunologie
M.TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention
M.TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu	Urologie
M. ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologique

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme HURST Samia	Thérapeutique
M. PAPA Michel	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M. BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale
Mme CASTA Céline	Médecine Générale
M. HOGU Nicolas	Médecine Générale
Mme MONNIER Brigitte	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François	
M. BROCKER Patrice	Médecine Interne
M. CHEVALLIER Daniel	Médecine Interne Option Gériatrie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Urologie Médecine Physique et Réadaptation
M. JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M. ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M. PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M. PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M. QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

A Monsieur le **Professeur Philippe HOFLIGER**,
Pour me faire l'honneur de présider mon jury de thèse.

Aux membres du jury, les **Professeurs Christian PRADIER**, **Jérôme DELOTTE** et **Jean-Baptiste SAUTRON**, pour avoir accepté de consacrer de votre temps pour juger mon travail par votre expertise.

A ma directrice de thèse, le **docteur Céline CASTA**.
Merci infiniment pour ta gentillesse, ta patience, ta disponibilité et ta pédagogie au cours de ces derniers mois.

Au **Docteur Claire GRANON**, directrice d'Aprémas.
Je ne saurais assez-vous remercier pour vos précieux conseils, de votre aide bienveillante et du temps que vous avez utilisé pour m'aider à confectionner ce travail et pour l'analyse des résultats de cette étude.

A l'ensemble de mes Maître de stage qui m'ont suivi et épaulé durant ces années d'internat et particulièrement aux **docteurs Christophe HEBERT et Marc CASTELLANI** qui par leur professionnalisme, leur dévouement et bienveillance, n'ont fait que me confirmer mon avis de pratiquer la Médecine Générale.

Remerciements

Aux médecins généralistes qui m'ont fait confiance pour les remplacer et me permettre d'accroitre mon expérience.
Un remerciement particulier aux **docteurs Roland GIROD, Olivier NADAL et Séverine AGRATI** pour leur amitié précieuse, leur soutien sans faille et leurs conseils avisés.

A tous les médecins qui ont acceptés de prendre du temps pour moi et qui ont pour la plupart contribués à l'élaboration de cette étude.

A ma famille,
Ma mère, **Solvaine**, qui a toujours été là pour moi et sans qui je ne serais rien.
Ma sœur, **Evelyne**, tu es ma meilleure amie et ma plus proche confidente.
Mon frère, **Fred**, merci de ton soutien et des moments de joie que tu m'apportes.
A mes nièces et neveux que j'adore.

A **Nadine**, ma grande sœur de cœur.
Merci de m'avoir supporté tout ce temps et au plaisir de se revoir en dehors du cabinet.
A **Sandra**, merci de ta sincérité et de toute l'aide que tu m'as apporté.
Je ne l'oublierais jamais.
A **Jocelyne**, merci de tes conseils et de ton épaule amicale durant tous ces moments

A tous mes amis pour votre présence et votre soutien.

A mes anciens patients et ceux à venir.
Puissé-je avoir la sagesse et l'humilité de vous soigner et de vous accompagner du mieux que je peux.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES ILLUSTRATIONS .....
ABREVIATIONS .....
INTRODUCTION 1
METHODE 3
QUESTIONNAIRE : 3
1) Elaboration du questionnaire 3
2) Mode d'administration 6
POPULATION ET ECHANTILLON : 8
METHODOLOGIE D'ANALYSE : 9
RESULTATS 10
DONNEES DESCRIPTIVES : 10
1) CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION DE MEDECINS ETUDIEE : 12
2) DESCRIPTION DES PRATIQUES DE DEPISTAGE : 13
3) FORMATION ET IMPLICATION POUR LE DCS : 16
ANALYSES CROISEES 17
1) ANALYSES DES PRATIQUES DE DEPISTAGE : 17
2) FORMATION ET IMPLICATION POUR LE DCS : 23
DISCUSSIONS 25
BIBLIOGRAPHIE 29
SERMENT D'HIPPOCRATE 32
ANNEXES 34
Annexe 1 : Questionnaire en ligne 34
Annexe 2 : Courrier envoyé aux 701 médecins 38
Annexe 3 : Mail envoyé aux médecins généralistes 40
RESUME 41
ABSTRACT 42

TABLE DES ILLUSTRATIONS

FIGURES :

Figure 1 : Principaux freins à la pratique du dépistage du cancer du sein 5
Figure 2 : Principaux moteurs à la pratique du dépistage du cancer du sein 6
Figure 3 : Recrutement des médecins entre décembre 2017 et février 2018 10

TABLEAUX :

Tableau I : Caractéristiques des 205 médecins généralistes participants 12
Tableau II : Avantages de la mammographie de dépistage selon les médecins 17
Tableau III : Prescription de la mammographie d'Aprémas selon les médecins 18
Tableau IV : Avantages de la mammographie d'Aprémas selon les médecins 19
Tableau V : mammographies prescrites avant 45 ans selon les médecins 20
Tableau VI : mammographies prescrites après 75 ans selon les médecins 21
Tableau VII : Pratique de la palpation des seins selon les médecins 22
Tableau VIII : Connaissance des résultats du rapport de la CCS 23
Tableau IX : Proportion de médecins favorables à une consultation spécifique 24

ABREVIATIONS

Aprémas : Association Prévention Maladies du Sein

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

DERMG : Département d'Enseignement et de Recherche de Médecine Générale

DOCS : Dépistage Organisé du Cancer du Sein

DCS : Dépistage du cancer du sein

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute autorité de santé

INCa : Institut National du Cancer

INVS : Institut national de Veille Sanitaire

MSU : Maître de Stage des Universités

ROSP : Rémunérations sur Objectifs de Santé Publique

RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique

INTRODUCTION

En 2015, le cancer du sein reste le premier cancer féminin en France avec 54 000 nouveaux cas estimés et est également à l'origine du plus grand nombre de décès induit par les cancers féminins (1,2).

Le programme national de dépistage systématique du cancer du sein initialement mis en place en 1994 a été généralisé à l'ensemble du territoire en 2004 (3) dans les suite des plans Cancer (4) lancés par le gouvernement français sous l'impulsion du président Jacques Chirac.

Cependant, on constate que ce dépistage organisé fait l'objet de controverses ces dernières années (5).

En effet, de nombreuses études récentes font état de doutes sur l'efficience du dépistage (6) ainsi que la sous-estimation des effets insidieux de celui-ci (7), comme le nombre de faux positifs (8), le risque de surdiagnostic et de surtraitement (9) et les cancers radio induits (10).

Ainsi, en 2013, une synthèse Cochrane de méta-analyses conduite par Gøtzsche et Nielsen (11) met en évidence que le dépistage du cancer du sein par mammographie n'entraine pas de réduction significative sur les morts induites par cancers du sein après 10 ans, ni sur les morts toutes causes confondues.
En outre, ils estiment que le dépistage augmentait de 30% le nombre de femmes qui ont reçu un diagnostic de cancer du sein et qui ont été traitées (lumectomies, massectomies et radiothérapies) par rapport aux femmes du groupe témoin qui n'a pas été dépisté.
Une autre méta-analyse, de 2012 (12), menée par des acteurs indépendants britanniques fait état de nombreuses limitations dans les études analysées : les chiffres obtenus tant sur le plan de l'efficience que sur les risques du dépistage et l'estimation de l'ampleur du surdiagnostic notamment, ne leur paraissant pas fiable, et n'auraient qu'un très faible niveau de preuve.

Dans le cadre du plan Cancer III visant à réévaluer et améliorer le DOCS, un rapport d'un comité d'orientation indépendant basé sur la concertation citoyenne et scientifique a été commandé par le ministère des Solidarité et de la Santé puis publié par l'INCa en 2016 (13).

S'appuyant sur les recommandations de ce comité indépendant, le président de l'INCa propose une réforme du dépistage organisé du cancer du sein (14) :

- Une meilleure intégration du médecin traitant dans le parcours de santé organisé en proposant notamment la mise en place d'une consultation spécifique dédiée à la prévention et au dépistage pour leurs patientes à 25 et 50 ans.
- Une série de mesures visant à réduire les inégalités d'accès (géographiques, sociales et culturelles).
- La réalisation de nouveaux outils d'informations à destination des patientes mais également des professionnels de santé.
- Une prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie des échographies s'intégrant dans les parcours de soins.

Dans les suites, un plan d'action publié par l'INCa en avril 2017 et validé par le Ministère de la Solidarité et de la Santé (15) propose de réaliser une série d'études visant à évaluer l'impact du dépistage organisé du cancer du sein en France.

Dans ce contexte de réflexion globale et d'incertitudes scientifiques, les médecins généralistes qui sont des acteurs de première ligne dans le rôle de prévention, doivent conseiller leurs patientes.
Dans l'intérêt d'une décision partagée la plus juste avec les patientes, le praticien doit donc proposer une information éclairée selon les recommandations officielles, les données de la science actuelles et son expérience personnelle.

Dans ce contexte de controverse scientifique et de réforme annoncé du dépistage organisé du cancer du sein, quelles sont donc les pratiques des médecins généralistes ?

METHODE

Nous avons réalisé une enquête de pratiques transversale auprès de médecins généralistes des Alpes Maritimes, par auto-questionnaire.

L'objectif principal de notre étude descriptive était d'étudier la pratique professionnelle des médecins généralistes concernant le DCS (prescriptions de mammographie et palpation des seins).

