

2018

THÈSE
pour le
**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
GÉNÉRALE**

**Quel suivi sénologique
clinique les médecins
généralistes réalisent-ils
auprès de leurs
patientes ?**

LE POUPOUN Anaïs

Née le 28/11/1989 à Saint Nazaire

Sous la direction de Mme TESSIER-CAZENEUVE Christine

Membres du jury	
Pr FANELLO Serge	Président
Dr TESSIER-CAZENEUVE Christine	Directeur
Pr BARON Céline	Membre
Dr MERCIER Marie Bénédicte	Membre
Dr POITOU Lise	Membre

Soutenue publiquement le :
06 septembre 2018



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e)
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie
HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine

IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérald	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénérérologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophthalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine

BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAIS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLA Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
TANGUY-SCHMIDT Aline	Hématologie ; transfusion	Médecine
TRICAUD Anne	Biologie cellulaire	Pharmacie
TURCANT Alain	Pharmacologie	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane	Informatique	Médecine
AUTRET Erwan	Anglais	Médecine
BRUNOIS-DEBU Isabelle	Anglais	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	Pharmacie Industrielle	Pharmacie

CHIKH Yamina
FISBACH Martine
LAFFILHE Jean-Louis
LETERTRE Elisabeth
O'SULLIVAN Kayleigh

Économie-Gestion
Anglais
Officine
Coordination ingénierie de formation
Anglais

Médecine
Médecine
Pharmacie
Médecine
Médecine

**A Monsieur le Professeur Serge FANELLO,
Aux membres du jury,**

Oui m'a fait l'honneur de présider ce jury.
Madame le Professeur BARON Céline,

Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse
Vous me faites l'honneur de juger ce travail, je vous remercie pour la
reconnaissance pour m'avoir permis de réaliser ce travail.
formation que vous m'avez offerte au cours de mon cursus.

Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon
Je vous remercie pour votre disponibilité, et votre aide tout au long de cette
expérience.
profond respect.

**A Madame le Docteur Christine TESSIER,
Madame le Docteur MERCIER Marie Bénédicte,**

Merci à vous Marie pour m'avoir fait découvrir la gynécologie et pour m'avoir
Pour avoir accepté de diriger ce travail.
appris tant de choses alors que je n'étais qu'une jeune interne.

Je te remercie d'avoir partagé cette épreuve avec moi et de m'avoir aidé tout
Soyez assurée, par ce travail, de ma très respectueuse reconnaissance.
au long de ce travail.

Je te remercie de ta disponibilité, tes conseils précieux et ton soutien. J'espère
Madame le Docteur POITOU Lise,

avoir été à la hauteur de tes attentes.
Merci à toi Lise, pour m'avoir conforté dans mon choix de médecine générale
Trouve ici, l'expression de ma reconnaissance pour toute l'aide que tu m'as
et pour m'avoir traité comme ta semblable.
apportée.
Je souhaite t'exprimer mon profond respect et ma reconnaissance pour tout ce
que tu m'as apporté lors de mon stage ambulatoire de niveau 1.

REMERCIEMENTS

A Willy,

Je ne te remercierais jamais assez de m'avoir suivi lors de mon internat, ce qui fût la plus belle preuve d'amour à mes yeux.

Merci pour toutes ces années où tu m'as soutenue, pour ta patience (et il en faut), tes encouragements, ton aide, ton soutien, et bien sûr ton formidable amour. J'espère être à la hauteur de l'homme exceptionnel que tu es.

Merci d'être le meilleur papa du monde. Je t'aime.

A Jules,

Tu es mon rayon de soleil. Tu m'émerveilles un peu plus chaque jour. Je suis si fière de toi, merci de m'avoir appris à devenir maman. Merci pour tes sourires, ton regard malicieux, et tes éclats de rire qui me font craquer. Tu nous rend si heureux ton papa et moi. Je t'aime tellement !

A ma Maman,

Merci pour tout, sans toi je n'y serais jamais arrivé, tu as été mon pilier ! Merci pour ton amour et ton soutien tout au long de mes études avec ces appels interminables à te raconter les bons et les mauvais moments de ma vie.

REMERCIEMENTS

A mon Papa,

Je te remercie pour les valeurs que tu m'as transmises, pour l'amour que tu me portes, et pour toutes ces innombrables choses qui font ce que je suis aujourd'hui.

A mes frères et sœurs,

J'ai de la chance de vous avoir tous les trois.

