

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2019

Thèse n°2019-10

THESE

Pour l'obtention du Diplôme d'État de Docteur en Médecine
Mention Médecine Générale

DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN SELON LE NIVEAU DE
RISQUE DES PATIENTES :
PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES DES HAUTS-DE-
FRANCE

Présentée et soutenue publiquement le 25 février 2019

Par Ghizlane AMOUGAY-ABOUBEKER

Devant un jury composé de :

Président du jury : Monsieur le Professeur Fabrice SERGENT

Juges : Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE

Monsieur le Professeur Olivier GANRY

Monsieur le Professeur Bruno CHAUFFERT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Pierrick THERET

A mon maître et président du jury,

Monsieur le Professeur Fabrice SERGENT
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Gynécologie obstétrique)

Merci d'avoir accepté de présider cette thèse, vous me faites l'immense honneur de juger mon travail. Soyez assuré de ma gratitude et mon respect.

A mes juges,

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 Cytologie Pathologiques du CHU d'Amiens Picardie
Adjoint au chef de l'Oncopôle

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

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 "Biologie, pharmacie et santé des populations"

Recevez mes remerciements sincères pour avoir accepté de juger ma thèse. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

Monsieur le Professeur Bruno CHAUFFERT
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
Chef du service d'Oncologie médicale
CHU d'AMIENS

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.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Pierrick THERET
Praticien hospitalier

Gynécologie-Obstétrique
Cancérologie de la femme
CHU Amiens

Tu t'es spontanément proposé pour diriger ce travail et je t'en remercie sincèrement. Ta disponibilité, ta rigueur et ton empathie m'ont permis de réaliser cet écrit dans les meilleures conditions qui soient. Merci également pour ce semestre très formateur à tes côtés et pour tout ce que tu m'as appris en gynécologie-obstétrique.

REMERCIEMENTS

À mes parents, à qui je dois tout. Merci pour votre amour, votre soutien et vos paroles réconfortantes pendant ces longues années d'étude. Vous m'avez forgée et c'est grâce à vous que j'en suis là aujourd'hui. Vous pouvez être fiers de ce que vous avez réalisé pour nous. Je vous aime.

À mon mari, Nadir, mon pilier. Merci pour ta présence à mes côtés depuis toutes ces années. Merci aussi pour ta patience. Tu me donnes la force de réaliser l'irréalisable. Je ne pouvais rêver meilleure vie à tes cotés. Aux années et bons moments à venir.

À mes enfants, Inès et Zyad, mes raisons de vivre et d'avancer aujourd'hui. Vous faites mon bonheur au quotidien. J'espère vous rendre fiers.

À ma sœur, merci pour l'exemple que tu m'as donné. Je suis fière de ce que tu es en train d'accomplir. Réussite ! À Anas, mon first beau-frère, merci pour ta gentillesse.

À Marwan et Jenna mes neveux chéris, je vous souhaite de belles victoires.

À mon frère, on ne se voit pas assez souvent !! Merci pour ton soutien, je te souhaite le meilleur dans ta vie future.

À ma grande famille au Maroc, mention spéciale à mes nombreuses tatas et ma grand-mère toujours présente. Merci pour tous ces bels étés passés dans mon magnifique pays d'origine en votre compagnie. Je garde de merveilleux souvenirs d'enfance. À Abdellah, alias mon tonton René.

À mes beaux-parents, merci pour de m'avoir accueillie à bras ouverts dans votre famille. Merci pour votre soutien et votre bienveillance, soyez assurés du profond respect que je vous porte.

À Nadia, ma sista, tant de choses à dire, merci pour ton soutien quotidien dans l'élaboration de cette thèse (FaceTime breakfast !), tu es une belle personne. Merci à Fouad pour sa bonne humeur en vacances et nos chamailleries. A vos (presque) 4 enfants adorables. Longue vie à vous.

À Rachid et Magali (la reine du fichier Excel), pour tous ces bons moments passés ensemble, à ces week-ends amiénois ou parisiens à 4 au départ et maintenant à 8. Que cette complicité entre nous et nos enfants dure longtemps. Dédicace à Milhane et Selma vos petits choux.

À Youcef et Btissam, merci pour votre disponibilité et tous les bons moments que nous passons en famille, même si vous nous avez lâchement abandonnés dans le Nord ☺. À vos trois magnifiques enfants à qui je souhaite de belles réussites.

A Hanna et Hassan, the new couple! Merci de votre présence dans les grands moments, vos sourires et votre bonne humeur. Beaucoup de bonheur à vous (et des bébés !)

À Mathilde, ma best ! Un énorme merci pour toutes ces années de médecine (ou pas !) en ta compagnie, grâce à toi, je ne garde que des bons souvenirs de ces études (même dans la p1 il y avait du positif). Ne plus t'avoir quotidiennement à mes côtés me rend triste mais notre amitié fait partie de celles que la distance ne ternit pas, au contraire, tu es mon Laurel ! Je te souhaite le meilleur. Love

À Brigitte et Gérard, mes parents bis, merci pour votre gentillesse et vos encouragements !

À Amate, au départ mon interne préférée tu es devenue rapidement une amie de cœur, celle dont on a besoin de nouvelles quotidiennement. À tous nos bons moments ensemble (Jean-Charles Geray and co) et ceux à venir. À Selma , ta princesse.

A Bruno, à qui je dois énormément dans l'élaboration de ce travail. Tu es un ami hors-pair depuis cette fameuse P1. Tu me manques beaucoup depuis ton départ vers d'autres contrées. Je te souhaite beaucoup de bonheur.

À Abdelkarim , pour ces moments mémorables à la Bu, la Bm (jeux de mots laids, gens bons !!!).

À Farah, pour ta gentillesse et ta bonté incarnées.

À Jilali, c'est un kabyle, j'peux pas dire plus !

À Adile, Yasmine et Sarah, à cette rencontre un 31 décembre. Longue vie à vous.

À mes amis de fac, qui ont rendu ces années moins moroses :

À Débbie, j'espère te voir plus souvent à l'avenir, tu m'as beaucoup trop manqué ces dernières années.

À Sabbie, ma référente hépato gastro, il ne reste plus que toi maintenant pour la thèse ! Au travail !

À Elodie, enfin revenue dans la région. A cette rencontre dans une cabine d'essayage. J'espère te voir plus souvent !

À Ilyass, Zulaid, Mounir, Soufiane pour ces bons moments, heureusement que les grandes occasions sont là pour se revoir ! Mention à Anaïs et la nouvelle arrivée Nour.

À Charline, à nos conseils médicaux de détresse, à tous les matchs de padel à venir et à cette belle amitié ! À Théo, à tous les cafés en stage ou en rempla, que la force soit avec toi pour la thèse !

À tous les internes qui ont croisé ma route et avec qui je garde des souvenirs mémorables.

À Pierre (le mec aux chaussettes montantes), Héloïse (la maman du groupe et reine de la PMA) et François (le moustachu), ma bande de gynéco, avec qui j'ai passé mon meilleur semestre ! À Mickael (en gynéco et pour les sorties de garde en pédiatrie), Antoine, Sarra (mention particulière pour nos bidous en endoc), Angie, Georges, Julie P (on était pas co-internes mais co-remplaçantes ça marche aussi ;-)), Alix (ok on était encore externes !)

À mes amis pharmaciens avec qui nous avons partagé beaucoup de lieux (la fac, la BU, le RU) : Liselle, Nadia, Youssef, Ilyes, Karim.

À Asmae, la merveilleuse nounou que tu es pour mes enfants.

À Soumaya, à cette belle amitié naissante et notre soutien mutuel pendant l'élaboration de nos thèses. Aux beaux moments que nos enfants ont passés ensemble chez nounou. Bonne continuation à Valenciennes, vous allez nous manquer.

À Hackim et Anissa, merci pour votre gentillesse et votre bienveillance.

À mes amies d'enfance : Laetitia (et oui depuis le collège !) et Salima, à nos années lycée !

À Vanessa, que de souvenirs dans ces couloirs de l'internat de Thuillier.

À toutes les équipes médicales et paramédicales avec qui j'ai travaillé et qui ont contribué de près ou de loin à ma formation, mention spéciale aux sages-femmes de Saint-Quentin !

Aux médecins généralistes qui ont participé à ce travail, mes sincères remerciements pour le temps que vous m'avez consacré, et merci à l'URPS pour son aide matérielle et administrative.

À toutes les personnes qui m'ont fait l'honneur d'être présentes le jour de ma soutenance, merci.

Table des matières

1	INTRODUCTION.....	22
2	ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES	23
2.1	<i>Épidémiologie du cancer du sein</i>	23
2.1.1	Dans le monde	23
2.1.2	En France	24
2.1.3	En région Hauts-de-France	25
2.2	<i>Dépistage.....</i>	26
2.3	<i>Dépistage organisé.....</i>	26
2.3.2	Épidémiologie.....	29
2.3.3	Dépistage Individuel.....	31
2.4	<i>Rôle du médecin généraliste.....</i>	36
3	MATÉRIELS ET MÉTHODES	38
3.1	<i>Type d'étude</i>	38
3.2	<i>La méthode</i>	38
3.3	<i>Sélection de l'échantillon</i>	38
3.4	<i>Le questionnaire</i>	39
3.5	<i>Objectifs.....</i>	39
3.6	<i>Analyse statistique.....</i>	40
3.7	<i>Éthique.....</i>	41
4	RÉSULTATS.....	42
4.1	<i>Taux de réponse.....</i>	42
4.2	<i>Caractéristiques des médecins ayant répondu au questionnaire (Tableau 1)</i>	42
4.3	<i>Pratiques concernant le dépistage organisé</i>	43
4.3.1	La palpation mammaire (Figure 8)	43
4.3.2	Âge de début de la palpation mammaire (Figure 9)	44
4.3.3	Fréquence de la palpation mammaire (Figure 10).....	45
4.3.4	Vérification de la mammographie inférieure à 2 ans (Figure 11)	45
4.3.5	Moment de la vérification de la dernière mammographie (Figure 12).....	46
4.3.6	Information balance bénéfice/risque de la mammographie (Figure 13).....	47
4.3.7	Réticences dépistage cancer du sein (Figure 14).....	47
4.3.8	Avis sur l'efficacité dépistage par la mammographie (Figure 15)	48
4.3.9	Avis sur la notion de surdépistage/surdiagnostic (Figure 16)	49
4.3.10	Avis sur l'intérêt d'un dépistage plus précoce et âge (Figures 17 et 18).....	49
4.3.11	Satisfaction Politique dépistage organisé dans le département (Figure 19)	51
4.4	<i>Dépistage individuel.....</i>	52
4.4.1	Connaissances des facteurs de risques de cancer du sein(Figure 21)	52
4.4.2	Connaissance de l'existence des recommandations HAS 2014 (Figure 22)	54
4.4.3	Utilisation du score d'Eisinger (Figure 22)	54
4.4.4	Quel suivi si identification risque élevé ou très élevé (Figure 25)	56
4.4.5	Difficultés engendrées par le dépistage individuel (Figure 26).....	57
4.4.6	Intérêt d'une consultation dédiée à 25 ans (Figure 28)	58
4.5	<i>Analyses bi-variées.....</i>	59
5	DISCUSSION	61
5.1	<i>Forces et limites de l'étude.....</i>	61
5.1.1	Intérêt.....	61

5.1.2	Biais	61
5.2	<i>Analyse des résultats et comparaison aux données de la littérature</i>	62
5.2.1	Caractéristiques de la population étudiée	62
5.2.2	Pratique de la palpation mammaire	63
5.2.3	Mammographie : vérifications et information à la patiente.....	65
5.2.4	Inconvénients/bénéfices de la mammographie et avis sur un dépistage plus précoce	66
5.2.5	Satisfaction de la politique du dépistage	69
5.2.6	Le dépistage individuel : un terrain mal connu des médecins généralistes	70
5.2.7	Identification des facteurs de risque, connaissances des recommandations HAS et du score d'Eisinger.....	70
5.2.8	Réseau de professionnels de santé utilisé en cas de patientes à risque élevé et difficultés rencontrées	71
5.3	<i>Perspectives</i>	72
5.3.1	Place de la tomosynthèse dans le dépistage organisé	72
5.3.2	Remaniement du dépistage organisé	72
5.3.3	Mise en place d'une consultation dédiée à 25ans.....	73
5.3.4	Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)	75
5.3.5	Formation des médecins	75
6	CONCLUSION	77
7	BIBLIOGRAPHIE	78
	ANNEXES	83

Annexe 1 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes

Annexe 2 : Récépissé de déclaration à la CNIL

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Évolution de l'incidence et de la mortalité de 1980 à 2012 en France

Figure 2 : Taux d'incidence et de mortalité du cancer du sein par département

Figure 3 : Dépistage organisé du cancer du sein : conduite à tenir

Figure 4 : Évolution du taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein par âge, de 2005 à 2017

Figure 5 : Taux de participation au dépistage organisé en 2017

Figure 6 : Modalités de dépistage du cancer du sein selon le niveau de risque

Figure 7 : Score d'Eisinger

Figure 8 : Pratique de la palpation mammaire

Figure 9 : Âge de début de la palpation mammaire

Figure 10 : Répartition de la fréquence de la palpation mammaire

Figure 11 : Répartition de la fréquence de vérification de la date de la dernière mammographie

Figure 12 : Répartition des réponses concernant le moment de la vérification de la dernière mammographie

Figure 13 : Information de la balance bénéfiques/risques

Figure 14 : Réticences des patientes rencontrées par le médecin concernant le dépistage organisé

Figure 15 : Avis sur l'efficacité du dépistage par mammographie

Figure 16 : Avis sur la notion de surdépistage/surdiagnostic

Figure 17 : Avis sur l'intérêt d'un dépistage plus précoce

Figure 18 : Âges cités pour un dépistage plus précoce

Figure 19 : Satisfaction politique dépistage organisé

Figure 20 : Satisfaction politique de dépistage par département

Figure 21 : Répartition des notes (sur 11) selon les facteurs de risque cités

Figure 22 : Connaissance de l'existence des recommandations HAS 2014

Figure 23 : Utilisation du score d'Eisinger

Figure 24 : Causes de non utilisation du score d'Eisinger

Figure 25 : Quel suivi si identification du risque élevé

Figure 26 : Difficultés engendrées par le dépistage individuel

Figure 27 : Causes de difficultés dans le dépistage individuel

Figure 28 : Intérêt d'une consultation dédiée à 25 ans

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins répondeurs de l'étude

Tableau 2 : Analyses bivariées en fonction de la palpation mammaire

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

ICSS : International Cancer Survival Standards

INCa : Institut National du Cancer

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

HAS : Haute Autorité de Santé

MG : Médecins Généralistes

MSP : Maison de Santé Pluri-Disciplinaire

OADP : Outil d'Aide à la Décision Partagée

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SUDOC : Système Universitaire de Documentation

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé libéraux

1 INTRODUCTION

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme en France. Il constitue également la principale cause de mortalité par cancer chez les femmes. Plusieurs actions peuvent être mises en place afin de favoriser une détection précoce du cancer du sein.

Le bénéfice est de pouvoir soigner ce cancer plus facilement et de limiter les séquelles liées à certains traitements. (1)

La première de ces actions est le dépistage c'est à dire le fait de détecter de façon précoce des lésions chez des patientes asymptomatiques.

Le médecin généraliste se retrouve donc le plus souvent en première ligne car il a un rôle capital dans le dépistage et la prévention comme cela a été mentionné dans le plan cancer 2014-2019.(2)

Cependant la distinction entre patientes relevant du dépistage organisé (et ses controverses) et celle nécessitant un dépistage individuel n'est pas chose aisée.

Avec l'aide de l'URPS, et à travers l'envoi d'un questionnaire ciblé à un échantillon représentatif des médecins de la région des Hauts-de-France, nous nous sommes donc intéressés aux pratiques des médecins généralistes des Hauts-de-France concernant le dépistage organisé et individuel du cancer du sein selon le niveau de risque des patientes.

Nous vous présenterons les résultats de cette enquête avant de les discuter notamment en comparant nos travaux aux différentes publications existantes sur la question.

2 ETAT DES LIEUX DES CONNAISSANCES

Pour rappel :

L'incidence est le nombre de nouveaux cas de cancer survenant dans une période donnée dans une population donnée. Cette information est recueillie régulièrement par les registres du cancer. Elle peut être exprimée comme nombre absolu de cas par an ou comme taux pour 100 000 personnes par an. Le taux fournit une approximation du risque moyen de développer un cancer.

La mortalité est le nombre de décès survenus dans une période donnée dans une population donnée. Il peut être exprimé comme nombre absolu de décès par an ou comme taux pour 100 000 personnes par an.

La prévalence d'un cancer en particulier peut être définie par le nombre de cas de maladies enregistrés pour une population déterminée et englobant aussi bien les nouveaux cas que les anciens cas.

La survie nette standardisée : c'est une survie théorique où la seule cause du décès serait le cancer étudié, à la différence de la survie observée (ou brute) qui prend en compte l'ensemble des causes de décès. La **standardisation** est faite sur une population de référence. Pour le calcul de la survie par cancer, la population de référence est l'International Cancer Survival Standards (ICSS).

2.1 Épidémiologie du cancer du sein

2.1.1 Dans le monde

Avec 1.67 million de nouveaux cas de cancer estimés en 2012 dans le monde, le cancer du sein est le deuxième cancer tous sexes confondus et le premier chez la femme. (3)

Le cancer du sein est la cause la plus fréquente de décès par cancer chez les femmes (522 000 décès) et le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez les femmes dans 140 des 184 pays couverts par GLOBOCAN (3) dans le monde. Les taux d'incidence les plus élevés sont observés dans les pays les plus développés.