Les objectifs secondaires étaient :

- D'évaluer l'association entre certaines caractéristiques (âge, sexe, formation, conditions d'installation) des médecins et leur implication à proposer le DCS à leurs patientes.
- De déterminer la proportion de médecins jugeant utile la mise en place d'une consultation dédiée au dépistage, entre 25 et 50 ans (15).

QUESTIONNAIRE :

1) Elaboration du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à partir d'une analyse de la littérature portant sur le thème du dépistage, en particulier sur le dépistage du cancer du sein et sur des études portant sur les pratiques des médecins généralistes concernant le dépistage (16, 17, 18, 19, 20, 21, 22).

Les recherches bibliographiques pour appuyer cette enquête ont été réalisés à partir des sites internet de la BIUM (Bibliothèque interuniversitaire de santé de Paris) et du catalogue SUDOC (système universitaire de documentation) pour les thèses référencées. Les moteurs de recherche Pubmed et GoogleScholar ont permis d'analyser les articles sur la thématique du dépistage du cancer du sein.
De même, nous nous sommes appuyés sur les recommandations de l'HAS (23), des publications récentes du Ministère des Solidarités et de la Santé et du site de l'INCa.

Le questionnaire a été élaboré selon 4 axes principaux (Annexe 1) :

- La pratique des médecins généralistes : prescription de la mammographie (dans la période d'âge visée par le DOCS et en dehors) et palpation des seins.
- Les facteurs influençant les pratiques de dépistage des médecins généralistes.
- Leur avis (et leur degré d'implication) sur la mise en place d'une consultation dédiée au dépistage à 25 et 50 ans.
- Les caractéristiques des médecins interrogés : âge, sexe, formation et conditions d'installation (milieu d'installation, exercice groupé ou non, secrétariat).

Les facteurs influençant les pratiques de dépistage, suite à une revue de la littérature (13, 24, 25, 26), ont été classés en facteurs limitants (freins) (figure 1) et facteurs influençant positivement la participation au dépistage (moteurs) (figure 2).

Figure 1 : Principaux freins à la pratique du dépistage du cancer du sein

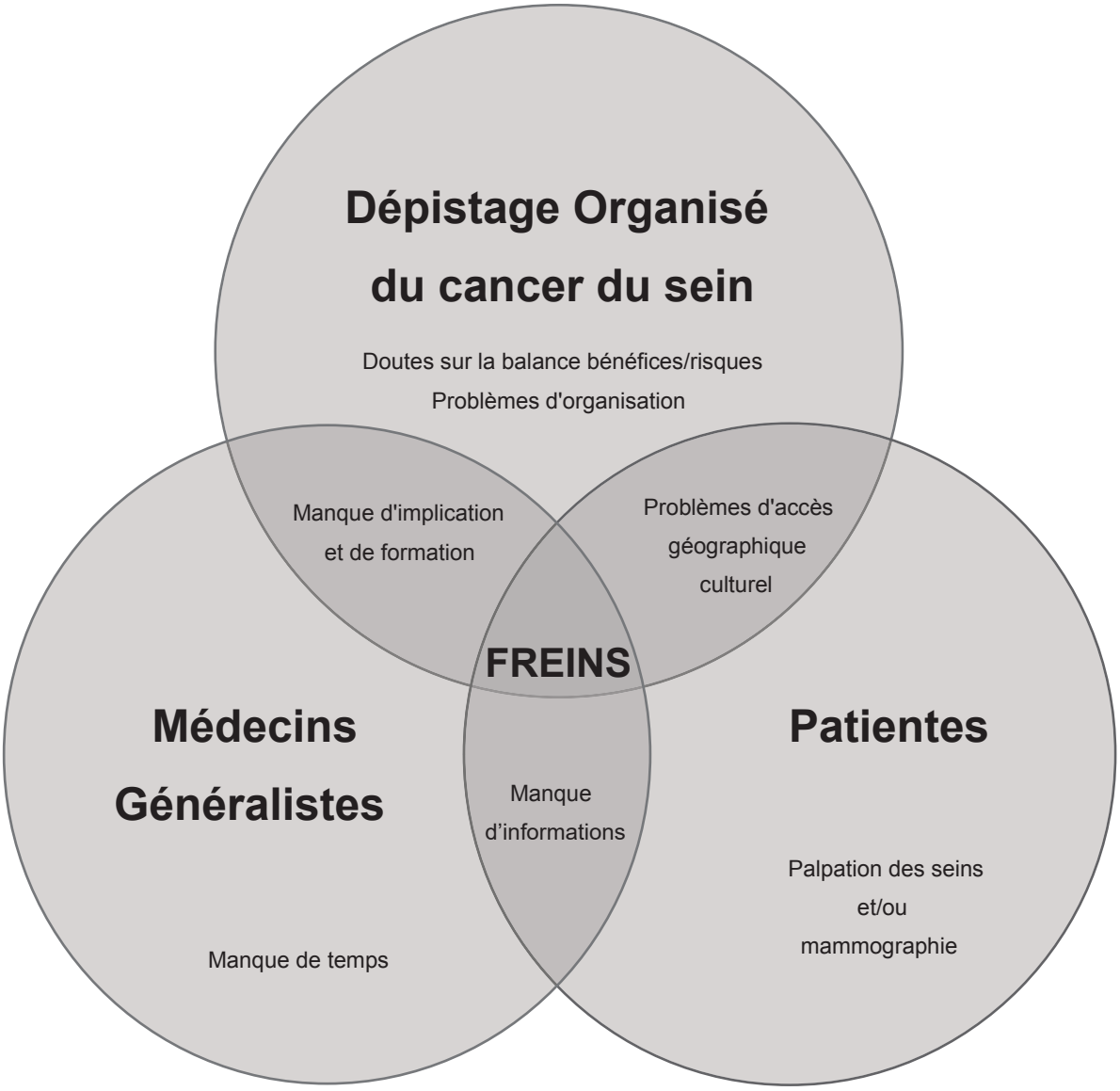
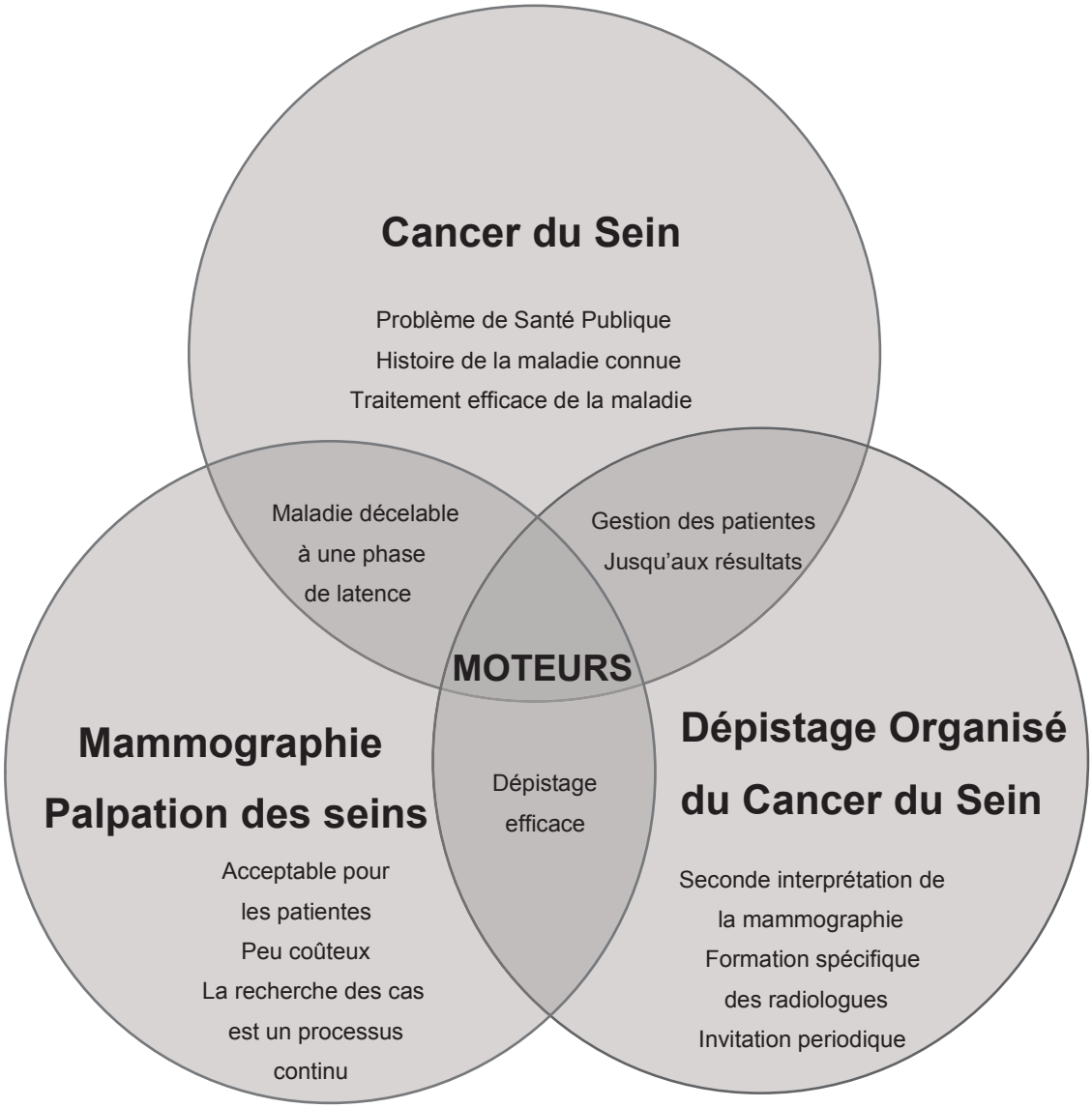


Figure 2 : Principaux moteurs à la pratique du dépistage du cancer du sein



2) Mode d'administration

Un questionnaire autoadministré a été privilégié pour éviter les biais de désidérabilité et pour permettre aux médecins de le remplir à tout moment.