Marine, merci de m'avoir supporté depuis notre plus tendre enfance, tu es la grande sœur parfaite et tu as toujours été un soutien important pour moi même si je ne l'ai pas souvent exprimé.

Zoé, en plus d'être ma petite sœur chérie, tu es une colocataire géniale. Je suis si fière que tu fasses les mêmes études que moi. J'espère que tu choisiras la même ville pour voir plus souvent ta bouille.

Erwan, mon tout petit frère est déjà si grand ! A toi de prendre ton envol maintenant ! Saches que j'ai confiance en toi et que je suis fière du jeune homme que tu es devenu.

REMERCIEMENTS

A ma grand-mère,

J'aurais aimé t'avoir à mes côtés ce jour

A mon grand-père,

Tu me fais l'honneur de venir ce jour et tu me rends fière d'avoir abouti ces études.

A ma meilleure amie Camille,

Je t'ai rencontré au début de nos études et nous finissons par habiter à côté, toi marraine de mon fils et moi bientôt marraine de ta fille. Merci pour toutes ces belles années passées avec toi, pour toutes les expériences faites ensemble. Merci d'avoir toujours été là peu importe les circonstances.

A mes plus vieilles amies, Marie, Esther et Solène,

Tant d'évènements nous ont rapprochés.

Marie, « on se connaît depuis la cinquième », et rien n'a changé, merci d'être toujours là pour moi et de me faire autant rire. Je suis trop contente de voir ta petite tête tout l'été !

Esther, malgré la distance, tu resteras une amie importante pour moi. J'ai hâte que toi, ton futur mari et ton futur mini toi débarquent près de chez nous !

Solène, on a grandi ensemble et on fait grandir nos enfants ensemble. Merci de faire en sorte que rien ne change au fil des années. Tu resteras ma sœur d'adoption.

REMERCIEMENTS

Aux angevins, Pauline, Laura, Victoire, Emilie, Thomas, Simon, Alexandre, Pierre, Clément, Sarah, Hubert, Ben,

Merci à vous tous pour toutes ces belles soirées angevines, les anniversaires, les verres au bord de la Maine, les déménagements et crémaillères, les raclettes et barbecues... Encore pleins de jolies choses à vivre ensemble !!

Aux Nantais, et principalement à Anne et Guillaume,

Merci pour toutes ces belles aventures surtout en Afrique du Sud. C'était l'expérience la plus extraordinaire de mon internat.

A mes co-internes et en particulier aux urgentistes, Marine, Maeva, Elisa, Vanessa et Stéphanie,

Merci d'avoir partagé ces superbes moments lors de notre formation et en dehors. Merci pour les rires et les pleurs au cours de nos années d'internat. Il y en aura pleins d'autres j'en suis sûre.

A ma belle famille, Sophie, Dominique et Alexandre,

Je vous remercie de m'avoir intégré dans la famille, et de m'accepter en tant que future Mme FRESNEAU. C'est toujours avec joie que je passe des moments avec vous.

Aux Tourangeaux, Anne, Camille, Antoine, Jérôme, Hugo, Jordan, Quentin,

Merci de m'avoir accepté dans la bande et d'avoir supporté toutes mes histoires médicales. Je n'oublierais jamais votre soutien lors de mon choix d'internat.

Liste des abréviations

Plan

RESUME

INTRODUCTION

METHODES

1. Recrutement et constitution de la cohorte
2. Recueil des données
3. Analyse des données

RESULTATS

1. Analyse descriptive
 - 1.1 Caractéristiques de l'échantillon
 - 1.2 Activités des médecins inclus
 - 1.3 Connaissance et formations
 - 1.4 Les pratiques en matière de dépistage clinique
 - 1.5 Les raisons des MG à réaliser ou non l'examen clinique des seins
2. Analyse comparative
 - 2.1 Suivi des femmes par les MG
 - 2.2 Connaissances et formations
 - 2.3 Les pratiques en matière de dépistage clinique
 - 2.4 Les raisons des MG à réaliser ou non l'examen clinique des seins

DISCUSSION

1. Les forces et les faiblesses de l'étude
 - 1.1 Les forces de l'étude
 - 1.1.1 Sur l'échantillonnage
 - 1.1.2 Sur le questionnaire
 - 1.1.3 Sur la représentativité de l'échantillon
 - 1.2 Les faiblesses de l'étude
 - 1.2.1 Sur l'échantillonnage
 - 1.2.2 Sur le questionnaire
 - 1.2.3 Sur la représentativité de l'échantillon
2. Les résultats principaux
 - 2.1 Recommandations et pratiques françaises actuelles pour le dépistage du cancer du sein
 - 2.2 Limites du DMO par mammographie
 - 2.3 Place et limites du dépistage par ECS
 - 2.4 Conséquences du DMO par la pratique des MG
 - 2.5 Quelle place pour le MG dans le dépistage du cancer du sein ?