Il représente maintenant un cancer sur quatre chez les femmes et la seconde cause de mortalité par cancer dans les pays les plus développés (198 000 décès, 15.4%) après le cancer du poumon. (3)

2.1.2 En France

L'incidence du cancer du sein en 2017 en France métropolitaine est de 58 968 nouveaux cas, avec une mortalité estimée à 11883 décès consécutifs à cette pathologie. (4)

Le taux d'incidence a beaucoup augmenté entre 1980 et 2000 (+2,7 % par an en moyenne), puis a diminué entre 2005 et 2012 (-1,5 % par an). Il est de 94,7 pour 100 000 femmes en 2015.(5)

L'âge moyen au diagnostic en 2012 est de 63 ans. Dans plus de 8 cas sur 10, ce cancer touche des femmes âgées de 50 ans et plus. Près de 80 % des décès par cancer du sein se produisent chez des femmes de 60 ans et plus. (6)

La survie nette à 5 ans standardisée sur l'âge s'améliore au cours du temps. Elle est passée de 80 % pour les femmes diagnostiquées entre 1989 et 1993 à 87 % pour celles diagnostiquées entre 2005 et 2010. Il n'y pas de données plus récentes en France mais une étude américaine de 2014 estime à 89% le taux de survie nette à 5 ans. (6)

Cette augmentation de la survie et cette diminution de la mortalité (Figure 1) est due en partie à une amélioration des traitements mais également à un dépistage de plus en plus efficace. (4)

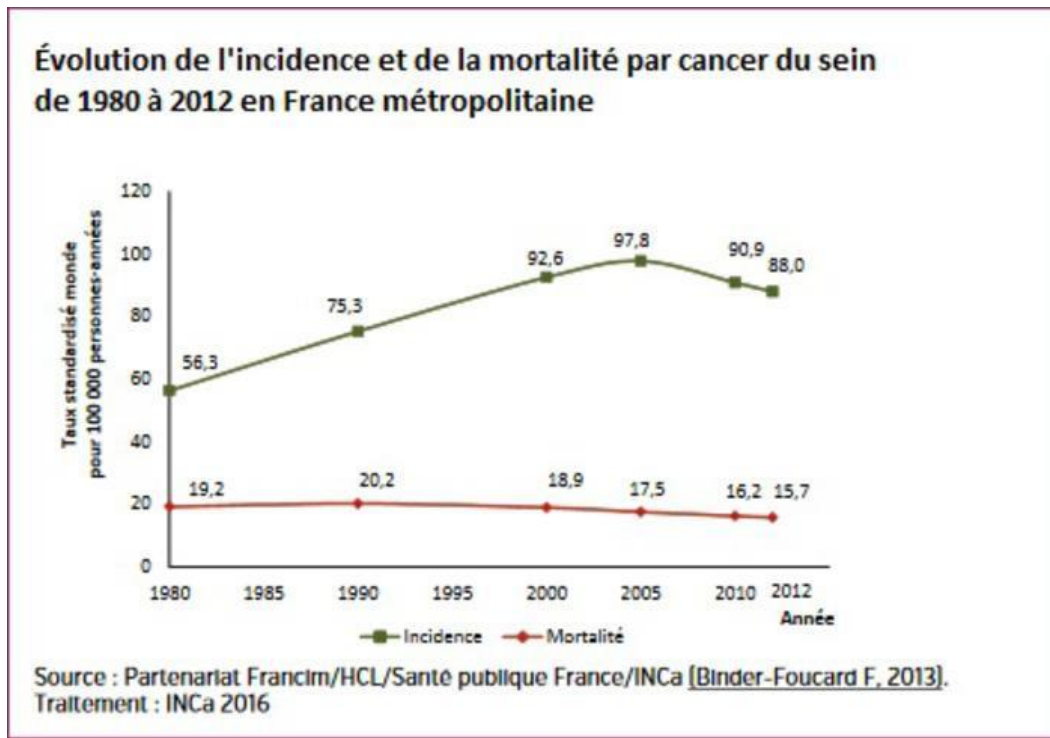
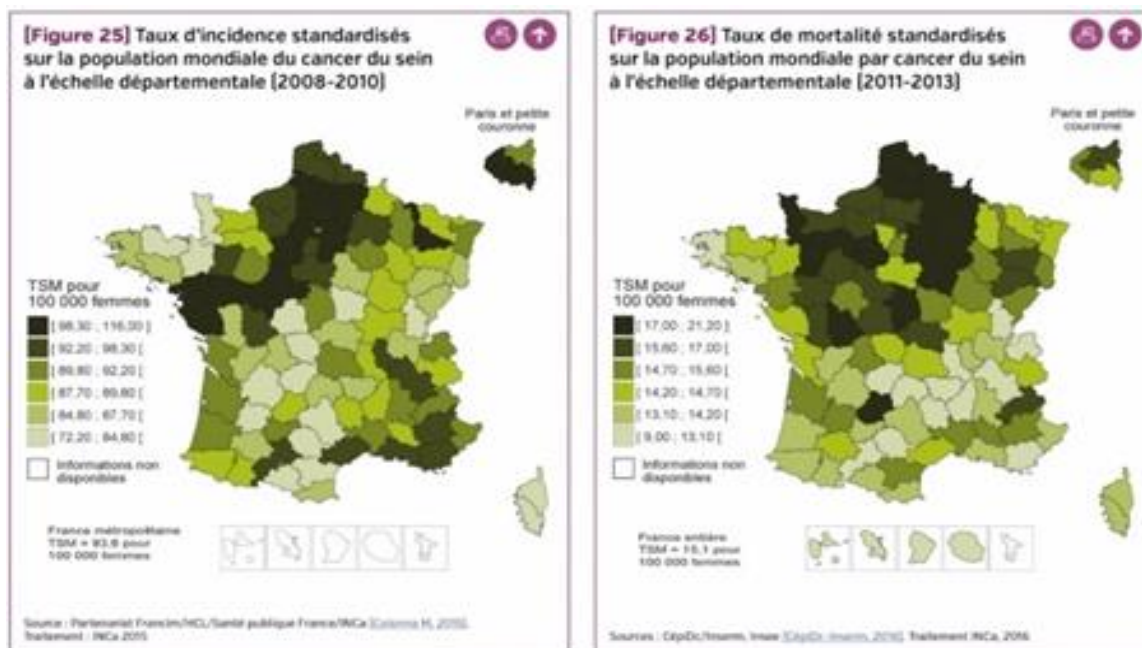


Figure 1: Évolution de l'incidence et de la mortalité de 1980 à 2012 en France, source Inca, 2016

2.1.3 En région Hauts-de-France

Près de 1 300 femmes décèdent chaque année des suites du cancer du sein sur les 4 700 touchées par cette pathologie. (7)

Malgré une baisse de l'incidence et de la mortalité amorcées depuis 2005, les Hauts-de-France restent une des régions françaises les plus touchées par cette néoplasie (Figure 2) avec des taux qui restent parmi ceux les plus élevés du territoire français.



Les taux départementaux d'incidence standardisés sur la population mondiale du cancer du sein estimés en 2008-2010 varient entre 72,2 [Jura] et 116,0 pour 100 000 PA [F] [Paris, Figure 25].

Sur la période 2011-2013, les taux départementaux de mortalité standardisés sur la population mondiale du cancer du sein varient entre 9,0 [Réunion] et 21,2 pour 100 000 PA [F] [Pas-de-Calais, Figure 26].

Figure 2: Taux d'incidence et mortalité du cancer du sein par département, source Inca, 2016

2.2 Dépistage

2.3 Dépistage organisé

2.3.1.1 Définition d'un dépistage

Le choix d'un programme de dépistage en population dépend de quatre critères essentiels : (8)

- – **Le test de dépistage** : Il faut avant tout disposer d'un test de bonne sensibilité, d'emploi facile, rapide, peu cher et acceptable pour la population.
- – **La maladie à dépister** : La maladie doit constituer une « menace » pour la santé publique. Il existe des moyens diagnostiques à un stade pré-symptomatique. Il existe un traitement d'efficacité démontrée.
- – **La population cible** : Si on veut augmenter le rendement (nombre de cas dépistés) d'un dépistage, il faut choisir une population où la prévalence de la maladie est élevée (population à risque).

Les dépistages chez des sujets volontaires ou demandeurs ont une valeur limitée : il faut que la population soit approchée de manière active et systématique.

- – **La notion de priorités** : Un programme de dépistage ne sera mis en place qu'après avoir examiné les autres priorités sanitaires dont la réalisation entrainerait un coût identique : n'y a-t-il pas un autre niveau d'intervention à envisager (prévention primaire par exemple) ?
- L'objectif du dépistage est d'**améliorer la santé des individus par le diagnostic précoce des maladies** à un stade où elles sont curables ou quand leurs conséquences peuvent être limitées.

2.3.1.2 Définition des modalités du dépistage organisé

Le programme de dépistage organisé du cancer du sein a été nationalisé en 2004. Il s'adresse à toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans, à risque moyen, c'est à dire sans facteur de risque de développer un cancer du sein

Ces femmes de 50 à 74 ans sont invitées tous les 2 ans à bénéficier d'un examen des seins suivi d'une mammographie analogique ou numérique (autorisée depuis 2008) de dépistage, gratuite, sans avance de frais, chez le radiologue de leur choix sur une liste jointe à l'invitation (en ville ou à l'hôpital). Dans 15% des cas environ, les seins étant plus denses, une échographie est également nécessaire (remboursée de base à 70% par l'assurance maladie mais l'HAS a recommandé en 2012 de réaliser un remboursement à 100% de cet examen complémentaire car la gratuité du dépistage était remise en cause). (9) (10)

Les mammographies sont interprétées dans un premier temps par le radiologue choisi puis font systématiquement l'objet d'une seconde lecture par un deuxième radiologue indépendant. Cette seconde lecture est importante : elle permet de dépister en moyenne 6% des cancers diagnostiqués dans le cadre du dépistage organisé. Enfin, lorsque la mammographie est anormale ou qu'un symptôme clinique suspect est découvert, un bilan de diagnostic immédiat est réalisé. (11)

La structure de gestion informe le médecin désigné par la patiente (médecin traitant et/ou gynécologue) des résultats de la mammographie de dépistage.

Pour le moment, les structures de gestion sont départementales mais un arrêté de mars 2018 veut faire fusionner ces structures et créer des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers. (12)

Les étapes du déroulement du dépistage organisé chez les femmes de 50 à 74 ans asymptomatiques sont schématisées par la figure 3 (Figure 3).

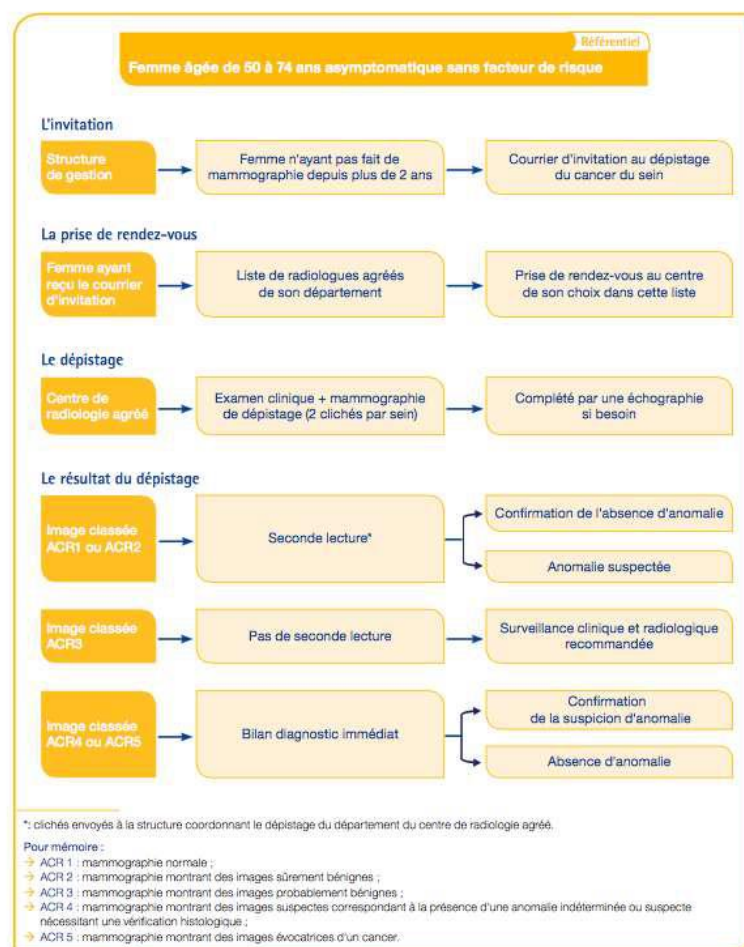


Figure 3: Dépistage organisé du cancer du sein : conduite à tenir, HAS, février 2015

2.3.2 Épidémiologie

- En France

Après sa mise en place en 2004, on observe une progression régulière dans les premières années puis le taux de participation au dépistage systématique s'est globalement stabilisé depuis 2008 autour de 52 % des femmes invitées. (Figure 4)

En 2017, le taux de participation au dépistage organisé était de 49,9%.

Cette participation reste en deçà des objectifs fixés : l'objectif européen fixe un taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein à 70%.⁽¹³⁾ Par ailleurs, des disparités territoriales de participation constatées les années précédentes perdurent avec des écarts entre régions allant de 35,6 % en Corse à 59,7 % dans les Pays de la Loire en 2016-2017. (Figure 5) (14)

À cette participation, il faut ajouter 10% de femmes qui réalisent des mammographies dans le cadre d'un dépistage individuel.

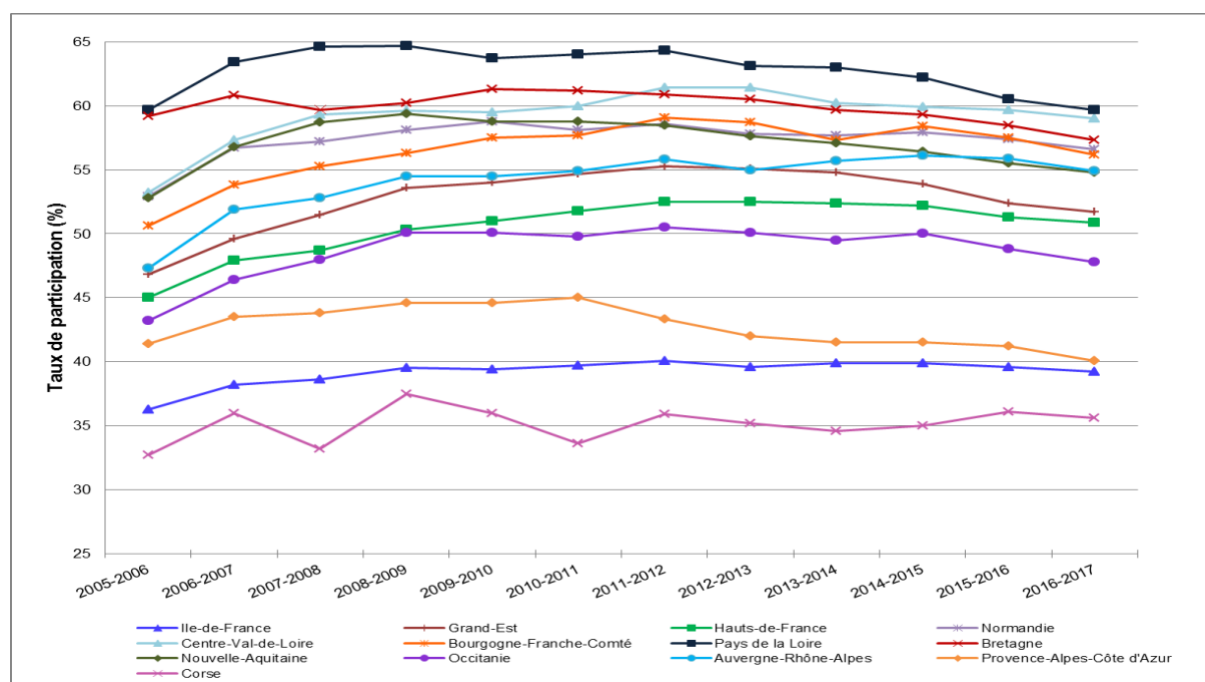


Figure 4 : Évolution du taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein par âge, de 2005 à 2017, source santé Publique France, mars 2018

- **Région des Hauts-de-France**

Le taux de participation globale de la région est de 50,3 % en 2017. Il peut être divisé par département comme suit :(7)

-Aisne : 48,4%

-Nord : 49,1%

-Oise : 52,2%

-Pas-de-Calais : 49,8%

-Somme : 56%

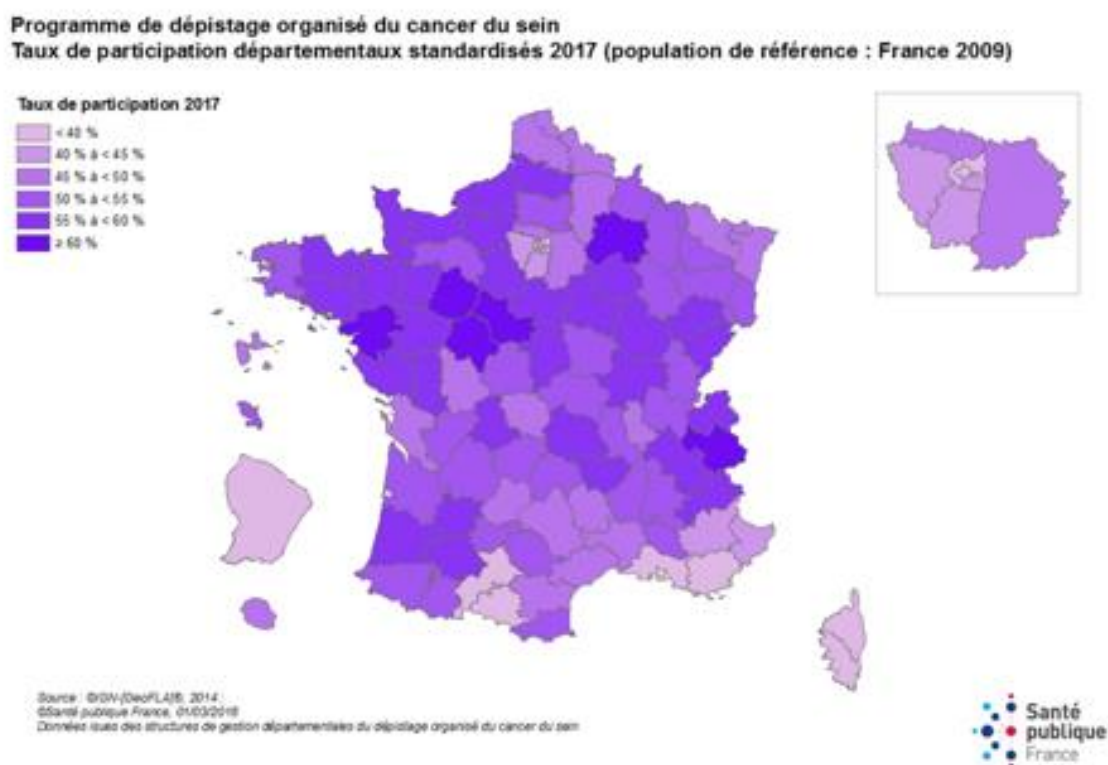


Figure 5 : Taux de participation au dépistage organisé en 2017,
Source santé publique France 2018

Il n'a pas été avancé de raisons claires à la diminution des taux de dépistage mais plusieurs hypothèses sont plausibles comme l'impact de la polémique nationale sur le dépistage du cancer du sein, une éventuelle baisse de l'offre médicale en sénologie ou une possible augmentation du dépistage individuel. (14) Ces incertitudes nous ont poussé à nous questionner et à rechercher également pourquoi ce taux diminue encore en 2017 dans notre région.

2.3.3 Dépistage Individuel

En parallèle au dépistage organisé du cancer du sein, existe le dépistage individuel qui permet aux professionnels de santé de prescrire aux patientes des examens d'exploration sénologique chez une patiente asymptomatique qui ne rentrent pas (que ce soit la patiente ou la prescription) dans les critères du dépistage organisé.

La HAS définit le dépistage individuel du cancer du sein comme se pratiquant « à la demande du médecin traitant (le plus souvent le médecin généraliste) ou du gynécologue, voire à l'initiative de la femme ».

Il 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. (15)

Le recours au dépistage individuel après 50 ans est difficile à évaluer en raison des modalités actuelles de codage des mammographies qui ne permettent pas à l'assurance maladie de les distinguer des mammographies de suivi ou de diagnostic. L'HAS a estimé qu'en 2009, 10% des femmes âgées de 50 à 74 ans avaient eu une mammographie de dépistage individuel. (16)

En consultation, le médecin généraliste sera amené à voir des patientes qui ont un antécédent personnel de pathologie mammaire ou des patientes avec des antécédents familiaux de pathologie carcinologique mammaire et sera donc sollicité, par ces patientes souvent inquiètes, afin de les orienter vers le dépistage le plus adapté, comme le décrit 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 dépistages, avec l'appui des structures de gestion et de l'Assurance maladie ». (2)

Le dépistage individuel est soumis, depuis les recommandations HAS 2015 (17) à des règles de prescription assez détaillées permettant de cibler les personnes à dépister précocement et particulièrement.

