



HAL
open science

Adhésion du médecin généraliste au dépistage organisé du cancer du sein dans l'Aisne et attitude pratique face au dépistage individuel

Fatima Semlali

► **To cite this version:**

Fatima Semlali. Adhésion du médecin généraliste au dépistage organisé du cancer du sein dans l'Aisne et attitude pratique face au dépistage individuel. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03205183

HAL Id: dumas-03205183

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03205183>

Submitted on 22 Apr 2021

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.

**UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS**

Année 2020

N° 2020 - 202

**ADHÉSION DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE AU
DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN DANS
L' AISNE ET ATTITUDE PRATIQUE FACE AU
DÉPISTAGE INDIVIDUEL.**

THÈSE

Pour l'obtention du Diplôme d'État de Docteur en Médecine
Spécialité : MÉDECINE GÉNÉRALE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 27 NOVEMBRE 2020

Par

Fatima SEMLALI

Devant un jury composé de :

Président du jury : Monsieur le Professeur Henry SEVESTRE

Juges :
Monsieur le Professeur Henry COPIN
Monsieur le Professeur Olivier GANRY
Madame le Docteur Estelle CADET

Directeur de thèse : Madame le Docteur Manuella FRYS

REMERCIEMENTS

À mon maître et président du jury,

Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE

Professeur d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques à l'UFR de Médecine
d'Amiens

Chef du Service d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques du CHU d'Amiens
Picardie Adjoint au chef de l'Oncopôle

Merci d'avoir accepté de présider cette thèse avec enthousiasme, j'en suis très honorée. Vous me faites l'immense honneur de juger mon travail. Soyez assuré de ma gratitude et de mon respect.

À mes juges,

Monsieur le Professeur Henri COPIN

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Histologie - Embryologie - Cytogénétique)

Vice-Doyen et Assesseur du Premier Cycle des études médicales

Chef du Service de Médecine et Biologie de la Reproduction et de
Cytogénétique Pôle "Femme - Couple - Enfant"

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous avez accepté sans hésiter d'être l'un des membres de ce jury, merci de votre disponibilité. Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse, veuillez recevoir l'expression de ma gratitude et ma sincère considération.

Monsieur le Professeur Olivier GANRY

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

(Épidémiologie, économie de la santé et Prévention)

Responsable du service d'Épidémiologie, hygiène hospitalière et santé publique

Pôle "Préventions, Risques, Information médicale et Epidémiologie"

*Merci de me faire l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail, je vous en suis
sincèrement reconnaissante.*

Madame le Docteur Estelle CADET

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
(Génétique)

Vous me faites l'honneur de siéger parmi les membres du jury. Recevez ici tous mes remerciements et l'expression de mon profond respect.

À ma directrice de thèse,

Madame le Docteur Manuella FRYs

Praticien hospitalier CH Guise -Médecin coordinatrice HAD Guise-

Médecin de l'UMSP CH St Quentin

*Je suis très sensible à l'honneur que tu m'as fait en acceptant de me diriger dans ce travail.
Je te remercie sincèrement pour ton aide, ton soutien et ta disponibilité durant toute la
réalisation de cette thèse. J'ai beaucoup apprécié d'apprendre les rudiments des soins
palliatifs grâce à toi et l'équipe UMSP lors de mes semestres à St Quentin.*

Alhamdulillah

A mes parents, pour leur présence, leur soutien, leur encouragement sans faille durant toutes ces années. A mon père, qui nous a toujours encouragé à poursuivre nos ambitions et à ma mère qui a été un pilier pour chacun d'entre nous. Je n'en serais pas là sans vous. Je ne pourrai jamais assez vous en remercier.

A la mémoire de mes grands parents, qu'ils reposent en paix.

A mon frère et à mes sœurs (à qui je vais devoir adresser un message personnalisé à chacun sous peine de représailles☺).

A Rachid, fournisseur officiel de Smartphone dans la famille.

A Hayate, pour ton soutien et tes bons petits plats 'à la résid' et à 'l'appart'.

A Nawalle, et à ton sens aiguisé de la mode, la seule avec qui je peux débattre de tout (mais c'est toujours moi qui gagne les débats ;))

A Loubna, manga addict, dédicace à tes fameux 'cœurs' toi-même tu sais.

A Yasmine, la chouchoute, aux nombreux dessins d'encouragement que je retrouvais sur ma feuille de travail en revenant de 'mes pauses' et aux fous rires que tu me provoques !

A tout nos moments de famille et de fous rires.

A mes amis et à toutes les personnes rencontrées au cours de mes études,

Rajae, binôme de fac depuis la p2, à nos révisions de dernières minutes à la BU et à ta petite Nour,

Sahra alias 'elmez' et à notre amitié grandissante depuis l'internat de SQ,

Hadya ma pharmacienne préférée et à mes visites dans ta pharmacie pour papoter quand t'es de garde,

Faty et Sophie : de collègues à amies il n'y a qu'un pas !

A la puissance : Amira, Sonia, Najete sky forever et à tous nos délires qui ne sont compris que de nous ;)

A l'internat de SQ et à toutes les personnes que j'y ai rencontrées, clin d'œil à Sara et son thé 555.

A tous mes anciens co-internes depuis le service de pédiatrie de Creil au service de médecine interne de SQ (mention spécial à la BB team) etc ...

Aux médecins qui m'ont accompagné durant ma formation d'externe et d'interne, et qui m'ont appris mon métier avec bienveillance, mention spécial pour le service de médecine polyvalent/interne de Saint Quentin et aux Docteur Brihaye, Docteur Melboucy et Dr Khentache.

A tous les aides soignants, infirmiers, ash, manipulateurs radio, secrétaires médicales que j'ai pu rencontrer durant ma formation et avec qui nous formions une équipe.

Enfin, à tous mes anciens patients avec qui j'ai le plus appris, et à ceux à venir, je ferais en sorte d'être à la hauteur de cette profession avec toute l'humilité et la sagesse qu'elle requiert.

« Nous devons considérer que l'un des meilleurs traitements, l'un des plus efficaces, consiste à accroître les forces mentales et psychiques du patient, à l'encourager à la lutte, à créer autour de lui une ambiance agréable, à le mettre en contact avec des personnes qui lui plaisent. »

« Canon de la médecine », Avicenne Ibn Sina (980-1037), grand savant, philosophe et médecin du moyen âge.

TABLES DES MATIÈRES

LISTE DES ABREVIATIONS	13
LISTE DES FIGURES	14
LISTE DES TABLEAUX	15
INTRODUCTION	16
PREMIERE PARTIE : ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES	18
1. Quelques chiffres...	18
2. Dépistage	19
2.1 Facteurs de risques du cancer du sein	19
2.2 Palpation des seins	21
2.3 DOCS	22
2.3.1 Généralités	22
2.3.2 Modalités	23
2.3.3 Taux de participation en France	25
2.3.4 Taux de participation en Hauts de France	26
2.4 Dépistage individuel	27
2.4.1 Définition	27
2.4.2 Modalités	28
3. Place du médecin généraliste dans le dépistage	32
4. Controverses	33
DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE	35
1. Matériel et méthode	35
1.1 Choix de la méthode qualitative	35
1.2 Population étudiée	35
1.3 Élaboration du guide d'entretien	36
1.4 Collecte de l'information	37
1.5 Transcription des entretiens	37
1.6 Analyse des données	37

2. Résultats	39
2.1 Caractéristique des entretiens	39
2.2 Caractéristique de l'échantillon	39
2.3 Perception du DOCS par les médecins généralistes	40
2.4 Pratique du DOCS	43
2.4.1 Rôles du médecin généraliste	43
2.4.2 L'abord du dépistage	45
2.4.3 Palpation mammaire	47
2.4.4 ROSP	47
2.4.5 Opinion du MG sur le projet de mise en place d'une cs dédiée à la prévention	48
2.5 Freins rencontrés	49
2.5.1 Freins liés aux patientes d'après leurs médecins généralistes	49
2.5.2 Freins liés aux médecins eux-mêmes	52
2.5.3 Freins liés au DOCS	54
2.6 Pratique du DI	57
TROISIEME PARTIE : DISCUSSION	61
1 Discussion de la méthodologie	61
1.1 Forces de l'étude	61
1.2 Limites de l'étude	62
2 Analyse des résultats et comparaison aux données de la littérature	64
2.1 Perception du dépistage organisé	64
2.2 Rôles du médecin généraliste au sein du dépistage	69
2.3 Pratiques du DOCS	71
2.4 Principaux freins rencontrés au DOCS	75
2.5 Le DI : lacunes et pratiques	77
2.6 Perspectives	79
CONCLUSION	83
BIBLIOGRAPHIE	85
ANNEXES	91

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AES : Auto-examen des seins

CIRC : Centre international de recherche sur le cancer

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

COVID : Coronavirus disease

CRCDC : Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers

DI : Dépistage individuel

DOCS : Dépistage organisé du cancer du sein

ECS : examen clinique des seins

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, patients, santé et territoire

INCa : Institut National du Cancer

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

OADP : Outil d'Aide à la Décision Partagée

OMS : Organisation mondiale de la santé

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Taux standardisé incidence et mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018

Figure 2 : Infographie explicative autopalpation sein, source : destination sante.com

Figure 3 : Modalités du dépistage organisé du cancer sein (INCa, septembre 2015)

Figure 4 : Évolution du taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein par âge, de 2005 à 2019, source santé Publique France

Figure 5 : Évolution du taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein, par région. Période 2005 à 2019 source santé Publique France

Figure 6 : Modalités du dépistage en fonction du risque. Infographie : Pascal Marceau, source HAS 2018

Figure 7 : SCORE EISINGER

Figure 8 : Modalités du dépistage en cas d'antécédent(s) familial (aux) de cancer sein et/ou ovaire, source : HAS 2014

Figure 9 : Modalités de dépistage du cancer du sein selon le niveau de risque, Recommandations HAS, février 2015

Figure 10 : Principaux freins à la pratique du dépistage du cancer du sein. S.L'heritier Pratique de dépistage du cancer du sein des médecins généralistes des Alpes-Maritimes. 2018

Figure 11 : Schéma de l'étude my PeBS 2018

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes participant à l'étude.

Tableau 2 : Principaux résultats des méta-analyses incluses portant sur le taux du surdiagnostic .2017 Revue systématique de la littérature sur les effets du dépistage du cancer du sein.

INTRODUCTION

Pourquoi parler du cancer du sein ?

En France, le cancer du sein est à la fois le cancer le plus fréquent et le plus meurtrier chez la femme, avec près de 12 000 décès par an. [1]. Cela en fait donc un enjeu majeur en termes de santé publique.

Des facteurs de risques ont été identifiés pour ce cancer. Cependant, une prévention primaire, seule, ne pourrait être mise en place car certains facteurs, tels que des facteurs génétiques ou hormonaux, ne sont pas maîtrisables. De plus, moins de 50% des cancers du sein sont expliqués par les facteurs de risques connus. [2]

Les efforts doivent donc être concentrés sur la prévention secondaire, et donc sur un dépistage précoce. C'est dans ce cadre qu'un programme national de dépistage organisé du cancer du sein (DOCS) a été promu et mis en place par les pouvoirs publics en 1994 et généralisé sur l'ensemble de la France depuis 2004 [3]. Son objectif principal est de faire reculer la mortalité due à ce cancer [4]. Le dépistage à un stade précoce et l'amélioration constante des nouvelles thérapeutiques permettent d'améliorer le pronostic de la maladie [5] et d'éviter les traitements lourds.

Pour que le programme soit estimé efficace, en terme coût / efficacité [6], le consensus européen a fixé un taux de participation des femmes au DOCS de 70%. Aussi, avec un taux de participation au DOCS avoisinant les 51,8 % [7] en 2018, dans l'Aisne, celui-ci est largement insuffisant. D'ailleurs, il s'agit du taux le plus faible de la Picardie.

Les différents plans cancer instaurés depuis 2004 renforcent la place du médecin généraliste en termes de prévention et de dépistage : « Le médecin traitant est l'interlocuteur privilégié des personnes, tant pour l'incitation au dépistage que pour la remise des résultats et le suivi des personnes. Les campagnes ne peuvent se faire sans son adhésion ». [8]

Plusieurs études montrent l'influence du médecin généraliste dans le choix des patientes quant à la réalisation du DOCS, [9,10]. Cela démontre l'importance de l'adhésion du médecin traitant au dépistage pour en majorer leur participation.

Cependant, depuis la publication d'une revue de la littérature Cochrane écrite par Gotzsche et Jorgensen en 2001 [11], il existe une controverse concernant le DOCS [12]. Celle-ci repose sur une balance bénéfices/risques incertaine, et un manque d'informations objectives données aux professionnels de santé ainsi qu'aux femmes sur ce sujet [13,14].

Il existe, en parallèle au DOCS, un dépistage individuel (DI) sur prescription d'un professionnel de santé qui concerne, en théorie, les femmes non incluses dans le DOCS.

L' HAS a comptabilisé, qu'en 2009, environ 10% des femmes âgées de 50 à 74 ans avaient bénéficié d'une mammographie en dépistage individuel (DI) [15]. Le DI a donc été défini par la HAS en 2015 afin d'en préciser les modalités : cibler les femmes avec un risque élevé ou très élevé de cancer du sein. [16]

Il serait donc intéressant de questionner les médecins généralistes axonais sur leur pratique de DI ainsi que sur leur attitude et conduite face aux patientes présentant des facteurs de risque accrus.

En outre, cette étude qualitative a pour principal objectif de déterminer l'adhésion du médecin généraliste axonais au DOCS et donc son attitude pratique face à ce dépistage, où le taux de participation reste insuffisant. Nous évaluerons secondairement la question de la place du dépistage individuel en pratique quotidienne.

PREMIÈRE PARTIE :

ÉTAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES

1. Quelques chiffres...

Avec 58 459 nouveaux cas en France en 2018, le cancer du sein est de loin le plus fréquent chez la femme, devant le cancer colorectal et le cancer du poumon^[17]. Il s'agit également de la première cause de décès par cancer chez la femme avec 12 146 décès la même année.^[17]

Le nombre de nouveaux cas a pour ainsi dire doublé entre 1990 et 2018, passant de 30 000 à 58 459 cas annuels (+95 %)^[18]. Le taux d'incidence de ce cancer est en augmentation, avec un accroissement de +1,1 % par an en moyenne entre 1990 et 2018, et de +0,6 % par an sur la période récente 2010-2018.[18]

Cette hausse est attribuable pour moitié (+48 %) à une augmentation des facteurs de risque et pour moitié à l'augmentation et au vieillissement de la population (respectivement +26 % et +21 %). [18]

L'augmentation du taux d'incidence s'associe à une diminution du taux de mortalité, -1,3 % par an en moyenne entre 1990 et 2018^[18]. Ces évolutions inverses de la mortalité et de l'incidence (figure 1) sont supposées être liées à l'amélioration de la prise en charge thérapeutique et au diagnostic plus précoce lié au dépistage, sans que leur part respective ne puisse être précisée. [19]

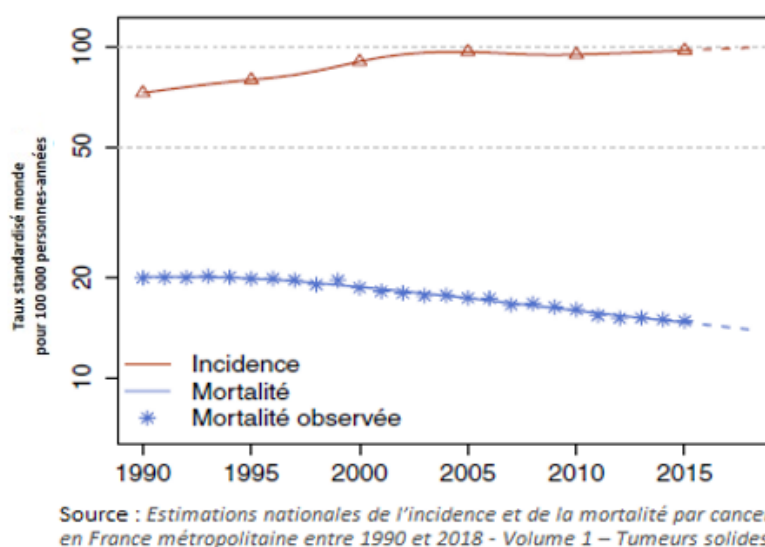


Figure 1 : Taux standardisé incidence et mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018

Si le nombre de cas de cancer du sein n'est pas plus élevé dans les Hauts-de-France qu'ailleurs, la mortalité, elle, est préoccupante. La région présente une sur-mortalité de 25% par rapport à la moyenne de la France métropolitaine. Sur la période 2007-2014, le nombre annuel moyen de décès par cancer du sein est estimé à 1 268. Les Hauts-de-France sont ainsi au premier rang des régions métropolitaines.

Au sein de la région, une sur-mortalité importante est observée dans les cinq départements, les plaçant dans les premiers rangs des départements métropolitains. Elle est de 13% dans l'Oise, 18% dans l'Aisne, 20% dans la Somme, 27% dans le Nord et 33% dans le Pas-de-Calais.

Ce cancer reste toutefois de bon pronostic, avec une survie nette standardisée à 5 ans de 87 % pour les cancers diagnostiqués entre 2005 et 2010. [18]

Les âges médians au diagnostic et au décès en 2018 sont respectivement de 63 et 74 ans.

La courbe transversale du taux d'incidence selon l'âge en 2018 montre une progression marquée à partir de l'âge de 30 ans, pour atteindre une valeur maximale de 420,9/100 000 chez les femmes entre 70 et 74 ans.

La survie est d'autant meilleure que le cancer est diagnostiqué à un stade précoce. [18]

Face à ce constat, les pouvoirs publics ont donc mis en place un dépistage organisé, généralisé sur l'ensemble du territoire en 2004 pour les femmes entre 50 et 74 ans.

2. DÉPISTAGE

2.1 Facteurs de risque du cancer du sein

Le cancer du sein est une maladie multifactorielle. Cela signifie que plusieurs facteurs influent sur le risque de sa survenue. On parle de facteurs de risque. [20] Rappelons toutefois que moins de 50 % des cancers sont expliqués par des facteurs de risques connus.

Les principaux facteurs de risque connus du cancer du sein sont :

- L'âge, près de 80 % des cancers du sein se développent après 50 ans. [20]

-Une prédisposition génétique, 5 à 10 % des cancers du sein sont liés à des mutations génétiques héréditaires. [18]

- Un antécédent personnel de pathologie mammaire,

- Un antécédent personnel d'irradiation thoracique médicale à forte dose.

D'autres facteurs de risque sont suspectés dépendant des expositions hormonales endogènes (âge à la puberté, nombre d'enfants, âge à la première grossesse, allaitement, surpoids/obésité) et exogènes (traitement hormonal de la ménopause). [17]

Des facteurs liés à l'hygiène de vie ont également été rapportés :

l'étude Circ. 2018 [21] estime qu'environ 15,1 % des cancers du sein chez les femmes de plus de 30 ans, en 2015, étaient attribuables à la consommation d'alcool et 4,4 % au tabagisme.

Cela devrait donc pousser les tutelles à davantage de lutte dans la prévention de l'alcool et du tabac chez la femme et ce dès l'adolescence.

Selon cette même étude, 10,6 % des cancers du sein post-ménopausiques (femmes de plus de 50 ans) étaient attribuables au surpoids et à l'obésité, ou encore à l'absence d'activité physique. A l'inverse faire 30 mn d'activité physique par jour, 5fois/ semaine diminuerait les risque de cancer du sein de même qu'un régime alimentaire équilibré et diversifié.

Des facteurs non encore établis, comme le travail de nuit, les perturbateurs endocriniens, certaines expositions professionnelles aux solvants, pourraient aussi être impliqués dans la survenue du cancer du sein. [18]

Pour conclure, plusieurs facteurs de risque ont ainsi été identifiés pour le cancer du sein. Il existe encore, cependant, des incertitudes quant à l'implication et au poids de plusieurs de ces facteurs. Une personne qui présente un ou plusieurs facteurs de risque peut ne jamais développer de cancer. Inversement, il est possible qu'une personne n'ayant aucun facteur de risque soit atteinte de ce cancer. [20]

Une prévention primaire ne pourrait donc, à elle seule, suffire à endiguer le développement d'un cancer du sein. Cela a donc amené à développer le dépistage en prévention secondaire.

2.2 Palpation des seins

Selon l’OMS, il n’y a pas de preuve de l’efficacité de l’auto-examen des seins (AES) en tant que méthode de dépistage. En revanche, cette technique permet aux femmes de se responsabiliser et de se sentir concerner par leur santé. Par conséquent, l’AES est recommandé pour sensibiliser les femmes à risque plutôt que comme une méthode de dépistage à proprement parler. [24]

L’ HAS, quant à elle, recommande qu'un examen clinique des seins (ECS) soit réalisé chez toutes les femmes par un professionnel de santé, qu'elles soient à risque de cancer du sein ou non dès 25 ans ,un suivi particulier étant recommandé pour les femmes présentant des facteurs de risques personnels ou familiaux.

Cependant, aucune étude de haut niveau de preuve n’apporte l'assurance de l'efficacité de l'ECS dans le cadre du dépistage du cancer du sein chez les femmes sans facteur de risque âgées de moins de 50 ans dans notre pays. [22]

Une étude [25] a, en revanche, montré que la pratique régulière d'un ECS augmente la participation à la mammographie de dépistage, parce que les femmes se sentent alors probablement plus concernées par le dépistage du cancer du sein.

Par ailleurs, l’ECS par un professionnel reste le seul moyen de dépistage pour les femmes de moins de 50 ans avec un risque moyen ou faible.