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

Introduction : La place de l'examen clinique des seins dans le dépistage du cancer du sein en médecine générale est un sujet peu exploré. Les recommandations françaises actuelles recommandent un examen clinique des seins annuel chez toutes les femmes à partir de 25 ans.

Objectif : L'objectif de ce travail était d'observer le suivi effectué par les médecins généralistes en termes d'examen sénologique clinique, de comparer leurs pratiques avec celles des recommandations françaises et anglo-saxonnes et de cerner les raisons et les freins de ceux-ci à suivre ces recommandations.

Sujet et méthode : Il s'agit d'une enquête quantitative, de cohorte, descriptive et transversale par questionnaire individuel informatisé envoyé par mail aux médecins généralistes de Maine et Loire, Sarthe et Mayenne en janvier 2018.

Résultats : 267 médecins généralistes ont été inclus dans l'étude (taux global de réponse de 28,9%). Trois quarts des MG réalisaient un dépistage clinique annuel et deux tiers le débutaient à partir de 25 ans. Leurs principales raisons à réaliser cet acte de dépistage étaient qu'il s'agit d'une des missions du médecin généraliste mais également l'éducation des femmes à l'autopalpation. Les principaux freins étaient la difficulté de convaincre les patientes et le manque de temps.

Conclusion : La majorité des médecins généralistes suivent les recommandations actuelles françaises mais la place et l'efficacité de l'ECS dans le dépistage du cancer du sein restent floues. La preuve d'un impact dans la mortalité liée au cancer du sein, une plus forte demande de la part des femmes ainsi que des campagnes de prévention impliquant plus les médecins généralistes les inciterait davantage à réaliser ce dépistage.

INTRODUCTION

La place de l'examen clinique dans le dépistage du cancer du sein en médecine générale est un sujet peu exploré, contrairement à celle des examens complémentaires, en particulier la mammographie. En France, les femmes éligibles au dépistage organisé sont âgées de 50 à 74 ans sans symptôme apparent, ni facteur de risque de cancer du sein. Elles sont invitées par courrier tous les 2 ans à faire le dépistage du cancer du sein par une mammographie analogique ou numérique couplée à un examen clinique et complétés éventuellement par une échographie.

Selon les recommandations françaises de la Haute autorité de Santé (HAS) de 2015, un examen clinique annuel des seins (ECS) est recommandé chez toutes les femmes à partir de 25 ans ⁽¹⁾.

En effet, 17 % des cancers du sein sont dépistés entre 2 mammographies de dépistage organisé : il s'agit de cancers à croissance rapide dits « de l'intervalle ». Par ailleurs, selon la HAS, 22% des cancers du sein sont diagnostiqués chez des femmes avant 50 ans sans contexte génétique connu ⁽¹⁾. Enfin, certaines formes de cancers échappent à la détection par la mammographie, notamment la maladie de Paget du mamelon qui débute par une anomalie cutanée. Un certain nombre de ces types de cancers peuvent être accessibles à un dépistage clinique.

A contrario, il a été démontré qu'environ 6% des femmes indemnes de cancer du sein ont un examen clinique faussement alarmant. Cet examen clinique peut être jugé intrusif et source d'angoisse par la femme. Ainsi, certains pays, ont modifié leurs recommandations et leurs pratiques. Depuis 2001, le Groupe

d'Etudes Canadien pour les Soins de Santé Préventifs (GECSSP) recommande de ne plus effectuer systématiquement l'ECS seul ou en association avec une mammographie ⁽²⁾. Aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, certaines sociétés savantes comme l'American Cancer Society ⁽³⁾ recommandent un examen sénologique clinique tous les 3 ans entre 20 et 40 ans puis tous les ans à partir de 40 ans. Ces différents pays ont des niveaux de vie, de proportion de facteurs de risque de mortalité par ce cancer et d'accès aux soins et aux dépistages comparables à ceux de la France. Leur pratique de dépistage clinique diffère mais leur taux d'incidence du cancer du sein est similaire à celui relevé en France.