Il comportait un total de 22 questions fermées dont 4 réalisées avec branchement conditionnel pour être le plus court possible :

- Les questions spécifiques portant sur la prescription de la mammographie (Aprémas et en dehors des âges visés par le DOCS) n'ont pas été posés aux non-prescripteurs de mammographie de dépistage.
- Les non-prescripteurs de mammographie de dépistage, notamment dans le cadre du dépistage organisé, ont été invité à justifier ces choix.
- L'avantage majeur de la mammographie de dépistage n'a été demandé qu'aux prescripteurs de cette dernière.
- Les médecins déléguant la prescription de mammographie à d'autres professionnels, ont été interrogés sur la vérification de sa réalisation effective.
- Les médecins ne réalisant pas la palpation des seins ont été interrogés sur la raison principale de cette non pratique.

Nous avons privilégié un questionnaire à choix unique pour rendre les réponses plus exploitables. Une question à choix multiple a cependant été proposée pour mieux comprendre les raisons des non-prescripteurs de mammographie, qui peuvent être multifactorielles.

Ce questionnaire était anonyme pour éviter tout jugement des pratiques, dans le respect de la réglementation et du droit de la personne interrogée en accord avec la déclaration d'Helsinki/loi de bioéthique (aout 2004) (27).

Une fois élaboré, le questionnaire a été hébergé sur SurveyMonkey.com (site sécurisé). Les participations étaient limitées à une par ordinateur (par contrôle IP) afin de limiter le risque de participations multiples.

Une phase de pré-test a été effectué sur un échantillon de 15 médecins généralistes en octobre 2017. La durée de remplissage du questionnaire a été estimé à 5 minutes environ.

POPULATION ET ECHANTILLON :

L'Apremas (28), l'organisme en charge du dépistage organisé, dans le département des Alpes Maritimes, nous a donné accès à un échantillon représentatif de 701 médecins généralistes à partir de sa base de données (déclarée à la CNIL).
Cette liste a été constitué après tirage au sort effectué sur la base des médecins généralistes installés dans les Alpes Maritimes grâce à la fonction « alea » du logiciel EXCEL.

Fin octobre 2017, un courrier était adressé aux médecins généralistes pour les sensibiliser au thème de l'étude. Ce courrier précisait qu'ils seraient contactés par téléphone pour la suite de l'étude. (Annexe 2). Ce courrier a été conjointement signé avec l'Apremas et le Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale de Nice.

Un mois après, ces médecins ont été contacté par téléphone par l'investigateur pour leur présenter l'étude. Tout refus était notifié et en cas d'accord, un mail leur était envoyé contenant un lien menant au questionnaire (Annexe 3).
En l'absence de contact téléphonique direct, nous avons tenté de joindre le praticien via son répondeur, son secrétariat, son ou ses associés. En dernier recours, si nous disposions de ses coordonnées, nous avons adressé le mail directement au praticien.

Les médecins contactés ont été invité à nous confirmer avoir rempli le questionnaire par mail dès qu'ils l'avaient fait. Des relances par mail ont été programmé tous les 15 jours en moyenne en cas de non confirmation de remplissage.

Les critères de non-inclusion des médecins interrogés étaient :

- Refus de participer.
- Indisponible ou injoignable durant la période de recueil de données.
- N'exerce pas ou plus d'activité de Médecine générale.
- N'exerce pas ou plus dans les Alpes-Maritimes.

METHODOLOGIE D'ANALYSE :

Tous les questionnaires ont été sauvegardés dans la base de données du site sécurisé. Les données récupérées ont été codées puis saisies sur fichier EXCEL pour être analysées grâce au logiciel STATISTICA.

Les questionnaires abandonnés avant la fin ou contenant plus de 2 données manquantes étaient exclus.

Une analyse univariée (étude de moyenne, écart-types) a été effectuée pour répondre à notre objectif principal et notre second objectif secondaire (étudier la proportion de médecins favorables à la mise en place d'une consultation dédiée au dépistage).

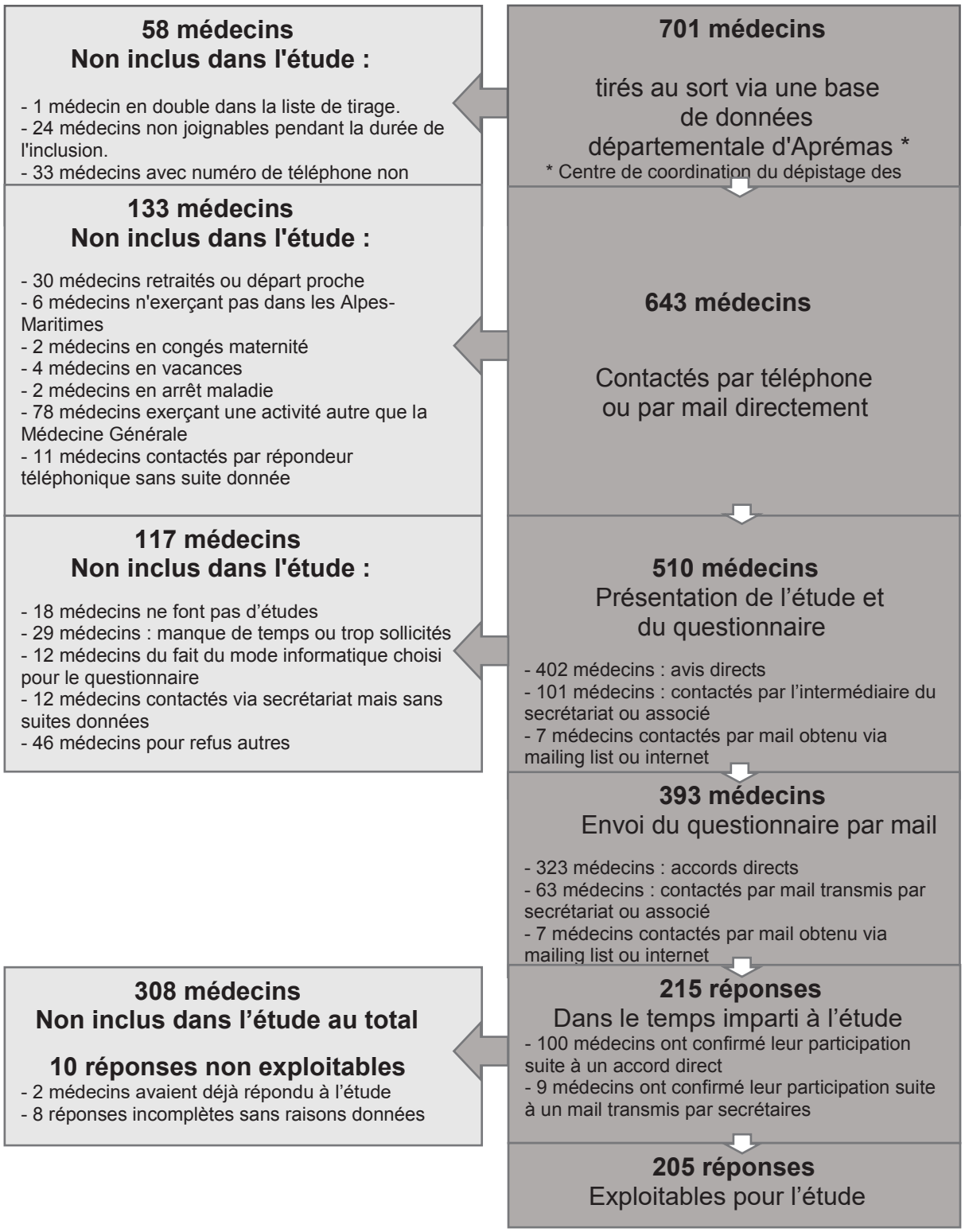
Une analyse bivariée a été réalisé avec tableaux croisés et test du Chi2 quand cela était possible afin de répondre à notre premier objectif secondaire (identifier des facteurs influençant les médecins dans leur pratique de dépistage).
Ces test ont été effectués à partir des hypothèses suivantes :

- La formation des médecins influence positivement la participation au DOCS (participation à des FMC sur le DCS, MSU, médecins jeunes (<40 ans)) (13) et la palpation des seins.
- La formation continue des médecins favorise un dépistage moins systématique en dehors de la population ciblée par le DOCS (prescription occasionnelle de mammographie précoces et au-delà de 75 ans).
- Les médecins correspondant à la population ciblée par le DOCS (femmes, âge compris entre 50 et 75 ans) sont plus impliqués dans ce dernier (29).
- Les contraintes de temps ont une influence négative sur l'implication des médecins dans leur participation au DOCS (absence de secrétariat, exercice seul, ruralité) et à la pratique de la palpation des seins (19).

RESULTATS

DONNEES DESCRIPTIVES :

Figure 3 : Recrutement des médecins entre décembre 2017 et février 2018



L’étude s’est déroulée sur 3 mois entre décembre 2017 et février 2018.
Sur 215 réponses, 205 ont été jugés exploitables dont 3 questionnaires incomplets :

- L’âge n’était pas précisé dans 2 questionnaires mais ceux-ci ont été inclus dans l’étude.
- Un médecin n’a pas renseigné sa connaissance ou non des résultats du rapport de la conférence citoyenne et scientifique.

1) CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION DE MEDECINS ETUDIEE :

Tableau I : Caractéristiques des 205 médecins généralistes participants

AGE		100% (n=205)
Moy = 55 *[29,00-78,00]* *Médiane = 57*	< 30 ans	1% (n= 2)
	30 - 40 ans	10,8% (n= 22)
	40 - 50 ans	16,7% (n= 34)
	50 - 60 ans	38,4% (n= 78)
	60 - 70 ans	31% (n= 63)
	> 70 ans	1,9% (n= 4)
Genre	Hommes	61,5% (n= 126)
	Femmes	38,5% (n= 79)
Maitre de Stage	Oui	16,1% (n= 33)
	Non	83,9% (n= 172)
Lieu d'exercice	Urbain	81% (n= 166)
	Semi-Rural	17,6% (n= 36)
	Rural	1,5% (n= 3)
Mode d'exercice	Exercice isolé	50,7% (n= 104)
	Cabinet groupé	45,4% (n= 93)
	Pôle ou maison de santé	3,9% (n= 8)
Secrétariat	Non	56,6% (n= 116)
	Secrétariat téléphonique	10,7% (n= 22)
	Secrétariat au cabinet	32,7% (n= 67)

La période d'installation des médecins interrogés s'étalait entre 1972 et 2017 (Moy= 1993, Médiane =1989).

2) DESCRIPTION DES PRATIQUES DE DEPISTAGE :

a. Prescription de la mammographie de dépistage

98,5% des médecins généralistes interrogés (n=202) prescrivaient des mammographies de dépistage.

Pour 78,2% (n=158) d'entre eux, l'avantage majeur de la mammographie était de permettre un dépistage précoce de cancer potentiellement évolutif.
Pour 11,9% (n=24), elle permettait surtout une réduction de la mortalité induite par les cancers du sein.
Pour 8,4% (n=17), l'avantage principal résidait dans le fait que ce soit un examen pouvant être répété pour assurer le suivi des patientes.
Enfin, pour 1,5% (n=3), C'était surtout un examen peu contraignant pour les patientes.

3 médecins généralistes, sur les 205, ne prescrivaient pas de mammographies de dépistage.
Parmi les raisons proposées, deux médecins ne la prescrivaient pas du fait des doutes sur l'efficacité du dépistage sur la morbi-mortalité et un médecin évaluait la balance bénéfices/risques du dépistage défavorable.
Le troisième médecin n'a pas évoqué de raison expliquant ce choix.

Aucun médecin de notre échantillon déléguait la prescription de la mammographie de dépistage à d'autres professionnels.

b. Prescription de la mammographie d'Aprémas

Parmi les 202 médecins prescrivant la mammographie de dépistage, 93% (n=188) prescrivaient également la mammographie dans le cadre du dépistage organisé dans notre département par Aprémas.

Parmi ces médecins prescrivant la « mammographie Aprémas », l'avantage majeur était pour :

- 51,6% (n=97), la seconde lecture de la mammographie par un radiologue.
- 29,3% (n=55), l'invitation periodique et systématique faite aux patientes.
- 14,4% (n=27), la formation spécifique des radiologues (devant justifier d'une activité importante en matière de lecture de mammographie).
- 4,8% (n=9) La gestion des patientes jusqu'au résultats.

Parmi les 202 médecins prescrivant la mammographie de dépistage, 7% (n=14) ne prescrivaient de mammographie d'Aprémas.
La raison principale évoquée était dans :

- 79% (n=11), que le courrier envoyé aux patientes était suffisant.
- 7% (n=1), le sentiment d'être insuffisamment impliqué dans le DOCS.
- 7% (n=1) que le délai de transmission des résultats était trop long.
- 7% (n=1) que le choix du radiologue était imposé.

c. Prescription de la mammographie avant 45 ans

Parmi les 202 médecins prescrivant la mammographie de dépistage :

- 69,8% (n=141) des médecins la prescrivaient aux patientes de moins de 45 ans de manière occasionnelle.
- 19,8% (n=40) ont déclaré la prescrire à la majorité de leurs patientes avant 45 ans.
- 10,4% (n=21) ne la prescrivaient pas du tout avant 45 ans.

d. Prescription de la mammographie après 75 ans

Parmi les 202 médecins prescrivant la mammographie de dépistage :

- 68,3% (n=138) ont déclaré la prescrire au-delà de 75 ans de manière occasionnelle.
- 21,8% (n=44) des médecins la prescrivaient à la majorité de leurs patientes de plus de 75 ans.
- 9,9% (n=20) ne la prescrivait pas du tout, passé 75 ans.

e. Pratique de la palpation des seins :

L'ensemble des médecins (n=205) ont été interrogés sur leur pratique de la palpation des seins.
51,2% (n=105) déclaraient cette pratique occasionnelle (à la demande des patientes par exemple).
42% des médecins (n=86) ont déclaré pratiquer la palpation des seins à une majorité de leurs patientes dans le cadre d'un dépistage.
6,8% (n=14) ne la pratiquaient pas du tout pour un dépistage.

Parmi les raisons évoquées par ces derniers :

- 54,1% (n=8) n'estimaient pas la palpation des seins utile.
- 21,4% (n=4) ont déclaré déléguer cet examen à un confrère gynécologue.
- 14,3% (n=2) évoquaient un manque de pratique.
- 14,3% (n=2) évoquaient un manque de temps.

3) FORMATION ET IMPLICATION POUR LE DCS :

Sur les 205 médecins interrogés :

- 69,3% (n=142) ont déclaré avoir participé à une FMC sur le dépistage du cancer en général.
- 46,8% (n=96) ont déclaré avoir participé à une FMC sur le dépistage du cancer du sein.
- 83,9% (n=172) des médecins interrogés n'avaient pas lu le rapport du comité d'orientation ayant coordonné la concertation du dépistage du cancer du sein.
- 65,9% (n=135) des médecins au total jugeaient efficace la mise en place d'une consultation dédié au dépistage pour améliorer l'information des patientes sur le DCS.

ANALYSES CROISEES

1) ANALYSES DES PRATIQUES DE DEPISTAGE :

a. Prescription de la mammographie de dépistage

Tableau II : Avantages de la mammographie de dépistage selon les médecins

Caractéristiques des médecins		Dépistage précoce	Réduction de la mortalité	Suivi des patientes	Peu contraignant	Total 100%
Sexe	Hommes	77,4% (n=96)	11,2% (n=14)	10,5% (n=13)	0,81% (n=1)	(n=124)
	Femmes	79,5% (n=62)	12,8% (n=10)	5,1% (n=4)	2,6% (n=2)	(n=78)
Lieu d'exercice	Urbain	77,3% (n=126)	12,3% (n=20)	8,6% (n=14)	1,8% (n=3)	(n=163)
	Non Urbain	82,1% (n=32)	10,3% (n=4)	7,7% (n=3)	0,0% (n=0)	(n=39)
Age	<50 ans	84,3% (n=43)	9,8% (n=5)	5,9% (n=3)	0,0% (n=0)	(n=51)
	>50 ans	77,2% (n=115)	12,1% (n=18)	8,7% (n=13)	2,0% (n=3)	(n=149)

Aucun test statistique n'a pu être effectué compte tenu d'un effectif insuffisant. Faute de puissance, nous n'avons pas mis en évidence d'effets statistiquement significatifs du sexe ou du lieu d'installation du médecin sur l'appréciation de la mammographie de dépistage.

b. Prescription de la mammographie d'Aprémas

Tableau III : Prescription de la mammographie d'Aprémas selon les médecins

Caractéristiques des médecins		Oui	Non	Total 100%
Sexe	Hommes	91,9% (n= 114)	8,1% (n= 10)	(n= 124)
	Femmes	94,9% (n= 74)	5,1% (n= 4)	(n= 78)
Lieu d'exercice	Urbain	93,9% (n= 153)	6,1% (n= 10)	(n= 163)
	Non urbain	89,7% (n= 35)	10,3% (n= 4)	(n= 39)
Age	<40 ans	95,5% (n= 21)	4,5% (n= 1)	(n= 22)
	>40 ans	92,7% (n= 165)	7,3% (n= 13)	(n= 178)

Un âge jeune (<40 ans) des médecins, le sexe féminin et un exercice urbain semblait influencer positivement la prescription de la mammographie d'Aprémas mais aucune différence statistique n'a été mise en évidence (p>0 ,005%) compte tenu des effectifs insuffisant.

On ne peut conclure à une association réelle, ces résultats pouvant être le fruit du hasard.

Tableau IV : Avantages de la mammographie d'Aprémas selon les médecins

Caractéristiques des médecins		Seconde lecture	Invitation periodique	Formation des radiologues	Gestion des patientes	Total 100%
Sexe	Hommes	44,7% (n=51)	14,9% (n=17)	35,1% (n=40)	5,3% (n=6)	(n=114)
	Femmes	62,2% (n=46)	13,5% (n=10)	20,3% (n=15)	4,1% (n=3)	(n=74)
Lieu d'installation	Urbain	49,7% (n=76)	17,0% (n=26)	31,4% (n=48)	2,0% (n=3)	(n=153)
	Non Urbain	60,0% (n= 21)	2,9% (n= 1)	20,0% (n=7)	17,1% (n=6)	(n=35)
Age	<50 ans	44,9% (n= 22)	18,4% (n= 9)	34,7% (n=17)	2,0% (n=1)	(n=49)
	>50 ans	54,0% (n= 74)	13,1% (n= 18)	27,0% (n=37)	5,8% (n=8)	(n=137)

Un âge compris dans la population ciblée par le DOCS, le sexe féminin et un milieu d'installation non urbain semble influencer une préférence pour la seconde lecture de la mammographie.