Ces recommandations ont pour but d'aider les professionnels de santé et notamment les médecins généralistes dans leur pratique clinique à cibler les patientes nécessitant un dépistage spécifique et à définir les modalités de ce dépistage selon les risques qu'elles présentent. Elles s'appuient principalement sur l'analyse de facteurs de risque. (17)

Situations nécessitant un dépistage spécifique (Figure 6)

- En cas d'antécédent personnel de cancer du sein ou de carcinome canalaire in situ
- En cas d'antécédent d'irradiation thoracique médicale à haute dose (antécédent d'irradiation pour maladie de Hodgkin)
- En cas d'antécédent d'hyperplasie épithéliale atypique ou de cancer lobulaire in situ
- En cas d'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(18)

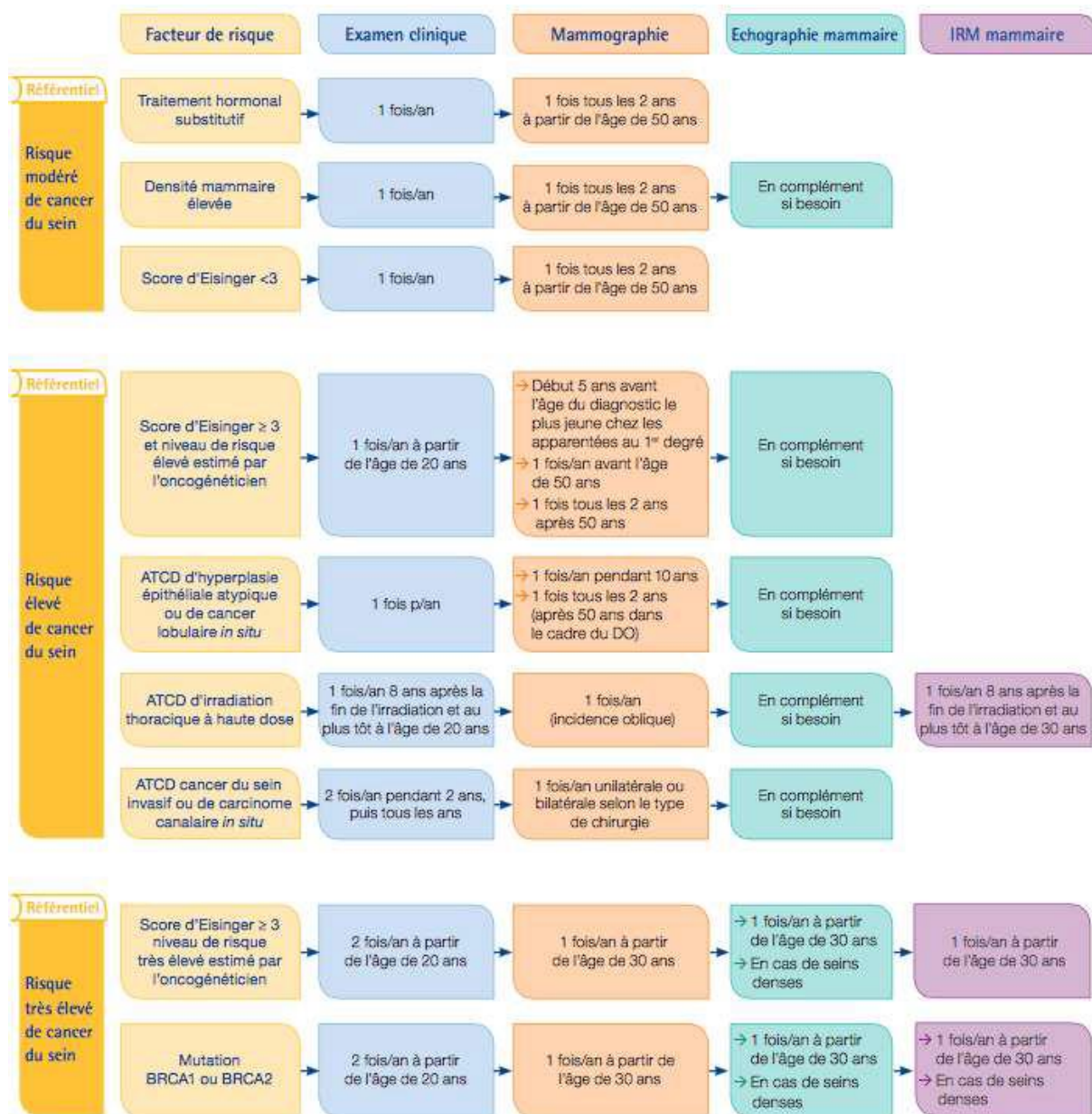


Figure 6 : Modalités de dépistage du cancer du sein selon le niveau de risque, Recommandations HAS, février 2015

Rappels préliminaires :

1. Le score d'Eisinger est un score familial d'analyse de l'arbre généalogique, utilisé pour valider l'indication de la consultation d'oncogénétique. (19)

Il doit être réévalué dans une même famille si de nouveaux cas de cancers surviennent. Il peut permettre également de graduer le risque de prédisposition génétique au cancer du sein en l'absence de mutation familiale identifiée.

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 d'Eisinger

2. En cas de score d'Eisinger < 3, il est rappelé que la femme doit être incitée à participer au programme national de dépistage organisé.

Les recommandations ci-dessous concernent donc le cas des femmes ayant un antécédent familial de cancer du sein avec score d'Eisinger d'indication de la consultation d'oncogénétique ≥ 3 ET recherche de mutation non informative au niveau familial OU recherche non réalisée.

Dans ces deux situations, l'onco-généticien évalue le niveau de risque personnel de cancer du sein au vu de l'arbre généalogique et de l'âge de la patiente. Il peut utiliser différentes méthodes et notamment un calcul individuel de risque dont le score de Boadicea. L'utilisation de ce score ou d'autres méthodes est réservée exclusivement à un usage dans le cadre de la consultation d'oncogénétique.

Dans ce cadre, l'évaluation du risque personnel de cancer du sein doit permettre de distinguer deux niveaux de risque : très élevé et élevé. La distinction entre risque très élevé et élevé dépend d'un seuil ou d'un algorithme de décision spécifique à chaque méthode d'estimation choisie. Même s'il n'y a pas à ce jour de méthode standard recommandée ni de seuil consensuel pour un score donné, le score Boadicea est largement utilisé par les oncogénéticiens et permet d'évaluer le risque de prédisposition génétique ainsi que le risque de cancer du sein en fonction du temps. Il convient en outre de réévaluer le score en cas de nouveaux cas familiaux incidents.

◆ En cas de risque très élevé :

La HAS recommande que soit proposée, chez les apparentées au premier degré et les nièces par un frère des personnes ayant développé un cancer du sein, une surveillance mammaire identique à celle réalisée chez les femmes ayant une mutation des gènes BRCA1 ou 2. La recommandation de l'InCa de 2009 sur la prise en charge des femmes porteuses d'une mutation BRCA1 ou 2, en cours de modification, prévoit, jusqu'à actualisation :

- une surveillance clinique tous les 6 mois à partir de l'âge de 20 ans
- un suivi par imagerie mammaire annuel à partir de l'âge de 30 ans, consistant en la réalisation d'un examen par IRM et d'une mammographie ± échographie en cas de seins denses, et, le tout sur une période n'excédant pas 2 mois. L'examen IRM doit être réalisé en premier pour permettre d'orienter les autres examens en cas d'anomalie détectée. Les cas justifiant d'un suivi radiologique plus précoce sont discutés au cas par cas.

◆ En cas de risque élevé :

La HAS recommande de débiter la surveillance radiologique 5 ans avant l'âge du diagnostic de cancer du sein le plus jeune, chez les apparentées au premier degré et les nièces par un frère des personnes ayant développé un cancer du sein. Les modalités de cette surveillance doivent être modulées en fonction de l'âge de la patiente :

- un examen clinique annuel à partir de l'âge de 20 ans

- une mammographie, en association éventuelle avec une échographie mammaire, sera réalisée annuellement avant l'âge de 50 ans (et au plus tôt à partir de 40 ans) ; les cas justifiant d'un suivi radiologique plus précoce (avec IRM mammaire éventuelle) sont discutés au cas par cas.
- à partir de 50 ans, une mammographie, en association éventuelle avec une échographie mammaire, sera proposée tous les 2 ans (c'est-à-dire participation au programme national de dépistage organisé) ; les cas justifiant d'un suivi radiologique annuel sont discutés au cas par cas.

Dans les cas les plus difficiles, les modalités de surveillance proposées à la femme peuvent être discutées dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire.

2.4 Rôle du médecin généraliste

La prévention dont découle le dépistage est une compétence clé de la pratique du médecin généraliste. (20)

Le médecin généraliste a une très grande influence sur le choix de ses patientes et il est le premier relais de la chaîne médicale, notamment en matière de dépistage. De plus les patientes participent d'autant plus au programme de dépistage de cancer du sein si leur médecin y est favorable, comme l'ont montré Jensen et al. au Danemark (21) ou Giorgi et al. en Italie. (22)

Chamot et al. ont même démontré dans une étude réalisée à Genève que les femmes voulaient que la décision de participer au dépistage soit prise par « le médecin surtout » pour 42,6% d'entre elles ou par « elles et leurs médecins de manière équilibrée » pour 45%. (23)

En 2010, l'INCa a réalisé une enquête auprès de 600 médecins généralistes. Il en ressort que plus de 90 % des médecins interrogés déclarent que le programme de dépistage organisé du cancer du sein est un dispositif de qualité, simple pour eux et les médecins généralistes sont, dans leur très grande majorité, tout à fait convaincus de l'efficacité des dépistages des cancers du sein (78 %) en termes de santé publique. (24)

Cependant depuis une revue de la littérature Cochrane écrite par Gotzsche et Jorgensen qui met en avant des doutes sur l'efficacité du dépistage, une controverse s'est développée sur l'intérêt

et les risques liés à ce dernier dans les sphères scientifiques, médicales et grand public; elle porte notamment sur la réduction de la mortalité par cancer du sein et sur le diagnostic de cancers qui n'auraient pas ou peu évolué, entraînant surdiagnostics et donc surtraitements. (25)

Ces doutes engendrent une nécessité de la part des professionnels de santé de délivrer une information claire et exhaustive de ce dépistage. Est-ce fait en pratique ?

Un autre versant du dépistage du cancer du sein nous a intéressé, c'est celui du dépistage individuel qui semble mal connu par les médecins généralistes, comme l'a remarqué C.Fernandez en 2016 dans sa thèse qui portait sur l'étude de la pratique de la palpation mammaire des médecins en Poitou-Charente, 44% des médecins pratiquant l'examen clinique des seins ont répondu connaître les recommandations chez les femmes à risque élevé de cancer du sein. Parmi les médecins déclarant connaître les recommandations chez les femmes à risque élevé et très élevé, seuls 12% disaient connaître le score d'Eisinger. (26)

3 MATÉRIELS ET MÉTHODES

3.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, transversale, descriptive, observationnelle et multicentrique réalisée à partir d'un questionnaire divisé en trois parties : données démographiques, dépistage organisé et dépistage individuel.

3.2 La méthode

Le choix de la méthode s'est porté sur une étude quantitative après consultation des moteurs de recherche Système Universitaire Documentation (SUDOC) et Pub Med.

Aucun travail antérieur n'avait étudié l'implication et les pratiques des médecins généralistes des Hauts-de-France quant au dépistage organisé et individuel du cancer du sein.

3.3 Sélection de l'échantillon

L'enquête s'est déroulée par envoi postal de questionnaire (Annexe 1). Nous avons obtenu une aide matérielle de la part de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) qui a effectué l'envoi et la réception des questionnaires. Un échantillon représentatif de 508 médecins généralistes a été tiré au sort à partir du registre de l'URPS. La réalisation de l'échantillonnage donne le résultat suivant :

- Sexe : 146 femmes / 362 hommes
- Age : Nous ne disposons pas de la moyenne d'âge
- Zone de proximité

Aisne Nord / Haute Somme : 27

Aisne Sud : 22

Arrageois : 19

Audomarois : 10

Béthune / Bruay : 23

Boulonnais : 16

Calaisis : 12

Cambresis : 14

Douaisis : 26

Dunkerquois : 24

Flandre Intérieure : 17

Lens / Henin : 25

Lille : 79
Montreuillois : 8
Oise Est : 30
Oise Ouest : 22
Roubaix / Tourcoing : 40
Sambre Avesnois : 16
Somme : 48
Valenciennois : 30

Le questionnaire a été adressé aux médecins généralistes à compter du 14 avril 2018. Il était accompagné d'une enveloppe T afin de faciliter le retour par voie postale. Nous avons fixé la date de retour au 15 juillet 2018.

Les données étaient anonymes.

3.4 Le questionnaire

Le questionnaire comportait 26 questions et se divisait en 3 parties distinctes :

- la première faisait état des caractéristiques de médecins généralistes interrogés ainsi que leurs conditions de pratique médicale
- la deuxième partie concernait les modalités de leurs pratiques du dépistage organisé et leur avis personnel le concernant
- la troisième partie était consacrée aux pratiques et ressenti des médecins sur le dépistage individuel du cancer du sein.

Sa compréhension, sa clarté, sa faisabilité et sa durée nécessaire ont été évalués auprès de deux médecins généralistes, d'une assistante sociale et d'un kinésithérapeute.

3.5 Objectifs

L'**objectif principal** de cette étude est de décrire les pratiques et les attitudes des médecins généralistes des Hauts-de-France concernant les dépistages (organisé et individuel) du cancer du sein et la conformité de ces pratiques par rapport aux données des sociétés savantes.

Les objectifs secondaires sont de savoir :

- Si une information claire est délivrée à la patiente (une des missions du plan cancer 2014-2019)

Définir des outils ou des actions pour aider les professionnels de santé, notamment les médecins traitants, à mieux informer et orienter leurs patients, proposer des approches facilitant la transmission par le médecin traitant d'une information objective sur les dépistages. (2)

- L'avis des médecins généralistes des Hauts de France concernant :
 - o les controverses du dépistage organisé
 - o l'âge du début du dépistage
 - o leur ressenti par rapport à la politique de dépistage local

3.6 Analyse statistique

Les réponses des questionnaires ont été collectées dans un tableur Excel permettant le traitement des données.

Les données quantitatives ont été exprimées en moyenne (m) et écart-type (σ) et les variables qualitatives en effectifs (n) et pourcentages (%).

L'analyse statistique des données qualitatives a été réalisée en utilisant le test du Chi 2, de Student et de Fisher. Le risque de première espèce alpha a été choisi à 5%. Des modèles de régression linéaire et logistique simples ont également été utilisés, lorsqu'une variable quantitative était analysée (régression linéaire) ou lorsque la variable à expliquer contenait plus de deux modalités de réponse (régression logistique).

Voici les Conditions de validité des tests statistiques utilisés dans la thèse :

-Test du Chi-2 :

Les effectifs attendus doivent être au moins égal à 5. Si l'un des effectifs était inférieur à 5, le Chi-2 n'étant pas valable, un test exact de Fisher a été réalisé.

-Test de Student :

Les conditions sont les suivantes :

- Il faut au moins 30 sujets par groupe à comparer
- Soit quand la variable à étudier a une distribution qui suit la loi normale
- Et les variances sont égales.

-Régression linéaire :

- Normalité du bruit
- Fait que la variance du bruit ne doit pas dépendre ni des valeurs de la variable à expliquer, ni des valeurs des variables explicatives
- Le bruit doit être un « vrai » bruit, c'est-à-dire qu'il ne doit pas avoir de structure de corrélation évidente

-Régression logistique :

Il faut au moins 5 à 10 évènements par variable explicative.

3.7 Éthique

Dans le cadre des protections des données, nous avons fait une déclaration à la CNIL dont le récépissé se trouve en annexe. (Annexe 2)

4 RÉSULTATS

4.1 Taux de réponse

Au total, nous avons reçu 116 réponses au questionnaire. Un médecin n'était pas concerné par l'étude car spécialisé dans la pathologie du sommeil, donc exclu de l'étude, soit 115 répondants. Ce qui correspond à un taux de réponse de 22.6%.

4.2 Caractéristiques des médecins ayant répondu au questionnaire (Tableau 1)

Parmi les 115 répondants on observe 76 hommes (66%) et 38 femmes (33%).

La tranche d'âge la plus représentée est celle des 55-65 ans avec un âge minimum à 31 ans et un âge maximum à 74 ans, la moyenne d'âge était de 53 ans.

Cinquante médecins exerçaient en milieu urbain (43.48%), 43 (37.39%) en milieu rural et 21 (18.26%) en milieu semi-urbain.

Le département le plus représenté était celui du Nord avec 43,48% des médecins répondants. Les autres départements étaient représentés de manière décroissante comme suit : Pas-de-Calais (26.09%), Somme (12.17%), Aisne (10.43%), Oise (6.96%).

La majorité des médecins interrogés étaient en cabinet de groupe (46.96%) et seulement 7 médecins des 115 médecins répondants déclaraient être titulaires d'une qualification supplémentaire en gynécologie.

Les caractéristiques sont réunies dans le tableau suivant. (Tableau 1)

Effectif de l'échantillon n=115	
SEXE	
Homme	76 (66,09%)
Femme	38 (33,04%)
AGE (Moyenne = 53,38ans – Ecart type =11,14)	
<40 ans	19 (16,66%)
40 - 60 ans	60 (52%)
>60 ans	35 (30,7%)
TEMPS D'INSTALLATION(moyenne= 22,09 ans, ecart-type=12,49)	
Moins de 5 ans	15(13,16%)
Entre 5 et 10 ans	11(9,6%)
Entre 10 et 20 ans	16(14,03%)
Plus de 20 ans	72(63,15%)
DEPARTEMENT D'EXERCICE	
Aisne	12 (10,43%)
Nord	50 (43,48%)
Oise	8 (6,96%)
Pas-de-Calais	30 (26,09%)
Somme	14 (12,17%)
MILIEU D'EXERCICE	
Urbain	50 (43,48%)
Rural	43 (37,39%)
Semi-rural	21 (18,26%)
MODE D'EXERCICE	
Seul	45 (39,13%)
Cabinet de groupe	54 (46,96%)
MSP	15 (13,04%)
QUALIFIATION SUPPLEMENTAIRE EN GYNECOLOGIE	
Oui	7 (6,08%)
Non	108 (93,91%)

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins répondeurs de l'étude

4.3 Pratiques concernant le dépistage organisé

4.3.1 La palpation mammaire (Figure 8)

Aucune donnée n'était manquante pour cette question.

Soixante-seize médecins (66.09%) déclaraient réaliser une palpation mammaire chez leurs patientes.

Trente-neuf médecins (33.91%) disaient ne pas réaliser d'examen clinique des seins.

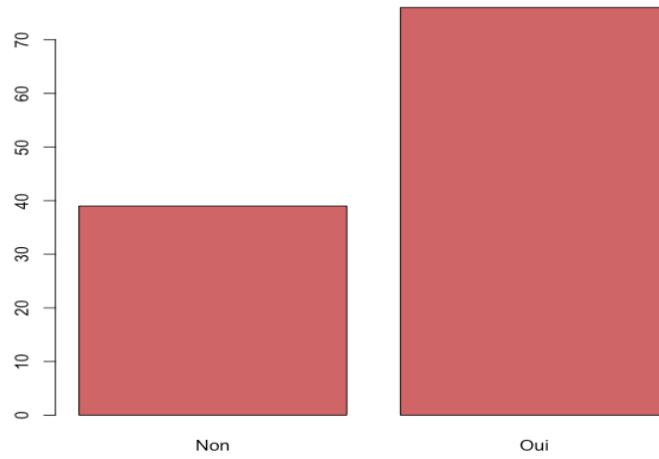


Figure 8. Pratique de la palpation mammaire

4.3.2 Âge de début de la palpation mammaire (Figure 9)

Trente-neuf médecins n'étaient pas concernés. Parmi les concernés, la majorité débutait la palpation mammaire à 40 ans.