Il était donc intéressant d'interroger les médecins généralistes sur leur pratique de dépistage clinique du cancer du sein chez les femmes qu'ils suivent, en dehors de tout Dépistage de Masse Organisé (DMO) par mammographie.

L'objectif principal de ce travail était d'observer le suivi effectué par les médecins généralistes en termes d'examen sénologique clinique de dépistage. Les objectifs secondaires étaient d'une part, de comparer les pratiques des médecins généralistes aux recommandations françaises et anglo-saxonnes et de cerner les raisons et les freins des médecins généralistes à suivre ces recommandations.

SUJETS ET METHODES

Il s'agit d'une enquête quantitative, de cohorte, descriptive et transversale par questionnaire individuel informatisé anonyme envoyé par mail aux médecins généralistes de Maine et Loire, Sarthe, et Mayenne.

L'objectif principal était donc d'observer le suivi effectué par les médecins généralistes en termes d'examen sénologique clinique de dépistage.

Les objectifs secondaires étaient de comparer les pratiques des médecins généralistes aux recommandations et de cerner les causes d'éventuelles différences.

1. Recrutement et constitution de la cohorte

Les critères d'inclusion étaient :

- Etre médecin généraliste en activité et installé
- Etre installé dans les départements du Maine et Loire, de la Sarthe ou de la Mayenne
- Avoir une activité ambulatoire prédominante.

Les critères de non inclusion étaient :

- L'absence d'adresse électronique valide
- L'absence de réponse au questionnaire malgré la relance.

Les critères d'exclusion étaient :

- Etre médecin généraliste « à Exercice Particulier » (MEP)
- Etre médecin généraliste à activité spécifique (angiologie, allergologie...)

- Avoir une activité essentiellement salariée

Les Conseils de l'Ordre de chaque département ont été sollicités pour le recrutement. En Mayenne, le questionnaire avec le mail d'introduction a été directement transféré aux médecins généralistes ; en Sarthe et en Maine et Loire, le conseil de l'Ordre a fourni à l'enquêtrice la liste des adresses électroniques des médecins généralistes.

922 médecins généralistes ont été inclus : 187 en Mayenne, 533 en Maine et Loire et 227 en Sarthe.

19 médecins n'ont pas été inclus du fait d'une adresse électronique non valide.

6 médecins ont été exclus en Maine et Loire du fait de leur activité (4 angiologues, 1 allergologue et 1 toxicologue).

Le premier envoi a permis d'obtenir 203 questionnaires soit 21,9% de réponses. La relance a permis d'avoir 64 questionnaires supplémentaires. Le taux global de réponse à l'enquête est donc de 28,9% (n=267).

2. Recueil des données

Le questionnaire a été élaboré à partir des données de la littérature et des hypothèses formulées. Il comportait 28 questions fermées, complétées par 2 questions ouvertes afin de limiter le temps de remplissage à 5 minutes et ainsi améliorer le taux de réponses. (Annexe 1)

Il a été réalisé à l'aide de l'outil Google Form® permettant une diffusion rapide par voie électronique auprès de l'échantillon recruté et une récupération au fur et à mesure des données, limitant le risque d'erreur liée à une saisie manuelle.

Il a permis également de créer une base de données sous un format Microsoft Excel®.

Un pré-test a été réalisé 1 mois avant l'envoi définitif auprès de 5 médecins généralistes non installés, afin d'ajuster la formulation des questions et d'en connaître le temps de remplissage.

Le questionnaire a ensuite été diffusé aux médecins généralistes des trois départements par voie électronique courant janvier 2018, accompagné d'un mail présentant l'étude et précisant la durée de remplissage du questionnaire.

Un mail de relance a été envoyé 1 mois après le premier aux médecins n'ayant pas répondu au questionnaire.

3. Analyse des données

Les réponses ont été saisies directement via le logiciel Google Form® permettant de créer une base de données sous un format Microsoft Excel®. L'analyse descriptive et comparative des données a été réalisée à l'aide du logiciel Google Sheets®, et l'analyse significative des données à l'aide de la Platform BIOSTAT TVG®. Le test du Chi2 a été utilisé ou le test exact de Fisher pour les données de plus faible valeur.

RESULTATS

1. Analyse descriptive

267 médecins généralistes ont été inclus dans l'étude

1.1 Caractéristiques de l'échantillon

Presque autant de femmes (55%, n=147) que d'hommes (44,9%, n=120) ont répondu au questionnaire.