Cependant, compte tenu d'effectifs insuffisants, nous n'avons pas mis en évidence d'effets statistiquement significatifs de ces caractéristiques des médecins sur l'appréciation de la mammographie d'Aprémas.

c. Prescription de la mammographie avant 45 ans

Tableau V : mammographies prescrites avant 45 ans selon les médecins

Caractéristiques des médecins		Non prescription	Prescription à la majorité	Prescription occasionnelle	Total 100%
Age	<40 ans	27,3% (n=6)	9,1% (n=2)	63,6% (n=14)	(n=22)
	> 40 ans	7,9% (n=14)	21,3% (n=38)	70,8% (n=126)	(n=178)
MSU *	Oui	29,0% (n= 9)	3,2% (n=1)	67,7% (n=21)	(n=31)
	Non	7,0% (n=12)	22,8% (n=39)	70,2% (n=120)	(n=171)
FMCCS *	Oui	7,4% (n=7)	24,2% (n=23)	68,4% (n=65)	(n=95)
	Non	13,1% (n=14)	15,9% (n=17)	71,0% (n=76)	(n=107)

MSU = Maitre de stage des Universités

FMCCS= Participation à une Formation Médicale Continue sur le Dépistage du Cancer du Sein

Un âge jeune (<40 ans) des médecins et le statut de MSU semblait influencer positivement la non prescription de la mammographie avant 45 ans. La participation à une FMC semblait influencer positivement la prescription systématique de la mammographie précoce.

Cependant on ne pouvait conclure à une association réelle de ces facteurs, l'étude manquant de puissance pour trouver un effet statistiquement significatif.

d. Prescription de la mammographie après 75 ans

Tableau VI : mammographies prescrites après 75 ans selon les médecins

Caractéristiques des médecins		Non prescription	Prescription à la majorité	Prescription occasionnelle	Total 100%
Age	<40 ans	18,2% (n=4)	13,6% (n=3)	68,2% (n=15)	(n= 22)
	> 40 ans	9,0% (n=16)	23,0% (n=41)	68,0% (n=121)	(n= 178)
MSU *	Oui	16,1% (n=5)	19,4% (n=6)	64,5% (n=20)	(n=31)
	Non	8,8% (n=15)	22,2% (n=38)	69,0% (n=118)	(n=171)
FMCCS *	Oui	9,5% (n=9)	27,4% (n=26)	63,2% (n=60)	(n=95)
	Non	10,3% (n=11)	16,8% (n=18)	72,9% (n=78)	(n=107)

MSU = Maitre de stage des Universités

FMCCS= Participation à une Formation Médicale Continue sur le Dépistage du Cancer du Sein

Un âge jeune (<40 ans) des médecins et le statut de MSU semblait influencer positivement la non prescription de la mammographie après 75 ans. A l'inverse, la participation à une FMC semblait influencer positivement la prescription systématique de la mammographie après 75 ans.

Cependant, on ne pouvait conclure à une association réelle de ces facteurs, l'étude manquant de puissance pour trouver un effet statistiquement significatif.

e. Pratique de la palpation des seins :

Tableau VII : Pratique de la palpation des seins selon les médecins

Caractéristiques des médecins		Non pratique	Pratique occasionnelle	Pratique à la majorité	Total 100%
Age	<40 ans	9,1% (n= 2)	45,5% (n= 10)	45,5% (n= 10)	(n= 22)
	> 40 ans	6,7% (n= 12)	50,6% (n= 90)	42,7% (n= 76)	(n= 178)
MSU *	Oui	12,1% (n= 4)	57,6% (n= 19)	30,3% (n= 10)	(n= 33)
	Non	5,8% (n= 10)	50,0% (n= 86)	44,2% (n= 76)	(n= 172)
FMCCS *	Oui	5,2% (n= 5)	43,8% (n= 42)	51,0% (n= 49)	(n= 96)
	Non	8,3% (n= 9)	57,8% (n= 63)	33,9% (n= 37)	(n= 109)

MSU = Maitre de stage des Universités

FMCCS= Participation à une Formation Médicale Continue sur le Dépistage du Cancer du Sein

La participation à une FMC semblait influencer positivement la palpation des seins à la majorité des patientes. Un statut de MSU semblait influencer négativement la palpation systématique des seins des patientes.

Cependant, on ne pouvait conclure à une association réelle de ces facteurs, l'étude manquant de puissance pour trouver un effet statistiquement significatif.

2) FORMATION ET IMPLICATION POUR LE DCS :

Tableau VIII : Connaissance des résultats du rapport de la CCS [1]

Caractéristiques des médecins		Oui	Non	Total 100%
Lieu d'exercice	Urbain	14,2% (n= 23)	85,8% (n= 139)	(n= 162)
	Non urbain	23,1% (n= 9)	76,9% (n= 30)	(n= 39)
MSU *	Oui	19,4% (n= 6)	80,6% (n= 25)	(n= 31)
	Non	15,3% (n= 26)	84,7% (n= 144)	(n= 170)
Age	<40 ans	9,1% (n= 2)	90,9% (n= 20)	(n= 22)
	>40 ans	16,4% (n= 29)	83,6% (n= 148)	(n= 177)

[1] *Selon les médecins prescripteurs de mammographie de dépistage*

MSU = Maitre de stage des Universités CCS = Concertation citoyenne et scientifique

Sur notre échantillon, un âge jeune, un exercice en milieu urbain et le fait de ne pas être MSU, semblait influencer négativement la connaissance du résultat du rapport de la concertation citoyenne et scientifique.

Cependant, Le manque de puissance ne nous a pas permis de conclure à ce résultat, ces variations pouvaient être le fruit du hasard.

Tableau IX : Proportion de médecins [1] favorables à une consultation spécifique [2]

Caractéristiques des médecins		Oui	Non	Total 100%
Lieu d'exercice	Urbain	64,4% (n= 105)	35,6% (n= 58)	(n= 163)
	Non urbain	74,4% (n= 29)	25,6% (n= 10)	(n= 39)
MSU	Oui	61,3% (n= 19)	38,7% (n= 12)	(n= 31)
	Non	67,3% (n= 115)	32,7% (n= 56)	(n= 171)
Age	<50 ans	60,8% (n= 31)	39,2% (n= 20)	(n= 51)
	>50 ans	67,8% (n= 101)	32,2% (n= 48)	(n= 149)

[1] Selon les médecins prescripteurs de mammographie de dépistage

[2] Consultation spécifique centrée sur le dépistage et à la prévention à 25 et 50 ans

MSU = Maitre de stage des Universités CCS = Concertation citoyenne et scientifique

Sur notre échantillon, un âge correspondant à la population visée par le DOCS, un exercice en milieu non urbain et le fait de ne pas être MSU semblait influencer positivement l'opinion des médecins sur la mise en place d'une consultation spécifique au dépistage à 25 et 50 ans.

Le manque de puissance ne permettait cependant pas de conclure à ce résultat, ces variations pouvaient être le fruit du hasard.

DISCUSSIONS

Les résultats de cette étude doivent être relativisés car ils reposent sur des déclarations et non sur une observation de pratiques réelles, et il peut exister une différence entre ce qui est déclaré et ce qui est fait.

Nous savons également (29) que la participation des médecins aux études est facilité par certaines de leurs caractéristiques (jeunes médecins, cabinets de groupe, patientèle correspondant à la population de l'étude) et par la méthodologie de l'étude (charge de travail demandée, relation investigateur-chercheur) entrainant de fait des biais de sélection.
De plus, le mode informatique et auto-administré choisi pour le questionnaire pouvait être source d'autres biais (risques d'incompréhension, réponses multiples).
Pour montrer des différences significatives, il aurait fallu doubler le nombre de médecins interrogés ou d'adopter une autre méthodologie.

Bien que comprenant des biais, comme toute enquête déclarative, cette étude a permis d'appréhender les pratiques globales de dépistage des médecins généralistes, d'évaluer leur intérêt et réticences pour le dépistage organisé du cancer du sein et s'inscrit de fait, dans cette démarche globale de réflexion sur le DOCS.

Sur les 205 médecins ayant participé à notre étude, une large majorité, 98,5% (n=202) continue de prescrire la mammographie de dépistage. En effet, pour 78,2% (n=158) de ces prescripteurs, elle permet surtout un dépistage des cancers potentiellement évolutifs.

Parmi les médecins prescripteurs de mammographie, 93% (n=188) ont déclaré prescrire également la mammographie de dépistage organisé coordonné dans les Alpes Maritimes par Aprémas. Pour 51,6% (n=97) de ces derniers, son avantage majeur était la seconde lecture par un radiologue.

Cependant, les médecins interrogés avaient un avis partagé sur la prescription de mammographie en dehors des âges ciblés par le DOCS. L'HAS rappelle qu'en dehors des facteurs de risque orientant vers un dépistage spécifique (30), il n'y a pas lieu de réaliser une mammographie ou une échographie mammaire de dépistage en dehors de la tranche d'âge de participation au DOCS.

Si la majorité des médecins interrogés semblaient respecter cette recommandation, près d'un médecin sur 5 la prescrivait à la majorité de ses patientes en dehors des âges ciblés par le DOCS et un médecin sur dix ne la prescrivait jamais.
Dans les raisons expliquant cette différence de prescription, on peut supposer une différence d'estimation de la balance bénéfice/risques de la mammographie de dépistage selon les âges.
D'autres facteurs peuvent intervenir en faveur d'une plus grande prescription comme la pression des patientes (31) ou la prise en compte d'autres facteurs de risques de cancer du seins que ceux de l'HAS (30) qu'il conviendrait de définir pour de prochaines études.