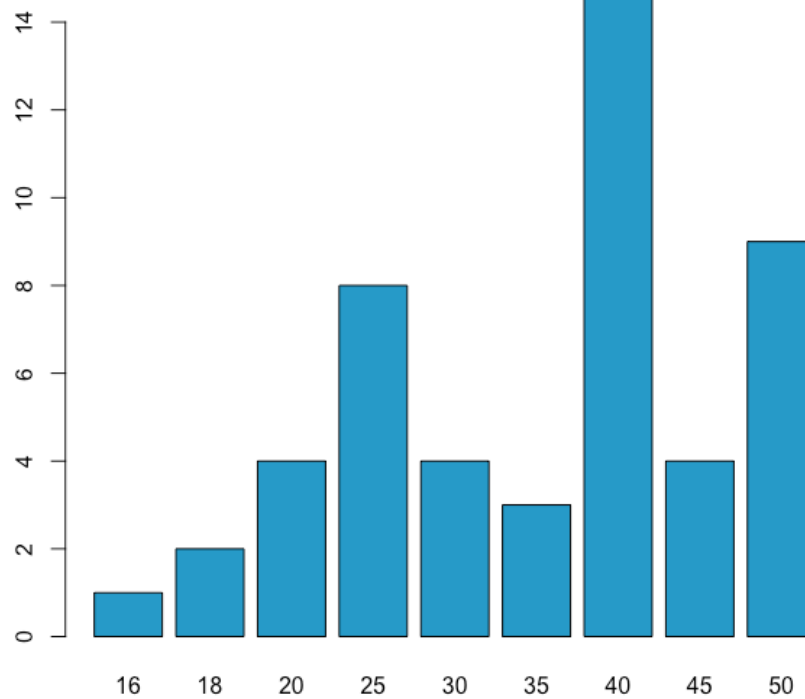


Figure 9 : Âge de début de la palpation mammaire

4.3.3 Fréquence de la palpation mammaire (Figure 10)

Parmi les médecins concernés par cette question (76 médecins ayant répondu pratiquer la palpation mammaire), 3 (2.61%) n'ont pas donné de réponse à cette question (donc 3 données manquantes), 51 (44.35%) médecins ont donné une réponse unique et 22 (19.13%) ont donné une réponse multiple (2 ou 3 choix).

Nous avons donc comptabilisé chaque réponse en comptant chaque proposition de réponses multiples.

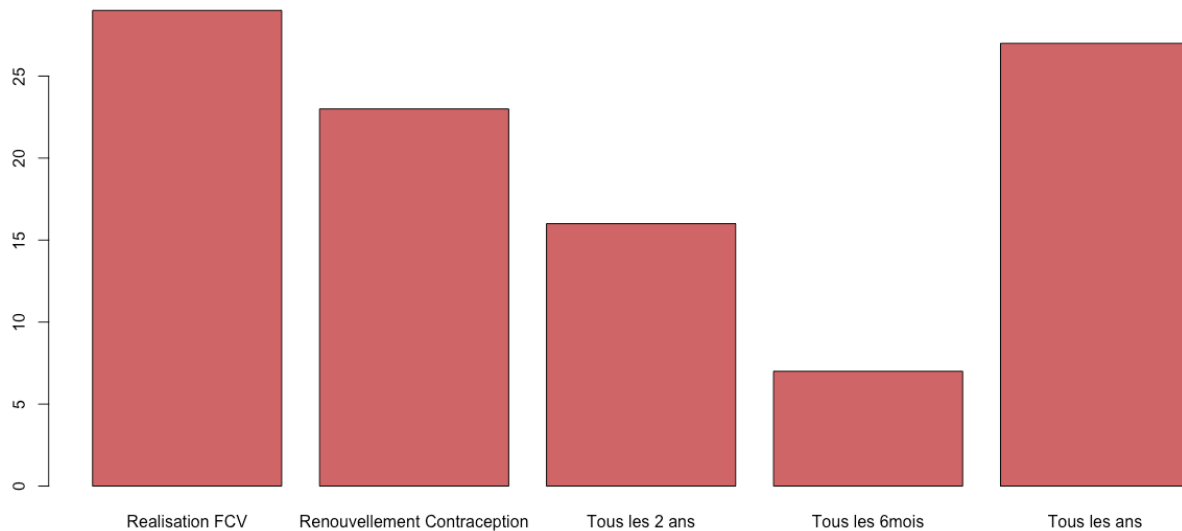


Figure 10 : Répartition de la fréquence de la palpation mammaire

4.3.4 Vérification de la mammographie inférieure à 2 ans (Figure 11)

Aucune donnée n'était manquante pour cette variable.

La totalité des médecins de notre étude ont déclaré vérifier que leurs patientes avaient réalisé une mammographie dans les deux dernières années et, pour la plupart, la vérification se faisait au moins souvent.

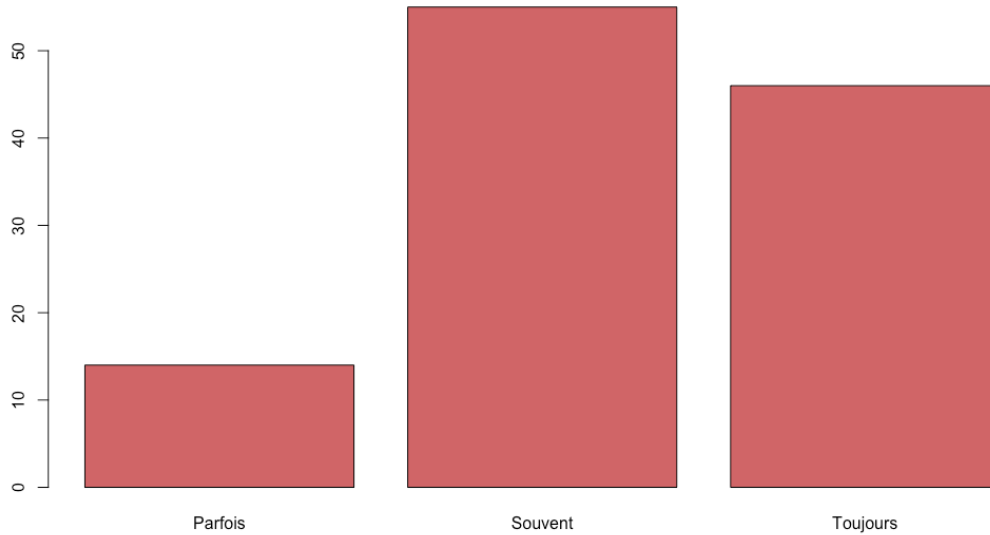


Figure 11 : Répartition de la fréquence de vérification de la date de la dernière mammographie

4.3.5 Moment de la vérification de la dernière mammographie (Figure 12)

Deux réponses étaient manquantes concernant cette question. À cette question, 57 (49.57%) médecins ont donné une réponse simple et 57 (49.57%) médecins ont donné une réponse multiple.

Nous avons donc comptabilisé chaque réponse en comptant chaque proposition de réponses multiples.

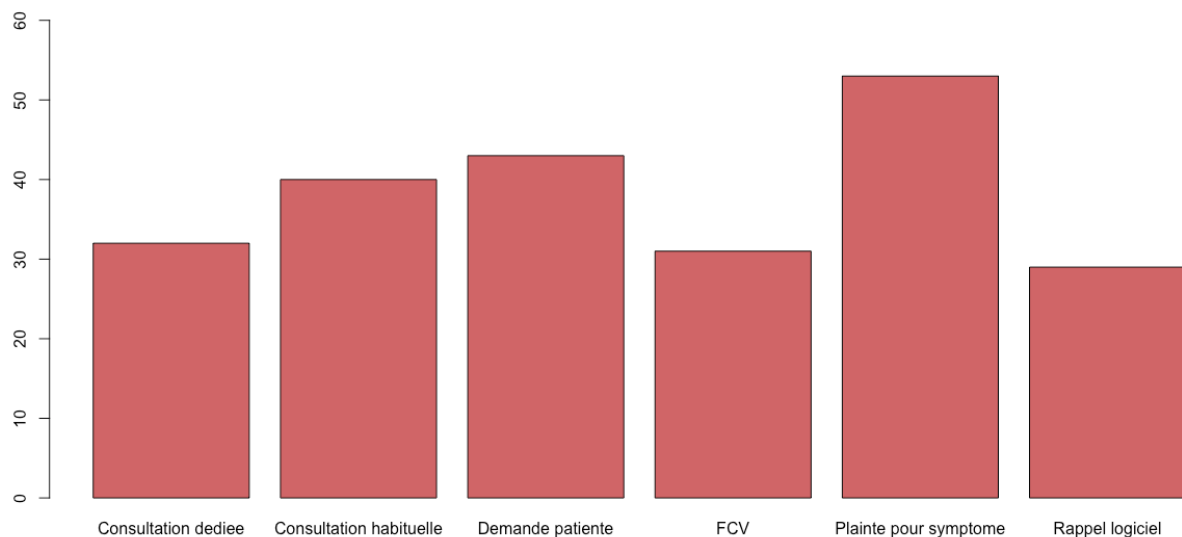


Figure 12 : Répartition des réponses concernant le moment de la vérification de la dernière mammographie

4.3.6 Information balance bénéfique/risque de la mammographie (Figure 13)

Aucune donnée n'était manquante pour cette variable.

Concernant l'information de la balance bénéfices/risques, 31.3% des médecins interrogés les expliquaient « toujours » aux patientes, 35.65% « souvent », 18.26% « parfois » et 14.78% « jamais ».

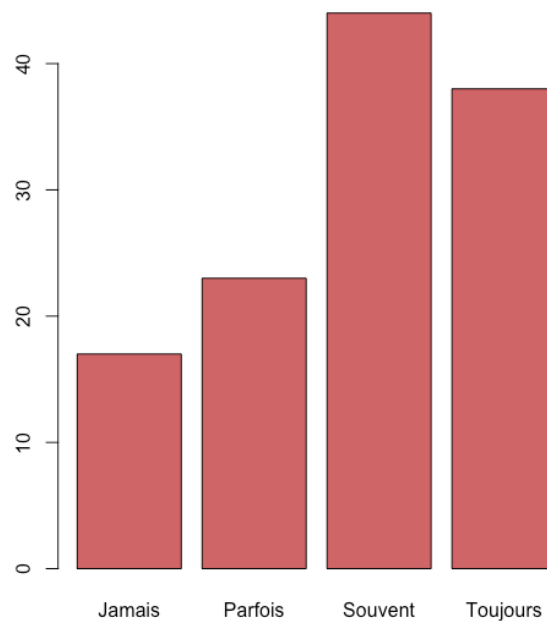


Figure 13 : Information de la balance bénéfices/risques

4.3.7 Réticences dépistage cancer du sein (Figure 14)

Pas de donnée manquante pour cette variable.

Les médecins généralistes étaient 80% à rencontrer au moins « parfois » des réticences de leurs patientes concernant le dépistage organisé du cancer du sein.

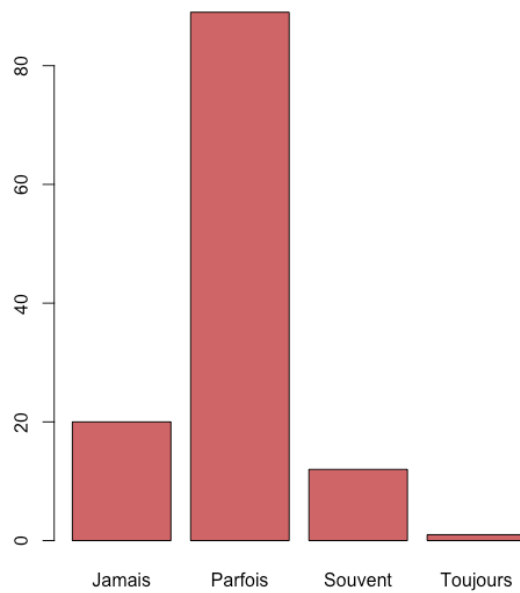


Figure 14 : Réticences des patientes rencontrées par le médecin concernant le dépistage organisé

4.3.8 Avis sur l'efficacité dépistage par la mammographie (Figure 15)

Aucune donnée n'était manquante pour cette variable.

Ils étaient une large majorité (93.91%) à penser que la mammographie est un acte de dépistage efficace.

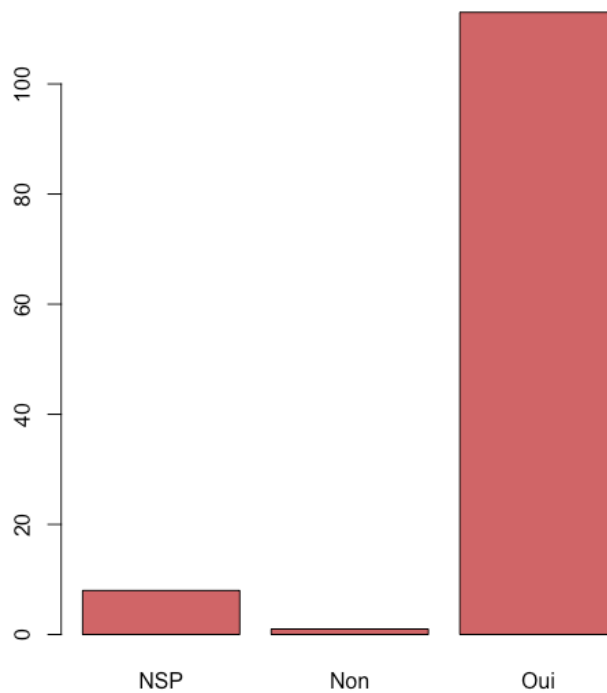


Figure 15 : Avis sur l'efficacité du dépistage par mammographie

4.3.9 Avis sur la notion de surdépistage/surdiagnostic (Figure 16)

Aucune donnée n'était manquante pour cette variable.

La réponse majoritaire à la question précédente corroborait le fait qu'ils étaient 66% à penser que le dépistage n'engendre pas de surdiagnostic, 14% pensaient que oui et 19% ne se prononçaient pas.

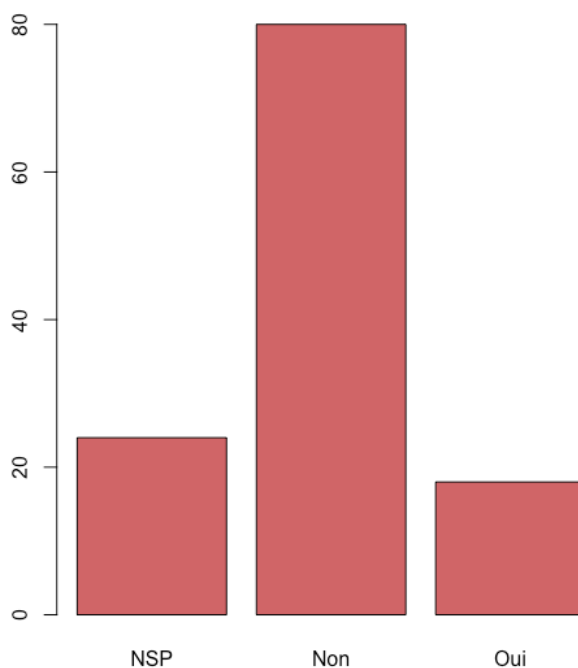


Figure 16 : Avis sur la notion de Surdépistage/surdiagnostic

4.3.10 Avis sur l'intérêt d'un dépistage plus précoce et âge (Figures 17 et 18)

Malgré tout, quasiment la moitié de notre échantillon pensait qu'un dépistage plus précoce est justifiable (46%) et ils étaient 26% à estimer que l'âge adéquat pour débuter ce dépistage est 40 ans.

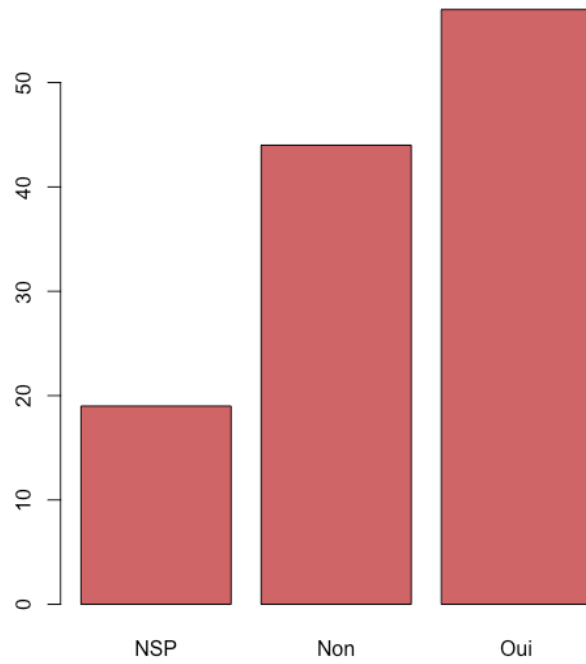


Figure 17 : Avis sur l'intérêt d'un dépistage plus précoce

Si oui, à partir de quel âge :

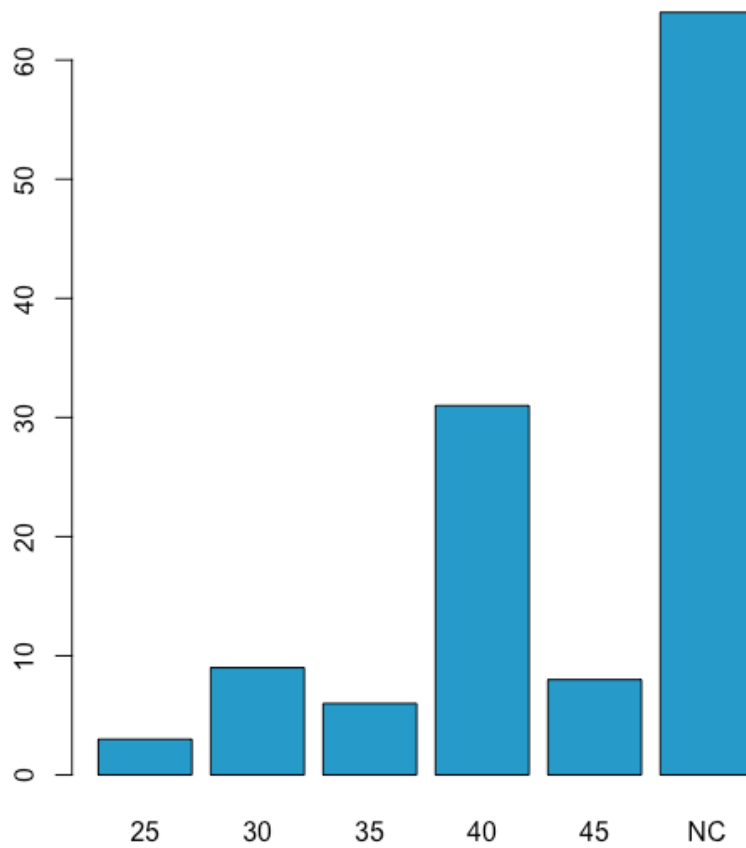


Figure 18 : Âges cités pour un dépistage plus précoce

4.3.11 Satisfaction Politique dépistage organisé dans le département (Figure 19)

Parmi les médecins interrogés, 83 (72%) estimaient être totalement satisfaits de la politique de dépistage de leur département, 29 (25%) l'étaient partiellement et 1, pas du tout.