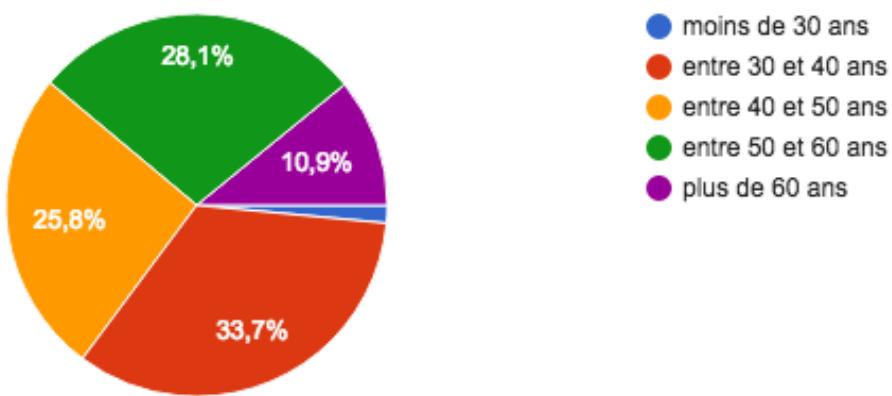


Figure 1 : Age des médecins de la cohorte

Notre échantillon était constitué à 87,64% de médecins âgés de 30 à 60 ans, répartis de manière harmonieuse : 33,7% de médecins entre 30 et 40 ans (n=90), 28,1% de médecins entre 50 et 60 ans (n= 75) et 25,8% de médecins entre 50 et 60 ans (n=69). Ils étaient 10,9% (n=29) à être âgés de plus de 60 ans. Très peu de médecins de moins de 30 ans ont répondu (n=4).

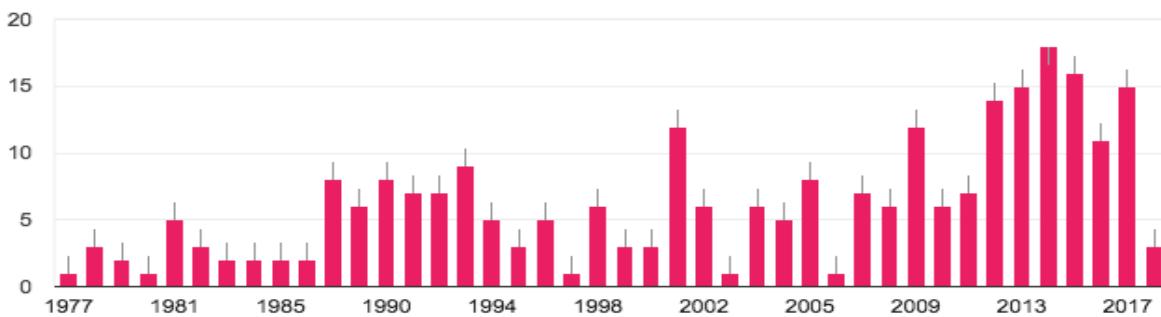


Figure 2 : Année d'installation des médecins de la cohorte

La médiane de l'année d'installation des médecins ayant répondu était 2005.

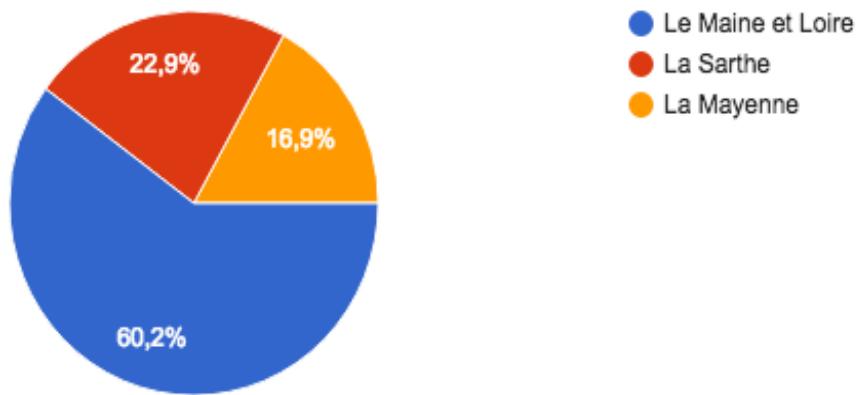


Figure 3 : Répartition départementale des médecins

La majorité des médecins (60,2%, n=160) ayant répondu au questionnaire exerçait en Maine et Loire.