Par contre, les recommandations de l'HAS (23) préconisent la palpation des seins en dépistage à partir de 25 ans, or, dans notre échantillon, la majorité des médecins, soit 51,2% ne la réalisait qu'occasionnellement, et 6,8% pas du tout contre 42% qui la pratiquait à la majorité de leurs patientes.
Un sentiment d'inutilité de la palpation systématique des seins ou un manque de pratique, comme suggéré dans notre étude, peut expliquer en partie cet écart avec les recommandations officielles. Le manque de temps ou de moment privilégié peut être également un facteur contributif à une moindre pratique comme cela a déjà pu être relevé (19).
La pratique de l'auto-examen des seins des patientes est peut-être surestimée par les médecins (32) et conduit à une moindre pratique effectuée par le professionnel de santé. Rappelons que l'HAS (23) ne recommande pas l'auto-examen des seins de façon systématique, en raison de l'absence de démonstration de son efficacité. En effet, une synthèse Cochrane de 2003 (33) ne retrouvait pas de différence significative de la mortalité induite par les cancer du sein entre les patientes pratiquant l'auto-examen des seins et celles ne le pratiquant pas.
Enfin un manque d'implication pour le DCS peut expliquer cette différence de pratique avec les recommandations officielles. Comme les tendances de notre étude semble le suggérer, ce degré d'implication peut être positivement influencé par certaines caractéristiques individuelles des médecins comme une population ciblée par le DOCS (femmes entre 50 et 75 ans) (16) ou un âge jeune (<40 ans) (22).

Malgré les incertitudes sur la balance bénéfices/risques du DOCS (6), l'opinion globale des médecins généraliste ne semble donc pas avoir été impacté sur ce dernier en 2018 (16), (19). Ils sont même 65,9% (n=135) à juger efficace la mise en place d'une consultation spécifique au dépistage et destinée à améliorer l'information faite aux patientes de 25 et 50 ans.
Leur avis semble donc rejoindre les recommandations du président de L'INCa qui estime que la suppression du DOCS serait une perte de chance pour les patientes (14) et que la création de consultations dédiées au dépistage serait une piste intéressante pour augmenter le taux de participation au dépistage.
Celles-ci pourraient s'inspirer d'expériences de consultation spécifique comme le protocole EspeR (34) reposant sur des auto-questionnaires et des grilles d'évaluation.
L'avantage principale d'une telle consultation est l'approche globale et structurée de la patiente avec utilisation de données statistiques pour définir son niveau de risque de cancer du sein. Le frein majeur est d'ordre organisationnelle, la durée moyenne de consultation dans ce protocole était de 45 minutes et jugée comme « lourde » ce qui semble peu réalisable en pratique courante de Médecine Générale en l'absence d'une rémunération adéquate. Selon les médecins, il semblait que l'évocation des risques dans une cette consultation était plus anxiogène qu'habituellement pour leurs patientes.
On peut également se poser la question de l'influence sur la participation au DOCS d'une consultation spécifique proposée à des patientes de 25 ans, population où l'incidence du cancer du sein y est faible.
De plus, le risque d'augmentation des inégalités sociales face au dépistage est à estimer. En effet, de façon générale et pour des raisons diverses (moindre connaissance des filières de soins, renoncement global aux soins parmi les revenus les plus faibles, distance sociale entre médecin et patient), nous savons que le dépistage est plus fréquemment le fait de personnes de catégories sociale ou de niveau d'éducation élevés (35).
N'ayant pas d'équivalent dans le monde, l'intérêt de ces consultations reste donc à démontrer d'autant plus que le consentement éclairé des patientes est limité de par les incertitudes sur la balance bénéfices/risques du DOCS et que sa mise en œuvre risque d'être coûteuse (formation des professionnels de santé, rémunération spécifique de ces consultations).

D’autres pistes d’amélioration reste à explorer comme inciter financièrement les médecins à participer activement au DCS avec des rémunérations spécifiques, en organisant des campagnes de promotions pour sensibiliser sur le dépistage pour les patientes mais également pour les médecins moins impliqués.
Enfin une autre piste serait de proposer des formations plus régulières sur le thème du DCS aux médecins généralistes, même si son effet sur la pratique de dépistage des cancers du sein reste à démontrer (15).
En attendant les résultats de ces études, dans ce contexte d’incertitudes et de réflexion sur le DOCS, comme le rappelle le conseil scientifique du CNGE (36), la démarche de prévention et de dépistage doit être plus que jamais globale, centrée sur la personne et partagée avec la patiente.

BIBLIOGRAPHIE

1. Leone N, Voirin N, Roche L, Binder-Foucard F, Woronoff AS, Delafosse P, et al. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015. Rapp Tech St-Maurice Fra Inst Veille Sanit. 2015;62.

2. Les cancers en France [Internet]. INCa; 2016 p. 247. Report No.: Edition 2016. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/#page=243

3. La participation au dépistage du cancer du sein chez la femme de 50 à 74 ans : Situation actuelle et perspectives d'évolution [Internet]. HAS, service évaluation économique en santé publique. 2011. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/argumentaire_-_participation_depistage_cancer_du_sein_2012-02-02_15-27-14_245.pdf

4. Plan cancer 2014-2019 : priorités et objectifs [Internet]. France: Institut national du cancer; 2015 p. 210. Report No.: PLANKPNRT14. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs

5. Prescrire, UFC-Que Choisir, Groupe Princeps, Collectif Cancer Rose. Dépistage du cancer du sein par mammographie : s'informer- lettre commune à la ministre de la santé [Internet]. Disponible sur: http://www.prescrire.org/Fr/3/31/52229/0/NewsDetails.aspx

6. Essais randomisés : diminution de la mortalité par cancer du sein d'ampleur incertaine, au mieux modeste. Rev Prescrire. nov 2014;34(373):837-46.

7. Diagnostics par excès : effet indésirable insidieux du dépistage. Rev Prescrire. fevrier 2015;35(376):111-8.

8. Hofvind S, Ponti A, Patnick J, Ascunce N, Njor S, Broeders M, et al. False-positive results in mammographic screening for breast cancer in Europe: a literature review and survey of service screening programmes. J Med Screen. 2012;19 Suppl 1:57-66.

9. Bleyer A, Welch HG. Effect of three decades of screening mammography on breast-cancer incidence. N Engl J Med. 22 nov 2012;367(21):1998-2005.

10. Miglioretti DL, Lange J, van den Broek JJ, Lee CI, van Ravesteyn NT, Ritley D, et al. Radiation-Induced Breast Cancer Incidence and Mortality From Digital Mammography Screening: A Modeling Study. Ann Intern Med. 16 févr 2016;164(4):205-14.

11. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. In: Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley & Sons, Ltd; 2013.

12. Marmot M, Altman D, Cameron D, Dewar J, Thompson S, Wilcox M. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. The Lancet. nov 2012;380(9855):1778-86.

13. Cases C, Di Palma M, Drahi E, Fainzang S, Landais P, De Montgolfier S, et al. Rapport du comité d'orientation indépendant qui a coordonné la concertation citoyenne et scientifique. 2016 sept.

14. Ifrah N. Concertation citoyenne et scientifique sur le dépistage du cancer du sein, La lettre de recommandations de l'Institut national du cancer [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Democratie-sanitaire/Concertation-citoyenne-sur-le-depistage-du-cancer-du-sein

15. INCa. Plan d'action pour la rénovation du dépistage oganisé du cancer du sein [Internet]. avr, 2017. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/marisol-touraine-modernise-le-depistage-organise-du-cancer-du-sein-et-annonce

16. Bungener M, Eisinger F, Erriau G, Aubin-Auger I, Ghasarossian C, Beck F, et al. Médecins généralistes et dépistage des cancers. INCa/BVA. sept 2010;20.

17. Lançon F, Sannino N, Viguier J. Connaissances, perceptions, attitudes et comportements des femmes et des médecins vis-à-vis du dépistage du cancer du sein. BEH. sept 2012;(35-36-37):417-20.

18. Ruel C. Dépistage Organisé du Cancer du sein, Comment améliorer l'adhésion des généralistes. [Moselle]: Nancy; 2009.

19. Attali C, Médioni M, Dubois C, Renard V, Compagnon L, Cittée J, et al. Enquête d'opinion sur le dépistage du cancer du sein chez les généralistes de l'Essonne. Rev Exerc. 2008;19(83):p98–103.

20. Youssef E. Etude de l'activité préventive des médecins généralistes français dans le cadre du projet ECOGEN [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/4922_YOUSSEF_these.pdf

21. Cazaentre ambre, Plas P. Le regard du médecin généraliste sur le dépistage organisé du cancer du sein en Haute-Garonne [PhD Thesis]. UNIVERSITE TOULOUSE III; 2016.

22. Rigal L. Dépistages des cancers gynécologiques en médecine générale-Variabilité des pratiques de soins [PhD Thesis]. Université Paris Sud-Paris XI; 2014.

23. Dépistage et prévention du cancer du sein. actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. HAS. fevrier 2015;90.