En conclusion, si l'ECS par un professionnel de santé et/ou l'autopalpation des seins peuvent jouer leur rôle chez les moins de 50 ans ou entre deux convocations du DOCS et sensibiliser davantage les femmes au dépistage, ils n'ont pas fait la preuve de leur efficacité et ne peuvent être utilisés comme seul test de dépistage. [22]

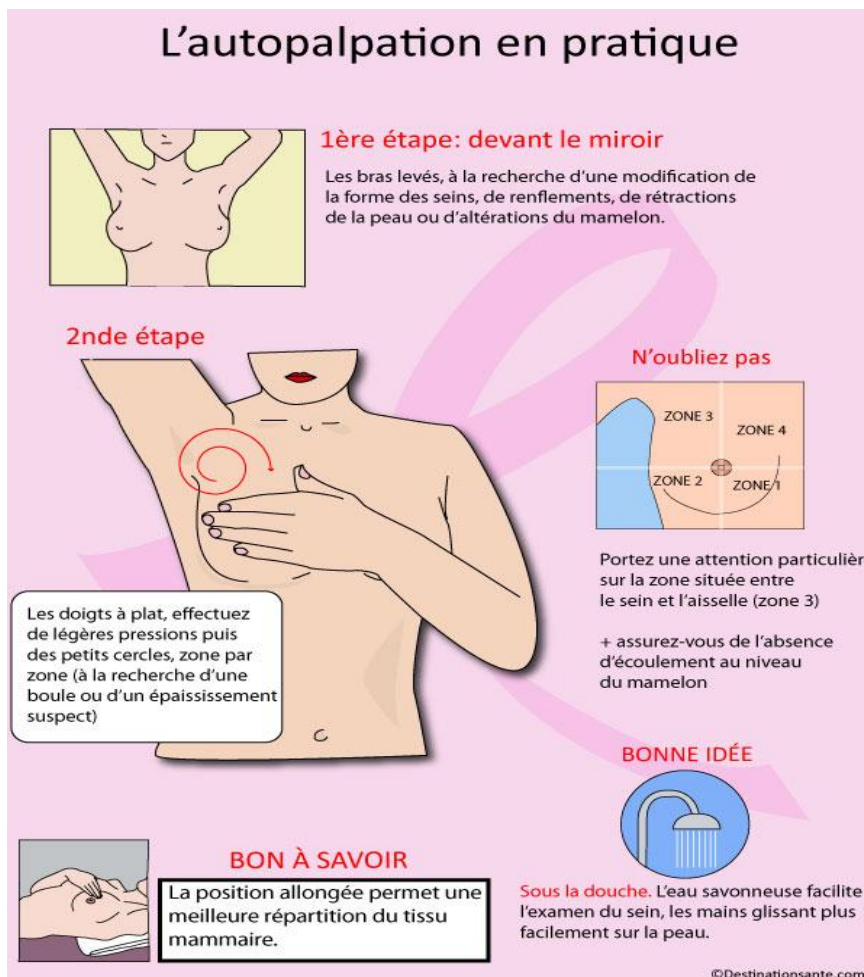


Figure 2 : Infographie explicative autopalpation sein, source : destination sante.com

2.3 Dépistage organisé du cancer du sein

2.3.1 Généralités

Depuis 2004, le programme de dépistage organisé du cancer du sein (DOCS) s'est généralisé sur l'ensemble du territoire français selon les modalités du cahier des charges publié en 2001. Il a pour double objectif de réduire la mortalité liée au cancer du sein et d'améliorer l'information et la qualité des soins des personnes concernées. [26]

Ce programme garantit un égal accès au dépistage sur l'ensemble du territoire et fait bénéficier chaque femme de la même garantie de qualité et de prise en charge. Il cible les femmes âgées de 50 à 74 ans à risque moyen, c'est-à-dire sans symptôme apparent ni facteur de risque particulier. C'est pour cette tranche d'âge que le dépistage est le plus efficace, en permettant d'avoir un maximum de bénéfices et d'en limiter les inconvénients. [27]

Le DOCS repose sur un cahier des charges publié au Journal officiel du 21 décembre 2006, et modifié par l'arrêté du 23 mars 2018, [28] qui définit et encadre ses modalités, son suivi et son évaluation régulière.

2.3.2 Modalités

Les centres régionaux de coordination des dépistages (CRCDC) envoient un courrier d'invitation personnalisé aux femmes éligibles, à partir des fichiers transmis par les régimes d'assurance maladie tous les deux ans. [29]

Les femmes sont invitées à se rendre chez un radiologue agréé (ayant suivi une formation spécifique, et effectuant au moins 500 mammographies par an) dont les coordonnées figurent dans la liste jointe au courrier. [30]

Dans le cas où une femme éligible souhaite se faire dépister et n'a pas reçu le courrier d'invitation, une prescription par le médecin généraliste d'une mammographie dans le cadre du programme organisé est possible. Elle peut, également, se rendre de sa propre initiative dans un cabinet de radiologie agréé ou contacter la structure de gestion des dépistages de son département qui lui enverra une prise en charge et lui communiquera la liste des radiologues agréés.

L'examen comprend une mammographie (deux clichés par sein, face et oblique) et un examen clinique des seins. Il est pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, sans avance de frais. En 2019, l'arrêté du 22 février n'autorise plus que les mammographies numériques dans le programme de dépistage organisé. On estime en décembre 2016 que 98 % des dépistages ont été réalisés avec la technologie numérique. Dorénavant, seuls les radiologues équipés de ces dispositifs permettront une prise en charge à 100 % de l'examen par l'assurance maladie.

Si aucune anomalie n'est décelée, la mammographie est ensuite systématiquement relue par un second radiologue expert. Le programme de dépistage organisé bénéficie d'une double lecture encadrée : les radiologues participants dits « premiers lecteurs » doivent effectuer au moins 500 mammographies par an. Les radiologues assurant la deuxième lecture doivent, quant à eux, s'engager à lire au moins 2 000 mammographies par an dans le cadre de cette activité de seconde lecture. [30]

Lorsqu'une anomalie est décelée, le radiologue premier lecteur effectue immédiatement un bilan diagnostique pour raccourcir le délai d'une éventuelle prise en charge et éviter une attente angoissante pour la patiente.

LE DÉPISTAGE ORGANISÉ EN PRATIQUE	
Étape 1	Votre patiente reçoit tous les 2 ans, de la structure de gestion en charge du dépistage des cancers, un courrier l'invitant à réaliser une mammographie. Si votre patiente n'a plus son invitation, vous pouvez prescrire une mammographie en précisant « mammographie de dépistage ».
Étape 2	Votre patiente prend rendez-vous auprès d'un radiologue agréé (liste jointe avec l'invitation). Au centre de radiologie, elle bénéficie d'un examen clinique et d'une mammographie de dépistage (2 incidences par sein) pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie sans avance de frais.
Étape 3	<ul style="list-style-type: none"> • Si aucune anomalie n'est suspectée : <ul style="list-style-type: none"> – les clichés de mammographie sont adressés à la structure de gestion en charge du dépistage des cancers du département et font l'objet d'une seconde lecture ; – sans aucune anomalie détectée à la première et à la seconde lecture, votre patiente est réinvitée 2 ans plus tard pour réaliser un nouveau dépistage. • Si une anomalie est suspectée : <ul style="list-style-type: none"> – à l'issue de la première ou de la seconde lecture des clichés de mammographie, votre patiente est invitée à réaliser des examens complémentaires (échographie, biopsie...). Ils sont pris en charge aux conditions habituelles de remboursement.
Étape 4	Votre patiente et vous-même recevrez un compte rendu vous informant des résultats des différents examens.

Source : Cancer du sein - Quelles modalités de dépistage, pour quelles femmes ? (INCa, septembre 2015)

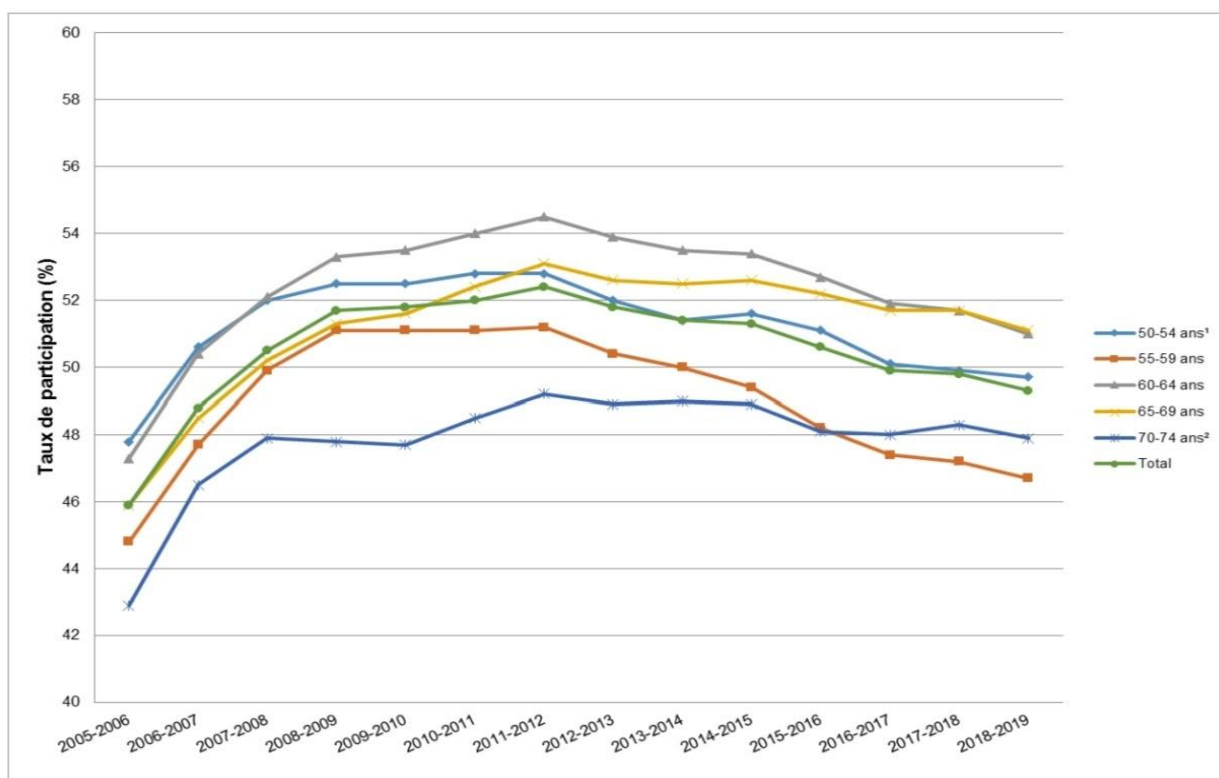
Figure 3 : Modalités du dépistage organisé du cancer sein (INCa, septembre 2015)

2.3.3 Taux de participation DOCS en France

En France, au cours de l'année 2019, le taux de participation était de 48,6 %. Cela reste inférieur au taux recommandé par le consensus européen, qui fixe un objectif de participation au DOCS à 70 %. [6] Après avoir augmenté jusqu'en 2011-2012 pour atteindre un pic à 52,4 %, la participation au programme est en diminution. (Figure n°4).

Cette diminution se poursuit lentement avec un taux de participation à 49,3% sur la période 2018-2019. Cette baisse s'observe pour toutes les tranches d'âge et est particulièrement marquée pour les 55-59 ans, chez qui le taux de participation est le plus bas.[31]

**Evolution du taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein, par âge
Période 2005 à 2019**



¹ Les femmes de < 50 ans sont incluses dans cette tranche d'âge.

² Les femmes de > 74 ans sont incluses dans cette tranche d'âge.

Figure 4 : Évolution du taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein par âge, de 2005 à 2019, source santé Publique France

2.3.4 Taux de participation Haut de France

La baisse observée sur le plan national, s'est également constatée sur le plan régional, même s'il existe de grandes disparités en fonction des régions, comme nous le montre la figure 5. En particulier, dans la région des Hauts de France cette baisse est remarquée dans ses 5 départements et sur l'ensemble de la région puisque le taux de participation est de 48,8% en 2019, inférieure de 0,5% à la moyenne nationale tout en restant stable dans sa différence et sa courbe.

**Evolution du taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein, par région
Période 2005 à 2019**

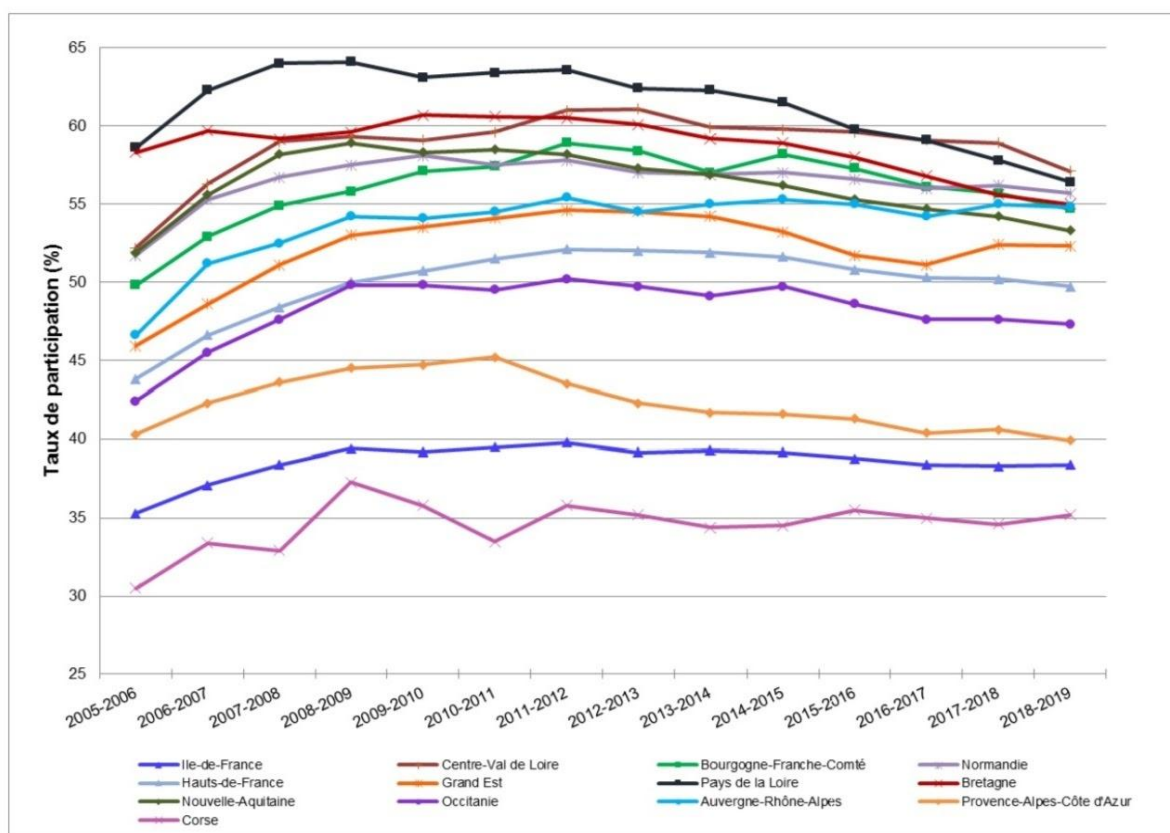


Figure 5 : Évolution du taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein, par région. Période 2005 à 2019 source santé Publique France

Ce DOCS, dans le département de l'Aisne, territoire qui concerne le sujet de cette thèse, y est encore plus abaissé, avec un taux à 47,6% soit - 1,2 % par rapport à la moyenne régionale et -1,7% par rapport à la moyenne en France, ce qui en fait le plus triste taux de dépistage des Hauts de France derrière l'Oise à 47,5%. Le taux de participation le plus élevé dans la région est celui de la Somme avec 52,8% soit + 4%, vient ensuite le Pas de calais à 48,9% soit + 0,1% et le Nord à 48,4% soit -0,4%.

2.4 DÉPISTAGE INDIVIDUEL

2.4.1 Définition

Le dépistage individuel et personnalisé s'adresse aux femmes qui ne font pas partie des populations ciblées par le dépistage organisé (DOCS) ou à celles qui souhaitent être dépistées pour des raisons personnelles. Ce DI se pratique à la demande du médecin traitant ou du gynécologue, d'une sage-femme voire à l'initiative de la femme. Ainsi elles peuvent bénéficier d'un suivi spécifique (suivi gynécologique, examens spécifiques, consultation d'oncogénétique pour les risques très élevés) et / ou d'un programme de dépistage personnalisé qui dépend du nombre et du type de facteurs de risque, notamment familiaux. Mais ce mode de dépistage n'est, en théorie, pas indiqué chez les femmes à risque faible ou moyen de développer un cancer du sein.

Comme tout examen radiologique, la mammographie de DI fait l'objet de référentiels et d'une évaluation des pratiques professionnelles. Les mammographes utilisés sont régulièrement contrôlés.

Néanmoins, selon l'HAS « *le DI se déroule en dehors de tout cadre contractuel et n'est donc pas soumis à un cahier des charges décrivant la procédure à suivre et les examens complémentaires à pratiquer. Il ne bénéficie pas non plus d'un suivi centralisé concernant sa qualité et ses résultats (notamment le nombre de cancers dépistés). Par ailleurs, la seconde lecture systématique des clichés jugés normaux n'est pas prévue* » [32].

La limite de ce dépistage individuel est qu'il ne peut être évalué ni au plan de son efficacité, ni de son efficience. Il répond à certaines règles de contrôle technique certes, mais ne bénéficie pas de toutes les garanties liées au contrôle qualité du programme organisé. Par ailleurs, il touche surtout les femmes les mieux suivies au plan médical et/ou celles en situation socio-économique favorisée.

L'HAS estime, qu'en 2019, 10 à 15% des femmes entre 50 et 74 ans, relevant du DOCS, auraient eu une mammographie en dépistage individuel [15].

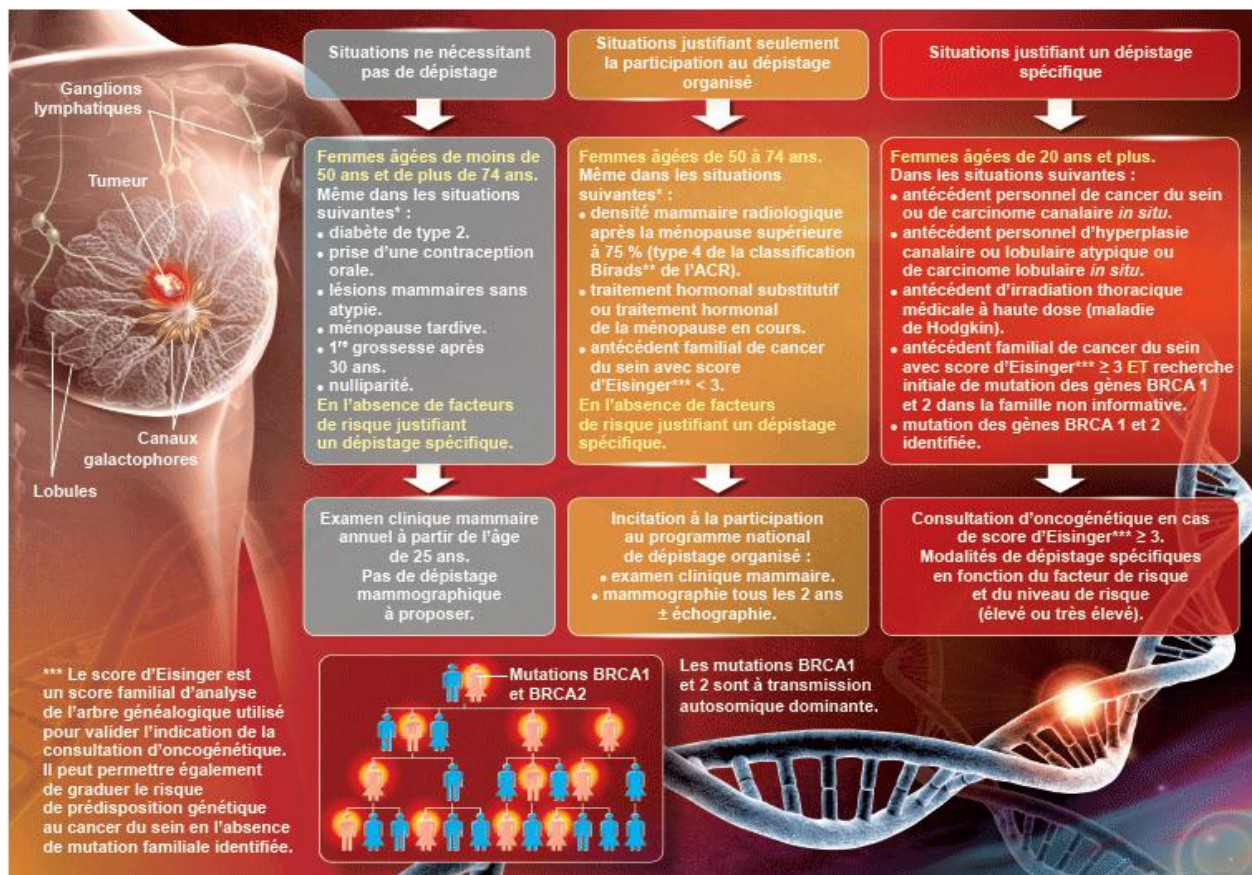
Enfin l'HAS a redéfinie les modalités du DI en 2015 afin de cibler spécifiquement les femmes avec un risque élevé ou très élevé de cancer du sein [16]

2.4.2 Recommandations et modalités

Selon la HAS, quatre situations ont été identifiées pour lesquelles des modalités de dépistage spécifiques différentes du programme de dépistage organisé sont recommandées [33]. En dehors des femmes porteuses d'une mutation des gènes BRCA 1 ou 2 (recommandations de l'Inca sur cette situation), ce dépistage spécifique concerne :

- Antécédent personnel de cancer du sein ou de carcinome canalaire *in situ* ;
- Antécédent d'irradiation thoracique (antécédent d'irradiation thoracique médicale à haute dose pour maladie de Hodgkin) ;
- Antécédent familial de cancer du sein avec score d'Eisinger d'indication de la consultation d'oncogénétique ≥ 3 ET recherche initiale de mutation des gènes BRCA1 et BRCA2 non informative dans la famille (c'est-à-dire en l'absence d'identification d'une mutation BRCA1 ou 2) OU recherche initiale non réalisée ;
- Antécédent personnel d'hyperplasie canalaire atypique, d'hyperplasie lobulaire atypique ou de carcinome lobulaire *in situ*.

La figure 6 résume les situations nécessitant un dépistage spécifique :



* Listes non exhaustives.

** Birads (*Breast Imaging Reporting And Data System*) : classification internationale établie par l'American College of Radiology (ACR). Les images mammographiques sont classées en catégories dites ACR en fonction du degré de suspicion de leur caractère pathologique.

Figure 6 : Modalités du dépistage en fonction du risque. Infographie : Pascal Marceau, source HAS 2018

En cas d'antécédent familial de cancer du sein avec score d'Eisinger (figure 7) d'indication de la consultation d'oncogénétique ≥ 3 et en l'absence d'identification d'une mutation BRCA 1 ou 2 dans la famille (ou en cas de recherche non réalisée), c'est à l'oncogénéticien d'évaluer le niveau de risque personnel de cancer du sein de la femme, au vu de son arbre généalogique et de son âge. (Figure 8)

Le risque peut être considéré comme élevé ou très élevé. En revanche, en cas de mutation BRCA 1 ou 2 identifiée au sein de la famille mais non retrouvée chez la femme, aucun dépistage spécifique n'est recommandé. [33]

Le Score d'Eisinger	
Le score d'Eisinger est un score prenant en compte l'ensemble des antécédents familiaux, validé pour l'indication de la consultation d'oncogénétique. Il permet également de graduer le risque de cancer du sein en l'absence de mutation.	
Antécédents familiaux	Cotation
Mutation BRCA1 ou 2 identifiée dans la famille	5
Cancer du sein chez une femme < 30 ans	4
Cancer du sein chez une femme entre 30 et 39 ans	3
Cancer du sein chez une femme 40 et 49 ans	2
Cancer du sein chez une femme 50 et 70 ans	1
Cancer du sein chez un homme	4
Cancer de l'ovaire	3
Résultats	
Les cotations doivent être additionnées pour chaque cas de la même branche parentale (paternelle ou maternelle).	
Interprétation :	
Score = 5 ou plus : excellente indication	
Score = 3 ou 4 : indication possible	
Score = 1 ou 2 : utilité médicale faible	
Sources : Eisinger F., Bressac B., Castaigne D., Cottu P.H., Lansac J., Lefranc J.P., et al. Identification et prise en charge des prédispositions héréditaires aux cancers du sein et de l'ovaire. Bull Cancer 2004;91(4):219-37.	