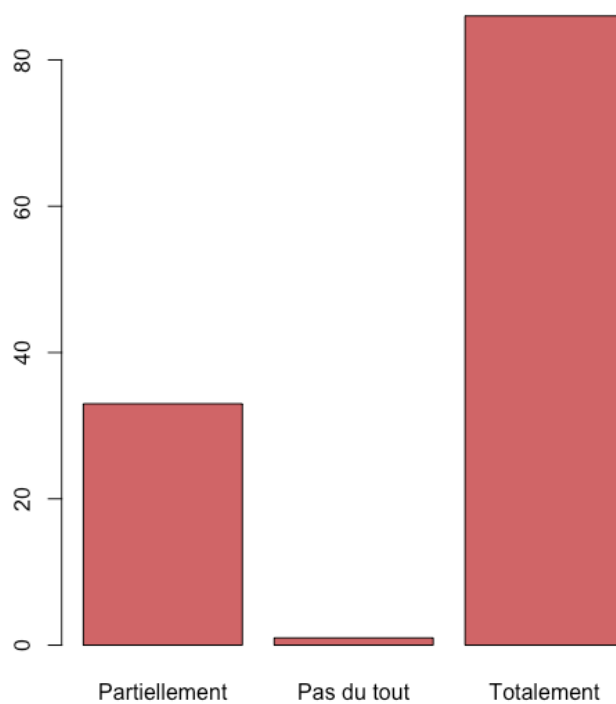


Figure 19 : Satisfaction politique dépistage organisé

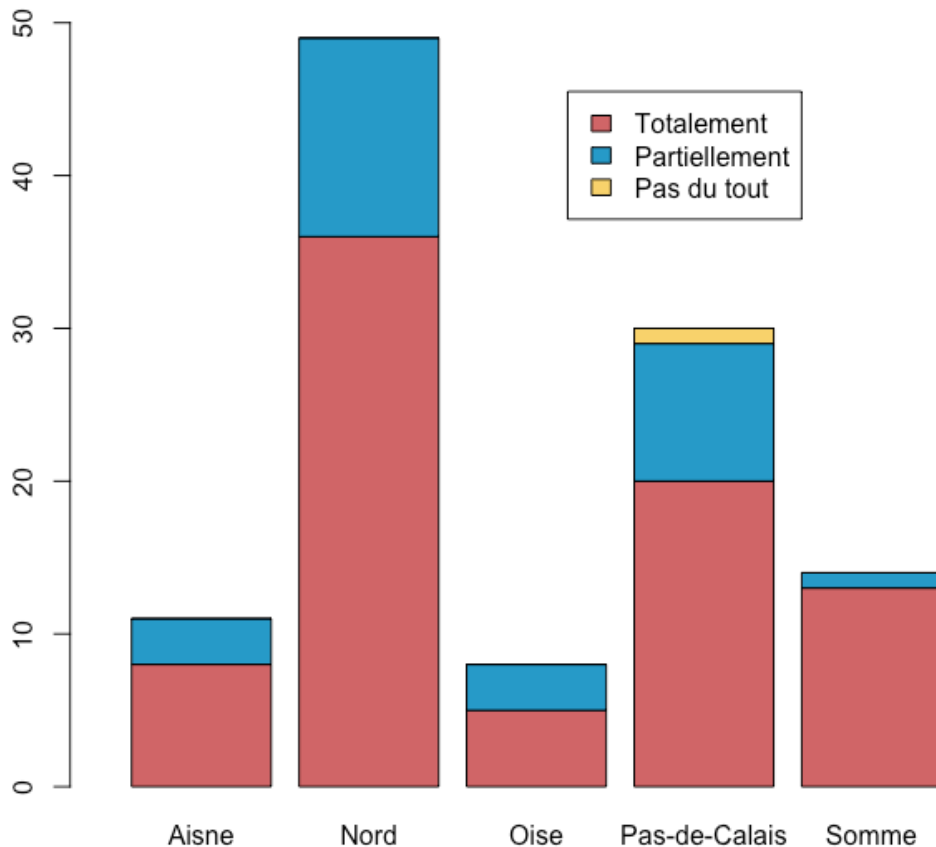


Figure 20 : Satisfaction politique de dépistage par département

4.4 Dépistage individuel

4.4.1 Connaissances des facteurs de risques de cancer du sein(Figure 21)

Pour cette question, nous avons défini 3 réponses correctes (c'est à dire qui devait faire envisager la prescription d'une mammographie hors dépistage organisé) :

- antécédent d'irradiation thoracique
- antécédent personnel de cancer du sein
- antécédent de mutation BRCA 1 ou 2

Les antécédents familiaux au 1^{er} degré, 2nd degré et quel que soit le degré n'étaient pas comptabilisés comme bonne réponse car il n'y avait pas de score d'Eisinger associé et l'âge des cancers déclarés dans les membres de la famille n'était pas indiqué (par exemple un seul antécédent de cancer mammaire chez la mère de la patiente à l'âge de 80 ans ne nécessite pas de faire un dépistage individuel).

Nous avons comptabilisé 1 point en cas de réponse correcte citée, 1 point en cas de réponse incorrecte non citée, 0 point en cas de réponse correcte non citée, 0 point en cas de réponse incorrecte citée.

Il y avait 11 propositions, les notes étaient donc attribuées sur 11. Les résultats ont été répertoriés comme suit :

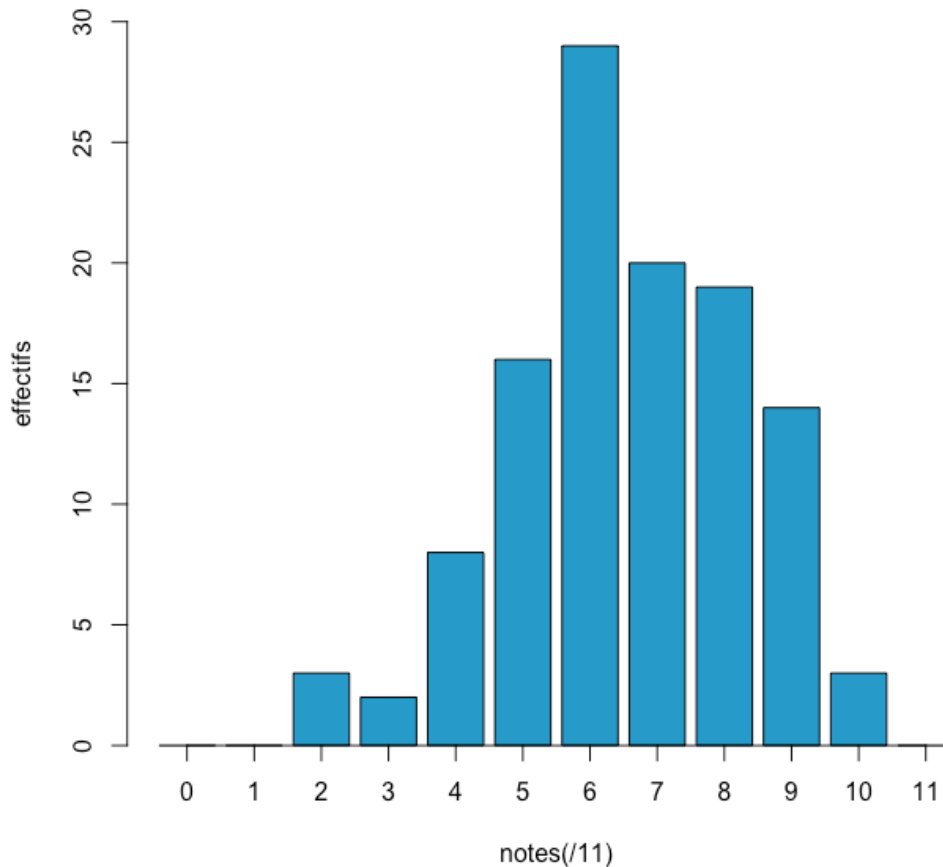


Figure 21 : Répartition des notes (sur11) selon les facteurs de risque cités

Il y avait une proposition « autre » qui permettait aux médecins interrogés de donner des réponses libres, il y en a eu 10 au total. Les items que nous avons retenus comme étant les plus intéressants étaient les suivants :

- si symptômes allégués (nodule, douleur, adénopathie)
- à la demande de patiente en favorisant l'échographie si la patiente est âgée de moins de 40 ans
- si âge supérieur à 75 ans et que la patiente est en bon état général

4.4.2 Connaissance de l'existence des recommandations HAS 2014 (Figure 22)

Tous les médecins ont répondu à cette question et ils étaient une très grande majorité (79.13%) à ne pas connaître l'existence des recommandations HAS concernant le dépistage individuel du cancer du sein. (Figure 28)

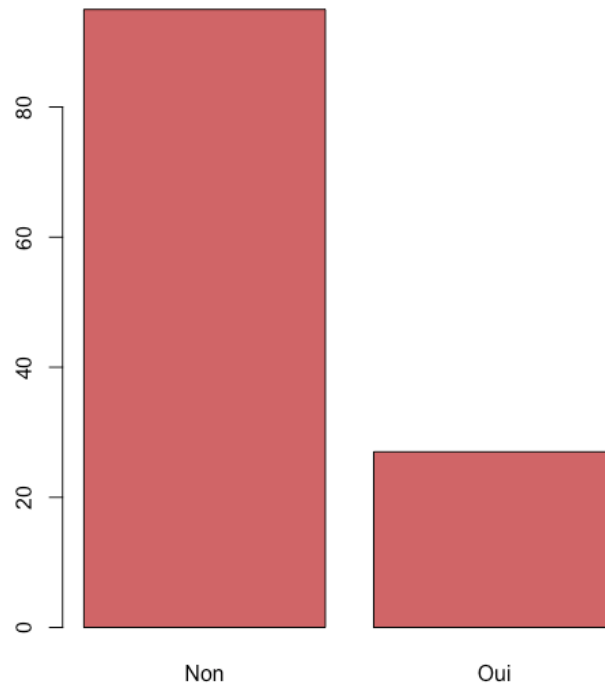


Figure 22 : Connaissance de l'existence des recommandations HAS 2014

4.4.3 Utilisation du score d'Eisinger (Figure 22)

Les médecins interrogés étaient 55.65% à ne pas connaître ce score, et donc 40.87% à ne pas l'utiliser.

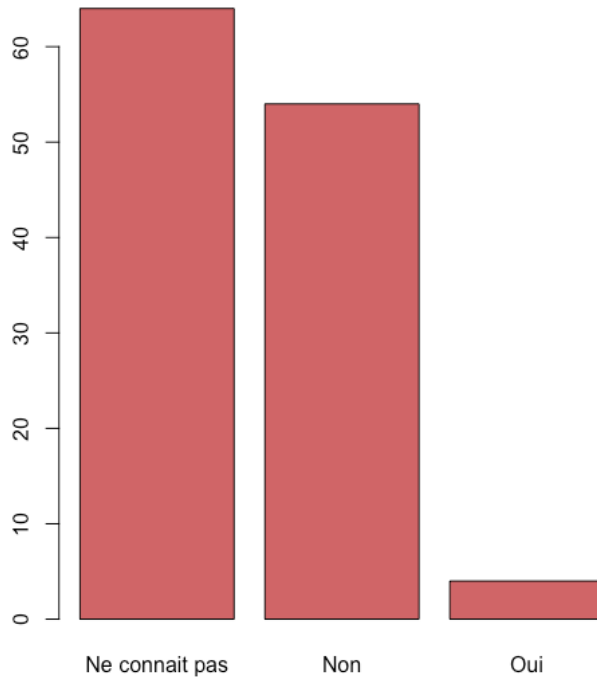


Figure 23 : Utilisation du score d'Eisinger

Pourquoi le score d'Eisinger n'est-il pas utilisé ? (Figure 23)

Parmi les médecins concernés par cette question (47 médecins ayant répondu ne pas utiliser le score Eisinger), 6 (5.22%) n'ont pas donné de réponse à cette question (donc 6 données manquantes), 35 (30.43%) médecins ont donné une réponse unique et 6 (5.22%) ont donné une réponse multiple (2 ou 3 choix).

Nous avons donc comptabilisé chaque réponse en comptant chaque proposition de réponses multiples.

Le frein principal relevé par les médecins pour utiliser le score d'Eisinger était le fait que celui-ci est trop spécialisé.

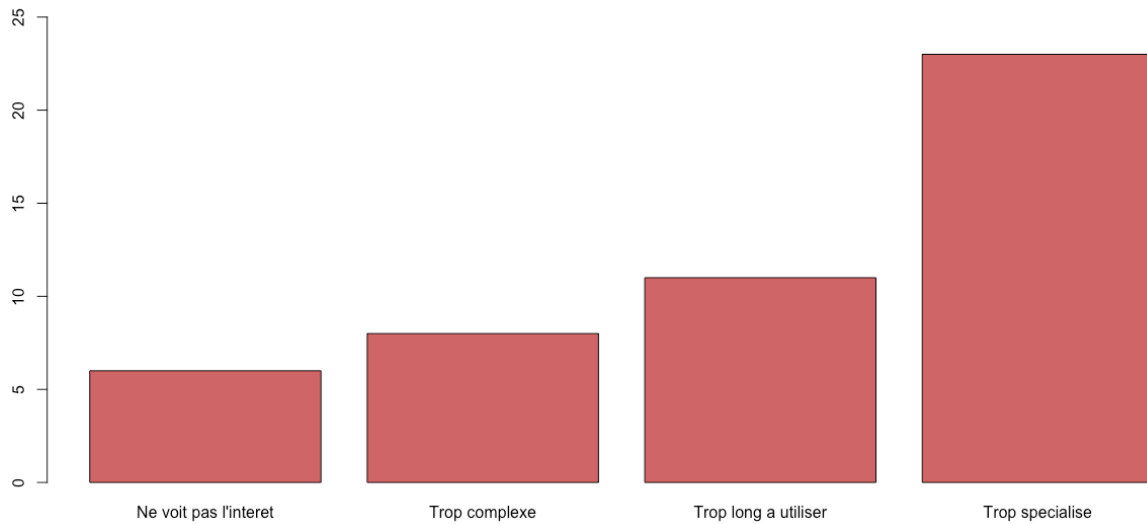


Figure 24: Causes de non utilisation du score d'Eisinger

4.4.4 Quel suivi si identification risque élevé ou très élevé (Figure 25)

La majorité de la population de notre étude poursuivaient le suivi de leurs patientes à risque élevé conjointement avec celui du spécialiste dans 66.96% des cas. Dans 24.35% des cas ils suivaient ces patientes seuls et dans 5.22% le suivi total était délégué au spécialiste.

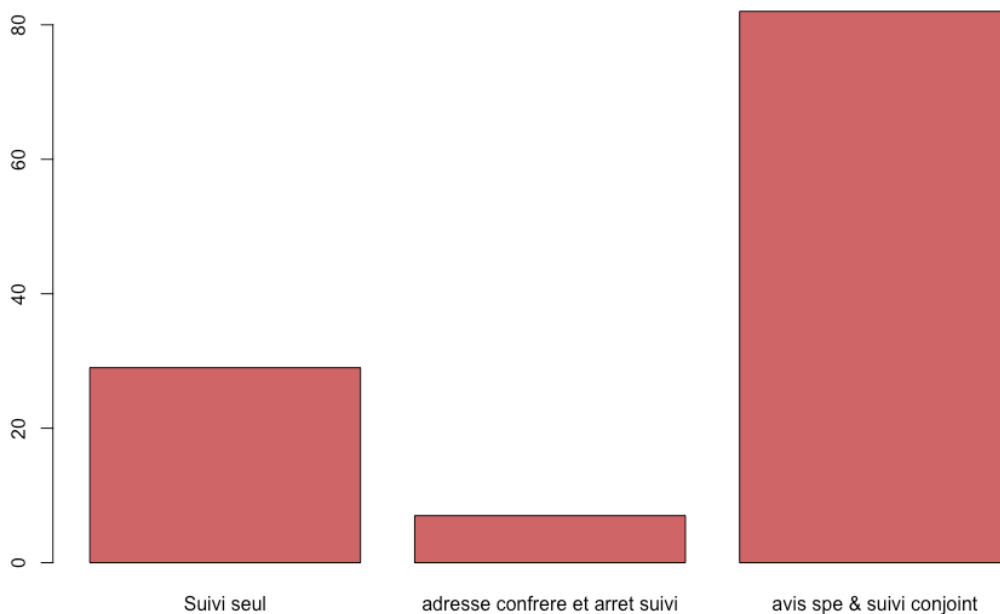


Figure 25 : Quel suivi si identification du risque élevé

4.4.5 Difficultés engendrées par le dépistage individuel (Figure 26)

Les médecins interrogés se sentaient souvent (17.39%), parfois (47.83%) confrontés à des difficultés lors du dépistage individuel du cancer du sein.

Ils étaient 31.3% à ne jamais ressentir de difficultés dans ce domaine.

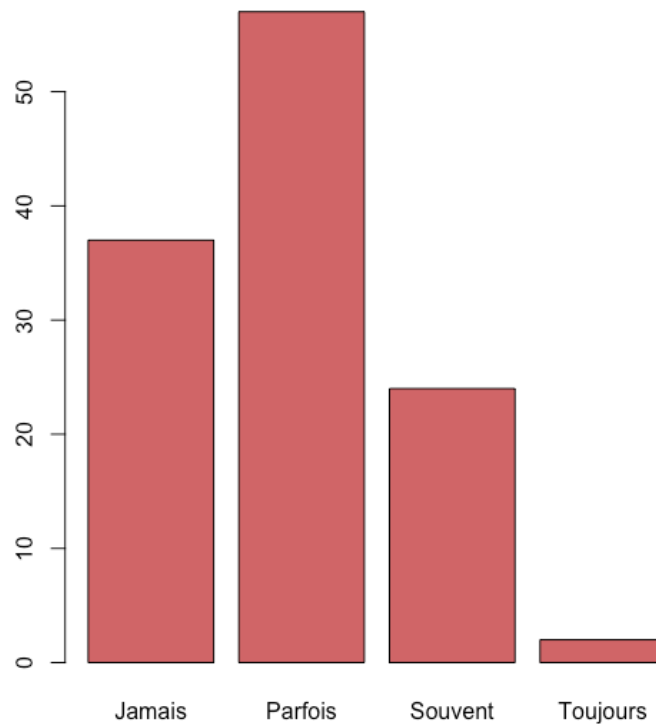


Figure 26 : Difficultés engendrées par le dépistage individuel

Pourquoi ? (Figure 27)

Les médecins n'ayant pas répondu à la question précédente ou ayant répondu « jamais » n'étaient pas concernés par cette question. Il était donc logique d'avoir au moins 38 données manquantes ou non concernées par cette question. Parmi les médecins ayant répondu une autre modalité (toujours, souvent ou parfois), 4 médecins n'ont pas donné de justification à la difficulté du DI. Nous avons donc retrouvé 42 (38+4) données manquantes à cette question (40 en réalité car 2 médecins ont donné une cause à la difficulté du dépistage individuel, sans avoir répondu à la question de la fréquence de cette difficulté).

Treize médecins (11.3%) ont donné une réponse multiple, tandis que les 60 autres (52.17%) ayant répondu ont donné une réponse unique.

Nous avons donc comptabilisé chaque réponse en comptant chaque proposition de réponses multiples.

La difficulté la plus souvent citée était que les patientes étaient réticentes au dépistage individuel.

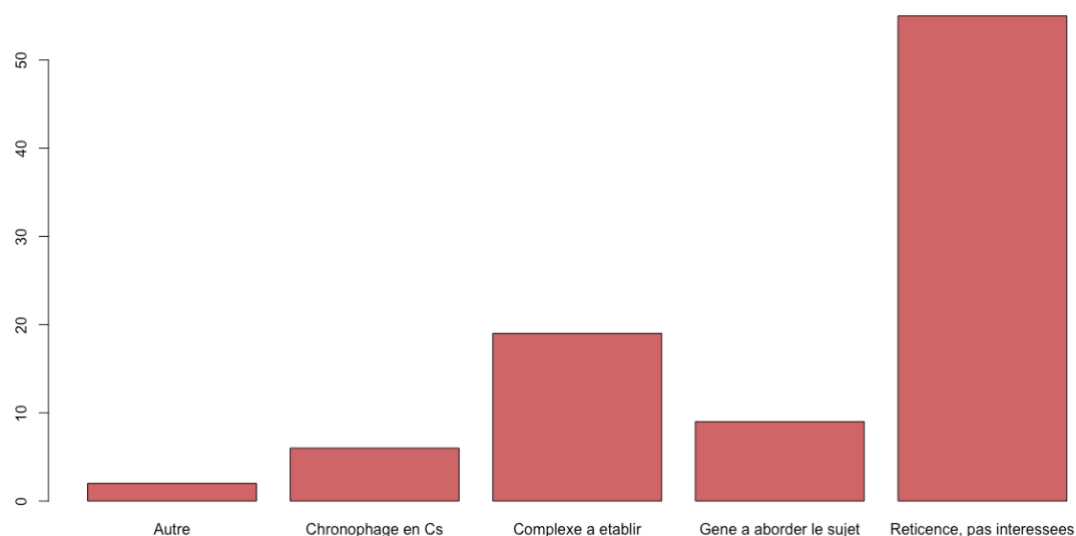


Figure 27 : Causes de difficultés dans le dépistage individuel

Les 2 causes « autres » que les causes proposées étaient :

- Difficulté à convaincre les patientes de ne pas réaliser de mammographie lorsque celle-ci n'est pas indiquée.
- Réticence de certains radiologues si l'âge est inférieur à 50 ans.