Presque la moitié d'entre eux (44,6%, n=119) exerçaient en cabinet de groupe composé uniquement de médecins généralistes. Plus d'un tiers exerçait en groupe en cabinet multidisciplinaire (39,7%, n=106). Enfin, 16,5% (n=44) des médecins interrogés exerçait seuls.

Les modes d'exercices se répartissaient de façon équivalente entre le rural (33,7%, n=90), semi-rural (32,6%, n=87) et urbain (33,7%, n=90).

Moins de la moitié des médecins étaient maitres de stage (45,7%, n=122).

Plus de 2/3 des médecins (68,7%, n=182) généralistes déclaraient ne pas avoir de système de rappel informatique permettant de ne pas omettre cet examen clinique des seins.

1.2 Activités des médecins inclus

La majorité des médecins (52,3%, n=139) disaient réaliser plus de 100 consultations par semaine. 41,4% (n=110) réalisaient entre 50 et 100 actes par semaine.

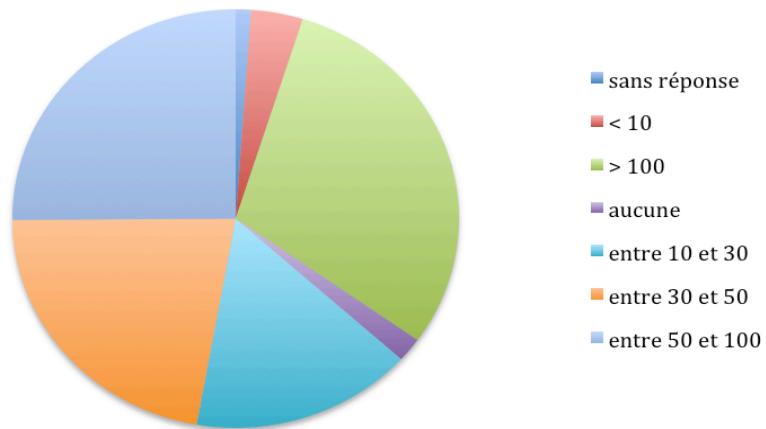


Figure 4 : Nombre de femmes suivies par les médecins généralistes au niveau gynécologique

Presque un tiers des médecins (30,3%, n=80) suivaient plus de 100 femmes sur le plan gynécologique, 25,4% (n=67) en suivaient entre 50 et 100, 22,3% (n=59) en suivaient 30 et 50. Peu de médecins (5,6%, n=15) en suivaient moins de 10 voire aucune.

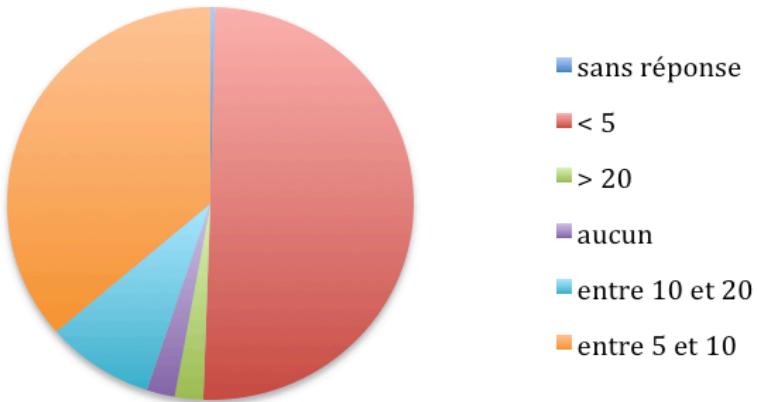


Figure 4 : Nombre d'examens gynécologiques hebdomadaires

La moitié d'entre eux (50,4%, n=134) faisaient moins de 5 examens gynécologiques hebdomadaires, et un tiers (36,5%, n=97) en réalisaient entre 5 et 10 par semaine.