Figure 7 : SCORE EISINGER

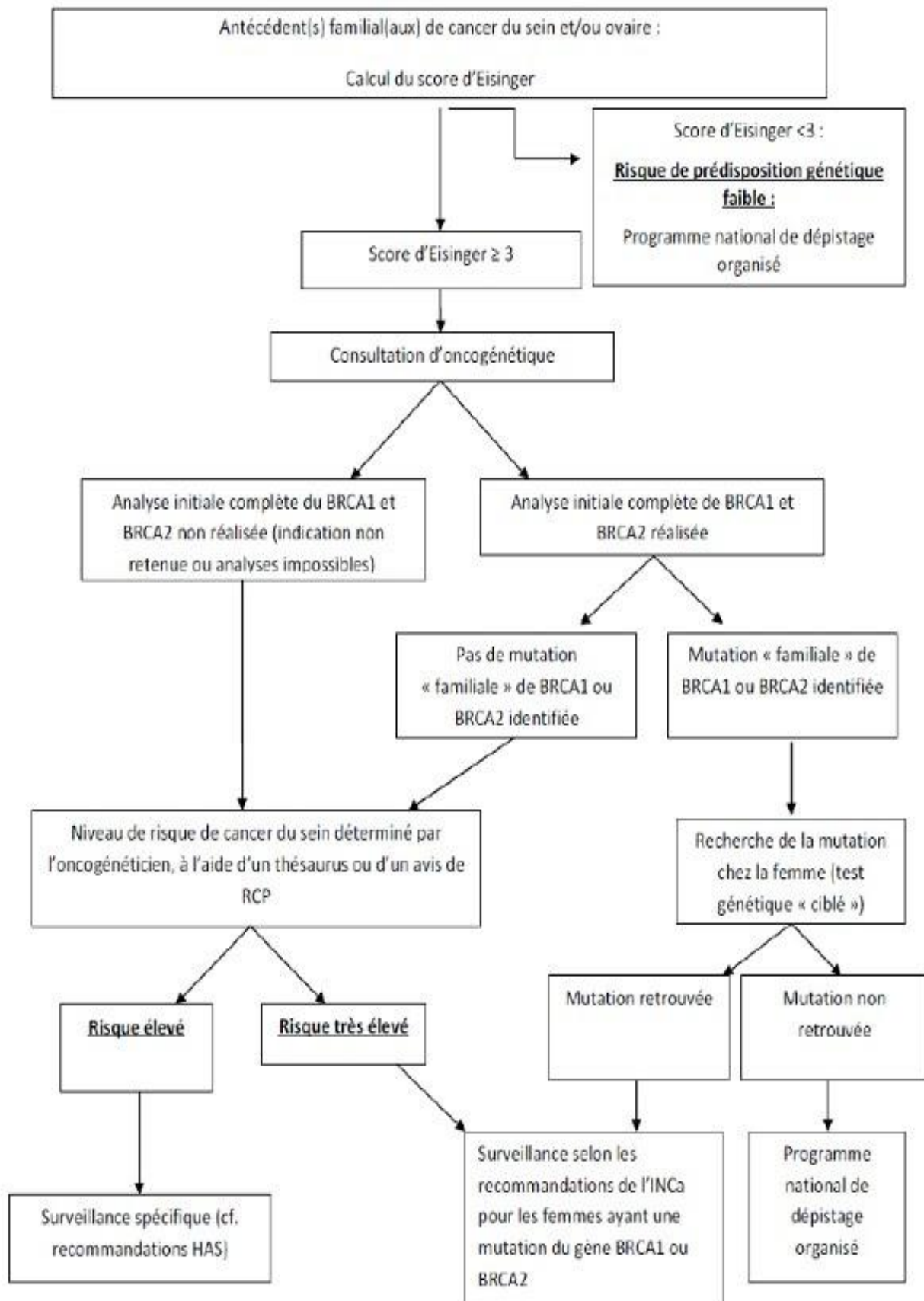


Figure 8 : Modalités du dépistage en cas d'antécédent(s) familial(aux) de cancer sein et/ou ovaire, source : HAS 2014

L'objectif est d'établir une cartographie des niveaux de risque de cancer du sein et d'en adapté les modalités de dépistage et / ou de surveillance régulière, en fonction des facteurs de risques, adéquate (figure9).

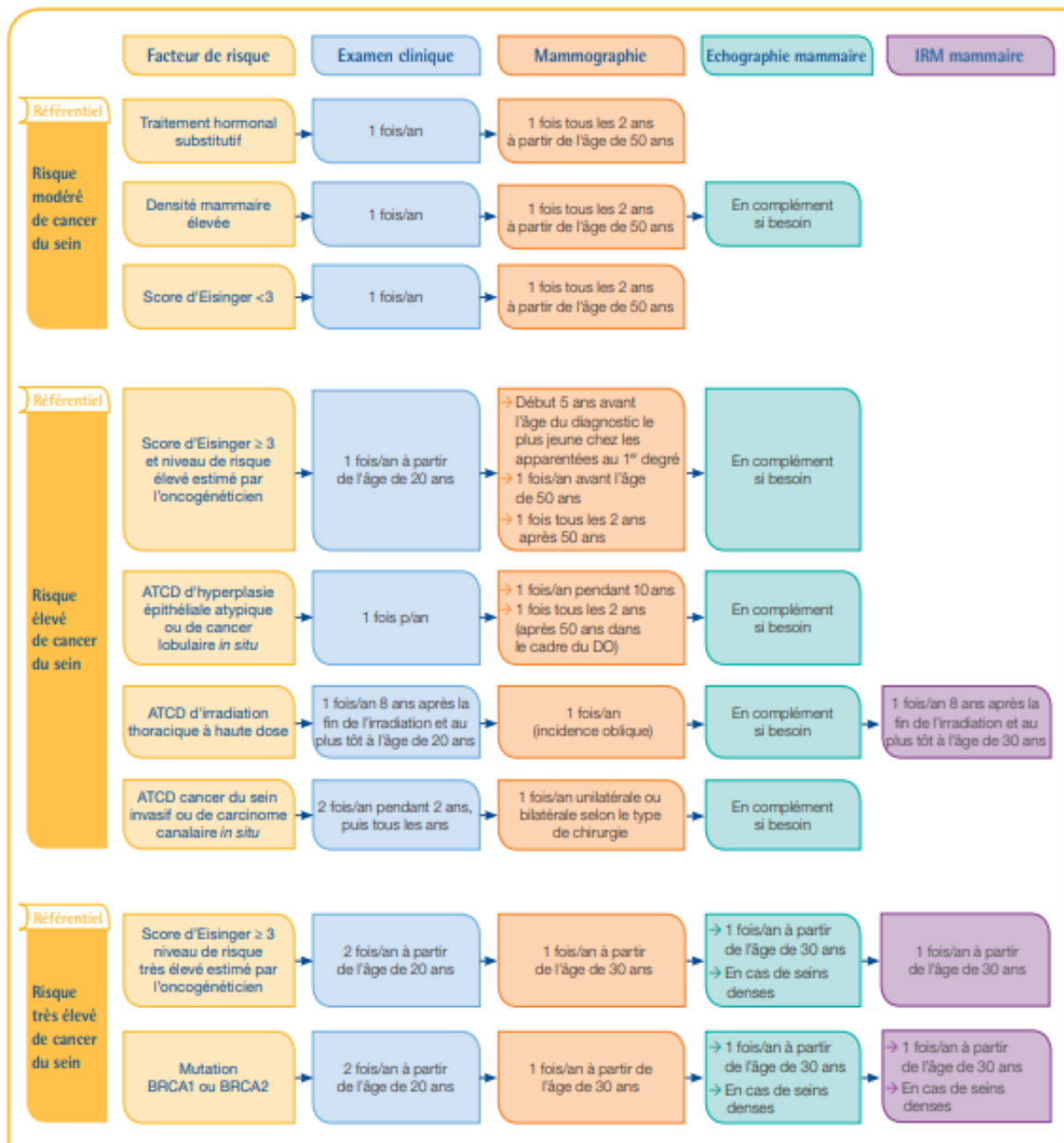


Figure 9 : Modalités de dépistage du cancer du sein selon le niveau de risque, Recommandations HAS, février 2015

Ainsi donc, nous pouvons prendre conscience de l'importance du rôle du médecin généraliste dans la prescription de ce dépistage, qui est essentiel, car, nous l'avons déjà antérieurement évoqué, plus un cancer est pris en charge médicalement et humainement tôt, meilleur sera son pronostic, dans la majorité des circonstances.

3. PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LE DÉPISTAGE

Le Médecin généraliste, souvent le médecin traitant de la femme, est régulièrement le premier interlocuteur des patientes. Il doit pouvoir les orienter, selon le niveau des facteurs de risques, vers un dépistage qui soit le plus adapté, voir le plus rapide, permettant ainsi de ne laisser aucun cancer, même de petite taille, non bilanté et non sans surveillance, en cas de doute ou d'incertitude clinique et histologique, puis d'accompagner, humainement, les femmes dans cette démarche, sachant toutes les inquiétudes et angoisses que ce dépistage peut parfois déclencher.

L'une des missions du médecin généraliste, premier recours, décrits dans le Code de Santé Publique à la suite de la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé et Territoires) du 21 juillet 2009 est la suivante : *Art. L. 4130-1 - Contribuer à l'offre de soins ambulatoires, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé.*

Les trois plans cancer, qui se sont succédés, n'ont eu de cesse que de renforcer la place du médecin généraliste de ville, au sein du parcours de soin, en oncologie, particulièrement dans le cadre de la prévention et du dépistage. **Plan cancer 2009/2013** : Mesure 16 (Axe Prévention – Dépistage) : *Impliquer le médecin traitant dans les programmes nationaux de dépistage et garantir l'égalité d'accès aux techniques les plus performantes sur l'ensemble du territoire.*

Ce rôle s'est encore renforcé dans le **plan cancer 2014/2019** : *Proposer, par le médecin traitant, à chaque personne la modalité de dépistage et de suivi adaptée à son niveau de risque de cancer du sein ou de cancer colorectal, en intégrant les personnes à risque aggravé dans les programmes de dépistage, avec l'appui des structures de gestion et de l'Assurance maladie.*

Ainsi le médecin généraliste, médecin de premier recours, a un rôle clef en termes de prévention et de dépistage.

Une enquête effectuée par l'Institut National du Cancer (INCa) en 2010 auprès de 600 médecins montrait que, pour 90 % d'entre eux, le DOCS avait une image de qualité (34). On retrouve donc une adhésion de la majorité des médecins généralistes au programme de dépistage organisé.

4. CONTROVERSES

Au début des années 2000, une controverse scientifique dans un premier temps, puis grand public, relative à l'intérêt du dépistage du cancer du sein est apparue sur le plan national mais également international, qui n'a pour autant pas conduit à modifier les recommandations en cours.

En effet, en 2000, Peter Gøtzsche et Ole Olsen, qui ont fait partie de l'un des sous-groupes de la collaboration Cochrane, publient une méta-analyse dans *The Lancet* et concluent à l'absence de preuve fiable et concrète sur la diminution de la mortalité liée au cancer du sein suite à un dépistage. Cela remet donc en cause l'intérêt même du dépistage.[35]

En 2002, Dans son « handbook » le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) estime que les essais randomisés apportent des « preuves suffisantes » (sufficient evidence) de l'efficacité du dépistage mammographique des femmes âgées de 50 à 69 ans, et ce malgré les lacunes « apparentes et réelles » des études contestées par Gøtzsche et Olsen, lacunes que le CIRC juge insuffisantes pour invalider leur jugement. [36]

En 2005, le modèle Halstedien, qui prévoyait l'inéluctabilité des cancers (une fois un cancer apparu, il croît et évolue forcément vers la métastase), n'est pas vérifié pour tous les cancers : plusieurs études ont montré que des carcinomes *in situ* (cancers n'ayant pas franchi la membrane basale) non traités n'étaient pas devenus invasifs des années plus tard.[37] Apparaissent alors les notions de « surdiagnostic » et de « surtraitement » de ces cancers non évolutifs que le dépistage peut entraîner. Ce qui complexifie davantage l'analyse du rapport bénéfices/risques du dépistage. Toutes les sources récentes examinées mentionnent et/ou objectivent le surdiagnostic et le surtraitement. Mais l'estimation du surdiagnostic ne fait pas consensus.

Cette controverse a de nouveau émergé à partir de 2006 à la faveur de l'actualisation de diverses méta-analyses internationales et est encore en cours. Les éléments du débat sont les suivants :

--Il existe un certain nombre de « surdiagnostics » et de « surtraitements » et d'effets anxiogènes associés au dépistage, imputable à des résultats faussement positifs ou des cancers non évolutifs mais dépistés.

--La décision de dépister ou non est en partie déterminée par l'appréciation au niveau individuel et/ou collectif de la balance bénéfique/risque associée à la procédure. Cette décision a été prise, à l'échelle collective, sur la base de la baisse attendue des taux de mortalité par cancer du sein associée au dépistage par mammographie. Or, l'actualisation

des méta-analyses et les données en population ont montré que l'impact des programmes sur la mortalité était plus faible qu'attendu dans plusieurs pays ayant mis en place précocement un programme de dépistage

Cette controverse a été relayée par la revue « Prescrire »[38] qui a mené une analyse d'une dizaine d'essais cliniques effectués au total chez plus de 400 000 femmes. Elle prenait en compte la contestation de l'étude suédoise de 1985. Et elle concluait à « *une balance bénéfiques/risques peu favorable (...) Dans une hypothèse optimiste, il faudrait dépister entre 700 et 2 500 femmes environ pour éviter un décès par cancer du sein au bout de 14 ans* ».

La revue mentionne aussi les risques de surdiagnostic, de stress lié aux différentes étapes du dépistage, de surtraitement, et conclut que « les femmes doivent être objectivement informées des limites du dépistage ». [39]

Les résultats des différentes études et méta-analyses qui suivront, répertoriées dans le rapport d'un comité d'orientation indépendant basé sur la concertation citoyenne et scientifique, confirment la discordance sur la réduction de la morbi-mortalité imputable au dépistage. [39]

Au moment de l'évaluation réalisée par la HAS (2011), les conclusions de la controverse autour de l'intérêt de ce dépistage par mammographie n'étaient toujours pas tranchées d'un point de vue scientifique. Cependant aucun pays n'a remis en cause l'intérêt de la stratégie de dépistage chez les femmes de 50 à 74 ans. L'existence de cette controverse, largement diffusée dans la presse médicale, a été prise en compte dans l'évaluation et dans les recommandations de la HAS, en particulier parce qu'elle est susceptible d'induire chez les professionnels et/ou chez les femmes une moindre confiance dans le dispositif en place et donc d'avoir un impact sur la participation au dépistage, individuel ou organisé. En Effet la balance bénéfice / risque est peut-être plus défavorable quand le dépistage concerne des femmes jeunes et/ou sans facteur de risque. Ces résultats ont conduit certains auteurs à recommander une modification des messages adressés aux femmes

Ce débat bénéfice/risque n'est donc pas résolu et comporte des zones d'incertitude persistantes renvoyant à une question éthique fondamentale sur la nature de l'information à délivrer aux femmes sur l'efficacité du programme de dépistage organisé. [40]

Ces interrogations sont aussi prépondérément médiatisées sur internet et les réseaux sociaux, soulignant l'absence de choix éclairé des femmes françaises [39].

DEUXIÈME PARTIE : L'ÉTUDE

1/ MATÉRIEL ET MÉTHODES

1.1 Choix de la méthode qualitative

Afin d'explorer l'implication des médecins généralistes axonais par rapport au DOCS, la méthode qualitative semblait la plus appropriée pour avoir accès à leurs ressentis et mettre en exergue leur pratique et leur avis concernant le DOCS et le DI.

Par l'intermédiaire d'entretiens individuels semi-dirigés, cette technique autorise le recueil des données au plus près du vécu des uns et des autres et cherche plus à comprendre qu'à mesurer, en laissant la population choisie s'exprimer. Il s'agit donc d'une technique de recueil d'informations permettant à l'interviewé de développer et d'orienter son propos, d'évoquer sa pratique, son expérience personnelle, et son éthique au regard du DOCS.

Un canevas d'entretien semi-directif est conçu en amont des entretiens.

Les entretiens sont menés par l'enquêtrice, qui en réalisera également la synthèse et l'analyse des résultats.

1.2 Population étudiée

Les médecins interrogés étaient des médecins généralistes du département de l'Aisne, toutes tranches d'âges confondues, hommes et femmes, exerçant en libéral. Les médecins ayant une pratique exclusive autre que celle de la médecine générale ont en été exclus (acupuncture, mésothérapie...).

Leur recrutement s'est effectué lors d'entretiens téléphoniques préliminaires. Le refus de participation fut motivé principalement par le manque de temps, le filtrage des appels par le secrétariat. Plusieurs relances ont été faites, sans retour de la part de certains médecins.

Par ailleurs, l'épidémie de COVID a rendu ces entretiens impossibles pendant la période de confinement et compliqués ensuite, avec des médecins encore moins disponibles par la mise en place de mesures de barrières sanitaires.

Lorsque la réponse fut positive, il fut convenu d'un rendez-vous, l'enquêtrice proposant de se déplacer sur le lieu et aux horaires les plus pratiques pour le médecin.

Le premier médecin recruté le fut par un mode d'accès indirect, c'est-à-dire par l'entremise d'un tiers médecin l'ayant désigné comme étant disponible pour participer cette étude. En recherche qualitative, la taille de l'échantillon est déterminée par l'étude elle-même. Les entretiens furent donc réalisés jusqu'à ce qu'ils n'apportent plus d'informations nouvelles : c'est ce qu'il est appelé le principe de saturation des données. Celle-ci fut obtenue au bout de 12 entretiens.

Cependant, afin d'enrichir les données, il a été réalisé trois entretiens supplémentaires et complémentaires avec des médecins généralistes remplaçants, malgré la rareté de leur inclusion dans les études. Ce mode d'exercice étant fréquent, il m'a semblé légitime de les interroger également, les patientes ayant souvent affaire à eux en plus de leur médecin traitant.

1.3 Élaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien est un document écrit comprenant une rapide présentation du projet, la trame du déroulement de la séance, ainsi qu'un texte de remerciements.

L'une des principales caractéristiques du guide d'entretien dans les études qualitatives est d'être modulable tout au long du travail.

L'entretien semi-directif a pour but de rester ouvert, c'est-à-dire de laisser libre cours aux associations d'idées de l'interviewé. Pour cela, l'élaboration de questions, relativement ouvertes, avec possibilité de relances, a dû être instruite y associant une éventuelle reformulation si toutes les thématiques n'y ont pas abordés.

Dans ce cadre, le guide d'entretien constitue un support pour l'enquêteur qui y consigne les différents thèmes, même si ceux-ci ne sont pas abordés dans un ordre précis.

Dans cette étude, le guide d'entretien (annexe 1) fut évolutif, intégrant les résultats obtenus lors des premiers échanges. Ainsi la partie portant sur les propositions d'amélioration du taux de participation du DOCS fut supprimé devant la richesse des résultats obtenue sur les autres thématiques.

Le guide visait à faire développer les thèmes suivants :

- Le recueil des données concernant le médecin généraliste : l'âge, le mode et le milieu d'exercice, le nombre d'années d'installation, la pratique gynécologique ainsi que les modalités d'exercice particulier de la médecine.

- La perception et l'adhésion du médecin concernant le DOCS.
- La pratique médicale concernant le DOCS.
- Les freins rencontrés.
- La pratique du dépistage individuel.

1.4 Collecte de l'information

Dans un premier temps, les médecins généralistes furent tous contactés par téléphone, de manière à leur expliquer le sujet de thèse, l'objectif et les modalités de l'étude et fixer un rendez-vous à leur convenance.

Tous les entretiens furent enregistrés au moyen de la fonction dictaphone d'un téléphone portable après avoir obtenu l'accord préalable des interviewés. L'inclusion de nouveaux médecins fut arrêtée lorsque la saturation des données fut atteinte, c'est-à-dire lorsque de nouveaux entretiens n'apportaient aucune information supplémentaire.

1.5 Transcription des entretiens

L'objectif de l'enregistrement est principalement pratique. Il permet la retranscription la plus fidèle possible de l'interview. Une fois les données recueillies sous forme d'enregistrement sonore, elles ont été retranscrites manuellement sur un support informatique « Word ». Cette retranscription fut réalisée de façon intégrale, « mot à mot », sans correction ni reformulation des propos, ni interprétation immédiate. Par contre, en parallèle, j'ai également noté les événements et les réactions non verbales des participants.

1.6 Analyse des données

Le texte produit lors d'une séance est ensuite analysé de façon thématique c'est-à-dire découpé en fragments appelés verbatim. Ensuite, chaque fragment obtenu est classé, confronté, comparé, afin de les organiser en sous-thèmes ou idées pouvant les résumer. Ceux sont les codes. Cette étape est réalisée à l'aide du logiciel d'analyse qualitative NVivo10®. Ce logiciel ne réalise aucune interprétation des données, mais il apporte une aide technique lors du codage des entretiens.

Lors de cette phase, il est possible de pondérer les résultats en notant la fréquence de répétition des idées. Les codes sont ensuite regroupés, organisés et hiérarchisés en thèmes plus généraux et sous-thèmes.

Enfin, la rédaction correspond au traitement et à la synthèse des différents thèmes obtenus. Cette analyse doit être dans la mesure du possible reproductible, c'est-à-dire que deux personnes différentes, qui en feraient l'analyse, doivent obtenir les mêmes conclusions.

2/ RÉSULTATS

2.1 Caractéristiques des entretiens

Au final, 15 médecins généralistes ont accepté de participer à cette étude puis furent interrogés. 53 médecins ont été contactés au total soit un taux de refus de 71.7 %. La période de réalisation des entretiens s'est étalée, du fait du confinement, du 02 février 2020 au 29 septembre 2020. Les entretiens se sont déroulés dans le département de l'Aisne (02) et dans le cabinet du médecin interrogé. L'entretien dura en moyenne 13 minutes (le plus court 6 minutes et le plus long 21 minutes).

2.2 Caractéristiques de l'échantillon

L'étude a été menée auprès de 15 médecins généralistes, dont 3 médecins remplaçants, 5 femmes (1/3) et 10 hommes. L'âge des médecins s'échelonne entre 30 et 69 ans, avec un âge moyen de 53 ans. Le plus âgé est en retraite ce qui explique sa petite activité, essentiellement en EHPAD avec un recul de 43 ans d'expérience en ruralité. À noter qu'un des médecins a une très grosse activité à près de 70 actes/jours. Tous reconnaissent avoir une faible activité de suivi gynécologique, ce qui peut poser question compte tenu du faible nombre de gynécologues sur le territoire.