4.4.6 Intérêt d'une consultation dédiée à 25 ans (Figure 28)

Les médecins interrogés étaient donc un peu plus de 59% à penser qu'une consultation dédiée à 25 ans et remboursée par la sécurité sociale serait utile pour le dépistage du cancer du sein.

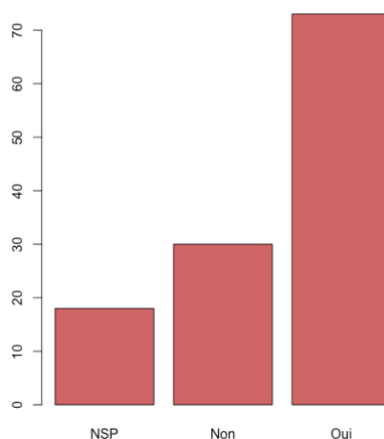


Figure 28 : Intérêt d'une consultation dédiée à 25 ans

4.5 Analyses bi-variées

	PALPATION MAMMAIRE				p
	OUI		NON		
	n	%	n	%	
SEXE					
Homme	45	59,21	31	40,78	0,01693
Femme	31	81,57	7	18,42	
AGE (en années)					
Moyenne d'âge	53,97		52,18		0,421
DEPARTEMENT D'EXERCICE					
Aisne	8	66,66	4	33,33	0,258
Nord	34	68	16	32	0,929
Oise	4	50	4	50	0,459
Pas-de-Calais	20	66,66	10	33,33	1,000
Somme	10	71,42	4	28,57	0,793
MILIEU D'EXERCICE					
Urbain	34	68	16	32	0,384
Rural	12	57,14	9	42,85	0,514
Semi-rural	30	68,76	13	30,23	0,320
QUALIFICATION SUPPLEMENTAIRE EN GYNECOLOGIE					
OUI	6	85,71	1	14,28	0,42
NON	70	65,42	37	34,57	
VERIFICATION DE LA MAMMOGRAPHIE < 2ANS					
Parfois	5	35,71	9	64,29	
Souvent	37	67,27	18	32,73	0,0371
Toujours	34	73,91	12	26,09	0,0123
FREQUENCE DES RETICENCES DES PATIENTES AU DEPISTAGE					
Jamais	18	90	2	10	
Parfois	49	59,75	33	40,24	0,0207
Souvent	9	75	3	25	0,27719
Toujours	0	0	1	100	0,9903
INTERET D'UN DEPISTAGE PLUS PRECOCE					
Oui	51	71,83	20	28,16	p=0,1102
Non	24	57,14	18	42,85	

Tableau 2 : Analyses bivariées en fonction de la palpation mammaire

Il n'a pas été retrouvé de différence statistiquement significative entre le fait de réaliser la palpation mammaire et :

- l'âge des médecins
- leur milieu d'exercice

- une formation complémentaire en gynécologie ou non. À noter qu'il y avait tout de même un médecin qui avait une formation complémentaire en gynécologie mais qui ne réalisait pas la palpation mammaire.
- l'intérêt d'un dépistage réalisé précocement
- la connaissance des recommandations HAS 2014
- l'intérêt d'une consultation dédiée à partir de 25 ans

Cependant les tests réalisés sur notre population ont permis de mettre en évidence le fait que dans notre échantillon les femmes réalisaient plus la palpation mammaire que les hommes et ceci de façon statistiquement significative ($p=0,01$).

Nous avons également montré que plus les médecins vérifiaient de façon régulière que la dernière mammographie datait de moins de 2 ans, plus ils pratiquaient la palpation mammaire, et ceci de façon significative ($p=0,04$ et $p=0,001$).

Nous n'avons pas apporté la preuve que le sexe du médecin a un impact sur la réticence des patientes à se faire dépister ($p>0,05$).

Nous n'avons pas mis en évidence, dans notre échantillon, de corrélation statistiquement significative entre l'âge des médecins et le fait de penser que la mammographie engendre des surdiagnostics.

Concernant les recommandations HAS 2014 sur le dépistage individuel, leurs connaissances n'étaient pas, dans notre échantillon, tributaires de l'âge des médecins. De même, les médecins qui connaissaient ces recommandations n'étaient pas forcément ceux qui suivaient leurs patientes seul en cas d'identification d'un risque élevé.

Cependant, le score d'Eisinger était lui plus utilisé chez les médecins de notre étude qui connaissaient les recommandations HAS 2014 et ceci de façon statistiquement significative ($p=0,0122$).

De plus nous avons pu mettre en évidence le fait que plus l'âge des médecins augmentait, moins le score d'Eisinger était utilisé, de façon statistiquement significative ($p=0,0139$).

Il n'existait pas de différence statistiquement significative entre le fait de rencontrer des difficultés dans le dépistage individuel et l'âge des médecins.

5 DISCUSSION

5.1 Forces et limites de l'étude

5.1.1 Intérêt

Notre travail portait sur le dépistage du cancer du sein, intérêt majeur de santé publique étant donné l'incidence du cancer du sein en France. Avec la diminution des gynécologues libéraux, le médecin généraliste joue de plus en plus un rôle prépondérant dans le dépistage des cancers gynécologiques, il était donc justifié de réaliser une enquête afin de connaître les pratiques des médecins généralistes des Hauts-de-France.

De plus, 59% des médecins interrogés ont souhaité être informés des résultats de notre étude, ce qui témoigne de l'intérêt porté à cette thématique.

5.1.2 Biais

5.1.2.1 Taux de réponse

Le taux de réponse de notre étude était de 22,6 %, un taux assez faible qui peut engendrer un biais de sélection qui se constitue par le fait que ce sont principalement les médecins les plus intéressés par la thématique qui ont répondu.

Dans les différentes études retrouvées, sur le même thème du moins concernant la gynécologie obstétrique les taux variaient de 14 à 39 % (27) (28) (26) (29) ce qui place donc notre travail dans une moyenne satisfaisante.

5.1.2.2 Biais de déclaration

Les données recueillies étaient déclaratives et non observées, il peut donc exister des différences entre les réponses des médecins et leur pratique réelle. En se sachant « observés », les médecins pouvaient modifier leurs réponses ou comportements, c'est ce qu'on appelle l'effet Hawthorne. (30)

5.1.2.3 Le questionnaire

Notre questionnaire était davantage axé sur les notions de surdiagnostic, d'efficacité du dépistage organisé et d'évaluation du risque de cancer du sein dans le dépistage individuel. Nous n'avons donc pas abordé dans notre questionnaire comment étaient gérées les patientes au-delà de 74 ans, si les médecins poursuivaient le dépistage et si oui de quelle manière. Cela aurait pu être intéressant de voir si les médecins des Hauts-de-France s'inscrivaient dans la tendance actuelle qui est de poursuivre le dépistage car l'espérance et la qualité de vie des plus de 74 ans augmentent. (28)

Une autre limite pourrait être la forme du questionnaire (forme papier) à retourner par voie postale nécessitant une organisation particulière par rapport à un questionnaire en ligne. Nous ne disposons pas à l'heure actuelle, de bases de données mails regroupant les MG nationaux.

5.2 Analyse des résultats et comparaison aux données de la littérature

5.2.1 Caractéristiques de la population étudiée

- Sexe

Dans notre échantillon on observait 76 hommes (66%) et 38 femmes (33%).

Sur les 7786 médecins généralistes recensés en Hauts-de-France en 2016, 39.9% étaient des femmes. (31)

Au 1^{er} janvier 2016, le Conseil National de l'ordre des Médecins (CNOM) recensait 88 886 médecins généralistes de tous modes d'exercices confondus (libéral, hospitalier, mixte), dont 54 % d'hommes et 46 % de femmes.

- Âge

La tranche d'âge la plus représentée était celle des 55-65 ans avec un âge minimum à 31 ans et un âge maximum à 74 ans, la moyenne d'âge était de 53 ans (quasi identique à la moyenne nationale 52 ans en 2016), comparativement, en 2016, la population de moins de 40 ans des

médecins généralistes des Hauts-de-France était de 16.7% (16% au niveau national) et celle des plus de 60 ans était de 25.3% (27 % au niveau national) (contre 16.66% de moins de 40 ans et 30.7% de plus de 60 ans dans notre étude).

- Lieu d'exercice

D'après leurs réponses, les médecins généralistes exerçaient majoritairement en zone urbaine (43.48% d'entre eux). Ces chiffres retrouvés sont relativement semblables au niveau national, où l'on parle d'unité urbaine dans les statistiques du ministère de la santé. Nous avons retrouvé 9 % de médecins généralistes exerçant en zone rurale, puis 25 % en zone comprise entre 5 000 et 50 000 habitants, et enfin 66 % en zone comprise à plus de 50 000 habitants. (32)

- Mode d'exercice

La majorité des médecins interrogés étaient en cabinet de groupe (46,96%).

Comparativement, d'un point de vue national en 2016, 51 % des MG actifs libéraux ou mixtes travaillaient en groupe (cabinet de groupe ou MSP) et 48 % en cabinet individuel.

Ces données nous permettent de dire que notre échantillon possède des caractéristiques proches de la population de médecins généralistes des Hauts-de-France et nationale hormis une prédominance de médecins masculins dans notre échantillon.

5.2.2 Pratique de la palpation mammaire

Dans notre étude, 66% des médecins interrogés ont déclaré pratiquer l'examen clinique des seins de leur patientes dans le cadre du dépistage organisé du cancer mammaire.

Dans la thèse de Chaglabou en 2017 le taux de médecins réalisant une palpation mammaire chez les patientes considérées à risque élevé de développer un cancer du sein était de 53.4% (27) alors que dans le travail de Fernandez en 2016 concernant l'examen clinique des seins par les médecins de Poitou-Charentes, on retrouvait un taux de 95% des médecins interrogés qui pratiquaient la palpation. (26) Les autres travaux retrouvés faisaient état d'un taux variant de 57% à 100% de médecins généralistes réalisant la palpation mammaire (33) (34) (35).

Notre échantillon restait donc dans la moyenne habituellement retrouvée avec un taux supérieur à 50% mais ce taux, plus bas que celui des autres études citées, peut s'expliquer par le fait que notre échantillon comportait plus d'hommes que de femmes alors que ces dernières réalisaient

plus facilement un examen clinique mammaire que les hommes, différence statistiquement significative ($p= 0,016$).

L'âge de début de palpation mammaire s'échelonnait de 16 à 50 ans avec une majorité de médecins qui débutaient l'examen clinique des seins à 40 ans alors que les recommandations actuelles préconisent de débuter la palpation à partir de 25 ans (17). Dans les autres études comme celle de Fernandez on retrouve un âge prépondérant de début de palpation à 20 ans (26). Cependant, nos résultats sont concordants avec une étude réalisée en 2004 en Picardie sur la prévention des cancers et qui retrouvent parmi les 480 répondants 49% des médecins qui disaient débuter la palpation mammaire entre 40 et 50 ans (36). Au total, les pratiques semblent avoir peu changé en 14 ans.

Nous n'avions pas demandé, à tort, si les médecins fixaient un âge limite de palpation mammaire car si le dépistage organisé par mammographie s'arrête à 74 ans, l'examen clinique des seins reste par conséquent pour ses patientes le premier moyen pour mettre en évidence des tumeurs mammaires. S.Olivier a retrouvé dans son travail de thèse que 69% des médecins interrogés poursuivaient le dépistage chez les patientes âgées de plus de 75 ans (28). En effet, environ 20% des cancers du sein surviennent au-delà de 74 ans ce qui amène à penser que l'examen clinique garde alors toute son importance. De plus, si le taux de mortalité par cancer du sein a baissé depuis 2005, cela n'a pas été le cas chez les femmes de plus de 85 ans pour lesquelles il a au contraire augmenté passant de 201,7 à 217,6 décès pour 100 000 entre les périodes de 1983-1987 et 2003-2007 (37). Des études ont été réalisées et ont démontré que le dépistage organisé avait un intérêt et cela même au-delà de 74 ans. (38)

À la question « à quelle fréquence réalisez-vous cette palpation mammaire ? » la réponse majoritaire était lors de la réalisation du frottis cervico-vaginal (20.14%) soit tous les 3 ans d'après les recommandations et en deuxième position « tous les ans », (18.75%) qui est la proposition qui coïncide avec les recommandations qui prônent un examen clinique tous les ans à partir de 25 ans en l'absence de facteurs de risque particulier. Dans la thèse de Fernandez en 2016, 62% des médecins de l'étude ont répondu réaliser une palpation mammaire 1 fois par an. (26)

5.2.3 Mammographie : vérifications et information à la patiente

Tous les médecins de notre étude vérifiaient que les patientes avaient une mammographie dans les deux dernières années, « toujours » ou « souvent » à 87,83%. Comparativement Adolphe Pembele a retrouvé dans sa thèse sur les ROSP et le dépistage du cancer du sein réalisée en 2017 que 60% des répondants déclaraient vérifier systématiquement si leurs patientes ont bien fait une mammographie dans les deux dernières années, 40% le faisaient « souvent ». (39)

Le moment de la vérification le plus représenté était lorsque la patiente se plaignait de symptôme, cité 53 fois, puis à la demande de la patiente 43 fois. La thèse de C. Fernandez a étudié la pratique de l'examen clinique des seins des médecins généralistes (26). Les principales motivations des médecins mis en avant dans son travail étaient :

- à la demande de la patiente (27%)
- lors d'un frottis cervico-vaginal (23%)
- lors d'un renouvellement de contraception (22%)

Il est intéressant de noter que la notion « rappel d'un logiciel informatique » a été citée 29 fois. De nombreux logiciels informatiques médicaux offrent la possibilité à l'utilisateur de mettre des alarmes sur la périodicité des dépistages, des vaccins et des examens complémentaires. De plus, le médecin a la liberté de créer des alarmes individuelles liées aux pathologies de chaque patient. Enfin, certaines études ont démontré que l'alarme informatique pouvait améliorer les pratiques. (40) (41)

Nous sommes dans une ère où l'informatique est utilisée quotidiennement, les médecins adhèrent de plus en plus aux messageries cryptées type Apicrypt® qui permettent de recevoir, le jour même de leur réalisation, des courriers de spécialistes, des résultats de biologie et des résultats de dépistage (hémocult®, mammographies de dépistage). Ces systèmes en plus d'être écologiques, économiques et rapides sont très appréciables car en règle générale les résultats reçus sont directement intégrés dans les dossiers des patients ce qui permet de pouvoir régler une alarme quant au prochain rappel de mammographie à réaliser par exemple.

À l'heure où il existe de grandes controverses sur le dépistage du cancer du sein nous avons voulu savoir si les médecins généralistes informaient bien les patientes sur les bénéfices et les risques de la mammographie, ils étaient 35.65% à les informer souvent, 31.3% toujours et tout de même 14.78% à ne jamais leur exposer les éventuels inconvénients de ce dépistage. Dans la

thèse de Pembélé en 2017, ils étaient seulement 28% à les informer des modalités et aléas du dépistage. (39)

Les pratiques de notre population, dont plus de la moitié informaient leurs patientes des bénéfices/risques sont en adéquation avec la tendance actuelle qui préconise de prendre conscience de la subjectivité des femmes et des soignants.

En 2015, la revue *Prescrire* a réalisé une analyse de la balance bénéfices-risques du dépistage des cancers du sein par mammographie, à partager avec les femmes pour décider de participer ou non à ce dépistage et a créé un petit guide afin de partager avec les femmes les informations utiles pour décider de participer ou non au dépistage des cancers du sein(42) (43).

Dans ce contexte, 71% des médecins interrogés se heurtaient « parfois » à des réticences des patientes en matière de dépistage alors que seuls 17% des sondés ne s’y trouvaient jamais confrontés. Une étude a été menée en novembre 2014 en région parisienne où ont été étudiées les causes de non-participation au dépistage organisé et les réticences des femmes à celui-ci à l’échelle d’un département francilien.(44) Sur les 3026 réponses reçues, 411 patientes (14 %) déclaraient un suivi occasionnel ou inexistant. Concernant les réticences à réaliser l’examen, le manque de temps, le mauvais souvenir d’un examen précédent et la peur de la douleur étaient les freins prépondérants. Près de 50 % des femmes ne participaient pas au dépistage car elles ne s’estimaient pas à risque pour diverses raisons (absence de symptômes, bonne hygiène de vie ou absence d’antécédents familiaux) et 22 % des femmes interrogées avaient une attitude de déni face à la maladie. Le profil type de femmes ne réalisant ni dépistage organisé ni dépistage individuel du cancer du sein était celui de femmes de moins de 60 ans, célibataires, en activité, de catégorie socioprofessionnelle basse et consultant peu leur médecin traitant ou leur gynécologue (44).

5.2.4 Inconvénients/bénéfices de la mammographie et avis sur un dépistage plus précoce

Malgré tout, notre population de médecins pensaient à 93% que l’acte de dépistage par mammographie est efficace et ils étaient une majorité (66%) à penser qu’il n’y a pas de surdépistage ni surtraitement des lésions. En revanche, 14% estimaient qu’il existe du surdiagnostic dans le dépistage organisé du cancer du sein.

La mammographie est capable de détecter des cancers de petit volume qui ne sont pas symptomatiques. Il a donc été proposé que des mammographies périodiques permettent le diagnostic de cancers localisés qui n'ont pas encore métastasé. La détection précoce permet aussi un traitement plus efficace et la réalisation d'une chirurgie moins mutilante ainsi qu'un traitement adjuvant moins lourd.(45)

Les méta-analyses de plusieurs études randomisées indiquent une diminution de 20 % de la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 40 à 74 ans, pour autant que 80 % d'entre elles participent régulièrement à un dépistage offert tous les 2 à 3 ans. Ces études montrent également que la réduction du risque de décès par cancer du sein est directement liée à la diminution du risque de diagnostiquer un cancer avancé.

Les inconvénients et les bénéfices doivent être mieux expliqués. Le choix éclairé de participer au dépistage peut être aidé par des documents, mais les femmes attendent surtout des conseils de leur médecin traitant (42) ; car les polémiques ont particulièrement eu une influence sur le dépistage, cela se vérifie sur les taux stagnant depuis 2008 voir en baisse depuis 2015.

Après les polémiques sur son impact bénéfique, ses inconvénients ont surtout été mis en avant ces dernières années, principalement les faux positifs, le surdiagnostic et le surtraitement. Les faux positifs induisent des examens complémentaires en excès, source d'anxiété : échographies, ponctions, IRM, puis des chirurgies pour lésions bénignes.

Le surdiagnostic est lié à la découverte de cancers qui n'auraient pas été symptomatiques du vivant de la femme. Inhérent à tout dépistage, il pourrait entraîner le surtraitement de lésions non agressives. Les nouvelles technologies ont amélioré la sensibilité du dépistage donc elles ont détecté aussi plus de cancers in situ et de lésions « frontières » sur des microcalcifications. Or il n'existe pas actuellement de test pronostique permettant de savoir quel cancer in situ ou encore micro-invasif évoluera très lentement ou pas du tout. Toutes les lésions néoplasiques sont traitées.

Le vrai sujet est de prendre en charge sans excès ces cas de bon pronostic.