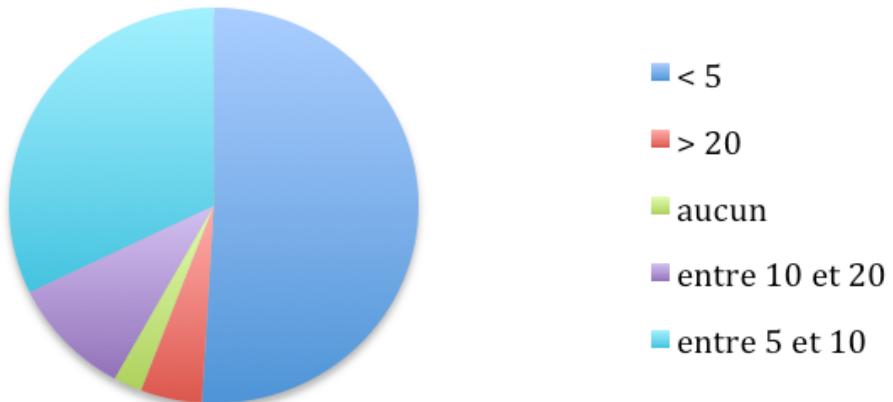


Figure 5 : Nombre d'examens cliniques des seins hebdomadaires

Les chiffres étaient comparables en ce qui concernait le nombre d'examen clinique des seins par semaine : ils étaient 50,9% (n=136) à en réaliser moins de 5 par semaine et 32,2% (n=86) à en faire entre 5 et 10. Ils étaient 14,6%

à faire plus de 10 ECS hebdomadaire (9,7% (n=26) entre 10 et 20 et 4,9% (n=13) plus de 20 par semaine).

1.3 Connaissances et formations

Presque 7 médecins sur 10 (68,2%, n=182) se sentaient bien informés sur le dépistage du cancer du sein et ils étaient 23,2% (n=62) à se considérer parfaitement informés. Un seul médecin se sentait mal informé.



Figure 6 : Type de formations suivies par les médecins généralistes

Un tiers (33% ; n=88) des médecins déclaraient ne pas avoir eu de formation sur le dépistage du cancer du sein, 30% (n=79) avoir eu une formation théorique et 22% (n=59) une formation pratique avec apprentissage du geste. Enfin 12% (n=33) déclaraient avoir un DIU de gynécologie.

Un peu moins de la moitié des médecins (46,6%, n=124) pensaient que leurs patientes étaient bien informées sur le dépistage manuel du cancer du sein.

Presque autant (43%) pensaient qu'elles étaient moyennement (n=93) ou mal (n=22) informées.

1.4 Les pratiques des généralistes en matière de dépistage clinique

205 médecins (76,9%) déclaraient réaliser un dépistage clinique annuel.

Les médecins disaient réaliser l'examen clinique des seins prioritairement à la demande de la patiente (72,2%, n=192), mais aussi à chaque renouvellement de pilule (64,3%, n=171), et à chaque frottis (34,6%, n=92). Parmi les médecins ayant répondu « à chaque frottis soit une fois tous les 3 ans », 70,6% (n=65/92) avait également répondu « à chaque renouvellement de pilule ». Certains (15%, n=40) le réalisaient grâce à un rappel de leur système informatique.

La majorité des généralistes (66,2%, n=176) commençaient à réaliser cet examen dès 25 ans, les autres le débutant plus tard : 10,2% (n=27) à 30 ans et 6% (n=16) à partir de 40 ans. Seuls 15 médecins le réalisaient dès la prescription de la pilule.

Les médecins disaient débuter l'ECS à 25 ans car, à cet âge, ils voyaient la patiente pour l'éduquer à l'autopalpation et réaliser le premier frottis cervico-utérin de dépistage. La découverte de cancer du sein chez des femmes jeunes étaient aussi une de leur motivation pour débuter l'ECS dès 25 ans.

La majorité des interrogés (63,8%) avait déjà détecté une tumeur lors d'un dépistage systématique.

Plus de la moitié des généralistes (54%) ne pratiquaient pas d'examen des seins lorsque la patiente était suivie par un gynécologue. Les raisons principales (question ouverte) étaient : « *Pour éviter la redondance de l'examen* », « *Il s'agit d'un examen intrusif et donc inutile de le faire plusieurs fois* », « *Manque de temps* ».

Les raisons principales des médecins qui le pratiquaient quand même (question ouverte) étaient : « *L'esprit systématique* », « *Cela fait partie de l'examen clinique* », « *Parce que je suis médecin généraliste et donc responsable de tous les organes de la patiente* », « *Rassurant* », « *Je reparle de l'autopalpation* », « *Si le rendez-vous annuel par le gynécologue n'est pas fait* », « *Rendez-vous trop espacé chez le gynécologue et difficile à avoir* », « *Certains gynécologues ne le font pas* », « *Seulement sur la demande de la patiente si découverte d'une anomalie* », « *Parce que le spécialiste ne m'écrit que très rarement un courrier me précisant qu'il a réalisé ce suivi* ».