Un médecin avait une activité mixte libérale/hospitalière et un médecin faisait partie de la commission du CRCDC, Centre régional de coordination de dépistage des cancers.

7 médecins sur 12 exercent en milieu rural, souvent en territoire économiquement faible, de précarité sociale forte, de niveau socioculturel bas. 4 sur 12 exercent en territoire urbain où l'accès aux soins est plus facile, le niveau socio-culturo-économique plus élevé.

Les caractéristiques des médecins interrogés sont résumées dans le tableau suivant :

Médecin	Age	Sexe	Milieu d'exercice	Ancienneté d'installation	Nombre de patients par jour	Activité gynécologique
M1	36	F	Rural	6 mois	25	Faible
M2	54	M	Rural	12 ans	30	Faible
M3	32	F	Rural	4 ans	35/40	Faible
M4	36	F	Rural	8 ans	25/30	Aucune
M5	69	F	Rural	43 ans	10	Faible
M6	30	F	Urbain	Remplaçante 3 ans	30/40	Faible
M7	63	M	Urbain	40 ans	70	Aucune
M8	35	M	Urbain	Remplaçant 5 ans	40/50	Faible
M9	64	M	Semi-rural	32 ans	50	Faible
M10	37	M	Rural	6 ans	20	Faible
M11	59	M	Rural	31ans	35	Faible
M12	34	M	Rural	Remplaçant 8 ans	20/25	Faible
M13	53	M	Urbain	21 ans	45/50	Faible
M14	60	M	Urbain	33 ans	25	Faible
M15	33	M	Urbain	3ans	30	Aucune

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes participant à l'étude

À noter que l'ensemble des médecins utilisent un dossier médical informatisé.

2.3 Perception du dépistage du cancer du sein par les médecins généralistes

La majorité des médecins généralistes interrogés a exprimé une **opinion totalement favorable** au dépistage :

M8 : « Très bonne opinion, je pense que c'est très bien d'avoir mis ça en place, j'ai une très bonne image de ce dépistage. »

M13 : « Très favorable, y'a pas photo, pour moi c'est très important. »

M5 : « J'ai un avis tout à fait positif, j'insiste beaucoup auprès des patientes pour le faire. »

Un certain nombre a estimé, par ailleurs, que ce dépistage n'avait que des bénéfices et par conséquent un risque nul :

M14 : « (...) alors pour moi il n'y a pas de risque, le bénéfice, il ne peut être que maximum. »

M5 : « Moi je pense qu'il n'y a que du bénéfice. »

M8 : « Pour moi, elle est totalement en faveur du bénéfice, pour moi il n'y a pas vraiment de risque. »

Par contre, d'autres médecins ont estimé que **ce dépistage comportait des risques** mais gardaient toutefois un **avis très positif**. Dans le cadre des risques potentiels, ils évoquaient notamment :

- le risque **d'irradiation** :

M4 : « J'ai plutôt une bonne image du dépistage, après les problème d'irradiation tout ça on a pas beaucoup de recul là-dessus, ce n'est pas ce qui me fait pour le moment le plus peur. »

M8 : « Bon les mammo, ça irradie mais sincèrement, c'est pas grand-chose, donc totalement bénéfice pour moi. »

- le **surdiagnostic** :

M1 : « C'est que l'on a tendance à penser que ça surdiagnostique des lésions qui n'auraient pas fait parler d'elle... Mais dans l'ensemble je pense que c'est quand même bénéfique pour la population. »

- le **cancer de l'intervalle entre 2 mammographies de dépistage**:

M8 : « Les limites de la mammo, euh... parfois entre 2 ans de mammographies, ça m'est déjà arrivé que quelque chose puisse apparaître même avec une mammo qui était normale il y a 2 ans, c'est la seule limite entre guillemets...

Sinon, je trouve, qu'il n'y a pas vraiment de limite, c'est un très bon dépistage. »

Un médecin interrogé, en revanche, avait une **opinion beaucoup moins favorable** sur le DOCS. Il estimait que celui-ci comportait de nombreuses failles, en particulier, il

-**remettait en cause le dépistage de masse**, lui préférant **un dépistage plus ciblé** :

M9 : « Je dirais que depuis quelque temps une espèce de polémique sur l'intérêt du dépistage de masse et pas plutôt une sensibilisation de mammographie pour des gens bien précis et non pas pour le commun des mortels, message qui est arrivé dans mes oreilles et que j'entends. »

- reprochait **un surdiagnostic entraînant un surtraitement** :

M9 : « Je me dis effectivement, est-ce qu'on n'est pas en train de surdiagnostiquer ? Est-ce qu'on n'enlève pas des seins ou des bouts de seins pour rien ? Est-ce qu'on ne devient pas un peu fou à mettre tout le monde sous chimio ou radiothérapie ? Je pense sincèrement qu'effectivement il y a quelque chose qui ne va pas. »

- estimait que le DOCS n'avait, finalement, **pas fait baisser significativement la mortalité** :

M9 : « Je pense sincèrement que les vrais cancers du sein, ceux que je voyais il y a 30 ans, ils sont toujours là, ils tuent toujours autant de personnes. Y'a pas plus de guérisons qu'avant, comme on a inclus plein de gens qui n'auront pratiquement rien, qui ne seront sans doute jamais morts, voire n'auraient jamais rien fait, on a l'impression qu'on les guérit à 90 %, ce qui est totalement faux. Voilà, je pense qu'il y a un énorme biais par rapport à ça, je crois qu'on commence à en parler. »

Il avait toutefois nuancé ses propos en expliquant que le dépistage n'était pas une mauvaise idée malgré ses imperfections et que **le dépistage actuel était « faute de mieux »**, il n'y avait pas de solution alternative à proposer à l'heure actuelle :

M9 : « Ce n'est pas une mauvaise idée, il est très imparfait car on n'a pas le temps de s'en occuper sérieusement. »

M9 : « Après c'est tout, la médecine n'est pas une science exacte, on essaie de faire au mieux, on n'a pas trouvé mieux que ça. »

Il recommandait tout compte fait à ses patientes de le réaliser car les recommandations actuelles l'indiquaient :

M9 : « Je lui dis à la date d'aujourd'hui, qu'il faut y aller car je n'ai pas d'argumentation scientifique ni de reco de la HAS qui me demande de pas y aller. »

2.4 Pratique du DOCS

2.4.1 Rôle du médecin généraliste

La majorité des médecins a estimé que le médecin généraliste **avait un rôle primordial et prépondérant** au sein de ce dépistage :

M 3 « Les médecins généralistes ont une place primordiale dans le dépistage, même si les patientes reçoivent leurs papiers à la maison, la plupart vont nous demander au moins la première fois ce qu'elles doivent faire, ce qu'on en pense... »

M6 : « Centrale, car c'est nous que les patientes viennent voir régulièrement. »

M2 : « Moi je pense que le médecin généraliste, il a un rôle principal et primordial dans ce dépistage. »

À l'inverse, deux médecins ont jugé que **leur rôle au sein de ce dépistage était réduit et succinct** car l'organisation du dépistage **ne les incluait pas** :

M9 : « Dans le dépistage organisé, il a un rôle plus que succinct, car en fait, ça ne passe pas par nous »

M11 : « Tout dépend de la place qu'on nous laisse...

Si l'organisme décide de tout gérer : il n'en existe plus, auquel cas je n'assume plus. »

Les médecins ont attribué plusieurs rôles au médecin généraliste au sein de ce dépistage :

Le rôle le plus souvent cité fut **celui du rappel ou relance du dépistage à la patiente**. Ils vérifiaient aussi la réception du courrier d'invitation :

M1 : « Le rappel !! (rire) Le rappel parce qu'il passe souvent aux oubliettes. C'est souvent quand on voit une dame, pas forcément pour un problème gynécologique, mais euh... essayer de penser à lui faire au moins une fois par an le rappel "est-ce que vous avez bien fait le dépistage, est-ce que vous avez reçu le courrier ? »

M8 : « Rappel aux patientes, systématiquement. »

M14 : « Mon rôle serait aussi de leur rappeler que ce serait bon de le faire. Par exemple, "ça fait 2 ans, 2ans et demi que ça n'a pas été fait, il faudrait y songer"... »

Ils ont également évoqué **un rôle d'information dans l'explication du dépistage** aux patientes, ses modalités, son déroulement et les objectifs attendus :

M3 : « Il faut leur expliquer comment se passe l'examen, leur expliquer quels sont les buts, ce que l'on va faire si on trouve quelque chose. »

M5 : « Leur expliquer comment ça se fait, pourquoi, et que ça permet de trouver avant qu'il y ait des symptômes, de soigner donc le plus tôt possible et d'avoir toute les chances de guérir avec le moins de mutilation possible, un rôle dans l'explication. »

Pour plusieurs médecins, il était important **d'inciter les femmes à se faire dépister car c'était dans leur attribution** et mission de médecin traitant:

M14 : « Pour moi, la place c'est de les inciter à justement aller faire leur mammo, un rôle principalement dans l'incitation. »

M13 : « Il faut inciter les patientes à se faire dépister mais bon, c'est un travail de longue durée. »

M4 : « Je les harcèle, que ce soit pour l'hémocult ou le DOCS, tant qu'elles ne l'ont pas fait (rire). »

Pour deux autres médecins, leur rôle était plutôt **d'informer les patientes et de leur laisser le libre choix, le libre arbitre dans leur participation ou non au dépistage les rendant actrices de leur décision :**

M10 : « Moi j'estime que c'est plus de l'information pour que les patientes puissent choisir en toute connaissance de cause, mais je ne pousse pas forcément à faire la mammo, c'est-à-dire vous faites la mammo c'est bien, vous ne la faites pas c'est votre choix. »

M15 : « Moi je suis neutre (...), je ne dis pas c'est très bien il faut le faire, non je ne suis pas maître du corps, je dis voilà ça nous sert à ça, libre à vous, j'oriente quand même en demandant si ça a été fait. »

Un des médecins interrogés a également souligné qu'un des rôles lui incombant, était la **poursuite du dépistage pour la population à partir de 75 ans**, car elle n'était plus soumise au DOCS :

M10 : « Je fais aussi du dépistage mammo pour des personnes qui sont hors dépistage organisé, des surveillances de cancer au-delà de 75 ans, donc là c'est pleinement mon rôle car elles ne reçoivent plus de convocation. »

Enfin, un médecin a attiré l'attention sur **le rôle qu'il jouait dans « l'après-mammo »**, plus précisément, dans l'explication des résultats, l'orientation de la patiente vers un spécialiste en cas d'examen complémentaires approfondis ou de préconisation de gestes techniques tels qu'une biopsie avec harponnage par exemple. Il considérait avoir **un rôle de « chef d'orchestre »**. M15 : « Chez le radiologue, on y va pour un dépistage, tout de suite

il nous dit "Ah c'est suspect, on va faire une ponction". Nous, on est là aussi pour expliquer derrière, qu'est-ce que c'est, tenants, aboutissants, orienter. »

M15 : « Je pense qu'on est le chef d'orchestre ou la plaque tournante, avec un rôle surtout dans l'après mammo. »

Il a complété ses propos sur l'importance du rôle de médecin généraliste **dans la gestion de l'anxiété, du retentissement psychologique** lors d'un résultat positif ou dans l'attente d'un résultat histologique suite à une biopsie ou d'un prélèvement mammaire faisant suite à une mammographie :

M15 : « (...) mais surtout l'après car il y a les dommages collatéraux. "Chouette, c'est bien, ok, mais on y retourne dans 2 ans" ou "Ah c'est pas bien", alors du coup la ponction part à Lille, il faut attendre, nous on est là pour essuyer les larmes et annoncer. »

2.4.2 L'abord du dépistage

Au cours d'une consultation, ce fut principalement **le médecin traitant qui initiait** le sujet du dépistage.

M11 : « Si ce n'est pas moi qui aborde le sujet, le sujet n'est pas abordé...en général elles n'en parlent pas. »

M1 : « Ça vient comme ça, elles ne m'en parlent pas forcément. Dans la plupart des cas, c'est moi qui embraye sur le sujet. »

Le dépistage est abordé au cours **d'une consultation non dédiée à la prévention**, c'est le plus souvent, au cours d'une consultation pour un renouvellement d'ordonnance, lors d'un épisode aigu...:

M10 : « En général c'est dans le cadre d'une consultation X ou Y, où j'aborde la question de la prévention. »

M5 : « Je profite de n'importe quel motif de consultation, pas forcément gynéco, pour proposer hemocult et parler mammographie et tabac. »

La question du dépistage est abordée de manière **systématique** par certains médecins :

M5 : « En les examinant, en prenant la tension, en auscultant, je leur pose la question systématiquement. »

M8 : « C'est assez cash ici, moi de toute façon, frottis, mammo, test hemocult, c'est systématiquement demandé en consultation à 3 mois quand c'est pas à jour à chaque fois. »

Cependant, **pour la majorité des médecins interrogés, aborder le dépistage n'était pas systématique.** Celui-ci était discuté lorsqu'ils y pensaient, par un antécédent de la patiente remémoré ou encore lorsque la conversation s'y prêtait. Également, lorsqu'il en avait le temps au cours d'une consultation, lors un renouvellement de traitement par exemple.

M12 : « La vérification n'est pas systématique, c'est si ça me passe par la tête, je ne sais pas pourquoi. »

M15 : « J'ai pas ma petite case "alors on en est où sur le dépistage", ce n'est pas systématique, c'est déclenché par la conversation. »

M6 : « Je ne pose pas systématiquement la question du dépistage chez toutes les femmes, on devrait le faire plus souvent. »

M9 : « Je n'aborde pas la question du dépistage systématiquement, c'est quand j'ai le temps, quand j'y pense. »

Ils pensaient qu'il était **plus simple d'évoquer le dépistage** lorsque la **patiente consultait régulièrement**, notamment en raison de pathologie chronique :

M3 : « Après ça dépend de quelle patiente. Il y a des patientes qu'on va voir régulièrement car elles ont plusieurs pathologies : un diabète, une hta, etc., et qu'on voit donc régulièrement. Pour celles-là avec le dossier informatique on sait de quand date la dernière mammo. »

M14 : « Ça vient dans la mesure où dans mon dossier je vois s'il y a eu des mammo. Quand je vois des patientes régulièrement je regarde si les mammo ont été faites, si d'autres examens ont été faits. »

Plusieurs médecins ont fait part de l'importance de l'utilité de **l'outil informatique avec la notion d'alerte informatique programmée pour s'aider au rappel temporel** des dépistages chez leurs patientes et leur chronicité (vérifier si elles sont à jour de leur dépistage et de quand date la dernière mammographie, comme pour les vaccins):

M11 : « Alors ça c'est l'ordi qui m'aide, je me mets des rappels : j'ai un rappel qui me dit qu'elle doit passer une mammo à telle période.

M7 : « Je regarde sur mon ordi si elles ont fait leur mammo, si ça n'a pas été fait depuis plus de 2 ans, on le leur rappelle. »

M8 : « J'ai un onglet dans mon logiciel qui m'indique que ce n'est pas à jour, donc je le redemande à chaque fois. »

En conclusion, l'ensemble des médecins interrogés, quelle que soit leur vision ou leur opinion propre sur le DOCS, **recommandait à leurs patientes de bénéficier du programme de mammographie de dépistage** quand celles-ci les questionnaient sur l'utilité de le réaliser :

M2 : « Je conseille toujours de le faire, ça ne coûte rien, l'examen ne coûte rien, ça peut apporter quelque chose. »

M10 : « (...) mais bon c'est un choix à faire, c'est un risque pour un autre risque. Comme il faut quand même que je donne mon avis, moi j'encourage quand même un petit peu oui. Je ne leur dis pas, en tout cas, ne le faites pas c'est dangereux. »

M13 : « Ah moi, je l'incite à y aller, systématiquement, il faut absolument le faire, c'est un des seuls cancers chez la femme où on guérit la moitié, donc il faut absolument faire le dépistage. »

2.4.3 Palpation mammaire

Pour plusieurs médecins, **la palpation mammaire** appartenait à leur examen clinique, en parallèle du dépistage et/ou **l'autopalpation effectuée par les patientes relèvent de l'éducation thérapeutique**. Ils ajoutaient par ailleurs que la palpation mammaire **n'était pas toujours acceptée** par la patiente.

M4 : « Puis la palpation, le problème de la palpation c'est que l'on ne peut pas le faire toutes les 5 min, on essaie d'y penser de le faire une fois dans l'année et on essaie d'apprendre aux femme à le faire. »

M12 : « Après je privilégie surtout l'autopalpation, qu'elles se prennent en charge elles-mêmes pour du coup faire un peu de dépistage individuel et qu'on s'alarme un peu plus vite si besoin. »

M5 : « Si elles ont un problème au niveau du sein, s'ils ont fait leur dépistage, et si ça fait un moment que je ne les ai pas vues et qu'elles sont hors des zones de dépistage, je propose de les palper, ce qui n'est pas toujours accepté mais on peut toujours le proposer (rire). »

2.4.4 Rémunération objectif de santé publique

Un des médecins interrogé a parlé du ROSP qui lui permettait de connaître le taux de participation au DOCS de ses patientes. Il a expliqué que le **ROSP était une rémunération annuelle** attribuée en fin d'année en fonction de l'atteinte des objectifs de participation aux divers dépistages, dont le dépistage du cancer du sein.

M13 : « Moi, dans ma patientèle, je suis à 59.8 %. Dans ma convention sur le site Amélie

(...) on nous cible à 74 %, c'est mon ROSP en fait, on est pisté pour tout.

(...) Le ROSP : grosso modo, c'est financier tout simplement, on nous donne des objectifs cibles, des objectifs intermédiaires, on a une rémunération qui correspond aux résultats. Au début ça s'appelait le P4P (pay for performance). À la fin de l'année on a une rémunération liée aux objectifs de santé. »

2.4.5 Opinion des médecins généralistes concernant le projet de mise en place d'une consultation dédiée à la prévention

Les médecins étaient **favorables à l'idée d'une consultation dédiée à la prévention**, notamment, avoir **un temps dédié**, non parasité par d'autres motifs de consultation, permettant de prendre le temps pour expliquer les différents dépistages.

M8 : « Je pense que ce serait une très bonne idée car elles ne sont pas du tout au courant des dépistages. La mammo je trouve que c'est encore bien. Le frottis par exemple, c'est complètement délaissé. »

M3 : « Ce serait une bonne chose, mis à part ça, car on prendrait le temps. C'est vrai que quand on fait une consultation pour autre chose, on parle du dépistage mais rapidement, pour finir, car la patiente ne vient pas spécialement pour ça. Là on aurait le temps de bien lui expliquer, de répondre à ses questions. »

Néanmoins, plusieurs médecins ont souligné la difficulté de mettre en place ce type de consultation en pratique . Cela signifiait un type **de consultation supplémentaire** avec une organisation spécifique fléchée **pour laquelle ils ne disposent pas de temps compte tenu de la charge de travail actuelle**

M10 : « Moi, les consultations de prévention, sur le papier c'est super, mais aujourd'hui nous on a du boulot, on en a jusque-là, donc nous ajouter des consultations...

En pratique c'est infaisable quoi, car je ne peux pas les recevoir, moi de toute façon mon planning il est plein. »

M3 : « Ça veut dire pas mal de consultations en plus par an au final, car ça nous rajoute pas mal de choses. On nous demande toujours plus plus plus mais on n'a pas plus de temps. Il n'y a pas plus de médecins généralistes donc il y a toujours autant de patients, voire plus, donc... le facteur temps va être compliqué à mon avis. »

Certains médecins **ont remis en cause l'utilité d'une telle consultation**. Ils pensaient, que celles qui en seraient théoriquement bénéficiaires, sont justement celles qui ne participaient déjà pas au DOCS et donc ne viendraient probablement pas non plus à cette consultation. Par conséquent cela ne modifierait en rien leur comportement ou leur adhésion...

M4 : « Oui, ça paraît toujours des bonnes idées, après est-ce que les gens vont honorer ce rendez-vous-là... C'est toujours la même chose, les gens qui viendront ce seront les gens qui, finalement, n'en n'auront pas forcément le plus besoin... Ce sont les gens qui auraient peut-être fait leur dépistage correctement, et les gens qui passent à la trappe ce sont ceux-là qui ne viendront pas. »

M5 : « Oui, en théorie c'est bien beau, mais c'est toujours les mêmes qui viennent, c'est de l'argent gâché à mon avis. Il y a certainement autre chose à faire. »

M14 : « En pratique c'est tout à fait faisable, mais c'est comme l'incitation à aller faire la mammo, si elles n'ont pas envie d'aller faire leur mammo, elles ne viendront pas à la consultation prévention. »

Un des médecins y était favorable à condition **qu'elle soit cotée et mieux rémunérée** qu'une consultation standard de médecine générale :

M9 : « Ce serait très bien, j'espère que ce sera comme toutes les actions de prévention faites par la MSA ou la CPAM, des actes C2.5 ou autre mais sûrement pas 25 euros. »

2.5/ Les freins rencontrés

2.5.1 / Freins liés aux patientes d'après leurs médecins

➤ Absence de culture de la prévention

Plusieurs médecins ont parlé d'**absence de culture de la prévention** chez leurs patientes, plus marquée en milieu rural. Ils ont fait part de la difficulté, pour leurs patientes, de **réaliser un examen de dépistage alors qu'elles ne présentaient pas de symptômes**. Elles n'en voyaient pas l'intérêt car « elles se sentaient bien »

M 12 : « Sûrement un problème de sensibilisation, un problème de "ruralité", les gens sont durs : tant que ça ne fait pas mal et que ça va, il n'y a pas besoins d'aller voir. »

M9 : « Je dis toujours que c'est une absence d'éducation sanitaire. Les gens n'ont pas d'éducation par rapport à tout ça, et quand on entend des gens qui sont cortiqués hein ce

n'est pas seulement les idiots qui nous disent non non je ne veux pas savoir (...). Tant que je ne suis pas si mal que ça... C'est comme l'histoire du COVID : pourquoi me tester ? Si je suis asymptomatique je ne vais pas mal. »

Certaines patientes se **sentent faussement protégées par la ménopause** :

M 11 : « Je pense que c'est culturel : les femmes ne se sentent pas concernées. Ici les femmes, dès qu'elles n'ont plus leurs règles elles sont tranquilles : elles n'ont plus besoin de surveillance, tout est fini pour elles. C'est très culturel. »

➤ **Absence de suivi médical**

Ils ont également observé une forme de **laxisme du milieu rural sur leur santé** et plus encore en matière de dépistage. Ils l'expliquaient par une population très peu sensibilisée à la prévention, consultant peu souvent. Cela constituerait alors un frein au dépistage :

M4 : « Une partie de la population qui ne vient pas nous voir, qui n'a pas de suivi médical, ne vient voir le médecin que quand elle n'a pas le choix, quand elle est vraiment dans le besoin et complètement détachée des actes préventifs. »

M5 : « Ici, à la campagne, ce sont surtout des femmes de 50 ans qui ont beaucoup travaillé, qui se sont beaucoup occupé de leur mari, de leur enfants et qui se sont négligées.