24. Avis de la conférence de professionnels (concertation citoyenne et scientifique). In 2016. p. 23. Disponible sur: http://www.concertation-depistage.fr/wp-content/uploads/2016/05/concertation-depistage-cancer-du-sein-avis-des-professionnels_mars-2016.pdf

25. HAS. guide méthodologique: Comment évaluer à priori un programme de dépistage ? [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_programme_depistage_rap.pdf

26. INCa. Le programme de dépistage organisé - Dépistage du cancer du sein | Institut National Du Cancer [Internet]. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise

27. Goussard C. Éthique dans les essais cliniques: Principes fondateurs, lignes directrices internationales, rôles et responsabilités des comités d'éthique. médecine/sciences. août 2007;23(8-9):777-81.

28. Aprémas- Centre de coordination du dépistage des cancers [Internet]. Disponible sur: http://www.apremas.org/

29. Frappé P. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Neuilly-sur-Seine: La revue du praticien; 2011.

30. Dépistage du cancer du sein en France : Identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage. synthèse [Internet]. HAS; 2015 mars. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/depistage_du_cancer_du_sein_chez_les_femmes_a_haut_risque_synthese_vf.pdf

31. Tran T-V, Nougairede M. Prescrivons nous trop d'examens complémentaires ? Rev Exerc. 2013;24(106).

32. Sancho-Garnier H, Gallopel Karine. Connaissances, opinion et comportements des médecins généralistes et des gynécologues vis-à-vis du dépistage organisé. BEH [Internet]. janv 2003 [cité 16 mars 2018];(04/2003). Disponible sur: http://psa.auvergne.free.fr/newsl_18/telechargement/mammobeh_04_2003.pdf#page=10

33. Kösters JP, Gøtzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. Cochrane Breast Cancer Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 22 avr 2003; Disponible sur: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003373

34. Chevallier P, Colombet I, Wajs C, Leneveut L, Chatellier G. Une consultation de prévention dédiée et structurée à l'aide d'un outil informatique. Étude C-PRED-EsPeR Nouv Concept Pour Vraie Vie. 2008;36–41.

35. Cases C. Les inégalités en matière de soins et de prévention du cancer en France : éléments de dagnostic. 31ème Journ SFSPM. nov 2009;

36. repérage du risque de cancer du sein chez les femmes de 25 ans pour une prévention globale et adaptée. [Internet]. Conseil National des Généralistes Enseignants; 2018 janv. Disponible sur: https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/180109_Avis_CS_du_CNGE_Cancer_du_sein.pdf

SERMENT D’HIPPOCRATE

«

Au moment d'être admis 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 le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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.

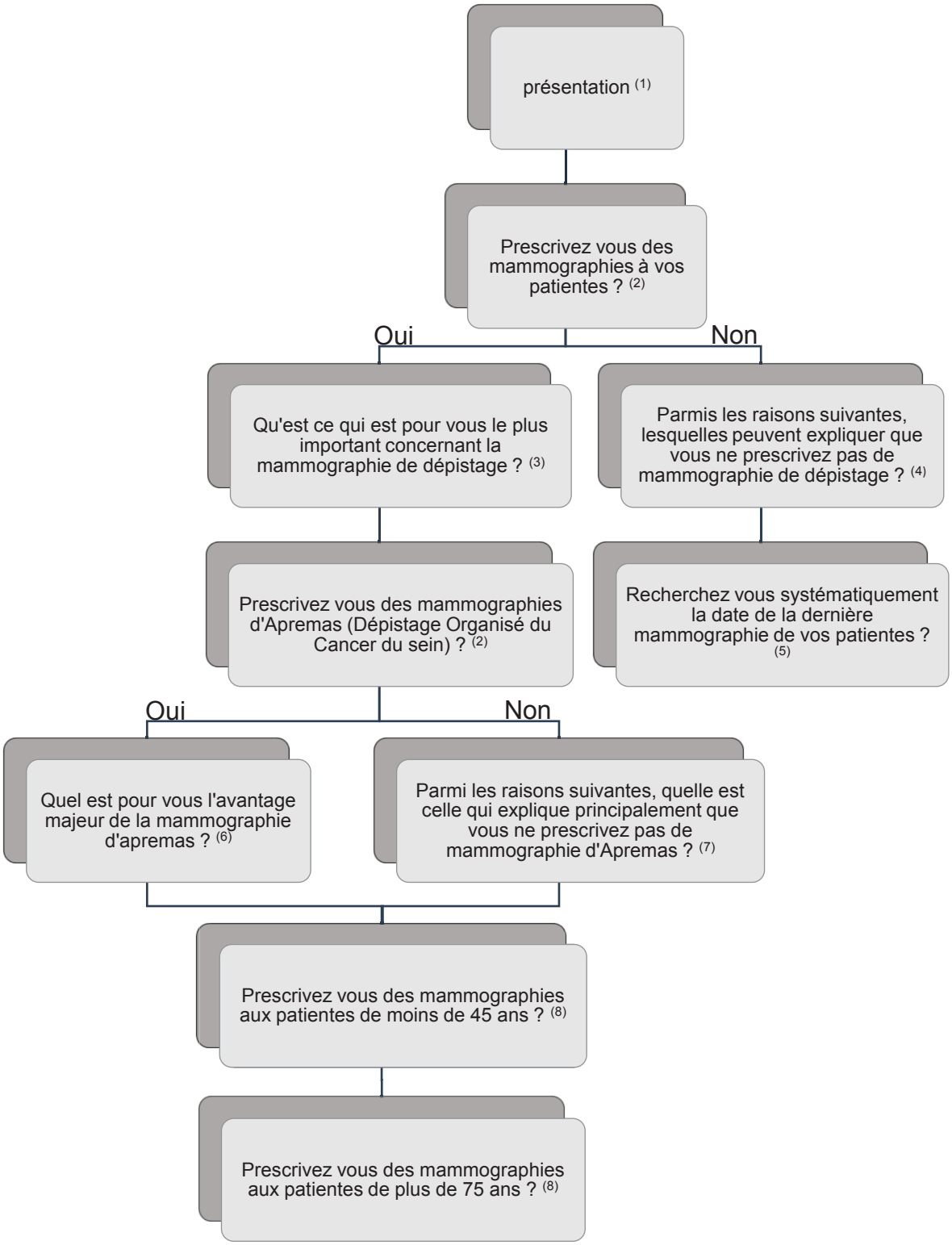
Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

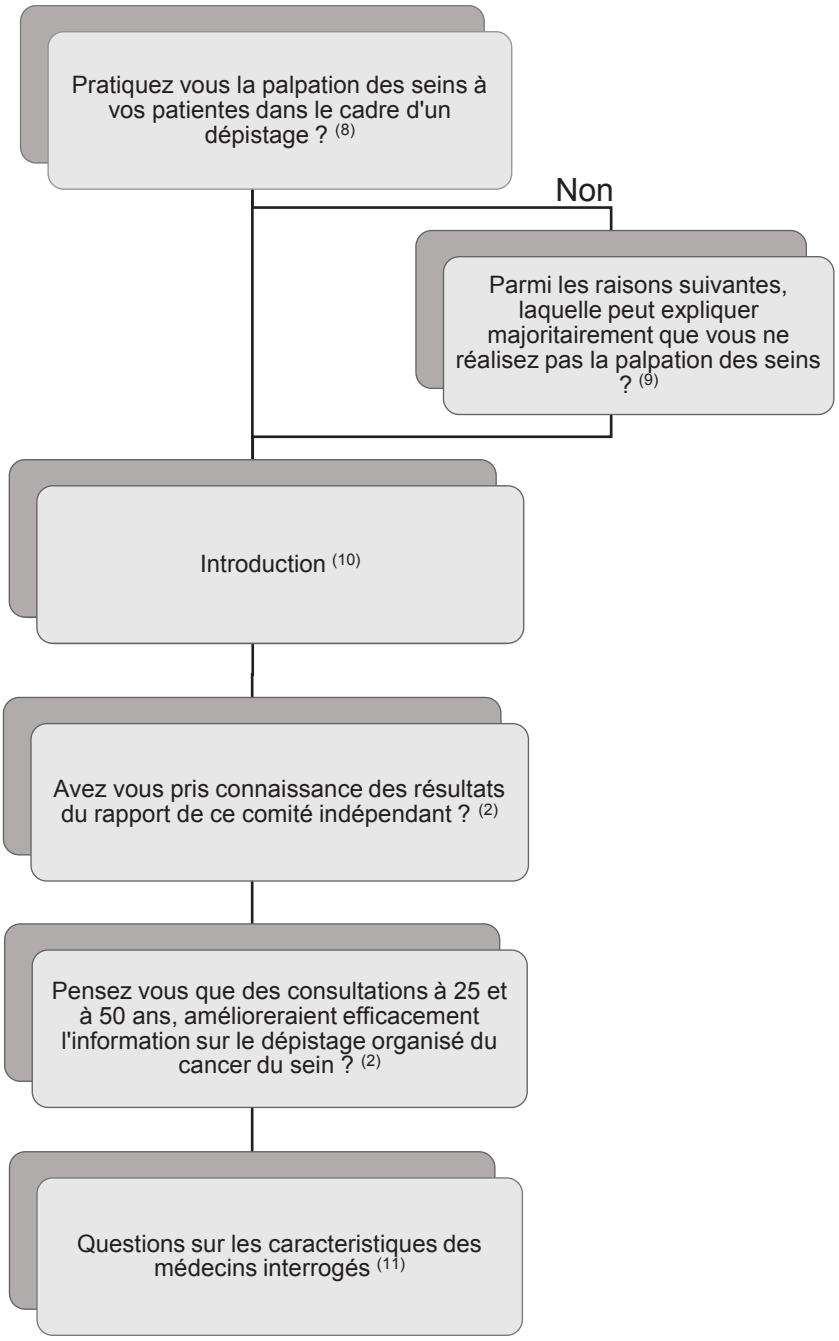
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.
»

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire en ligne



Annexe 1 : Pratique des médecins généralistes des Alpes Maritimes concernant le dépistage du cancer du sein en 2017-2018, questionnaire en ligne avec branchement conditionnel (partie 1)



Annexe 1 : Pratique des Médecins Généralistes des Alpes Maritimes concernant le dépistage du cancer du sein en 2017-2018, questionnaire avec branchements conditionnels (partie 2)

Légende de l'Annexe 1 :

1) La durée du présent questionnaire est estimée à 5 minutes. Je rappelle que ce questionnaire est sécurisé et que vos réponses resteront parfaitement anonymes.
   Je vous remercie encore de participer à ce sondage jusqu'à son terme.
   Bien cordialement,
   L'HERITIER serge

2) Réponses proposées :
   - Oui
   - Non

3) Réponses proposées :
   - Elle permet un dépistage précoce de cancers potentiellement évolutifs.
   - Elle permet une réduction de la mortalité induite par les cancers du sein.
   - L'examen n'est pas contraignant pour vos patientes.
   - C'est un examen qui peut être répété pour assurer un suivi continu de vos patientes.