Dans les publications récentes, pour le groupe EUROSCREEN, le risque de surdiagnostic est estimé entre 1 et 10 %, 2 décès sont évités pour 1 surdiagnostic. (46) Pour l'étude anglaise de Marmott, il est estimé à 19 %, c'est 1 décès évité pour 3 surdiagnostics. (47)

Nous sommes donc confrontés à des patientes qui suivent cette controverse et avancent également le fait qu'elles sont amenées à subir inutilement des effets indésirables importants, surtout quand un cancer est découvert et traité alors qu'il n'aurait jamais évolué. Des femmes

subiraient inutilement les effets indésirables des traitements et les conséquences psychiques, familiales ou sociales du diagnostic. (43)

C'est dans ce contexte qu'une étude est en cours de réalisation, nommée NOMAT01(48) et 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 afin d'éviter la chirurgie chez des patientes pour lesquelles elle ne serait pas nécessaire. Le but est d'obtenir un modèle permettant d'évaluer le risque et de n'opérer que les patientes à haut risque de cancer du sein.

Cependant les médecins interrogés sont une majorité (46%) à estimer qu'un dépistage plus précoce serait utile (36% ne sont pas pour un dépistage précoce et 14% ne se prononcent pas). Pour 26% de ceux ayant répondu favorablement à cette question, le dépistage du cancer du sein devrait être débuté à partir de 40 ans.

Ces réponses trouvent leur explication dans le fait que les cancers du sein dans la tranche d'âge des 30-39 ans et des 40-49 ans ont sensiblement augmenté entre 1980 et 2012, passant de 32.1 nouveaux cas pour 100 000 personnes par an pour les trentenaires en 1980 à 54 nouveaux cas pour 100 000 personnes par an en 2012. Pour les femmes âgées de 40 à 49 ans les chiffres ont évolué de 122 à 193 nouveaux cas pour 100000 personnes par an entre 1980 et 2012. (5)

Les médecins se retrouvent également face à des patientes qui sont parfois demandeuses de mammographie de dépistage à partir de 40 ans même si parfois elles n'ont pas d'antécédents familiaux. Une étude de 2009 a montré qu'en 2007-2008, environ 37 % des femmes françaises de 40 à 49 ans ont eu recours à la mammographie (49) sans qu'il soit possible de savoir si elles présentaient un symptôme à explorer ou pas.

De nombreux travaux ont été réalisés par l'ANAES en 1997, 1999 et 2004 afin de savoir s'il serait pertinent de débiter le dépistage à partir de l'âge de 40 ans. Ces travaux ont été motivés par le fait qu'un grand nombre de mammographie dans le cadre de dépistage individuel se faisaient entre 40 et 49 ans, le nombre de ces mammographies prescrites à titre individuel mais dans un but de dépistage sont difficilement quantifiables car non cotées à titre de dépistage organisé. (50) (51)

Une note de cadrage a ainsi été réalisée par l'HAS en 2013 et s'inspirant des travaux déjà réalisés par l'ANAES (52), les conclusions étaient les suivantes :

Les conclusions des 3 rapports sont en défaveur du dépistage systématique du cancer du sein par mammographie chez les femmes âgées de 40 à 49 ans du fait de :

- *une réduction de la mortalité spécifique faible et mal établie ;*
- *des effets négatifs importants mais également mal établis tels que les cancers induits par les irradiations et le surdiagnostic / surtraitement ;*
- *une réduction de la mortalité spécifique plus faible et des effets négatifs plus importants que pour les femmes de plus de 50 ans.*

Par ailleurs, l'efficacité du dépistage systématique du cancer du sein par mammographie chez les femmes âgées de 40 à 49 ans est mal documentée.

Les 3 rapports recommandent que le dépistage du cancer du sein, chez les femmes âgées de moins de 50 ans, soit fondé sur l'évaluation individuelle du risque et les préférences de la femme.

Ces rapports sont concordants avec les études américaines qui ne recommandent pas le dépistage organisé avant 50 ans en raison de la balance bénéfices/risques en défaveur d'un dépistage organisé. (53)

5.2.5 Satisfaction de la politique du dépistage

La plupart des médecins de notre échantillon étaient satisfaits de la politique de dépistage, 72% d'entre eux l'étaient totalement et 25% partiellement.

Les principales raisons avancées pour les médecins qui n'étaient pas totalement satisfaits étaient la volonté de débiter le dépistage organisé avant 50 ans et la nécessité pour eux de recevoir un listing des patientes conviées et qui ont réalisé ou non leur mammographie dans l'idée vraisemblablement de pouvoir rediscuter de l'intérêt du dépistage avec les patientes concernées.

5.2.6 Le dépistage individuel : un terrain mal connu des médecins généralistes

Lors de la réalisation de ce travail, nous avons voulu aborder avec les médecins généralistes interrogés une branche importante du dépistage du cancer du sein : le dépistage individuel.

Seuls 24 médecins sur les 115 interrogés ont déclaré connaître l'existence de recommandations de la HAS concernant le dépistage individuel du cancer du sein. Malgré une mise au point récente en 2017 par l'HAS, il semble persister un manque de médiatisation du dépistage individuel du cancer du sein contrastant avec des campagnes pour le dépistage organisé très développées (Octobre rose...).

Les médecins paraissent également moins formés au dépistage individuel qui est abordé pendant leur formation initiale au cours du deuxième cycle (tumeurs du sein, prévention des cancers) mais qui n'est pas abordé dans le programme des cours de l'internat de médecine générale. Le sujet est enseigné aux médecins réalisant le Diplôme Inter-Universitaire (DIU) de formation complémentaire en gynécologie.

La solution d'axer l'apprentissage des recommandations sur la formation continue semble être une piste plausible et réalisable. En effet les médecins pourraient ainsi sous la forme de cas cliniques, d'ateliers pratiques savoir gérer le niveau de risque de leurs patientes et les adresser vers les structures adaptées si nécessaire.

5.2.7 Identification des facteurs de risque, connaissances des recommandations HAS et du score d'Eisinger

Notre question sur les facteurs de risque devant faire envisager la prescription d'une mammographie chez une patiente de moins de 50 ans n'était pas posée de façon optimale mais elle a quand même mis en évidence une méconnaissance globale des facteurs de risque indiquant un dépistage individuel précoce. Nombre des médecins interrogés n'ont pas reconnu tous les facteurs de risque et ont au contraire cité des éléments comme le tabagisme (cité 25 fois), l'obésité (cité 17 fois), la première grossesse tardive (cité 23 fois) ou les seins denses (cité 32 fois) qui ne sont pas des items devant faire envisager la prescription d'une mammographie. À contrario, les facteurs de risque reconnus et devant entraîner un dépistage individuel ont parfois voire souvent été oubliés comme l'antécédent d'irradiation thoracique (cité seulement 31 fois) ou l'antécédent de mutation BRCA (cité 83 fois).

Chaglabou dans sa thèse en 2017 a été confrontée à des réponses similaires où dans la vignette clinique qu'elle avait exposée aux médecins interrogés, se trouvaient des facteurs de risque et de nombreux médecins avaient cité des éléments qui ne justifiaient pas de dépistage en dehors du dépistage organisé (27) comme la maladie de Hodgkin, le tabac et l'âge. Malgré cela 89% des médecins de son étude avait relevé l'antécédent de radiothérapie thoracique comme facteur de risque de cancer précoce.

L'HAS a mis à jour en 2017 un référentiel permettant d'aider les médecins généralistes à orienter au mieux les patientes selon leur facteurs de risque et leurs antécédents familiaux (19).

Ils étaient également nombreux à réaliser des mammographies en cas d'antécédents familiaux quel que soit le degré de parenté, ce qui nous amène à un problème de sur prescription de mammographies alors qu'elles ne sont pas indiquées.

Cette réponse était concordante avec le fait que 55.65% des médecins de notre étude déclaraient ne pas connaître le score d'Eisinger et 40.87% d'entre eux ne l'utilisaient donc pas. Les raisons avancées étaient que ce score était trop long à utiliser en consultation, trop spécialisé ou encore dénué d'intérêt.

Pour 14% des sondés, le niveau de risque individuel de cancer du sein était trop complexe à établir, ce qui est concordant avec le fait que la grande majorité des médecins interrogés ne connaissaient pas le score d'Eisinger.

Malgré des recommandations actualisées en 2015, il semble persister une méconnaissance des textes et certaines habitudes en consultation paraissent ancrées comme le fait d'accéder facilement à une demande de mammographie chez une patiente sans avoir recours au score d'Eisinger qui est pourtant assez simple d'utilisation, de par ses items limités en nombre et concis. De plus à l'ère de l'informatique et d'internet facilement accessibles, il paraît tout à fait envisageable d'utiliser cet outil lors d'une consultation.

5.2.8 Réseau de professionnels de santé utilisé en cas de patientes à risque élevé et difficultés rencontrées

La majorité de la population de notre étude poursuivaient le suivi de leurs patientes à risque élevé conjointement avec celui du spécialiste dans 66.96% des cas, dans 24.35% des cas ils suivaient ces patientes seuls et dans un peu plus de 5% le suivi total était délégué au spécialiste.

Ces résultats montrent que les médecins généralistes ne se sentent pas totalement à l'aise avec le dépistage des femmes à risque, nécessitant dans la majorité des cas l'avis d'un confrère spécialisé qui la plupart du temps est le gynécologue. Cependant, nous remarquons clairement qu'ils veulent prendre part à ce dépistage et au suivi de ces femmes à risque.

Ces éléments confortent le fait que la HAS a réitéré dans ses dernières recommandations que la place du médecin généraliste est au cœur de la prise en charge des femmes à risque élevé et/ou très élevé.

5.3 Perspectives

5.3.1 Place de la tomosynthèse dans le dépistage organisé

La tomosynthèse est une méthode d'imagerie du sein réalisée à l'aide d'un mammographe numérique plein champ permettant de recréer une image en 3D. Selon les experts, elle permettrait une meilleure précision de la caractérisation des anomalies et une réduction des risques de mauvaise interprétation de la 2D liée à une superposition d'images. Elle apporterait également un meilleur confort de lecture. (54)

L'INCa a conclu que les données disponibles sont encore trop préliminaires pour pouvoir intégrer cette technique au cahier des charges du dépistage organisé du cancer du sein en France, même si la tomosynthèse semble apporter des avantages en termes de sensibilité et de spécificité (données publiées d'un seul constructeur en situation de dépistage). (54)

Le Professeur TAUREL (55), s'appuyant sur deux études américaines, a démontré l'utilité certaine de la tomosynthèse du moins en deuxième intention et son efficacité dans la détection des cancers d'intervalle (56). Il semblerait que les freins sur l'adoption de la tomosynthèse en dépistage de masse organisée ne doivent plus reposer sur l'absence de preuve scientifique, et que seules les difficultés organisationnelles, de fiabilité et d'adoption du contrôle de qualité, de dématérialisation de la seconde lecture et de généralisation de résultats obtenus par un constructeur aux autres freinent une mise en place qui deviendra une nécessité.

5.3.2 Remaniement du dépistage organisé

En 2016, un rapport a été édité pour le Ministère de la santé, les conclusions ont mis en exergue deux propositions possibles.

Scénario 1 : Arrêt du programme de dépistage organisé, réalisation éventuelle d'une mammographie de dépistage, si cette stratégie apparaissait pertinente.

Scénario 2 : Arrêt du dépistage organisé tel qu'il existe aujourd'hui, et mise en place d'un nouveau dépistage organisé, profondément modifié.

Cela a permis la réalisation d'un plan d'action de rénovation du dépistage organisé du cancer du sein paru en avril 2017(57) dans lequel plusieurs propositions ont été faites, notamment la formations des professionnels de santé liés au dépistage, la création de deux consultations dédiées à la prévention et au dépistage à 25 et 50 ans et des livrets d'information pour une aide à la prise de décision par la patiente.

5.3.3 Mise en place d'une consultation dédiée à 25ans

Ce plan d'action d'avril 2017 souhaite la création d'une consultation dédiée à 25 ans. Pour chaque femme qui n'a pas d'antécédent personnel du cancer du sein déjà identifié, cette dernière sera invitée à consulter son médecin traitant ou son gynécologue pour un temps attribué uniquement à la prévention et au dépistage. Cette consultation dédiée serait prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie.

Au cours de cette consultation :

- le médecin identifierait les antécédents familiaux de cancer du sein et les facteurs de risque auxquels la femme est exposée, le médecin pourrait repérer les femmes à risque aggravé de cancer du sein et les orienter vers les dispositifs et spécialistes adaptés ;

- le médecin pourrait aussi proposer la prise en charge des facteurs de risque comportementaux susceptibles de favoriser la survenue de cancers du sein ;

- le médecin informerait également la femme sur les examens à réaliser (âge de début, fréquence) selon son niveau de risque ;

- il rappellerait également les principaux symptômes qui doivent amener la femme à consulter un médecin et l'importance de lui signaler toute évolution du contexte familial en termes de survenue de cancers féminins, qui pourrait faire évoluer son niveau de risque.

Vingt-cinq ans est l'âge correspondant aux recommandations pour débiter le dépistage du cancer du col de l'utérus. Le médecin pourra ainsi mobiliser la femme sur l'utilité de ce dépistage et l'informer sur les avantages et limites de la démarche. Dans le cadre d'une approche plus globale, les facteurs de risque comportementaux (tabac et alcool, habitudes alimentaires et activité physique) et les éléments de santé sexuelle (contraception, infections sexuellement transmissibles, grossesse...) seront abordés.

Ce projet a été repris par Agnès BUZYN, actuelle ministre de la Santé pour qui cette consultation est indispensable dans le cadre de la prévention des cancers.

Cependant le CNGE (collège national des médecins généralistes enseignants) a édité en janvier 2018 un rapport (58) estimant que « *l'intérêt de la consultation n'a pas été évalué et se heurte à plusieurs limites* » (des risques majoritairement autres dans cette tranche d'âge, une non-quantification des risques liés à cette démarche, un bénéfice immédiat probablement ténu puisque l'incidence entre 25 et 59 ans du cancer du sein est très faible). Il souligne aussi que « *les données épidémiologiques dans cette tranche d'âge incitent à s'attacher aux comportements à risque (consommation de tabac, d'alcool ou de produits illicites, alimentation, sédentarité, sexualité, etc.), au dépistage du cancer du col utérin, et au statut vaccinal (rappel du dTcaP à 25 ans).* »

Il faut donc encore travailler sur l'adhésion des médecins généralistes à cette consultation et pourquoi pas la rendre obligatoire.

Nous pouvons tout de même mettre en avant le fait que des centres du sein ont été créés ces dernières années en France (59). Ces centres dans lesquels les patientes peuvent se rendre permettent de prendre en charge les patientes dans leur globalité : de la stratification du risque en cas d'antécédent particulier à l'éventuelle prise en charge multidisciplinaire en cas de pathologie décelée.

Dans le même temps de cette consultation dédiée et pour la cibler et la rentabiliser au maximum, il serait utile d'avoir un outil informatique permettant d'entrer les informations des patientes (antécédents personnels et familiaux, facteurs de risque etc..) au fur et à mesure de l'interrogatoire et qui permettrait de stratifier un risque.

Dans le cadre de l'information balance bénéfiques/risques des patientes qui devient une branche clé du dépistage et de la prévention, des études sont actuellement en cours de réalisation pour la création d'outils d'aide à la décision partagée (OADP) type MAMMOCLIC (60) (61).

5.3.4 Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)

Le plan d'action pour la rénovation du dépistage organisé du cancer du sein a également proposé que le suivi de la patientèle de femmes à partir de 50 ans, adapté en fonction du niveau de risque, donnera lieu à une valorisation de la ROSP. Cette valorisation sera discutée avec les partenaires conventionnels.

Cependant une thèse réalisée en 2017 a mis en évidence le fait que les ROSP n'ont pas changé les habitudes dans la prévention du cancer du sein chez 80% des médecins interrogés (39).

Il est vrai que ce genre de consultation dédiée à 25 et 50 ans pourrait être rapidement chronophage et il faudrait éventuellement envisager une nouvelle cotation CCAM associée à une valorisation des ROSP.

5.3.5 Formation des médecins

La formation des médecins semble être pauvre en matière de dépistage individuel de cancer du sein. Ainsi, il paraît important de promouvoir et d'améliorer :

-la formation médicale initiale des médecins généralistes en intégrant un module prévention et dépistage des cancers du sein et de revoir ce chapitre de manière plus praticopratique lors des cours de médecine générale lors de l'internat (utilisation du score d'Eisinger, présentation des principaux facteurs de risque à rechercher, information balances bénéfiques/risques de la mammographie)

-la formation médicale continue pour les médecins généralistes en activité afin de permettre une mise à jour de leurs connaissances, des recommandations et de travailler sous forme de groupes de pairs ou d'ateliers pratique (palpation mammaire sur mannequins siliconés par exemple).

Concernant l'**objectif principal**, cette étude a montré que les médecins généralistes des Hauts-de-France semblent intéressés et investis dans le dépistage organisé (100% des médecins interrogés vérifient que la dernière mammographie a été faite dans les deux ans). A contrario, le dépistage individuel semble générer davantage de difficultés, a priori car les recommandations, les facteurs de risque et le score d'Eisinger sont mal connus. Néanmoins, leur volonté de s'impliquer dans le suivi de ces patientes à risque était mise en avant dans les réponses données.

Les objectifs secondaires ont mis en évidence des médecins, qui, en grande majorité, informaient leurs patientes des risques et des bénéfices du dépistage, mais pour eux l'efficacité de la mammographie n'est pas à remettre en cause. Les controverses concernant le dépistage ne modifient pas leur pratique et la notion de surdiagnostic n'est pas, pour les sondés, concomitante du dépistage organisé. Cependant ils sont une majorité à penser que le dépistage organisé devrait débuter de façon précoce (à 40 ans pour la majorité). Un large panel des médecins interrogés a déclaré être totalement satisfait de la politique de dépistage de leur département. Pour les médecins qui étaient partiellement satisfaits, les raisons avancées étaient principalement la nécessité de commencer le dépistage avant 50 ans et l'utilité de recevoir un listing des femmes ayant répondu ou non à l'invitation à réaliser une mammographie.

6 CONCLUSION

Le cancer du sein étant la néoplasie la plus meurtrière chez les femmes dans le monde, sa prévention est primordiale car elle peut grandement améliorer le pronostic et l'espérance de vie chez les patientes concernées.

Le médecin généraliste joue un rôle prépondérant dans cette prévention, notamment par le biais du dépistage auquel il doit faire adhérer ses patientes car depuis maintenant deux années consécutives nous observons une diminution globale, nationale de la participation au dépistage du cancer du sein. Ce déclin n'a pas épargné la région des Hauts-de-France.

L'ensemble des médecins généralistes ciblait les mesures de dépistage organisé en réalisant la palpation mammaire pour la majorité et en vérifiant qu'une mammographie récente avait été réalisée. Cela révèle que les médecins ont bien conscience de l'enjeu du dépistage. Ils ont cependant des lacunes en matière de dépistage individuel.

Une évaluation pertinente des risques individuels permettrait aux généralistes d'adapter les informations et les prescriptions à chaque patiente. Pour cela il est indispensable que les connaissances des recommandations soient à jour et qu'ils aient les bons outils pour réaliser un dépistage ciblé et adapté à chaque patiente permettant d'éviter le surdiagnostic, les surtraitements et les cancers radio-induits tout comme de risquer de rater un diagnostic précoce permettant un traitement plus efficient chez une population de femmes à risque.