Celles-là c'est très difficile de les toucher pour faire une mammographie, et un frottis n'en parlons pas. »

M2 : « La deuxième raison, c'est que les gens ici, les femmes, ne sont pas trop sensibilisés, voire pas sensibilisés du tout. »

Lorsque le sujet du dépistage est abordé, ils ont également constaté **un refus catégorique voir même un rejet** :

M2 : « Patientes réticentes, la moitié, voire même plus (rire), refusent de le faire. Elle ne sont pas intéressées par le dépistage, le refus de se déplacer pour le réaliser. »

M8 : « Le seul frein c'est des patientes qui ne veulent pas, bien que je les pousse elle ne veulent pas le faire. »

➤ **Le niveau socio-culturel**

Des médecins ont fait allusion au **niveau socio culturel bas** dans certains territoires de l'Aisne **pouvant être un frein au dépistage**. Ils ont confirmé que cette population n'avait pas le recul intellectuel pour comprendre les enjeux du dépistage. Cela constituait un frein et générait un désinvestissement par rapport à leur santé, y compris en terme de prévention.

M13 : « Sur le plan cognitif, il y a des régions défavorisées dans l'Aisne. Il y a des coins qui sont très très pauvres au niveau éducation. Ce sont des choses auxquelles les patientes ne pensent même pas, elles ont d'autres problématiques de vie que leur propre santé. »

M15 : « Je pense qu'on est informés, mais celui qui est informé c'est qu'il a les capacités à comprendre et en fonction du niveau socio-culturel, (...) c'est difficile pour eux, peut-être qu'ils ne sont pas en moyens de comprendre la gravité de la chose.

C'est vrai que culturellement, celui qui a les capacités cognitives de voir ça, ça va... Souvent ceux qui ont un niveau culturel très bas ils se soucient très peu de leur avenir (...) C'est pour cela que la prévention marche moins bien. »

➤ **La peur du résultat**

De nombreux médecins ont évoqué **la peur du résultat chez la patiente, l'angoisse de la découverte d'une néoplasie mammaire**. Cela freinerait l'adhésion au dépistage, préférant ne pas savoir :

M3 : « La peur des gens qui le disent clairement, ils ne veulent pas se faire dépister par peur même si nous on peut trouver ça pas très logique. Finalement elles ont peur qu'on leur trouve quelque chose donc elles refusent catégoriquement d'entendre parler de la mammo. »

M14 : « Je pense qu'elles ont peur qu'on leur découvre quelque chose, la politique de l'autruche. »

M4 : « Souvent, moi ce que je vois, les gens qui font pas les mammo c'est parce qu'ils ont peur du résultat. Elles ne veulent pas savoir car elles imaginent encore que cancer égale cimetière, qu'elles vont mourir. »

M9 : « On se rend compte qu'encore beaucoup ne veulent pas le faire car tout simplement elles ne veulent pas savoir. En gros, je ne fais pas la mammo, donc je ne serai pas malade, c'est terrible... »

➤ **La pudeur -nudité**

Enfin, deux médecins ont souligné **la pudeur voir la nudité comme frein** à la réalisation de la mammographie, particulièrement si un manipulateur radio homme l'effectue.

Ils ont mentionné **la cadence des examens** en cabinet de radiologie **ne permettant pas** au manipulateur radio ou radiologue de prendre le temps **pour mettre à l'aise** les patientes.

M3 : « C'est toujours un examen du sein, les femmes ont toujours un rapport particulier avec leur poitrine, montrer ses seins ce n'est pas simple. Moi je suis une femme : elles me parlent plus facilement de leur poitrine, tout ça... Mais je pense que ce n'est pas le cas avec

tout le monde, selon le médecin qu'elles ont en face d'elles, elles ne sont pas forcément aussi à l'aise pour parler de leurs seins. (...) Il y a une peur de se dénuder. »

M5 « Le fait de devoir passer une mammographie avec un homme, de se déshabiller, de montrer sa poitrine à quelqu'un d'autre, la pudeur... Car il va y avoir le manipulateur, et parfois le radiologue qui va venir vérifier quelque chose...

Les radiologues sont de plus en plus surchargés, donc ça va vite ça va vite et on ne prend pas le temps de mettre à l'aise, on n'a plus le temps. »

➤ **La douleur de la mammographie**

Selon certains médecins, **la douleur générée par l'examen** lui-même serait source de frein au dépistage :

M3 : « Douleur de l'examen car ce n'est pas un examen agréable. Elles parlent entre elles, quand on leur dit que ça fait mal forcément, on a moins envie d'y aller. »

M9 : « Après il y a la douleur, elles me disent "Maman ne les faisait pas car elle me disait que ça faisait mal". »

L'un d'eux a rapporté avoir vu des **hématomes** au niveau du sein suite à une mammographie :

M5 : « La douleur de la mammo, c'est douloureux, j'ai eu plusieurs patientes qui ont eu des hématomes, qui ont été malmenées par des manipulateurs radio vraiment pas agréables, pas sympathiques. Y'en a qui ont vraiment eu mal »

2.5.2 Freins liés aux médecins eux-mêmes

➤ **Le manque de temps**

La majorité des médecins a exprimé le **manque de temps** pour aborder cette question du dépistage en consultation :

M10 : « Il faut en parler, mais comme je vous l'ai dit ce sont des sujets qui me viennent quand je me dit "parlons-en", donc quand j'ai des consultations qui ont un peu de temps pour ça, et en pratique j'en ai pas beaucoup, c'est un peu ça où je pêche... »

M4 : « On manque de temps, c'est le problème des quarts d'heure, on a 15 min par patient, mais dans notre métier on est obligés de voir aussi le côté préventif. »

Ils ont mentionné la surcharge et la difficulté de placer la prévention. **Le DOCS n'est jamais un motif de consultation** en soi mais toujours en sus d'une consultation classique :

M13 : « Comme ce n'est pas le motif de consultation, bah il faut qu'on aille chercher l'info. Elle vient pour renouvellement, rhino, n'importe quoi et à ce moment-là il faut aller chercher l'information et vérifier où on en est, parfois on n'a pas le temps de le faire, on a d'autres sujets à traiter. »

Deux médecins ont invoqué la surcharge de travail par **le manque de confrères dans la région et la désertification médicale** responsable de l'amputation du temps qu'ils pourraient consacrer à la prévention, du fait de l'augmentation de la patientèle :

M10 : « Quand on sera beaucoup plus de médecins et qu'on pourra s'organiser et faire de la prévention en conséquence ce sera super. »

M5 : « On est un désert médical quand même aussi, donc un manque de médecins qui pourrait leur expliquer des choses, donc un manque de prévention. »

Un médecin a ajouté **regretter l'absence d'une consultation dédiée rémunérée à la prévention** :

M9 : « Le problème, tout simplement, c'est que nous n'avons pas le temps de les convaincre car en France, il n'existe pas de consultation de prévention. Les gens viennent nous voir car ils sont enrhumés et à la fin de la consultation pour 25 euros (...) il faudrait en plus qu'on commence à parler de prévention, de colo, d'hémocult, de mammo, frottis, vaccination...

Non, je suis désolée mais non, ce n'est pas possible, on n'a pas le temps et on n'est pas payé pour. »

➤ **L'oubli du médecin**

Un médecin a constaté que la population étant poly-pathologique avec moult sujets importants à traiter, **il en oubliait de parler du dépistage** :

M1 : « Je pense qu'ici la population est vieillissante, polypathologique, est-ce qu'on oublie d'en parler car il y a tellement de choses autres à traiter chez les patients du coin, du coup on oublie un peu de proposer le dépistage, de rappeler de le réaliser. »

➤ **Manque d'investissement à la prévention**

Des médecins ont regretté **le manque d'investissement de certains confrères** en matière de prévention :

M14 : « Peut-être aussi, je ne veux pas critiquer mes collègues, je ne suis pas meilleur que les autres, mais peut-être aussi le fait d'avoir laissé des dames dans la nature sans avoir fait de prévention. »

M11 : « Et peut-être que nous médecins ne nous impliquons pas assez. »

➤ Sentiment d'exclusion du DOCS

Deux médecins ne se **sentaient pas inclus dans le circuit du DOCS**. Celui-ci passant par des structures de gestion adressant directement les courriers d'invitation aux patientes. Cela peut **entraîner un manque d'implication** du médecin, le dépistage ne transitant pas par lui :

M11 : « À partir du moment où quelqu'un assume les choses à ma place, je ne m'implique pas à cause du fait que nous ne sommes pas intégrés au circuit de ce dépistage (structure qui gère). »

M9 : « Il n'est pas à la main des médecins traitants, c'est quand même dommage...

C'est comme le vaccin de la grippe, on nous dit "vous êtes responsable de quelque chose" sauf que ça ne passe pas par nous, donc on ne peut pas le savoir »

2.5.3 Freins liés au DOCS

➤ Le dépistage de masse

Un médecin a expliqué croire au **peu d'intérêt au dépistage de masse** et qu'il fallait cibler **le dépistage**:

M9 : « J'ai plutôt entendu parler du peu d'intérêt qu'il y aurait de dépister la population en général, moi je serais plus pour dire qu'il faut cibler. »

➤ Limite d'âge du dépistage

Plusieurs médecins ont douté de la limite d'âge du dépistage, estimant **qu'il faudrait le débiter plus précocement**:

M13 : « Il faudrait commencer les dépistages à 40/45 ans car 50 ans... malheureusement on voit beaucoup de cancers entre 40 et 50 ans. »

M 5 : « Moi je n'hésite pas à prescrire avant 50 ans. »

Et le poursuivre **au-delà de 74 ans**. Ils n'ont pas compris cette limite, diagnostiquant des cancers du sein au-delà de cet âge cible. Ils poursuivaient donc leur prescription de

mammographie :

M5 : « Et sur l'âge moi je pense qu'il faudrait aller maintenant jusqu'à 80 ans, et moi je n'hésite pas à prescrire (...) et après 80 ans, même à 85 ans, j'en prescris. »

M15 : « Après se pose la question : pourquoi s'arrêter à 74 ans ? »

M1 : « Des limites peut-être dans la durée, parce que, euh... 75 ans, il y a des lésions cancéreuses, après on peut faire un cancer du sein à 80 ans donc ces limites de durée (...) Est-ce que ce n'est pas trop arbitraire de dire jusqu'à 75 ans ? »

➤ **Freins liés au déroulement du dépistage**

L'adressage des invitations au DOCS par courrier aux patientes est perçu comme un frein au dépistage par plusieurs médecins. En effet, pour eux, ce mode d'envoi n'est pas adapté car potentiellement assimilable à de la publicité, jeté sans être lu, ou mal lu par les patientes, parfois même encore illettrées dans notre région :

M2 : « L'envoi par courrier aux personnes, cela fait comme de la pub. On reçoit la pub dans la boîte aux lettres, on ouvre, on jette : c'est pris comme ça, ce n'est pas pris au sérieux, moi les gens ils jettent le courrier d'invitation au dépistage comme de la pub. »

M13 : « Pas plus tard qu'hier, une dame qui avait dû jeter le papier, ce qui arrive assez fréquemment. Ce qui arrive de la Caisse, du centre de dépistage, elles ont tendance à le jeter à la poubelle. C'est difficile et du coup pas d'envoi par courrier : on ne le lit pas ou on le lit mal ou on ne sait pas le lire clairement. »

Plus de 50% des médecins interrogés, tout mode d'exercice confondu, ont évoqué **l'éloignement des centres de radiologie, considéré** comme obstacle à la réalisation du dépistage :

M15 : « L'autre frein : à 15 km il n'y a pas de cabinet de radio et il y a beaucoup de patientes qui n'ont pas de moyen de locomotion. Du coup ça c'est un énorme frein, car du coup si on doit prendre un taxi : trop cher ; une ambulance : on n'y a pas droit... Même en milieu urbain. »

M3 : « Et il y a aussi dans notre région le facteur éloignement : quand on leur dit qu'il faut faire 20 km pour la mammo, même si elles les feraient pour autre chose, pour faire une mammo ça paraît un peu trop loin. »

M9 : « Le problème c'est que moi je suis à la campagne. Les gens doivent faire 35 km, en gros ils vont passer 1h30 sur la route pour aller faire leur dépistage. C'est déjà un premier frein. »

➤ **Surdiagnostic**

La **problématique du surdiagnostic** est soulevée par plusieurs fois, avec le risque de découvrir des lésions minimales à faible potentiel carcinologique:

M11 : « Un risque d'excès de découverte de cancer. »

M9 : « Le fait qu'on puisse trouver des cancers qu'on n'aurait pas forcément trouvés et qui pourraient se guérir tout seuls finalement. »

M1 : « C'est surtout ça la polémique avec le dépistage organisé, c'est qu'on a tendance à penser que ça surdiagnostique des lésions qui n'auraient pas fait parler d'elles... »

A contrario, deux médecins ont remis en cause le **surdiagnostic**. Pour eux, **il n'y en avait pas** et, au contraire, on ne dépisterait pas assez :

M15 : « Non non non, alors là contrairement parce que là on fait la balance avec la prostate, je pense qu'on ne surdépiste pas. »

M5 : « Moi je doute sur les dépistages excessifs, au contraire on n'a pas assez de dépistages, dans notre région tout du moins. À mon avis il n'y a pas trop de dépistages. Non à mon avis il n'y a pas assez de dépistages. »

➤ **Angoisse générée par les mammographies ACR 3**

Un des médecins a souligné **l'angoisse et l'anxiété générées par les mammographies ACR 3*** chez les patientes, mettant le praticien dans une position délicate. Cette attente est compliquée à gérer pour les patientes et pour le médecin.

*(*Pour rappel, ACR 3 : il existe une anomalie probablement bénigne pour laquelle une surveillance à court terme (3 ou 6 mois) est conseillée.)*

M5 : « Dans les mammo, il peut y avoir un doute, ce qui angoisse la patiente qui me dit : "Il y a un doute sur la mammo, le radiologue m'a dit de revenir, dans 6 mois". Moi je ne supporte pas non plus ça : soit on refait ça tout de suite, soit je la renvoie vers l'oncologue qui revoit les clichés et dit "oui il y a quelque chose on agit" ou "non il n'y a rien, on fait rien"... Mais dire à quelqu'un "Vous allez attendre 4 mois, 6 mois, on refait les clichés", on a beaucoup de radiologues qui font ça et je trouve que c'est très mauvais... Cela nuit à la mammo, car elles sont déjà inquiètes avant et elles ressortent encore plus inquiètes et on leur dit d'attendre... »

➤ **Complexité de l'information à délivrer**

Un médecin a avancé **la difficulté de délivrer une information claire** et loyale aux patientes alors même que le débat, au sein de la communauté scientifique, persiste sur la balance bénéfice-risque du dépistage:

M9 : « Je lui dis, à la date d'aujourd'hui, qu'il faut y aller car je n'ai pas d'argumentation scientifique ni de recommandation de la HAS qui me demande de ne pas y aller. On n'a pas non plus de recommandation bien précise là-dessus, on a des avis à droite, à gauche mais rien de précis... »

➤ **Dépistage en période de confinement lié à une crise sanitaire**

Autre problématique soulevée et récente concerne **la réalisation du dépistage en période de confinement par la COVID**. En effet en cette période compliquée, le dépistage est passé au second plan, car sans notion d'urgence, ce qui a pu être à l'origine de retard de diagnostic :

M13 : « La patiente dont je vous parlais avait une mammographie à faire tous les ans. Elle ne l'a pas faite en début d'année à cause du COVID, elle l'a retardée... et là elle vient en septembre avec quelque chose dans le sein. Ça faisait 2/3 ans qu'elle avait une mammo annuelle cette patiente, là c'est dommage...

Elle l'a dit elle-même : pendant le COVID j'ai sauté la mammo (...) Le COVID a retardé beaucoup de diagnostics car à l'hôpital ils ne voyaient que du COVID, ils ne voyaient plus rien d'autre. »

2.6/ Pratique du dépistage individuel

➤ **Définition du dépistage individuel selon les médecins interrogés :**

Les médecins n'avaient pas tous la même représentation du dépistage individuel. Plusieurs définitions sont émises :

La majorité prescrivait un dépistage individuel **en cas d'antécédents familiaux de cancer du sein** chez la patiente :

M11 : « Si une maman a un cancer du sein et que je suis les filles, c'est systématique. C'est essentiellement les antécédents familiaux. »

M 12 : « Dépistage individuel, pour moi, c'est vérifier les antécédents familiaux. S'il y en a, on avance l'âge de la mammographie. »

M14 : « Je prescris quand j'ai une notion d'antécédent familial et je suis plus royaliste que

le roi car je fais un dépistage annuel. Je commence vers 40 ans. »

Un médecin a ajouté prendre en compte **la prise de traitement hormonal** pour la prescription du DI :

M4 : « Le haut risque, c'est souvent les antécédents familiaux, si elles ont pris des hormones (...) Dans ce cas je leur prescris une mammo peut-être avant 50 ans, vers 45 ans. »

M4 : « C'est le cas par cas, en fonction de la patiente que l'on a devant nous, de ses antécédents familiaux. Si elle a pris la pilule ou pas, se dire "toi je te ferais bien faire une mammo à 45 ans". »

Pour d'autres, le dépistage individuel se prescrit suite à **l'apparition de symptômes** motivant la mammographie :

M11 : « S'il y a une plainte de symptômes : bouffées de chaleur, troubles des règles, troubles gynécologiques. »

M9 : « Le dépistage individuel, c'est celui qui n'est pas organisé, il est très faible, voire inexistant. C'est simplement la femme qui vient me dire "j'ai mal au sein, je sens une boule, y'a quelque chose qui m'inquiète", ça se limite à ça : à partir de signes cliniques. »

M15 : « Celui qui sort du dépistage organisé, c'est-à-dire celui qui est symptomatique, celui qui est plus à risque que la population à risque, donc symptôme : "je ressens un symptôme localisé". »

Pour cinq médecins, le dépistage individuel **correspondait à l'autopalpation** ou **palpation mammaire** par le praticien :

M3 : « L'autopalpation aussi ça reste le meilleur moyen de dépistage individuel. Quand elles vont chez le gynécologue, elles lui en parlent, on leur en parle. La patiente que j'ai vu la semaine dernière, c'est à l'autopalpation qu'elle a dépisté sa tumeur... »

M1 : « Pour moi, le dépistage individuel, c'est la palpation mammaire, examen clinique qui devrait être fait une fois par an ou une fois tous les deux ans, mais dans la pratique c'est compliqué, il faut y penser. »

M14 : « Je dirais que ça passe par l'autopalpation malgré tout. »

Enfin, deux médecins ont admis **ignoré** ce que représentait le dépistage individuel :

M 10 : « Pour moi le dépistage individuel, c'est une personne qui fait une démarche de dépister une maladie. Dépistage c'est clair, individuel je ne sais pas trop, je ne sais pas, ça ne me parle pas trop. »

M13 : « Je ne vois pas trop... C'est éliminer le cancer, du moins essayer de diagnostiquer au plus tôt le cancer. »

➤ **Pratique du dépistage individuel**

Certains médecins ont **délégué intégralement le suivi** des patientes à risque élevé au spécialiste (principalement le gynécologue) :

M15 : « Quand il y a des très hauts risques, avec les sœurs, tout ça, c'est une consultation gynécologue. »

M5 : « Je passe la main directement au gynécologue. Il me montre les résultats mais je passe la main directement au gynécologue. »

M9 : « Celles qui ont été étiquetées haut risque de cancer du sein, je ne les suis pas, c'est les gynécologues qui les suivent systématiquement. »

D'autres, **ont expliqué les suivre eux-mêmes** :

M17 : « Je les gère moi-même, on se fie à la dernière mammographie, quand ils disent contrôle à 1 an ou 2 ans, et on le note dans le dossier. »

M8 : « Je le gère moi-même. »

Des médecins ont reconnu **méconnaître les modalités de dépistage**, tout en convenant que c'était dans leur rôle :

M6 : « C'est à nous de le faire, on en est capables. Après, j'avoue que je ne connais pas la fréquence des examens. Il faudrait que je revoie... mais on peut le faire. »

M4 : « Je prescris le DI pour les femme à haut risque, c'est souvent les antécédents familiaux, Si elles ont pris des hormones, c'est surtout la mastopathie qui gêne un peu la surveillance : dans ce cas je leur prescris un mammographie, peut-être avant 50 ans, vers 45 ans...

Nous, pour la fréquence des mammographies dans le cadre d'un dépistage individuel, on fait un peu au pif (rire). »

Enfin, il existait **des hétérogénéités** concernant le **suivi de ces patientes** , notamment sur l'âge de début de la surveillance :

M4 : « Haut risque c'est souvent les antécédents familiaux (...) dans ce cas je leur prescris une mammo peut-être avant 50 ans, vers 45 ans. »

M13 : « La prescription viens de moi. Je récupère les résultats, s'il y a quelque chose j'appelle la patiente. Je débute le dépistage plus tôt, à 35 ans, surtout celles qui ont de

l'hérédité prouvée au niveau génétique. »

Des médecins, suivaient **ces patientes conjointement avec le spécialiste**, de façon à être plus à l'aise sur le suivi de celles-ci:

M10 : « Le gynéco, sur la fréquence des mammo c'est le gynéco : je leur dis "vous allez chez le gynéco, vous donnez vos antécédent". Parfois je fais un courrier et je demande au gynéco qui donne le plan à suivre dans les année à venir si c'est une mammo annuelle, ou écho/mammo, ça je ne le décide pas seul. »

M4 : « Souvent, ces femmes-là je leur demande de voir le gynéco en alternance, comme ça je suis sûr qu'on est là en double (...) »

Enfin, la totalité des médecins interrogés **ne connaissaient pas le score d'Eisinger :**

M5 : « Non, je ne connais pas ce score, on a déjà des centaines de scores. Après, au bout de 3 ans on nous dit qu'il n'est plus valable. »

M9 : « Non, je n'ai pas entendu parler de ce score. »

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

1 Discussion de la méthodologie

1.1 Force de l'étude

Le DOCS est un sujet toujours autant d'actualité, notamment dans le contexte des polémiques sur la balance bénéfice/risque. C'est pourquoi nous avons décidé de mener notre travail de recherche sur ce sujet.

La question de l'opinion du médecin généraliste sur le DOCS a déjà été traitée de manière quantitative plusieurs fois, mais plus rarement de manière qualitative et encore moins via les entretiens individuels.

Par ailleurs, à ma connaissance, il n'existe pas d'étude qualitative abordant la question du dépistage individuel dans la pratique du médecin généraliste. Cela fait l'originalité de ce travail.

1.1.1 Validité interne

La limitation du risque d'interprétation subjective des résultats, en recherche qualitative conditionne leur validité. Par conséquent, les paramètres suivants : la triangulation des données, la saturation des données, la rigueur dans la retranscription, la congruence avec les données de la littérature ou encore la recherche d'objectivité ont été contrôlées dans cette étude afin d'en assurer la validité interne.