4) Réponses proposées (choix multiple possible) :
   - Vous pensez que c'est le rôle du gynécologue.
   - Vous pensez que le courrier Apremas reçu par la patiente est suffisant.
   - Vous avez des doutes sur l'efficacité du dépistage du cancer du sein.
   - Vous pensez que la balance bénéfices/risques est défavorable.

5) Question posée que si le médecin a répondu à la question précédente les propositions suivantes :
   - Vous pensez que c'est le rôle du gynécologue.
   - Vous pensez que le courrier Apremas reçu par la patiente est suffisant.

6) Réponses proposées :
   - La seconde interprétation par un radiologue.
   - Les radiologues impliqués ont eu une formation spécifique et doivent justifier d'une activité importante en matière de lecture de mammographie.
   - L'invitation periodique et systématique faite aux patientes.
   - La gestion du parcours de la patiente jusqu'aux résultats.

7) Réponses proposées :
   - Vous pensez ne pas être suffisamment impliqué dans le dépistage organisé.
   - Vous ou votre patiente pensez ne pas avoir le choix du radiologue.
   - Vous pensez que c'est plutôt le rôle des gynécologues.
   - Vous pensez que le courrier Apremas reçu par la patiente est suffisant.
   - Vous pensez que le délai de transmission des résultats est trop long.

8) Réponses proposées :
   - Non
   - A une majorité de vos patientes
   - occasionnellement (sur demande de vos patientes par exemple)

9) Réponses proposées :
   - Vos patientes refusent la palpation des seins.
   - Cet examen est réalisé par un gynécologue.
   - Vous manquez de pratique.
   - Vous n'estimez pas cet examen utile.
   - Vous manquez de temps.

10) A la suite d'une concertation citoyenne et scientifique menée dans le cadre du plan Cancer, un comité indépendant chargé de l'évaluation du dépistage organisé du cancer du sein a publié son rapport en octobre 2016.

11) Caractéristiques étudiées :
   - Quel est votre âge ? Vous êtes un homme ou une femme ?
   - En quelle année vous êtes-vous installé ?
   - Etes-vous maitre de stage ?
   - Avez-vous déjà participé à une formation continue sur le thème du dépistage du cancer du sein ?
   - Avez-vous déjà participé à une formation sur le thème du dépistage en général ?
   - Vous exercez en milieu : urbain, semi-rural ou rural ?
   - Vous travaillez : en cabinet seul, en cabinet groupé ou en pôle/maison de santé ?
   - Possédez-vous un secrétariat : Non, secrétariat téléphonique ou secrétariat au cabinet.

Annexe 2 : Courrier envoyé aux 701 médecins

Aprémas
centre de coordination
du dépistage des cancers

Université Nice Sophia Antipolis
Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale

Nice, le 15/09/17

Objet : Etude des pratiques des Médecins Généralistes concernant le dépistage du cancer du sein

Madame, Monsieur, Cher(e) confrère,

Un des objectifs du plan Cancer 2014-2019, est de favoriser des diagnostics plus précoces.
Il existe donc une réflexion nationale, globale sur les dépistages.
Cette réflexion doit bien sûr inclure l'avis des médecins généralistes, qui ont un rôle central dans le dépistage de cancers.

Dans ce contexte, Apremas et le Département d'Enseignement et de Recherche de Médecine Générale de Nice se joignent à la thèse de Monsieur L'HERITIER Serge portant sur l'étude des pratiques des Médecins Généralistes concernant le dépistage du cancer du sein dans les Alpes Maritimes.

Vous serez prochainement contactés par téléphone pour connaitre les modalités de cette étude.
Votre avis est indispensable afin d'assurer une fiabilité optimale de cette étude.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, Cher(e) confrère, l'expression de nos salutations distinguées.

Professeur HOFLIGER
Professeur du Département
de Médecine Générale de Nice

Docteur CASTA Céline
Maitre de conférences associé
Directrice de thèse

Docteur GRANON Claire
Médecin directeur d'Apremas

L'HERITIER Serge
Interne de Médecine Générale
de la faculté de Nice

Annexe 3 : Mail envoyé aux médecins généralistes

Madame, Monsieur,

Un des objectifs du plan Cancer 2014-2019, est de favoriser des diagnostics plus précoces : il existe donc une réflexion nationale, globale sur le dépistage.

Cette réflexion doit bien sûr inclure l'avis des médecins généralistes, qui ont un rôle central dans le dépistage, en général.

Dans ce contexte, et dans le cadre de ma thèse, je m'intéresse à **la pratique des médecins généralistes des Alpes Maritimes concernant le dépistage du cancer du sein**.

Ainsi, avec le soutien de l'Aprémas et du Département d'enseignement et de Recherche de Médecine Générale, vous avez été tirés au sort et reçu un courrier conjointement signé afin de vous prévenir de ma démarche actuelle.

Comment participer à cette étude ?

Remplir le **questionnaire en ligne** ci-dessous :

https://fr.surveymonkey.com/r/M9YNFBB

Questionnaire sécurisé, anonyme.

Durée **5 minutes**.

Plus vous serez nombreux à répondre à ce questionnaire, plus la fiabilité des résultats sera grande, et ceux-ci permettront de représenter la pratique actuelle de l'ensemble des médecins généraliste de la région PACA.

Je vous remercie par avance du temps que vous consacrerez à ce questionnaire et si vous pouvez, de m'envoyer un mail de confirmation dès que vous l'aurez rempli.

Bien cordialement,

L'HERITIER Serge

Pratique de dépistage du cancer du sein
des médecins généralistes des Alpes Maritimes

(Study of breast cancer screening practices of general practitioners in the “Alpes Maritimes”)

Mots clés

Breast cancer screening General Practitioners

RESUME

En 2015, le cancer du sein reste le premier cancer féminin en France et à l’origine du plus grand nombre de décès induit par les cancers féminins.
Sous l’impulsion du gouvernement français, une réflexion globale sur le dépistage est lancée et publié par l’INCa en 2016 sous la forme d’un rapport d’un comité indépendant.

L’objectif de notre enquête était de recueillir les pratiques des médecins généralistes des Alpes Maritimes via un questionnaire quantitatif proposé à un panel représentatif de 701 médecins.

Sur 205 réponses exploitables, 98,5% des praticiens prescrivaient la mammographie de dépistage et spécifiquement pour le dépistage organisé, pour 93% d’entre eux.
Un médecin sur 5 a déclaré la prescrire systématiquement à leurs patientes de moins de 45 ans et de plus de 75 ans.

Un âge jeune (<40 ans) des médecins, être femme, maitre de stage ou un exercice urbain semblaient influencer positivement la prescription de la mammographie de dépistage organisé et limiter les prescriptions de mammographies chez les patientes de moins de 45 ans et de plus de 75 ans.
Moins de la moitié des médecins ont déclaré pratiquer la palpation des seins à la majorité de leurs patientes.

Les médecins restent confiants dans le dépistage organisé du cancer du sein et appuient à 65,9%, l’INCa, dans la mise en place d’une consultation spécifique au

dépistage à 25 et 50 ans. On peut cependant émettre des réserves sur l'application de cette longue consultation (45 minutes) qui s'adresse à une population peu concernée par le cancer du sein.

ABSTRACT

In 2015, breast cancer remains the most common cancer affecting women in France and is also the cause of the largest number of deaths induced by female type cancers.

As part of the Cancer Plan, a global reflection on screening was launched under the impetus of the French government. A report written by an independent committee has been published by INCa in 2016.

In order to provide a more complete vision, our study aimed to record the practices of the Alpes Maritimes General Practitioners. A quantitative questionnaire was proposed to a representative panel of 701 General Practitioners of the department.

Among the 205 usable responses, we find that 98,5% of the surveyed practitioners prescribed screening mammography and specifically for organized screening, compared to 93%. 20% General Practitioners declared a usual prescription to their patients under 45 years of age and over 75 years of age.
Despite a lack of power in the study, a young age (<40 years), being a woman, a supervisor or an urban activity seemed to have a positive influence to prescribed organized screening mammography and limit mammography prescriptions for patients under 45 and over 75 years old.

42% General Practitioners estimated practicing palpation of breasts with the majority of their patients.
General Practitioners remain generally confident in breast cancer screening. Furthermore, 65.9% feel that a specific screening consultation at 25 and 50 years, would help make the screening more effective to inform patients. However, we can have some reservations about the application of this long consultation (45 minutes) for a population little concerned by breast cancer.