7 BIBLIOGRAPHIE

1. Dépistage du cancer du sein - Se faire dépister [Internet]. [cité 11 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein>
2. Ministère de la santé. Plan Cancer 2014-2019 [Internet]. 2014 [cité 28 janv 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03_Plan_cancer-2.pdf
3. GLOBOCAN. Dernières statistiques mondiales sur le cancer. déc 2013;3.
4. INCA - Les cancers en France [Internet]. [cité 11 déc 2018]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/
5. Estimation de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1980 et 2012 - Tumeurs solides / Estimations de l'incidence, de la mortalité et de la survie, stade au diagnostic / Surveillance épidémiologique des cancers / Cancers / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil
6. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, diagnostiquées entre 1989 et 2010, suivies jusqu'en 2013 / Estimations de l'incidence, de la mortalité et de la survie, stade au diagnostic / Surveillance épidémiologique des cancers / Cancers / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil
7. Cancers : dépistage organisé [Internet]. [cité 16 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/cancers-depistage-organise>
8. Arnaud DC. Evaluation des procédures de dépistage. :11.
9. Dépistage gratuit du cancer du sein entre 50 et 74 ans [Internet]. [cité 20 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-sein/depistage-gratuit-50-74-ans>
10. Haute Autorité de Santé. article53: etablissement d'un taux cible d'association mammographie et echographie mammaire dans le cadre du depistage organise du cancer du sein.pdf [Internet]. 2013
11. Le programme de dépistage organisé - Dépistage du cancer du sein [Internet]. [cité 28 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>
12. Arrêté du 23 mars 2018 portant modification de l'arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers - Article 1.
13. Perry N, Perry-Broeders-de Wolf-Törnberg-Holland-von Karsa, Europäische Kommission, éditeurs. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. 4th ed. Luxembourg: Off. for Official Publ. of the Europ. Communities; 2006. 416 p.
14. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2016-2017 / Indicateurs d'évaluation / Evaluation du programme de dépistage du cancer du sein /

15. Haute Autorité de Santé - Cancer du sein : quel dépistage selon vos facteurs de risque ? [Internet]. [cité 7 déc 2018].
16. Haute Autorité de Santé. Actualisation du référentiel de l'examen périodique de santé: Dépistage et prévention du cancer du sein [Internet]. 2015 [cité 12 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015->
17. Haute Autorité de Santé - Cancer du sein : quel dépistage selon vos facteurs de risque ? [Internet]. [cité 7 déc 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1741484/fr/cancer-du-sein-quel-depistage-selon-vos-facteurs-de-risque
18. Eisinger F, Bressac B, Castaigne D, Cottu P-H, Lansac J, Lefranc J-P, et al. [Identification and management of hereditary predisposition to cancer of the breast and the ovary (update 2004)]. Bull Cancer (Paris). mars 2004;91(3):219-37.
19. Dépistage du cancer du sein : orienter vos patientes en fonction de leur niveau de risque - Dépistage du cancer du sein [Internet]. [cité 19 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Orienter-vos-patientes>
20. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Vo U M E. :8.
21. Jensen LF, Mukai TO, Andersen B, Vedsted P. The association between general practitioners' attitudes towards breast cancer screening and women's screening participation. BMC Cancer. 18 juin 2012;12:254.
22. Giorgi D, Giordano L, Senore C, Merlino G, Negri R, Cancian M, et al. General practitioners and mammographic screening uptake: influence of different modalities of general practitioner participation. Working Group. Tumori. avr 2000;86(2):124-9.
23. Chamot E, Charvet A, Perneger TV. Women's preferences for doctor's involvement in decisions about mammography screening. Med Decis Mak Int J Soc Med Decis Mak. août 2004;24(4):379-85.
24. 45. Institut national du cancer. Médecins généralistes et dépistage des cancers. Synthèse des résultats de l'enquête barométrique Inca/BVA, septembre 2010. Boulogne Billancourt :INCa ;2011.
25. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database Syst Rev. 4 juin 2013;(6):CD001877.
26. 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.
27. Chaglabou Rejeb I, Hami Z. Le dépistage individuel du cancer du sein chez les

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.

28. Olivier S. La détection précoce du cancer du sein chez les femmes âgées de 75 ans et plus dans le département du Nord [Thèse d'exercice]. [2018-....., France]: Université de Lille; 2018.

29. Adriansen H, Colnet F-X de. État des lieux de la pratique du frottis cervico-utérin par les médecins généralistes de Picardie. France; 2018.

30. Bernoux P. Sociologie des organisations. Initiation théorique suivie de douze cas pratiques (La): Initiation théorique suivie de douze cas pratiques. Points; 2014. 321 p.

31. Atlas de la démographie médicale 2016. :326.

32. Sicart D. Les médecins au 1er janvier 2013. Dir Rech Etudes Lévaluation Stat. avr 2013;(179):150.

33. Lauchet N. Pratique de la gynécologie médicale des médecins généralistes libéraux de la Haute- Vienne : obstacles et besoins de formations identifiés. [Thèse d'exercice]. Limoges, France : Université de Limoges ; 2010.

34. Leduc S. Dépistage du cancer du sein de la femme entre 40 et 49 ans: pratiques et opinions des Médecins Généralistes de la Marne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2013.

35. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Santé Publique. 2005;Vol. 17(1):109-19.

36. Boché T. Le médecin généraliste face à la prévention en Picardie, en 2003: à propos d'une enquête par questionnaire sur 480 médecins [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne; 2003.

37. Dynamique d'évolution des taux de mortalité des principaux cancers en France - Ref : RAPMORT10 [Internet]. [cité 23 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Dynamique-d-evolution-des-taux-de-mortalite-des-principaux-cancers-en-France>

38. Ilenko A, Sergent F, Mercuzot A, Zitoun M, Chauffert B, Foulon A, et al. Could Patients Older than 75 Years Benefit from a Systematic Breast Cancer Screening Program? Anticancer Res. 2017;37(2):903-7.

39. Pembele A, Hilal Y. L'impact de la rémunération sur objectifs de santé publique sur la pratique du dépistage du cancer du sein par les médecins généralistes de Paris. Amiens, France: Université de Picardie; 2017.

40. Sabatino SA, Habarta N, Baron RC, Coates RJ, Rimer BK, Kerner J, et al. Interventions to increase recommendation and delivery of screening for breast, cervical, and colorectal cancers by healthcare providers systematic reviews of provider assessment and

feedback and provider incentives. *Am J Prev Med.* juill 2008;35(1 Suppl):S67-74.

41. 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.

42. Brigitte Seradour. Pour ou contre le dépistage du cancer du sein. *Rev Prat Médecine Générale.* janv 2015;Tome 29(933):2.

43. Dépistage du cancer du sein par mammographie : s'informer. *Rev Prescrire.* févr 2015;Tome 35(376):115.

44. Tomietto M, Soyer P, Heitz D, Fauconnier A, Huchon C. Réticences au dépistage organisé du cancer du sein dans les Yvelines.[Internet]. 30 oct 2014 [cité 28 déc 2018]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/934658>

45. Autier Philippe. Dépistage du cancer du sein: les doutes sur son efficacité. *Rev Prat.* 2013;63:9.

46. Paci E, EUROSCREEN Working Group. Summary of the evidence of breast cancer service screening outcomes in Europe and first estimate of the benefit and harm balance sheet. *J Med Screen.* 2012;19 Suppl 1:5-13.

47. Independent UK Panel on Breast Cancer Screening. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Lancet Lond Engl.* 17 nov2012;380(9855):1778-86.

48. Essai clinique cancer Sein/Sein clos aux inclusions [Internet]. [cité 21 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Le-registre-des-essais-cliniques/Le-registre-des-essais-cliniques/Etudes-cliniques/Etude-NOMAT01-etude-observationnelle-visant-a-valider-un-modele-de-prediction-NOMAT-de-desescalade-chirurgicale-chez-des-patientes-ayant-des-lesions-benignes-atypiques-du-sein.-essai-clos-aux-inclusions>

49. Séradour B, Allemand H, Weill A, Ricordeau P. Changes by age in breast cancer incidence, mammography screening and hormone therapy use in France from 2000 to 2006. *Bull Cancer (Paris).* avr 2009;96(4):E1-6.

50. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). *Acta Endosc.* avr 1998;28(2):151-5.

51. ANAES. Opportunité d'étendre le programme de dépistage de cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans [Internet]. 2004

52. Haute Autorité de Santé - Dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans et de 70 à 79 ans en France - Note de cadrage

53. US Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 17 nov2009;151(10):716-26, W-236.

54. Les réponses à vos questions - Dépistage du cancer du sein [Internet]. [cité 19 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Les-reponses-a-vos-questions#toc-qu-est-ce-que-la-tomosynth-se-et-quelle-pourrait-tre-sa-place-dans-le-dispositif-de-d-pistage-organis>
55. Taourel P. Tomosynthèse : hier un luxe, demain une nécessité. /data/revues/22115706/v97i1/S2211570616000357/ [Internet]. 16 mars 2016
56. McDonald ES, Oustimov A, Weinstein SP, Synnestvedt MB, Schnall M, Conant EF. Effectiveness of Digital Breast Tomosynthesis Compared With Digital Mammography: Outcomes Analysis From 3 Years of Breast Cancer Screening. *JAMA Oncol.* 1 juin 2016;2(6):737-43.
57. Institut national du cancer. plan-actions-renov-cancer-sein.pdf [Internet]. Ministère des affaires sociales et de la santé. 2017
58. Collège des médecins généralistes enseignants. Repérage du risque de cancer du sein chez les femmes de 25 ans Pour une prévention globale et adaptée - Janvier 2018.
59. Maillard Christine. Cancer du sein: L'offre de soin mise sur la prévention et le dépistage. *Le concours médical.* oct 2018;Tome 140.
60. Agier MA, Das Neves Domingues L. 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 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes; 2018.
61. Martinaggi C, Pagnier J. 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 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes; 2018.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire adressé aux médecins généralistes

THESE DE DOCTORAT SUR LES PRATIQUES DE DEPISTAGE DES MEDECINS GENERALISTES DES HAUTS-DE-FRANCE EN MATIERE DE CANCER DU SEIN ET SELON LE NIVEAU DE RISQUE DES PATIENTES

Chers confrères, chères consœurs

Je réalise ma thèse de doctorat en médecine générale, avec l'accompagnement de l'URPS Médecins Libéraux Hauts-de-France, sur les pratiques des médecins généralistes en matière de dépistage du cancer du sein, organisé ou individuel, et selon le niveau de risque des patientes.

En effet, si le cancer du sein est un problème de santé publique, le médecin généraliste est le premier lien entre le patient et le monde médical. Il est donc intéressant de savoir comment ce dépistage est pratiqué afin de dégager d'éventuelles améliorations, notamment en fonction des difficultés qui auront été recensées. Bien sûr, plus les réponses seront nombreuses, plus les résultats seront significatifs.

Ce questionnaire est anonyme et ne vous prendra que quelques minutes. Si vous le souhaitez, je pourrais vous communiquer les résultats de cette étude. En vous remerciant par avance du temps que vous prendrez.

Ghizlane Amougay

1, chemin de Longueau
80480 Pont-de-Metz

DONNEES DEMOGRAPHIQUES

1. Etes-vous ? Un homme Une femme
2. Quel âge avez-vous ? _____ ans
3. Depuis combien de temps êtes-vous installé ? _____ ans
4. Département d'exercice ?
 Aisne Nord Oise Pas-de-Calais Somme
5. Vous exercez en milieu ? Urbain Rural Semi-rural
6. Etes-vous titulaire d'une qualification supplémentaire engynécologie?(DIU..) NON OUI, laquelle ? _____
7. Quel est votre mode d'exercice ?
 seul en cabinet de groupe en maison de santé pluridisciplinaire

PRATIQUES CONCERNANT LE DEPISTAGE ORGANISE

8. Pratiquez-vous la palpation mammaire chez vos patientes ?

- NON OUI, à partir de quel âge ? _____
à quelle fréquence ? Tous les 6 mois
 Tous les ans
 Tous les deux ans
 Lors de de la réalisation du FCV
 Lors du renouvellement de
 contraception

9. En consultation, vérifiez-vous que vos patientes ont fait une mammographie dans les deux dernières années ?

- Toujours Souvent Parfois Jamais

10. A quel moment ?

- Lors d'une consultation dédiée
 Lors de la réalisation d'un FCV
 A la demande de la patiente
 Lors d'une plainte de la patiente pour symptôme (nodule, écoulement mamelonnaire, douleur...)
 Sur rappel d'un logiciel informatique
 Autres, _____ précisez :

11. Informez-vous vos patientes sur les balances bénéfiques/risques de la mammographie ?

- Toujours Souvent Parfois Jamais

12. Rencontrez-vous des réticences auprès de vos patientes concernant le dépistage du cancer du sein ?

- Toujours Souvent Parfois Jamais

13. Pour vous, l'acte de dépistage par mammographie est-il efficace ?

- NON OUI Ne Se Prononce Pas

14. Pensez-vous que nous dépistons trop et que nous sur-traitons des lésions qui n'auraient peut-être pas évoluées ?

- NON OUI Ne Se Prononce Pas

15. Au contraire, pensez-vous qu'il serait souhaitable de débiter le dépistage organisé du cancer du sein dans la population générale plus précocement ? Si oui, à partir de quel âge ?

NON OUI, à partir de _____ ans Ne Se
Prononce Pas

16. Etes-vous satisfait de la politique de dépistage du cancer du sein dans votre département ?

Totalement Partiellement Pas du tout
Pourquoi ?

DEPISTAGE INDIVIDUEL

17. Quels éléments vous font envisager un dépistage individuel (une mammographie hors dépistage organisé) à la recherche d'une lésion cancéreuse ? (plusieurs réponses possibles)

- Antécédent d'irradiation thoracique
- Antécédent personne de cancer du sein
- Antécédent de pathologie mammaire bénigne
- Tabagisme
- Obésité
- Première grossesse tardive
- Seins denses
- Antécédents familiaux de cancer du sein 1er degré
- Antécédents familiaux de cancer du sein 2eme degré
- Antécédents familiaux de cancer du sein quel que soit le degré
- Antécédents de mutation BRCA 1 ou 2
- Autre, précisez :

18. Connaissez-vous l'existence des recommandations HAS 2014 relatives au dépistage individuel chez les patientes considérées comme à risque de cancer du sein ?

NON OUI

19. Utilisez-vous le score d'Eisinger (*score familial d'analyse de l'arbre généalogique pour valider l'indication d'une consultation d'oncogénétique et*

envisager une recherche de mutations. Il permet aussi de graduer le risque de prédisposition génétique de cancer du sein en l'absence de mutation familiale identifiée) ?

NON, pourquoi : OUI NE CONNAIT PAS

PAS

- Trop spécialisé
- Trop complexe
- Trop long à utiliser en consultation
- Vous n'en voyez pas l'intérêt
- Autre, précisez :

20. Si vous identifiez un risque élevé ou très élevé chez une patiente :

- Vous suivez la patiente et organisez son dépistage du cancer du sein seul
- Vous l'adrez à un (des) avis spécialisés et organisez un suivi conjoint
Le(s)quel(s) :
 gynécologue oncogénéticien autre,
précisez : _____
- Vous adressez à un confrère et déléguez totalement le suivi

21. Le dépistage individuel du cancer du sein engendre-t-il des difficultés pour vous ?

Toujours Souvent Parfois Jamais

Pourquoi ?

- Niveau de risque trop complexe à établir
- Prend trop de temps en consultation
- Patientes réticentes/non intéressées
- Vous éprouvez une gêne à aborder le sujet chez une patiente jeune
- Autres, précisez : _____

22. Pensez-vous qu'une consultation dédiée à partir de 25 ans (remboursée par la sécurité sociale) pour dépister les facteurs de risques de cancer du sein sera utile ?

NON OUI NE SE PRONONCE PAS

23. Souhaitez-vous être informé des résultats de cette étude ?

NON OUI, courriel :

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

Annexe 2 : Récépissé de déclaration à la CNIL

RÉCÉPISSÉ

Madame AMOUGAY Ghizlane
1 CHEMIN DE LONGUEAU
80480 PONT-DE-METZ

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration

2156411 v 0

du 23 février 2018

A LIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr

Organisme déclarant

Nom : Madame AMOUGAY Ghizlane

Service :

Adresse : 1 CHEMIN DE LONGUEAU

Code postal : 80480

Ville : PONT-DE-METZ

N° SIREN ou SIRET :

Code NAF ou APE :

Tél. : 0770028903

Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : QUESTIONNAIRE DE THÈSE CONCERNANT LA PRATIQUE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SUR LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Fait à Paris, le 23 février 2018
Par délégation de la commission



Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN SELON LE NIVEAU DE RISQUE DES PATIENTES :
PRATIQUES DES MEDECINS GENERALISTES DES HAUTS-DE-FRANCE

Introduction : Le cancer du sein est la néoplasie la plus fréquente chez la femme, en France et dans le monde. Le dépistage est la clé de voute des actions permettant une réduction de la mortalité de cette pathologie. Le médecin généraliste, souvent en première ligne, a un rôle capital dans le dépistage et la prévention. Devant une diminution du taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein depuis deux années consécutives nous nous sommes intéressés aux pratiques des médecins généralistes des Hauts de France concernant le dépistage organisé et individuel du cancer du sein selon le niveau de risque des patientes.

Matériel et méthodes : étude quantitative, descriptive, observationnelle réalisée à partir d'un questionnaire envoyé, avec l'aide de l'URPS à un échantillon de 508 médecins généralistes des Hauts-de-France.

Résultats : Cent quinze questionnaires exploitables ont été recueillis. Deux-tiers des sondés réalisaient la palpation mammaire. Tous les sondés vérifiaient qu'une mammographie avait été réalisée dans les deux dernières années et la plupart d'entre eux exposaient les bénéfices/risques à leurs patientes. Près de la moitié de l'échantillon pense qu'un dépistage avant 50 ans serait justifiable. Cependant le dépistage individuel engendrait des difficultés pour 64% d'entre eux et ils étaient 79% à ne pas connaître les recommandations HAS de 2014.

Discussion : Le dépistage organisé semble maîtrisé. Même si les controverses le concernant poussent à une meilleure information, elles ne remettent pas en cause l'efficacité de la mammographie pour notre échantillon. En revanche le dépistage individuel présentait des lacunes qui pourraient être améliorées.

Conclusion : Une évaluation pertinente des risques individuels permettrait aux généralistes d'adapter les informations et les prescriptions à chaque patiente. Pour cela il est indispensable que les connaissances des recommandations soient à jour et qu'ils aient les bons outils pour réaliser un dépistage ciblé et adapté à chaque patiente. La mise en place d'une consultation dédiée à 25 ans est une piste à suivre.

Mots clés : médecine générale, cancer du sein, dépistage organisé, dépistage individuel, prévention

BREAST CANCER SCREENING ACCORDING TO THE LEVEL OF RISK OF THE PATIENTS :
PRACTICES OF GENERAL PRACTITIONERS IN THE HAUTS-DE-FRANCE

Introduction: Breast cancer is the most common neoplasia to affect women, in France and in the world. Screening is the key to reduce the mortality because of this pathology. The general practitioner, often in the front line, has a vital role in screening and prevention. Facing to decrease in the rate of participation in organized breast cancer screening for two consecutive years, we were interested in the practices of general practitioners in the Hauts-de-France regarding organized and individual breast cancer screening according to the level of risk of the patients.

Material and methods: quantitative, descriptive, observational study carried out from a questionnaire sent, with the help of URPS, to a sample of 508 general practitioners from Hauts-de-France

Results: One hundred and fifteen validated questionnaires were collected. Two-thirds of respondents performed breast palpation. All respondents verified that a mammography had been performed in the past two years and most of them reported the benefits/risks to their patients. Nearly half of the sample think that screening before age 50 would be justifiable. However individual screening engendered difficulties for 64% of them and 79% were not aware of the HAS 2014 recommendations.

Discussion: Organized screening seems to be under control. Even though the controversies surrounding it push for a better information, they do not question the effectiveness of mammography for our sample. On the other hand, individual screening had deficiencies that should be corrected.

Conclusion: A relevant assessment of individual risks would allow general practitioners to tailor information and prescriptions to each patient. In order to do this it is essential that the knowledge of the recommendations is up to date and that they have the right tools to perform a targeted and tailored screening for each patient. The establishment of a consultation dedicated to the 25 year-old women is a track to follow.

Keywords: general medicine, breast cancer, organized screening, individual screening, prevention