1.1.2 Validité externe

L'échantillon est diversifié, ce qui a permis de recueillir des informations provenant de médecins différents par leur âge, sexe, nombre d'années d'installation, lieux, modes d'exercice et orientations particulières. Ces différences permettent alors d'envisager un état des lieux exhaustif de l'adhésion des médecins généralistes au DOCS et des freins rencontrés. Ce type d'échantillon donne de la validité externe à l'étude.

1.2 Limites de l'étude

1.2.1 Biais de sélection de l'échantillon

Dans cette étude, l'échantillon est limité et non représentatif de la population générale. On ne peut donc pas faire de généralisation statistique des observations en population générale. Ce biais était néanmoins limité car nous avons pu obtenir une saturation des données. D'autres éléments ont pu induire un biais car ce type d'étude est basé sur le volontariat. On peut penser que seules des personnes motivées et intéressées par le sujet ont plus facilement accepté d'être interrogées.

Une difficulté s'est manifestée lors de la prise de contact des médecins généralistes pour organiser les entretiens : en effet le premier interlocuteur contacté au téléphone pour se présenter et expliquer le but de l'appel, a souvent été la secrétaire, parfois même un secrétariat à distance. Dans ce contexte, le message délivré au médecin a pu être incomplet, non transmis ou erroné. Il était par ailleurs plus difficile d'expliquer l'enjeu de l'appel à une personne autre que celle que l'on voulait interroger. Les médecins acceptaient plus facilement l'entretien lorsqu'on les avait directement au téléphone.

Le recrutement s'est complexifié par la période de la COVID, où il fut plus difficile de recruter les médecins, avec plus de refus, et d'organiser les entretiens.

1.2.2 Biais de recueil - biais d'investigation

L'une des principales limites de la recherche qualitative est la difficulté pour l'enquêteur de mener des entretiens de façon neutre, de manière à recueillir une information complète et pertinente, sans influencer l'avis des personnes interrogées.

La qualité de l'entretien est également liée aux facultés relationnelles de l'enquêteur et à sa manière de conduire l'entretien.

Par conséquent, mon manque d'expérience et de formation préalable a pu, peut-être, empêcher une totale neutralité, notamment, lors des premiers entretiens. J'ai pu éventuellement influencer l'avis du médecin interrogé. Cela a aussi pu entraîner des lacunes dans le recueil de l'expression non verbale. Néanmoins, en effectuant un travail de recherche sur d'autres travaux qualitatifs et sur la manière de diriger un entretien semi-dirigé, j'ai pu améliorer la qualité de mes interrogatoires et limiter ce biais d'investigation.

Le fait d'être médecin généraliste facilitait le dialogue avec le médecin interrogé, cependant cela a pu être une limite, provoquant une certaine réserve à se confier par peur d'être jugé.

1.2.3 Limite liée à l'enregistrement :

Le fait de se savoir enregistré a pu modifier le discours des participants, bien que leur fût signalé le caractère anonyme de l'entretien. Pour éviter de les déstabiliser, l'allumage et le positionnement du téléphone portable s'est fait le plus discrètement possible.

1.2.4 Biais d'interprétation

Au fil de l'analyse des entretiens, un travail de réflexivité a été fait afin d'être le plus neutre possible et de limiter au maximum l'interprétation des données. Pour cela, nous avons tenu compte du contexte d'énonciation et les retranscriptions des entretiens ont fait l'objet d'une analyse rigoureuse. Le codage a été réalisé sans retard pour ne pas nuire à la qualité des données. La validité interne de l'étude a été renforcée par une triangulation des données et par une confrontation aux données de la littérature.

1.2.5 Biais externes

Dans un souci d'organisation pour les médecins, mais aussi afin de faciliter l'inclusion, les entretiens ont été réalisés aux cabinets des médecins. Ce choix eut pour conséquences prévisibles des interruptions intempestives, notamment téléphoniques. Ces interruptions occasionnèrent une perte dans la discussion entamée par certains médecins.

Parfois le manque de disponibilité eut pour conséquence un empressement dans la réalisation des entretiens. Ceux-ci se faisant le plus souvent entre deux consultations, le médecin a pu abréger ces réponses pour ne pas retarder ses rendez-vous.

La fatigue et le surmenage, liés à l'activité professionnelle, ont pu également influencer la qualité des réponses, notamment lorsque l'entretien avait lieu en fin de journée.

2 Analyse des résultats et comparaison aux données de la littérature

2.1 Perception du dépistage organisé

Dans notre étude, les médecins généralistes avaient une opinion majoritairement favorable au dépistage, et ce même en ayant connaissance de certaines de ces limites (irradiation, cancer de l'intervalle, surdiagnostic). Ils considéraient ce dépistage totalement bénéfique pour la population féminine visée.

On retrouve cette position dans la littérature : une enquête effectuée par l'Inca en 2010 auprès de 600 médecins généralistes montrait que 90 % d'entre eux avaient une image de qualité du DOCS.[34]

Selon cette même étude, 78 % des médecins estimaient que le DOCS constituait un acte de prévention dont l'efficacité était prouvée, ce qui concorde avec l'avis général des médecins de notre étude. De même, une enquête d'opinion sur le dépistage du cancer du sein chez les généralistes de l'Essonne retrouvait 87 % des médecins favorables au dépistage organisé.[41]

2.1.1 Surdiagnostic : des avis hétérogènes

Si deux médecins de notre étude réfutaient l'existence du surdiagnostic au sein du DOCS, ce n'était pas le cas pour la majorité, qui admettaient son existence tout en gardant une image de qualité du DOCS.

En revanche, il est à noter qu'un des médecins tenait des propos beaucoup plus nuancés sur le sujet. Son opinion était beaucoup moins indulgente envers le surdiagnostic et le surtraitement qu'il pouvait entraîner :

M9 : « *Est-ce qu'on n'enlève pas des seins ou des bouts de seins pour rien ? Est-ce qu'on ne devient pas un peu fou à mettre tout le monde sous chimio ou radiothérapie ? Je pense sincèrement qu'effectivement il y a quelque chose qui ne va pas.* »

L'avis de ce médecin sur cet effet indésirable du DOCS fait écho au débat qui agite la communauté scientifique sur le sujet que nous développerons.

Le surdiagnostic correspond aux cancers diagnostiqués par l'intermédiaire du dépistage, confirmés par diagnostic histologique, et qui n'auraient jamais été symptomatiques du vivant de la femme. [42]. Il est inhérent à tout dépistage. Dans l'état actuel des connaissances, on ne sait pas distinguer, lors du diagnostic, les cancers qui vont évoluer et s'étendre, de ceux qui n'évolueront pas ou peu : l'ensemble des lésions détectées fait donc l'objet d'un traitement[44].

Déjà, à la fin des années 90, les études et analyses effectuées avaient fourni de multiples éclairages sur ces éventualités de surdiagnostic et de surtraitement. Mais ce n'est qu'à partir de 2005 que le rapport bénéfices / risques du dépistage fut de plus en plus contesté dans les sphères médico-scientifiques [43].

C'est le point le plus discuté des effets indésirables du dépistage à ce jour.

Les conséquences de ce surdiagnostic sont multiples :

-- Le surtraitement engendré et la morbi-mortalité des thérapeutiques employées consécutive avec possibles effets secondaires et altération de la qualité de vie des patientes surtraitées.

Comme l'a souligné le rapport du comité d'orientation qui fait suite à la concertation citoyenne et scientifique [43] : « *Si la tumeur diagnostiquée évoluait, les traitements seraient utiles, mais, en revanche, si elle n'évoluait pas, chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie se révéleraient après coup non seulement sans utilité, mais délétères.* »

-- L'impact psychologique avec les conséquences négatives connues liées à l'annonce du cancer, l'angoisse générée par les investigations qui suivent et l'impact du surtraitement (chirurgie, radiothérapie et leurs effets secondaires). Cela peut aussi impacter la vie professionnelle et sociale de la patiente. L'étiquetage « antécédent de cancer du sein » qui poursuivra tout au long de sa vie la patiente, avec son cortège d'angoisses générées, et ses conséquences socio-économiques, rien qu'en termes de prêts bancaires par exemple, est également à prendre en considération.

-- L'impact économique non négligeable, avec un surcoût pour la société par la mise en place d'investigations et de traitements non nécessaires.

Si l'ensemble de la communauté scientifique s'accorde sur la réalité de l'existence du surdiagnostic et d'un surtraitement, son estimation, elle, ne fait pas consensus.

La revue de la littérature sur les effets du dépistage mené par T.JEGOT dans le cadre de sa thèse en 2017 [42] lui a permis de synthétiser les revues systématiques et méta analyses portant sur le taux de surdiagnostic dans le tableau qui suit :

Études	Année	Nombre d'essais retenus	Résultats	Méthode de calcul (± temps de suivi)	Prise en compte des DCis	Score AMSTAR	Remarques
Cochrane (50)	2004	3	30 %	B ou C (10 ans)	oui	11	Résultat repris dans les résultats de la revue de 2006 et dans la discussion de la revue de 2013
Moss (51)	2005	2	11-14 %	D (8 ans)	oui	3	Malmö finalement exclu sans justification alors que le surdiagnostic est estimé entre 24 et 32% (calcul par rapport au nombre absolu) selon si on prend en compte les DCis ou non
Biesheuvel (45)	2007	2+1	7-8 %	D (8 à 15 ans)	non	7	Revue de l'article de Moss et d'un article concernant Malmö-I. Encore une fois, les chiffres de Malmö-I de Moss sont valables (critères correspondant aux critères de la recherche)
UK Panel (31)	2012	3	10,7 % 19 %	C (+ de 10 ans) B	oui	7	
Prescrire (52)	2015	3	25 %	A	oui	9	Estimation à partir de d'un fourchette de 24 à 29 %
IARC (38)	2015	2	4-12 % 22-29 %	C (+ de 15 ans) A	oui	9	Les chiffres représentent les résultats des études canadiennes et Malmö -I
USPSTF (53)	2016	3	19 % 10,7 %	B C	oui	11	Inversion des chiffres de UK Panel...

Nb : L'essai Edinburg a toujours été exclu pour des raisons de mauvaise qualité méthodologique (mauvaise randomisation)

Tableau 2 : Principaux résultats des méta-analyses incluses portant sur le taux du surdiagnostic .2017 Revue systématique de la littérature sur les effets du dépistage du cancer du sein [thèse]

Ainsi, comme le montre ce tableau, les estimations peuvent varier entre 30 % et 10 %, voire moins dans d'autres études.[48,49]

La détermination de la période de surveillance post dépistage est essentielle pour évaluer le taux de surdiagnostic. C'est ce choix qui est à l'origine d'une grande part de la discordance de ce taux dans la littérature. [43]

Il est à noter, que l'étude de la Cochrane Collaboration de 2011 conclut à un taux de surdiagnostic de **30 %** [45]. Cette estimation a fait l'objet de critiques méthodologiques de

la part d'autres auteurs, notamment en raison d'un manque d'ajustement sur l'avance au diagnostic et sur les tendances de l'incidence.

Marmot et al. [46] estiment, eux, le taux de surdiagnostic à 11 % des cas dans le groupe des femmes invitées au dépistage et suivies à long terme, et à 19 % dans le groupe des femmes invitées au dépistage, suivies durant la période de dépistage. Pour un suivi de 10 ans, Gøtzsche [47] estime le surdiagnostic à 19 %. En revanche, pour un suivi supérieur à 20 années, Loberg [48] ou Paci [49], apprécie ce risque de surdiagnostic inférieur à 10 %.

Il y a donc une nécessité impérieuse à poursuivre l'étude de l'histoire naturelle des cancers du sein pour être en mesure de mieux différencier les types de cancers et leur évolution possible. Ainsi, la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer propose de mettre en œuvre des programmes de recherche en vue « d'identifier les facteurs biologiques ou d'imagerie permettant de définir les tumeurs justifiant d'une simple surveillance » [50].

On peut ainsi citer l'étude en cours NOMAT01 [51] menée par le Pr Catherine UZAN. L'objectif de cette étude est de valider le modèle NOMAT pour prédire la présence d'un cancer du sein dans les lésions bénignes atypiques du sein afin d'éviter la chirurgie, chez des patientes pour lesquelles elle ne serait pas nécessaire.

Pour conclure, comme il a été souligné dans le rapport de la concertation citoyenne et scientifique, la balance bénéfice-risque ne fait pas consensus parmi les scientifiques :

« Certaines études mentionnent un nombre plus élevé de vies sauvées que celui des femmes surdiagnostiquées et surtraitées [49], tandis que d'autres estiment que c'est l'inverse (plus de femmes surtraitées que de femmes sauvées).[46] »

Ainsi, pour un dépistage qui commence à 50 ans, Paci [49] conclut à 2 décès évités (réduction mortalité par dépistage entre 38 % et 48 %) pour 1 cas de surdiagnostic (6,5 %) lorsque l'étude de Marmot elle [46] ; conclut à 1 décès évité (réduction de 20 %) pour 3 cas de surdiagnostic (19 %).

Cela complexifie davantage l'information à délivrer aux patientes et place donc le médecin généraliste en difficulté, comme l'avait souligné l'un des médecins de notre étude :

M9 : « (...) On n'a pas non plus de recommandations bien précise là-dessus, on a des avis à droite, à gauche mais rien de précis... »

2.1.2 Impact du DOCS sur la mortalité par cancer du sein

Dans notre étude, seul un médecin avait émis des doutes lors des entretiens quant à l'influence du DOCS sur la mortalité.

L'impact du dépistage sur la mortalité par cancer du sein a également été l'objet de nombreux débats et de désaccords au sein des scientifiques, controverse apparue dans les années 2000 à la suite de la méta-analyse de Peter Gøtzsche et Ole Olsen publiée dans *The Lancet*.

Cependant, comme l'a souligné T.JEGOT [42] dans sa revue de littérature, les communautés scientifiques, après plusieurs années de débats et à quelques variations près, semblent s'accorder sur « *une réduction de la mortalité par cancer du sein d'environ 20 %. Seule la revue Cochrane conclut, sur les essais méthodologiquement les plus sérieux, à une réduction de mortalité par cancer du sein d'environ 10 %* ».

En revanche, si les différents protagonistes se sont finalement mis d'accord sur l'impact du DOCS en termes de mortalité par cancer du sein, la mortalité globale, elle, n'a jamais été démontrée.

En dehors de cette divergence sur l'importance de la baisse de la mortalité par cancer du sein chez les femmes dépistées, une autre question s'est posée : celle de l'imputabilité de la baisse de la mortalité, due au dépistage, soulignée dans le rapport du comité. En effet le rapport de la concertation citoyenne et scientifique [43] explique qu'en dehors du dépistage, d'autres paramètres peuvent influencer dans la baisse de la mortalité, comme les progrès thérapeutiques, un meilleur suivi médical des femmes participant au programme ou encore d'autres facteurs potentiels sans que leurs parts respectives ne soient connues. Le rapport conclut alors qu'« *il n'est donc pas possible aujourd'hui d'affirmer que l'ensemble de la baisse observée de la mortalité par cancer du sein est imputable au DO, comme l'ont d'ailleurs reconnu les organismes favorables au DO (Euroscreen, CIRC, USPSTF)* ».

Qu'en est-il alors des recommandations françaises ?

En France, la HAS et l'INCa ont estimé qu'au regard des connaissances en 2013, la balance bénéfice/risque restait favorable au dépistage par une mammographie tous les 2 ans des femmes âgées de 50 à 74 ans, si celle-ci est réalisée dans le cadre d'un programme organisé ayant des procédures de contrôle de qualité, permettant la minimisation des nuisances. Ils expliquent, plus précisément, qu'il n'existait pas « *en 2014 de données consolidées pour*

confirmer ou infirmer les choix établis en France en termes de stratégie et de procédures de dépistage organisé du cancer du sein, notamment en raison de l'absence d'une population de référence, le DI étant répandu avant la généralisation du DOCS ».

Dans notre étude, l'ensemble des praticiens suivait donc les recommandations françaises quelle que soit leur opinion sur le DOCS, en recommandant à leurs patientes de le réaliser en cas de questionnement de celles-ci.

Ainsi, le débat bénéfice/risque comporte toujours des zones d'ombre, menant à un autre débat, celui de l'éthique, concernant l'information à délivrer aux femmes au regard de l'efficacité du dépistage.

2.2 Rôle du médecin généraliste au sein du dépistage

Si la franche majorité des médecins interrogés estimait la place du médecin généraliste centrale au sein du dépistage, deux médecins en revanche s'en sentaient exclus.

Ce ressenti entraînait alors une implication moindre de leur part pour le DOCS. Ce sentiment d'exclusion est retrouvé dans les travaux de B. Verhamme [52] chez près de 30 % des médecins généralistes corses interrogés et chez 16 % dans une autre thèse en Moselle en 2007(53).

La relation médecin-malade tend à évoluer depuis plusieurs décennies, passant d'un modèle paternaliste à un modèle anglo-saxon de « décision partagée ». La délibération et la prise de décision sont réalisées conjointement par le médecin et son patient afin d'aboutir à un consensus et à un commun accord [54].

Le code de santé public le précise également : « Toute personne prend avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations fournies, les décisions concernant sa santé (55) ».

Dans le dépistage organisé, cette nuance est d'autant plus importante sur le plan éthique au regard des débats et controverses le concernant. Le médecin généraliste tend à devenir un « informateur » auprès des femmes, pouvant présenter la balance bénéfices/limites du dépistage et permettre un choix éclairé des patientes quant à leur participation.

Le rapport du comité de concertation souligne également ce rôle « d'informateur » et non « d'incitateur » [43] : « *Ce rôle consiste à l'informer, mais certainement pas à chercher à*

tout prix à la persuader de participer au dépistage. Pour que le choix de toute femme puisse rester libre, il ne faut pas que les professionnels de santé, lorsqu'ils sont eux-mêmes convaincus de son intérêt, l'exhortent à y participer. »

Dans notre étude, cette position ne semblait pas être connue de la majorité des médecins qui estimaient qu'un de leur rôle était d'inciter, convaincre leur patiente de réaliser ce dépistage. Seuls deux médecins (jeunes et récemment installés) ont évoqué les informer sans les inciter, gardant une position neutre et laissant le libre choix à la patiente de le réaliser ou non. Les médecins devraient donc être mieux sensibilisés, voire informés de cette distinction existant entre « information » et « incitation ».

Par ailleurs, pour respecter ce rôle d'informateur et permettre un choix éclairé des patientes, faudrait-il, également, que l'information délivrée soit exacte.

Dans notre étude, plusieurs médecins ont exprimé qu'il « n'y avait pas de limite à ce dépistage et qu'il ne comportait donc que des bénéfices » voire réfutaient l'existence du surdiagnostic. On constate un manque de connaissance sur les effets indésirables du DOCS, sur la balance bénéfices /risques controversée et les incertitudes persistantes les entourant.

Afin de répondre au mieux au rôle qui leur incombe et de la manière la plus éthique possible vis-à-vis de leurs patientes, les médecins devraient être mieux informés ou disposer d'outils permettant la délivrance d'informations justes, correctes et équilibrées.

C'est dans ce contexte que le rapport de la concertation préconise de développer un **Outil d'aide à la décision partagée (OADP)** sur le DOCS pour aider les femmes et les professionnels de santé à prendre une décision éclairée.

Ainsi le **projet Mammoclic**, toujours en cours, a vu le jour à Grenoble en 2018 : il s'agit d'un ensemble de travaux de recherche ayant pour objectif d'élaborer un OADP, en ligne, sur le DOCS accessible aux professionnels de santé et aux femmes. [57,58].

2.3 Pratique du DOCS

2.3.1 Pratique quotidienne du suivi de dépistage, type DOCS

Dans notre étude, la thématique du dépistage et de son suivi en consultation était abordée par le médecin généraliste plutôt que par la patiente, lors d'une consultation de routine sans rapport avec un motif gynécologique évident.

Ces résultats tranchent avec ceux obtenus par C.Fernandez [59]. Dans son étude, les moments de vérification étaient soit à la suite d'une demande de patiente (27%) soit à la suite de motifs de consultation d'ordre gynécologique, renouvellement de contraception (22%) ou frottis cervico-vaginal (23%).

Cet écart pourrait se justifier plus particulièrement par une activité gynécologique faible, voire inexistante, des médecins interrogés, qu'ils soient hommes ou femmes.

En complément, si la surveillance du dépistage était systématique chez certains médecins de l'étude, pour la majorité elle ne l'était pas spontanément. Le sujet était abordé de manière aléatoire, s'ils en avaient le temps, s'ils y pensaient ou si le dialogue médecin/patient les y conduisait...

Contrairement aux médecins interrogés par G.Amouzay [60] dans son travail portant sur la pratique des médecins généralistes des Hauts-de-France sur le dépistage en 2019, où 87.83 % d'entre eux vérifiaient si les patientes avaient eu une mammographie dans les deux dernières années, « toujours » ou « souvent ».

Là aussi, on peut s'interroger sur le lien avec la faible pratique de la gynécologie des médecins interrogés ou si les médecins de l'étude sont moins sensibilisés au dépistage ou encore, comme l'ont évoqué certains médecins, par manque de temps.

Dans ce contexte, il semble important également de relever que l'Aisne, en particulier le nord de l'Aisne (Thiérache et Vermandois), où exerçaient l'ensemble des médecins de notre étude, est une région socio-économiquement défavorisée. Or, différentes études ont montré que les femmes les moins dépistées, que ce soit pour le cancer du sein ou du col de l'utérus, et qui sont les plus à risque sont celles les plus âgées et issues de milieux socio-économiques défavorisés [61].

Ce sont aussi celles qui ne consultent pas de gynécologue mais plutôt un médecin généraliste et le plus fréquemment pour motif tout autre que gynécologique, qui est, par ailleurs, rarement un motif de consultation dans ce type de population.

Le médecin généraliste est donc le seul interlocuteur de ces femmes concernant le dépistage, son rôle d'informateur est d'autant plus essentiel dans cette population.

Le médecin généraliste, quel que soit son niveau d'activité gynécologique, se doit donc d'être attentif et rigoureux concernant ces thématiques du dépistage chez ces femmes, en étant relais d'informations orales, les flyers mis à disposition dans les cabinets médicaux ou les maisons de santé n'étant pas des supports adaptés pour cette population cible peu attentive à sa propre santé. Ainsi, il paraît intéressant de renforcer la sensibilisation des médecins libéraux interrogés sur leurs pratiques concernant la DOCS.

Outre, il est à noter que tous les médecins étaient informatisés, que certains d'entre eux utilisaient l'outil informatique pour s'aider au rappel des dépistages de leurs patientes. Il est probable que cette conduite mériterait de se généraliser car certaines études ont démontré que l'alarme informatique pouvait améliorer les pratiques. [62].

2.3.2 Opinions concernant une consultation dédiée de prévention

Il a été abordé, dans notre étude, la question de la mise en place d'une consultation dédiée à la prévention. En effet cette consultation permettrait d'avoir un temps dédié sans être parasités par d'autres motifs de consultation, d'avoir du temps pour expliquer avec plus de précision les bénéfices et les limites attendues de ce dépistage et déterminer, élaborer les facteurs de risques des patientes. Cela permettrait également de renforcer la relation médecin / patient. Cette consultation faciliterait la mise en application du rôle croissant attribué au médecin généraliste en termes de prévention et de dépistage.

C'est en ce sens et par suite du rapport de la concertation citoyenne et scientifique [43] qu'en avril 2017 l'INCa a proposé un « plan d'action pour la rénovation du dépistage organisé du cancer du sein » [63]. Dans ce plan d'action, il est mis en avant l'intérêt d'instaurer des consultations de prévention à 25 et 50 ans, dédiées à la prévention et au dépistage : « *Ainsi, à 50 ans, à l'âge d'entrée dans le programme de dépistage organisé du cancer du sein, chaque femme sera invitée à consulter son médecin traitant ou son gynécologue pour un temps d'accompagnement dédié lors d'une consultation.* »

Les médecins de notre étude étaient globalement favorables à cette idée en émettant toutefois quelques réserves. En effet, le principal frein émis est le manque de temps. Ils n'imaginaient donc pas pouvoir ajouter une consultation de prévention au sein de leur planning déjà surchargé.

Un autre aspect, financier, celui-ci, avait été également abordé par l'un des médecins interrogés. Il avait dit y être favorable à la condition sine qua non que la cotation de cette consultation soit revue en conséquence.

Ces positions font écho à une étude menée auprès de médecins généralistes, avec le recrutement de 10 patients par médecin pour une consultation de prévention, facilitée par un logiciel informatique d'aide à la décision (LIAD) et dédiée au dépistage. Il permet de structurer la consultation [64].

Ces médecins se sont montrés satisfaits de ce type de consultation. En revanche, la durée moyenne de 40 à 50 minutes/consultation a été estimée trop longue. En conséquence, la moitié de l'échantillon était prête à généraliser cette démarche si des aménagements tarifaires et organisationnels étaient mis en place.

Cependant, notre étude avait mis en exergue un autre type de réflexion. En effet, pour certains médecins, cette consultation dédiée ne favoriserait que les patientes consultant déjà régulièrement et faisant leur dépistage car y étant attentives. En effet, pour eux, les patientes qui ne consultaient pas ou peu, et difficilement sensibilisables pour x raisons au dépistage et aux actes de préventions, ne viendraient pas plus à cette consultation dédiée. Le résultat aurait donc l'effet inverse de celui recherché puisqu'il creuserait davantage les inégalités entre les patientes, sans augmentation réelle du taux de participation au DOCS.

Cet avis a été partagé et relayé par l'HAS en 2019. En effet, celle-ci a émis un avis en 2019 concernant la mise en place d'une consultation de prévention et dépistage à 25 ans et a estimé qu'il n'y avait pas de preuves scientifiques suffisantes permettant de justifier l'intérêt de ces consultations de prévention à date dans les parcours de soins, et ce quel que soit le domaine de santé considéré. [65], en sus de leur coût.

Elle ajoute qu'en plus de n'avoir aucune justification scientifique, la mise en place d'une telle consultation risquerait d'aggraver les inégalités : *« Au-delà de leur inefficacité, ces consultations accroissent les inégalités de santé parce qu'elles favorisent les populations les plus aisées et ne mettent pas les populations les plus vulnérables en situation d'accéder à ces consultations pourtant universelles ».*

Une réflexion serait à mener si cette consultation était rendue obligatoire, en y joignant par exemple une prise en charge gratuite du transport pour les personnes en difficulté. Cette condition pourrait, peut-être, réduire ces inégalités et favoriserait un accès uniformisé aux informations liées au dépistage pour l'ensemble des femmes.

À noter que certains organismes, tels que la MSA ou les mutuelles, des municipalités ou des conseils régionaux, proposent déjà des transports gratuits pour se rendre dans les centres de radiologie et ainsi faciliter l'accès au dépistage DOCS.

2.3.3 Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)

Le ROSP avait été évoqué par un médecin. Cela lui facilitait l'accès au pourcentage de ses patientes ayant réalisé le DOCS et un comparatif aux objectifs fixés de santé publique (objectif cible >72 %, objectif intermédiaire 62 %)[66]. Une rémunération, en fonction de l'objectif atteint en fin d'année est attribuée.

On peut se questionner sur l'éthicité de cette rémunération dans un contexte de polémiques, d'autant qu'il est demandé, non pas une incitation, mais une information éclairée et loyale des patientes au DOCS. Cette rémunération du médecin traitant, attribuée en fonction d'objectifs fixés, ne serait-elle pas incitatrice à convaincre plutôt qu'à informer de manière neutre et éthique ?

Cette polémique concernant cet indicateur du ROSP est, d'ailleurs, mentionnée sur le site de l'assurance maladie, qui conclut toutefois au maintien de celui-ci conformément à l'avis émis par le collège de médecine générale [66] « *suivre l'avis du Collège de médecine générale, favorable au maintien de cet indicateur, notamment du fait du gain reconnu en matière de mortalité (entre 15 et 21 % selon les sources).* »

On peut également se poser la question du transfert d'un équivalent financier en lien avec le coût de cet indicateur du ROSP pour financer une consultation de prévention mieux rémunérée comme cela avait été suggéré dans notre étude. Cela permettrait de mieux répondre aux rôles actuels attendus des médecins généralistes qui sont d'informer le plus objectivement possible les patientes sur le dépistage et de les accompagner dans leur décision.

De même, l'HAS s'est opposée à une consultation de prévention à 25 ans mais elle n'a pas statué sur celle de 50 ans.

2.4 Principaux freins rencontrés au DOCS

2.4.1 Principaux freins classiques à la pratique du dépistage du cancer du sein

Notre étude avait permis de mettre en évidence trois catégories de frein au dépistage liées :

- à la femme ;
- au médecin ;
- au système de soins.

Ces résultats sont compatibles avec ceux retrouvés dans la littérature (53,67,68) .

Ils ont été regroupés dans cette figure (figure 10), réalisée à partir d'une revue de la littérature par S. l'Héritier dans son étude portant sur la pratique du DOCS des médecins généralistes des Alpes-Maritimes.

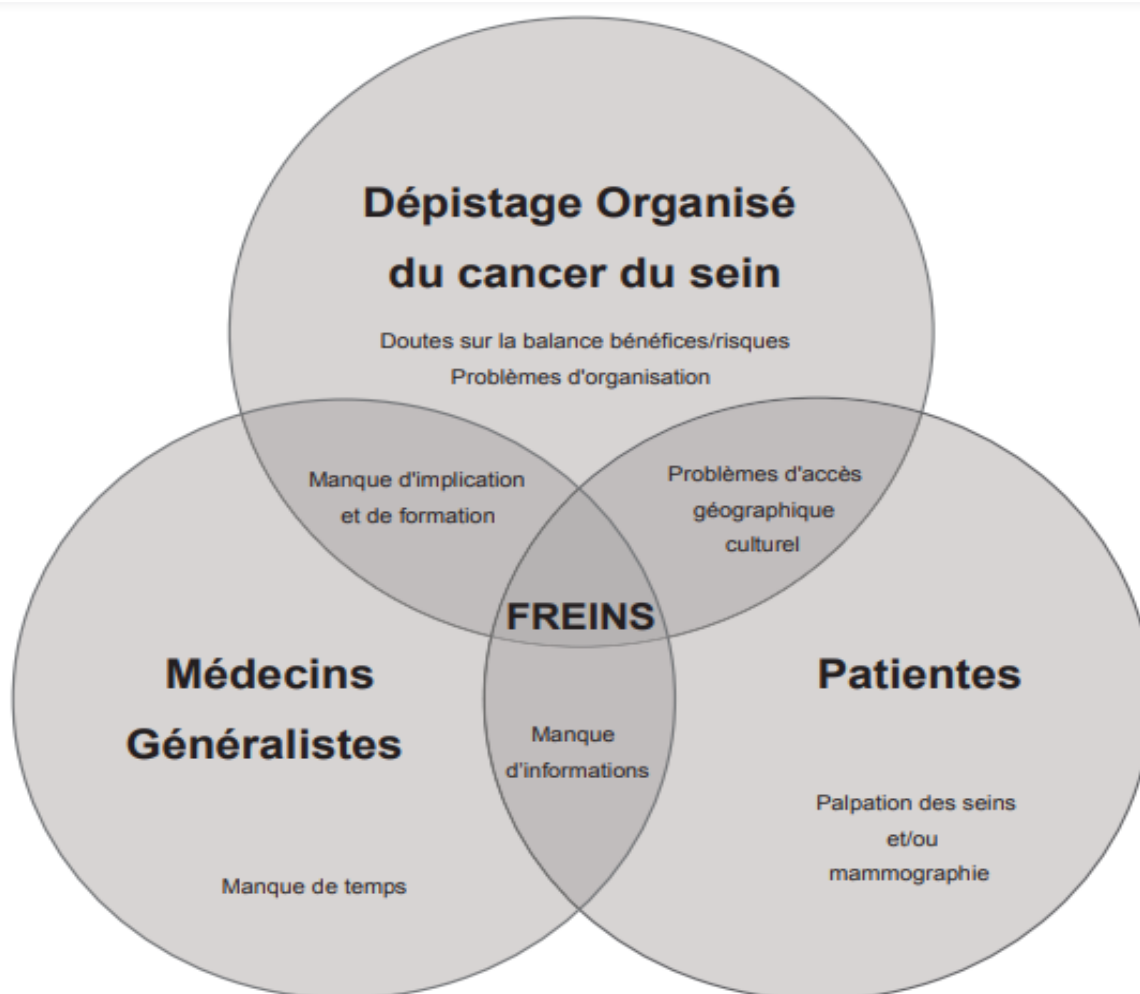


figure 10: Principaux freins à la pratique du dépistage du cancer du sein. S.L'heritier Pratique de dépistage du cancer du sein des médecins généralistes des Alpes-Maritimes. 2018

2.4.2 Frein exceptionnel lié à la crise sanitaire de la COVID 19

En novembre 2019, les premiers cas de transmission à l'homme du SARS-CoV-2 ouvraient la voie à une épidémie en Chine, s'étendant en Europe début 2020, puis au monde entier. Cette pandémie de COVID-19 a obligé les systèmes de santé à s'adapter à l'afflux de malades atteints de formes graves de la COVID-19.

Depuis le 16 mars 2020, la quasi-totalité des structures de soins en France ont vu leurs activités de soins, de dépistage et de recherche, impactées par les mesures de confinement et les mesures barrières de distanciation physique et sociale liées à la pandémie de SARS-CoV-2 (COVID-19). Toutes les activités liées au dépistage des cancers, l'adressage des invitations au dépistage, voire même la réalisation des mammographies de dépistage ont été annulées. Les structures de coordination du dépistage ont dû également stopper leurs activités de seconde lecture. Celles-ci ont ensuite repris progressivement, à partir du mois de mai 2020, date du déconfinement.

Une des conséquences de ces mesures a été le retard de diagnostic, comme ce fut le cas pour une patiente de l'un des médecins de notre étude. L'institut Curie a notamment enregistré une baisse non négligeable du nombre de consultations pour premier cancer. Les relevés comparatifs montrent que 387 patientes ont été vues en première consultation entre le 16 mars et le 17 avril 2020 (premier mois de confinement), pour 582 reçues durant la même période en 2019 (-34 %) soit 1/3 de consultations en moins. [69]

Face à cette crise sanitaire sans précédent de notre ère post moderne, et aux mesures qu'elle a induites par nécessité, on peut se questionner sur les multiples impacts qu'aura la pandémie de COVID 19 sur le dépistage du cancer du sein à tous les niveaux y compris sur du moyen et long terme, voire très long terme :

- quelles vont être les conséquences en termes de participation au dépistage ?
- quelles vont être les conséquences en termes de retard de diagnostic ?
- quelles vont être les conséquences en termes de prise en charge thérapeutique ?
- quelles vont être les conséquences en termes de morbidité et de mortalité ?
- quel sera le ressenti des patientes face au décalage du dépistage ?
- comment s'organiser en cas de nouvelle « vague » ?

Des études émergeront probablement dans les mois et années à venir pour tenter d'y répondre et d'en mesurer l'impact médical et socio- économique.

2.5 Le dépistage individuel : lacunes et pratiques hétérogènes

Notre étude a mis en évidence un manque de connaissances concernant le dépistage individuel. Outre les médecins reconnaissant méconnaître le dépistage, celui-ci n'avait pas la même signification pour tous les médecins entrant dans l'étude. Si la majorité avaient évoqué les antécédents familiaux, d'autres facteurs, tels que l'antécédent personnel de cancer du sein, le carcinome canalaire in situ ou l'antécédent d'irradiation thoracique, eux, n'ont jamais été cités. Étonnamment, de mauvaises indications ont été répertoriées, comme la prise de traitement hormonal.

Enfin, il est constaté une confusion entre mammographie de dépistage et mammographie diagnostic prescrite à la suite de l'apparition de symptômes.

Ceci nous amène à penser qu'un certain nombre de mammographies ont été prescrites à mauvais escient.

Si l'antécédent familial de cancer du sein, requérant un DI, était la situation la plus citée, ses modalités de prescription ne semblaient pas être connues, en particulier au vu des pratiques hétérogènes concernant l'âge de début d'examen de surveillance, sans différenciation d'utilisation entre échographie mammaire et mammographie. La non-connaissance ou la méconnaissance du score d'Eisinger a fait que, dès qu'ils étaient informés d'un facteur de risque tel que l'antécédent familial, quel que soit l'âge de cet ATDC de cancer du sein chez une patiente, les médecins de l'étude semblaient débiter rapidement la prescription de mammographie en DI, et ce très régulièrement. Cela a, manifestement, dû donner lieu à des prescriptions inadaptées et injustifiées de mammographie en DI, par exemple dans le cas où le score d'Eisinger < 3 où celui-ci a une faible utilité médicale, en revanche il est nécessaire de connaître les ATCD côté maternel et paternel de cancer du sein.

C'est dans ce contexte que l'HAS, en mars 2014 [70], a publié de nouvelles recommandations définissant le dépistage individuel du cancer du sein chez les femmes à risque élevé et très élevé. Les modalités de prescription y ont été précisées et détaillées en 2015 [16].

L'INCa a également publié en 2017 [71] un référentiel synthétisant les recommandations de l'HAS à destination des professionnels de santé. Les raisons pour lesquelles ces recommandations n'étaient pas suivies par les médecins de notre étude étaient la simple méconnaissance de celles-ci. Effectivement, aucun médecin de l'étude n'avait entendu parler du score d'Eisinger.

Les questions que l'on peut se poser, compte tenu quand même de l'importance de ce score dans le cadre d'un dépistage, sont-elles en lien avec :

- un manque de temps pour se former, y compris sur des sites informatiques dédiés ?
- un manque de formation et de communication sur le DI entrant dans le cadre des formations médicales y compris continues ?
- un manque de diffusion de ces recommandations du DI de la part des centres régionaux de dépistage de cancer du sein ?
- un manque de motivation concernant le cancer du sein, pourtant premier cancer chez la femme ?
- une surcharge de travail des médecins généralistes, exerçant aussi bien en milieu urbain que rural, et un épuisement de ceux-ci ?

Ces manques ont également été constatés dans l'étude de G. Amougay [60] portant sur le dépistage du cancer du sein selon le niveau de risque des patientes(55.65 % des médecins interrogés déclaraient ne pas connaître le score d'Eisinger) ou dans l'étude de Chaglabou[72] en 2017 dans laquelle la totalité des médecins interrogés n'avaient pas reconnu tous les facteurs de risques présents dans la vignette clinique (89 % y avaient reconnu la radiothérapie thoracique et seulement 66,1 %, soit 2/3, avaient repéré l'antécédent familial comme étant facteur de risques).

Ces deux travaux proposaient comme solution d'axer la formation continue, obligation pour chaque médecin, sur l'apprentissage de ces recommandations. Cela est-il possible en pratique ?

Par ailleurs, Chaglabou [72] proposait également de renforcer la formation médicale initiale concernant les dépistages. Il serait probablement intéressant d'évaluer les connaissances en matière de prévention des internes de médecine générale. Peut-être y découvririons-nous des surprises, bonnes ou mauvaises, en termes de connaissance en santé publique.

Enfin, plusieurs médecins de notre étude avaient confié, pour être plus à l'aise, effectuer un suivi conjoint de ces patientes à haut risque avec un spécialiste, le plus souvent gynécologue, voire même lui en laisser la totale gestion. Cependant, d'une part l'HAS replace et renforce même la place du médecin généraliste au sein de ce dépistage, et d'autre part, face à la pénurie de gynéco-obstétriciens dans les prochaines années, la part d'activité gynéco-obstétricale des médecins généralistes devra se développer [73], d'autant que la profession se féminise, sinon ce seront probablement les maïeuticiens et les maïeuticiennes qui prendront leur part de travail, au grand mécontentement de la communauté médicale.

Les connaissances du médecin généraliste doivent donc impérativement s'améliorer et suivre les rôles qui lui sont accordés au sein de ce dépistage, risquant même de s'accroître dans les années à venir. Et ce, quelle que soit la démographie médicale et la désertification dans nos zones rurales et défavorisées à tout point de vue.

2.6/ Perspectives

2.6.1/ L'étude my PeBS : Vers un dépistage personnalisé ?

Un des médecins de notre étude avait suggéré qu'au lieu « d'un dépistage de masse » soit ciblé un dépistage personnalisé : sa proposition fait écho aux recherches actuelles.

Démarrée en décembre 2018, MyPeBS [74] (« *My Personal Breast Screening* » ou « *Mon dépistage personnalisé du cancer du sein* ») est une étude clinique internationale dont le but est de comparer une stratégie de dépistage personnalisé au dépistage standard en vigueur.

L'étude mise en œuvre dans 5 pays (France, Belgique, Italie, Israël, Royaume-Uni) est coordonnée par Unicancer (France). Elle devrait durer 6 ans et recruter 85 000 femmes volontaires âgées de 40 à 70 ans. Cette nouvelle stratégie propose d'adapter le calendrier de dépistage au risque individuel de chaque femme.

Ces 85 000 femmes seront réparties aléatoirement en 2 groupes :

- le 1^{er} groupe (groupe dépistage standard) devra participer au dépistage tel qu'il est actuellement organisé (en France, une mammographie tous les 2 ans à partir de 50 ans)
- le 2^{ème} groupe (groupe dépistage individualisé) devra participer à un dépistage dont les modalités seront adaptées individuellement selon le niveau de risque de développer un cancer du sein. Pour les femmes de ce 2^{ème} groupe, un score de risque sera calculé à partir de l'âge, des antécédents personnels et familiaux, de la densité des seins et d'un test salivaire pour génotypage (analyse de 313 polymorphismes de l'ADN intégrés dans un score de risque).

En fonction de ce score, chaque femme sera classée dans l'une des 4 catégories suivantes : faible risque, risque modéré, risque élevé, risque très élevé.

Les femmes auront alors un dépistage adapté à leur risque (figure 11) :

-- risque faible = pas de dépistage.

-- risque modéré = mammographie tous les 2 ans (quel que soit leur âge).

-- risque élevé = mammographie tous les ans.

-- risque très élevé = mammographie + une IRM tous les ans

Schéma de l'étude

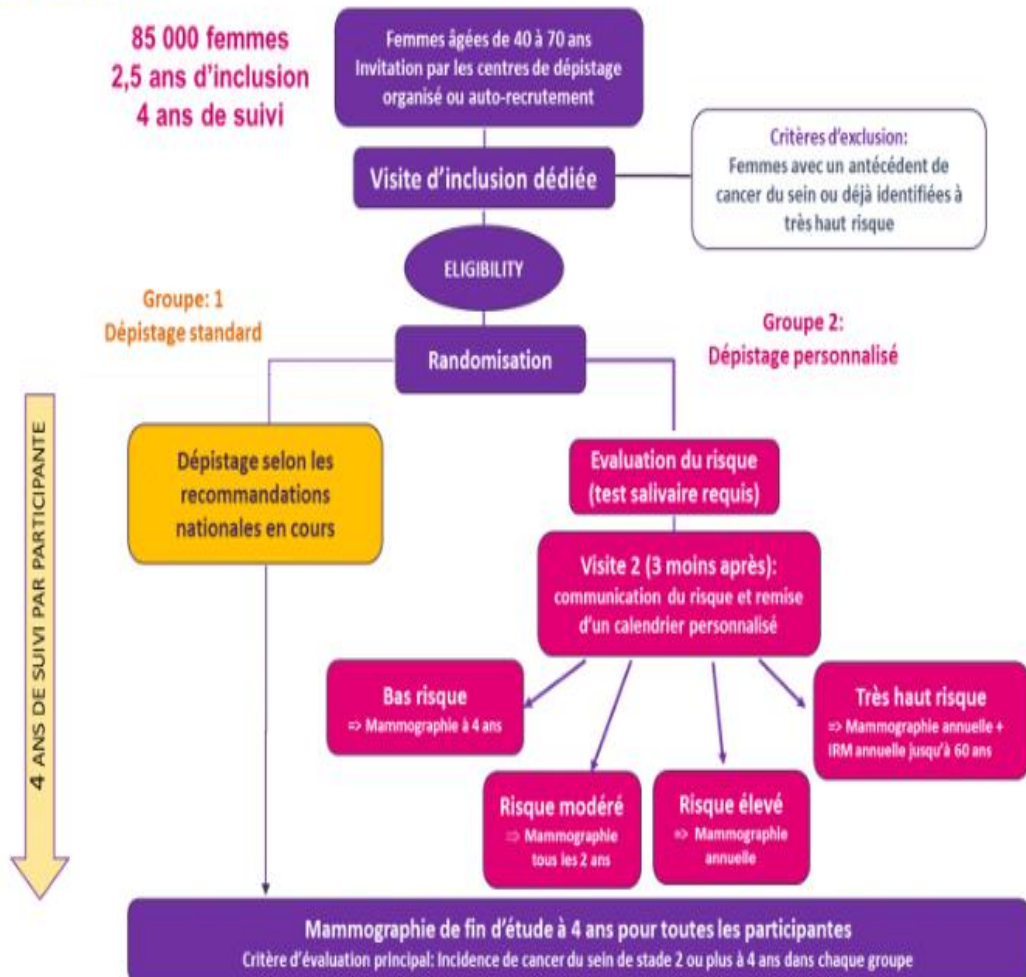


Figure 11 : Schéma de l'étude my PeBS

L'objectif primaire est de démontrer la non-infériorité de la stratégie de dépistage stratifiée en termes d'incidence du cancer du sein de stade 2 et plus, à 4 ans, comparé au dépistage standard. Si le dépistage individualisé sur le risque est plus efficace que le dépistage standard, l'incidence des cancers avancés devrait être plus faible dans le groupe dépistage individualisé que dans le groupe dépistage standard.

Seulement en cas de non-infériorité démontrée, le premier objectif secondaire sera de démontrer la supériorité du bras de dépistage basé sur le risque sur la réduction du cancer du sein de stade 2+ par rapport au dépistage standard.

Accessoirement, d'autres objectifs (secondaires) sont prévus : comparer les taux de faux positifs, comparer les taux de surdiagnostics et les taux de cancers de l'intervalle, évaluer les coûts et comparer les rapports coût/efficacité ou encore l'impact psychosocial.

Cette étude a l'ambition de « *préparer les futures recommandations de dépistage en Europe* ».

La solution aux incertitudes du DOCS est peut être finalement, comme y aspire cette étude, de généraliser le DI à l'ensemble des femmes de manière à s'adapter au risque propre à chacune.

2.6.2 Vers un dépistage moléculaire ?

Des méthodes de dépistages biologiques moléculaires des cancers, à partir d'une « biopsie liquide », sont en cours d'évaluation.[75]

La biopsie liquide, correspondant selon la définition du NCI (National Cancer Institute) à « *un test effectué sur un échantillon de sang pour la recherche de cellules cancéreuses ou de fragments d'ADN provenant d'une tumeur et circulant dans le sang* », présente des avantages prometteurs pour le dépistage du cancer. Sa nature minimalement invasive, sans le délai, le coût et les risques liés à la biopsie tissulaire, associée à la possibilité de détection à un stade précoce avant la détectabilité radiologique, en fait une technique d'avenir prometteuse. Plusieurs biomarqueurs circulants sont en cours d'évaluation afin d'être validés pour leur utilité clinique (ADN circulants, cellules tumorales circulantes, microARN circulants et autres) avec l'objectif de développer des tests de détection précoce du cancer. Les exosomes, contenant des acides nucléiques et des protéines, pourraient également être source de multiples marqueurs de malignité dont l'analyse pourrait être prometteuse pour le

développement de méthodes de dépistage [75]. Mais peu de ces biomarqueurs ont, à ce jour, été validés pour une utilisation clinique.

La découverte de ces biomarqueurs et de leurs usages, alliée à l'intelligence artificielle, permettra dans un avenir proche, peut-être, d'aboutir à un dépistage reposant sur un simple prélèvement sanguin.

CONCLUSION

Bien qu'il existe des incertitudes sur la balance bénéfique/risque du DOCS, l'opinion globale des médecins généralistes de notre étude ne semble pas avoir vraiment été impactée et reste très largement favorable au dépistage organisé du cancer du sein.

Dans ce contexte de polémiques entourant le dépistage et par l'évolution de la relation médecin-patiente, qui ne se veut plus paternaliste mais de « décision partagée » à l'américaine, le rôle du médecin généraliste doit s'adapter.

La société n'attend plus de lui une incitation mais une information objective sur les bénéfices et limites de ce dépistage permettant un choix éclairé des patientes quant à leur participation.

L'HAS, elle-même, préconise de renforcer l'information « pour permettre un choix libre et éclairé des femmes concernant leur participation ou non au dépistage du cancer du sein, quelle qu'en soit la modalité (dépistage individuel ou dépistage organisé) ».

Dans notre étude, nous avons pu constater que les médecins non seulement étaient encore majoritairement dans l'incitation mais méconnaissaient également les limites du dépistage. Il peut donc paraître compliqué pour un médecin généraliste d'honorer ce rôle de transmetteur objectif d'informations si lui-même ne les détient pas. Cependant, ceci est à corroborer avec le type de patientèle, majoritairement rural, vivant dans le nord de l'Aisne. Ce territoire, en grande précarité socio-économico-culturelle, même paupérisé, approchant parfois de l'illettrisme et en voie de désertification industrielle et médicale, peut être une explication complémentaire à la surcharge de travail des médecins libéraux n'ayant que peu de temps pour continuer à se former. De plus, cette patientèle n'attend pas spécifiquement, contrairement aux recommandations, une information éclairée et objective qu'elle n'a pas les moyens de comprendre dans sa complexité, mais un médecin qui la guide et prend soin d'elle, au mieux, quelles que soient les conditions de vie, de travail et d'environnement, dans ses multiples facettes et pathologies, y compris psycho-sociales, quand elle a encore la possibilité d'avoir accès aux soins.

Cependant, comme le souligne le rapport de la concertation citoyenne et scientifique, il y a un paradoxe notable entre cette demande de donner les moyens aux femmes de prendre une décision éclairée et la campagne d'octobre ROSE, à qui l'on reproche d'être très incitative, jusqu'à en occulter l'information sur le rapport bénéfice / risque du DOCS .

Les médecins devraient donc probablement être mieux sensibilisés à la distinction existant entre information et incitation et mieux informés sur la balance bénéfice/risque du dépistage. Les OADP en cours d'évaluation devraient, en ce sens, être intéressants.

Notre étude a également révélé des lacunes en matière de dépistage individuel. Malgré des recommandations récentes, celles-ci étaient modérément connues des médecins de notre étude, le score d'Eisinger méconnu. Les centres régionaux de dépistage devraient vraisemblablement améliorer leur communication envers la médecine générale. L'avenir sera assurément dans un dépistage personnalisé, ce qu'un médecin de l'étude propose.

Sans aucun doute, le médecin généraliste, le médecin traitant, tient un rôle clef en termes de prévention dans sa pratique quotidienne. Ce rôle tendra probablement à s'accroître à l'avenir si la démographie médicale le permet ainsi que les conditions socio-économiques. En ce sens, ses connaissances et ses pratiques doivent également suivre cette évolution, leur regret potentiel étant leur manque de temps pour se former et être à jour de ces évolutions technologiques et technocratiques...

Pour conclure, les polémiques embrasant ce dépistage organisé m'amènent à citer cet aphorisme de William Osler (1849-1919):

« La médecine est une science de l'incertitude et un art de la probabilité. »

BIBLIOGRAPHIE

1- Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 - Tumeurs solides : Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim , Consulté le 14/05/20.

2- Facteurs de risques du cancer du sein , disponible sur <https://www.cancer-environnement.fr/144-Sein.ce.aspx> , consulté le 14 mai 2020.

3-HAS 2014 Question réponse disponible sur https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201405/questions_reponses_cancer_sein_2014-05-19_09-02-15_41.pdf >> consulté le 15/05/20.

4-http://www.concertation-depistage.fr/wp-content/uploads/2016/04/objectifs-du-programme-de-docs_acorde.pdf consulté le 15/05/20

5- Gorza, Salices, Danzon, Bloch . Programme de dépistage cancer sein en France : résultat 2006. Saint Maurice (FRA) : institut de veille sanitaire /sept 2009. 8p

6- Institut de Veille Sanitaire. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2013-2014 / Indicateurs d'évaluation / Evaluation du programme de dépistage du cancer du sein / Evaluation des programmes de dépistage des cancers / Cancers / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/fr../Dossiersthematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-desprogrammes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-ducancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-dedepistage-organise-du-cancer-du-sein-2013-2014> consulté le 16/05/2020.

7-<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2017-20182> consulté le 16/05/20

8- Grünfeld JP. Pour un nouvel élan. Recommandations pour le plan cancer 2009-2013. Rapport au Président de la République. Paris : 14 février 2009 (www.e-cancer.fr).

9- Duport N et al. Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein : étude Fado Sein. BEH 2008 ; 44 : 429-31.

10- Institut National du Cancer (INCa).Les Français face au dépistage des cancers. Collection Enquêtes et sondages – Synthèse des résultats de la 2ème vague de enquête barométrique INCa/BVA. Boulogne-Billancourt ; janvier février 2009.

11-Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD001877. DOI: 10.1002/14651858.CD001877.pub5

12-https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-05/questions_reponses_cancer_sein_2014-05-19_09-02-15_41.pdf conulté le 17/05/20

13-Cancer Rose. Cancer Rose, site d'information sur le dépistage du cancer du sein [Internet]. >> consulté le 17/05/20. Disponible sur: <https://www.cancer-rose.fr/>

14- Institut National du Cancer. Rapport du Comité d'Orientation de la Concertation citoyenne et scientifique sur le dépistage du cancer du sein [Internet]. 2016 consulté le 17/05/20. Disponible sur: <http://www.concertation-depistage.fr/wpcontent/uploads/2016/10/depistage-cancer-sein-rapport-concertation-sept-2016.pdf>

15- Haute Autorité de santé. Synthèse Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé/ Dépistage et prévention du cancer du sein [Internet].2015.>> consulté le 18/05/20. Disponible sur: http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf

16- Haute Autorité de Santé - Cancer du sein : quel dépistage selon vos facteurs de risque ? [Internet]. >> consulté le 18/05/20 . Disponible sur: https://www.hassante.fr/portail/jcms/c_1741484/fr/cancer-du-sein-quel-depistage-selon-vos-facteurs-de-risque

17- <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein> consulté le 22/05/20

18-Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018
Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2018-2019-et-evolution-depuis-2005>
consulté le 05/06/2020

19-https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf
consulté le 05/06/20

20- <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Facteurs-de-risque>
consulté le 06/06/20

21-International Agency for Research on Cancer. Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine. Lyon; IARC 2018 p.271. Disponible à partir de l'URL : https://gco.iarc.fr/resources/paf-france_fr.php [consulté le 06/06/2020]

22-<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01279258/document> consulté le 07/06/20

23-<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733580/document> consulté le 07/06/20

24-<https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/fr/index3.html> consulté le 07/06/20

25- Jelinski SE, Maxwell CJ, Onysko J, Bancej CM. The influence of breast selfexamination on subsequent mammography participation. AM J Public Health, 2005 vol 95, nO 3: 506-511.

26-<https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise> consulté le 09/06/20

27-<https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein/Vous-avez-moins-de-50-ans> consulté le 09/06/20

28-<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000036763189&categorieLien=id> consulté le 08/09/20

29-<https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise> consulté le 08/09/2020

30-https://www.has-sante.fr/jcms/c_1741602/fr/cancer-du-sein-quel-depistage-selon-vos-facteurs-de-risque-questions--reponses consulté le 08/09/20

31-<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2018-2019-et-evolution-depuis-2005> consulté le 08/09/20

32- https://www.has-sante.fr/jcms/r_1501534/fr/depistage-du-cancer-du-sein consulté le 15/09/20

33-https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974673/fr/cancer-du-sein-modalites-specifiques-de-depistage-pour-les-femmes-a-haut-risque#:~:text=Pour%20les%20femmes%20de%2050,d%C3%A9pistage%20tous%20les%202%20ans. consulté le 15/09/20

34- Institut National du Cancer/BVA. Médecins généralistes et dépistage des cancers. Collection Enquêtes et sondages synthèse des résultats de l'enquête barométrique INCa/BVA.[Internet].2010.Disponible sur: www.ecancer.fr/content/download/95857/1020700/file/ENQBAROMG11.pdf [consulté le 15/09/2020]

35- Gøtzsche PC, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *Lancet*. 2000 Jan; 355(9198): p129–134. Doi : [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)06065-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(99)06065-1)

36- International Agency for Research on Cancer. Breast cancer screening. IARC Handbooks for cancer prevention, volume 7, 2002.

37- Welch HG. Search and destroy: the right cancer strategy for Europeans? *European Journal of Cancer*. 2005 March ; 41(5), 660–663

38- Mammographies et dépistage des cancers du sein. *Revue Prescrire* 2006; 26(272): 348-374

39-<http://www.concertation-depistage.fr/wp-content/uploads/2016/10/depistage-cancer-sein-rapport-concertation-sept-2016.pdf> consultée le 23/09/20

40- HAS 2015, préc., p. 86-89.

41- Enquête d'opinion sur le dépistage du cancer du sein chez les généralistes de l'Essonne Attitude des praticiens de ville : incertitudes ou réticences ? Claude Attali¹, Michel Médioni¹, Catherine Dubois¹, Vincent Renard¹, Laurence Compagnon¹, Jacques Cittée¹, Julien Le Breton¹, Olivier Montagne², Philippe Lecorvoisier², Sylvie Bastuji-Garin³ *exercer* 2008;83:98-103.

42- Revue systématique de la littérature sur les effets du dépistage du cancer du sein .Thomas JEGOT Pierre BOYER 2017

43- Comité d'orientation. Résultats de la concertation citoyenne. Institut National du Cancer. 2016. Disponible sur: <http://www.concertation-depistage.fr/>

44-Le regard du médecin généraliste sur le dépistage organisé du cancer du sein en Haute-Garonne Etude qualitative par focus groups Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1563/1/2016TOU31091-1092.pdf>

45- Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Art. No.: CD001877. DOI: 10.1002/14651858.CD001877.pub5.

46- Marmot MG, Altman DG, Cameron DA, Dewar JA, Thompson SG, Wilcox M. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Lancet*. 17 nov 2012;380(9855):1778-86.

47- Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(6):CD001877.

48- Løberg M, Lousdal ML, Bretthauer M, Kalager M. Benefits and harms of mammography screening. *Breast Cancer Research*. 2015 May; 17(63). Doi: 10.1186/s13058-015-0525-z 227

49-Paci E, Broeders M, Hofvind S, Puliti D, Duffy S. EUROSCREEN Working Group. European breast cancer service screening outcomes: a first balance sheet of the benefits and harms. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2014 Jul;

50- Contribution de la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer sur le site de la concertation www.concertation-depistage.fr (31 mars 2016)

51-. Essai clinique cancer Sein/Sein clos aux inclusions Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Le-registre-des-essaiscliniques/Le-registre-des-essais-cliniques/Etudes-cliniques/Etude-NOMAT01-etudeobservationnelle-visant-a-valider-un-modele-de-prediction-NOMAT-de-desescaladechirurgicale-chez-des-patientes-ayant-des-lesions-benignes-atypiques-du-sein.-essai-clos-auxinclusions>.

52- Verhamme B. Enquête d'opinion chez les médecins généralistes corses vis à vis du dépistage organisé du cancer du sein dans leur région [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2012

53-. Ruel C. Dépistage organisé du cancer du sein, comment améliorer l'adhésion des généralistes: A propos d'une enquête d'opinion chez les médecins généralistes de Moselle [Thèse d'exercice]. [France]: Université Henri Poincaré-Nancy 1. Faculté de médecine; 2009

54- Haute autorité de santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble « Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée » [Internet]. France ; 2013 [consulté le 03 novembre 2020]. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr>.

55- Code de la santé publique - Article L1111-4. Code de la santé publique.

56-. Authier P. Dépistage du cancer du sein: les doutes sur son efficacité. Rev Prat 2013 ; 63 : 1369- 77.

57- Christine Martinaggi, Juliette Pagnier. Outils d'aide à la décision partagée dans le cadre du dépistage du cancer du sein des femmes à risque moyen : examen de la portée de janvier 1991 à octobre 2018. Médecine humaine et pathologie. 2018. ffdumas-01961022f

58- Marie Amélie Agier, Lucinda das Neves Domingues. Détermination des éléments constitutifs obligatoires, nécessaires et indispensables d'un outil en ligne d'aide à la décision partagée pour le dépistage organisé du cancer du sein destiné aux femmes et aux professionnels de santé (Mammoclic) par méthodes de consensus. Médecine humaine et pathologie. 2018. ffdumas-01960732f

59- Fernandez C. Étude de la pratique de l'examen clinique des seins chez les femmes par les médecins généralistes en Poitou-Charentes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2016.

60- G. AMOUGAY-ABOUBEKER Depistage du cancer du sein selon le niveau de risque des patientes :pratique des medecin generaliste des haut de france [these d'exercice]

61- Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes Factors influencing GPs' gynecological practice Élodie Fayolle, Josette Vallée exercer 2013;107:114-20.

62- Holden DJ, Jonas DE, Porterfield DS, Reuland D, Harris R. Systematic review: enhancing the use and quality of colorectal cancer screening. Ann Intern Med. 18 mai 2010;152(10):668-76.

63- plan action renovation cancer du sein , disponible sur :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan-actions-renov-cancer-sein-2.pdf>

64- Chavallier P, Colombier I, Wajs C, et al. Une consultation de prévention dédiée et structurée à l'aide d'un outil informatique. Etude C-PRED-EsPeR: nouveau concept pour la vraie vie? Exercer 2008 ; 81: 36-41.

65-https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-06/avis_n_2019.0033.ac.seesp_du_29_mai_2019_du_college_de_la_has_relatif_a_la_place_des_consultations_de_prevention_dans_la_str.pdf consulté le 15/10/2020

66-<https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-adulte> consultée le 05/11/20

67- Duport N, Ancelle-Park R, Boussac-Zarebska M, Uhry Z, Bloch J. Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein: étude FADO-sein., INVS. Saint-Maurice. Juin 2007, 6p.

68- INCa. Les Français face au dépistage des cancers. Synthèse des résultats de la 2e vague de l'enquête barométrique INCa/BVA, collection Enquêtes et sondages, janvier/février 2009

69- Bull Cancer. 2020 Jun; 107(6): 620–622. Published online 2020 avr. 30. French. DOI : 10.1016/j.bulcan.2020.04.004 PMID: PMC7190490

70- HAS. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage : volet 1 [En ligne]. Disponible:https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/depistage_du_cancer_du_sein_chez_les_femmes_a_haut_risque_volet_1_vf.pdf

71- Dépistage du cancer du sein : orienter vos patientes en fonction de leur niveau de risque - Dépistage du cancer du sein [Internet]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-ducancer-du-sein/Orienter-vos-patientes>

72- Chaglabou Rejeb I, Hami Z. Le dépistage individuel du cancer du sein chez les 80 femmes à haut risque en médecine générale: états des lieux des pratiques, motivations et freins à sa réalisation : enquête descriptive auprès de 118 médecins généralistes de la région Ile de France. Lyon, France; 2017.

73- Conseil National de l'Ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France situation au 1er janvier 2014. Site du conseil national de l'ordre des médecins , 2014, 274 p. Consulté le 19/07/2017.

74- Etude My PeBS Disponible sur: <https://mypebs.eu/fr/> consulté le 1/11/20

ANNEXES

Annexe 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

Présentation auprès des médecins généralistes :

Bonjour, cher(e) confrère(soeur)

Je m'appelle Fatima SEMLALI, interne en médecine générale à la faculté de Médecine d'Amiens .

Ma thèse porte sur le dépistage organisé et individuel du cancer du sein dans l'AISNE sous la direction du Dr Manuella FRYS.

Pour cela, j'effectue une enquête par l'intermédiaire d'entretiens individuels auprès des médecins généralistes de l'Aisne afin d'analyser votre opinion concernant ce dépistage organisé du cancer du sein (DOCS) , ainsi que votre attitude adoptée face au dépistage individuel (DI).

En effet le cancer du sein reste le cancer le plus fréquent chez la femme avec 58 469 nouveaux cas en 2018 et le plus mortel avec 12 146 décès la même année (source: Santé publique france) .

Le taux du dépistage dans l'AISNE reste largement inférieur à l'objectif fixé par les autorités sanitaires pour une diminution significative de la mortalité du cancer du sein (50.1 % sur les années 2017/2018 pour un objectif fixé à plus de 70%).

Parallèlement au dépistage organisé , il subsiste le dépistage individuel pour laquelle il existe des indications précises mais qui cependant reste réalisé au sein de la population éligible au DOCS.

L'HAS a évalué à 10% le taux de femme âgée de 50 à 74 ans ayant eu une mammographie de dépistage individuel en 2009.

Cette Thèse a donc pour objectifs, via ces entretiens, d'évaluer :

- **Votre vision sur le DOCS.**
- **Votre pratique du DI.**

La méthode qualitative semble la plus appropriée pour explorer votre ressenti, vos expériences et votre opinion sur le sujet, ce qui motive ces entretiens individuelles.

Pour réaliser cette étude, votre collaboration m'est donc indispensable.

Je vous remercie, par avance, d'accepter de m'accorder de votre temps si précieux en me recevant à votre cabinet pour cet entretien.

Pour cela , je serai amenée à vous poser un certain nombre de question.

Avec votre accord, je souhaiterais procéder à l'enregistrement afin que la discussion recueillie puisse être retranscrite et analysée plus finement tout en gardant l'anonymat. Si vous le souhaitez, je serai ravie de vous communiquer les conclusions de cette Thèse.

F.SEMLALI, IMG.

GUIDE D'ENTRETIEN

I/ Les données personnelles du médecin :

- Age / Sexe :
 - Quel est votre âge ?
- Conditions d'exercice :
 - Quel est votre milieu d'exercice ? (rural, urbain, semi rural ?)
 - Depuis combien de temps êtes-vous installé ?
 - Combien de patients avez vous en moyenne par jour ?
 - Vos dossiers sont ils informatisés?
- Exercice particulier de la médecine :
 - Avez-vous un exercice particulier de la médecine ?
- Activité gynécologique :
 - Quelle est votre activité gynécologique (suivi clinique, frottis, implant, suivi grossesse DIU, activité minime ...)

(Relance : vos patientes sont elles également suivi par un gynécologue en parallèle en dehors de l'activité obstétrique ou assurez vous ce suivi seul(e) ?)

II/ Perception et adhésion du médecin généraliste au Dépistage organisé du cancer du sein (DOCS).

1/Que pensez vous du DOCS ?

relance: Quelle image avez vous de ce dépistage ?

2/Que pensez vous de la balance bénéfice/ risque de ce dépistage ?

relance: quelles limites attribuez vous au dépistage ?

3/Quelle est la place du médecin généraliste dans le DOCS selon vous ?

III / Pratique du médecin généraliste et DOCS

4/ Au cours d'une consultation, comment abordez vous la question du dépistage /mammographie auprès de vos patientes?

relance: a quelles occasions (consultation pour pilule, contraception, frottis ou autre) abordez vous la question du dépistage ?

(pilule , stérilet , implant , autres) frottis, péri ménopause , ménopause, découverte familiale de cancer, meno-métrorragies, palpation du sein , information sur d'auto palpation ,)

relance: Que dites vous aux patientes qui ont reçu le DOCS et qui vous demande conseil ?

5/Que pensez vous du projet de mise en place d'un acte de consultation à 25 ans et 50 ans dédié à la prévention et au dépistage du cancer évoqué dans le ' plan d'action pour la rénovation du dépistage organisé du cancer du sein ' en avril 2017 par l'institut national du cancer ?

IV/ Freins et propositions d'améliorations du DOCS.

6/Quels freins rencontrez vous vis à vis du DOCS ?

relance: Que pensez vous du taux de participation dans l'Aisne ?

7/Au regard de votre expérience, auriez-vous des propositions à faire, pour améliorer le taux de participation au DOCS ?

Autre formulation : Qu'elles seraient, selon vous ,les solutions à proposer pour améliorer la participation au DOCS ?

V/ Votre pratique du dépistage individuel (DI).

8/Quelle définition avez-vous du dépistage individuel et quelle place tient -il dans votre pratique du dépistage ?

-relance: a quel moment avez vous recours au DI et pourquoi? , dans quelle circonstances proposez vous une mammographie en dehors du DOCS?

-comment assurez vous le suivi des patiente dites à 'haut risque' exclues du DOCS ?

(Etes-vous en 1^è ligne ou c'est plutôt du rôle du gynécologue ou de la sage-femme)

connaissez vous le score de EISINGER ?

Auriez -vous des remarques à ajouter sur le DOCS ou le DI que nous n'aurions pas abordé durant cet entretien?

En vous remerciant de votre collaboration et du temps que vous avez voulu m'accorder.

Fatima SEMLALI.