Plus des deux tiers des généralistes (n=221) réalisaient un examen clinique des seins entre 2 mammographies chez les femmes entre 50 et 74 ans. Ils étaient 27,7% (n=74) à penser que la mammographie est préférable à l'examen clinique, 39,7% (n=106) que l'ECS est préférable à la mammographie et 25,8% (n=69) que ces deux examens sont complémentaires.

1.5 Les raisons des MG à réaliser ou non l'examen clinique des seins

La moitié des médecins (50,6%) interrogés disaient ne pas être dissuadés de réaliser l'ECS.

Les principales raisons qui incitaient les généralistes à le pratiquer étaient :

- Qu'il s'agit d'une des missions du médecin généraliste pour la majorité (85.9%) et que c'est leur rôle en tant que maillon de Santé publique pour 58.4%
- L'opportunité d'éduquer les patientes à l'autopalpation 76%
- L'idée que ce dépistage clinique diminuait la mortalité liée au cancer du sein : 34.4%

Certains commentaires des médecins sont à souligner : « *Parfois seul dépistage chez les patientes en refus de mammographies* », « *J'en ai détecté plusieurs, parfois 3 mois après une mammographie normale* ».

Les raisons principales qui dissuadaient les praticiens de pratiquer l'examen clinique des seins étaient :

- La difficulté de convaincre les patientes : 30,5%
- Le manque de temps : 25,3%
- Le fait de ne pas se sentir à l'aise et se sentir exclus du dépistage, les patientes étant convoquées par l'organisme de prévention, pour une minorité : 8,2%.

Moins de 15 MG ont sélectionné les autres propositions : absence de rémunération, absence de formation, connaissances des recommandations anglo-saxonnes, rôle des gynécologues, préférence de confier ses patientes aux radiologues, n'avoir jamais détecté de tumeur maligne lors d'un examen systématique.

Les raisons principales qui inciteraient les MG à pratiquer davantage l'examen étaient :

- Une plus forte demande et motivation des patientes : 63.9%
- Des campagnes de prévention les impliquant davantage : 41,6%.
- La preuve d'un impact dans la mortalité liée à ce cancer : 39,1%.
- Une rémunération complémentaire pour 11,3% d'entre eux.

D'autres propositions ont été faites : « *Une meilleure formation* », « *Du temps* », « *Une consultation dédiée* », « *Un rappel systématique de mon logiciel* ». Un médecin remarque : « *Ce questionnaire me fait réaliser que je ne le propose pas aux femmes sans contraception. L'examen gynéco est indispensable pour la contraception, mais pas uniquement* ».

2. Analyse comparative

2.1 Suivi gynécologique des femmes par les médecins généralistes

Les généralistes femmes suivaient davantage leurs patientes sur le plan gynécologique.

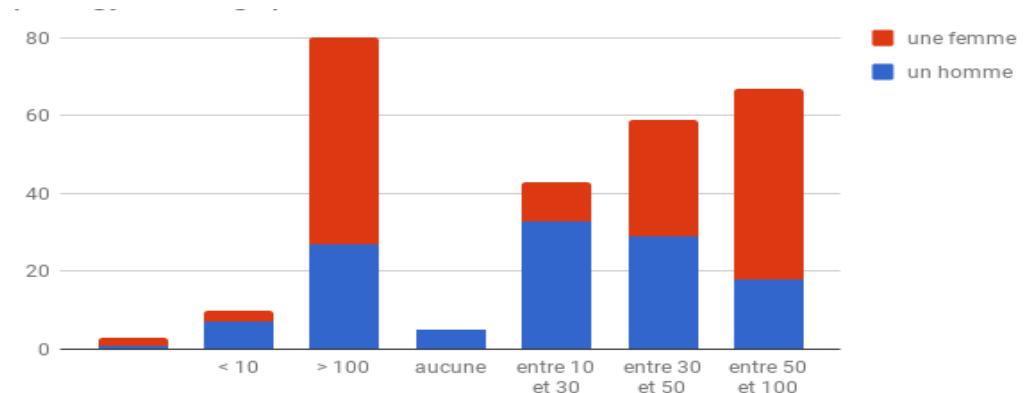


Figure 7 : Nombre de femmes suivies au niveau gynécologique en fonction du genre du médecin

En effet elles étaient 69,4% (n= 102/147) à suivre plus de 50 de leurs patientes versus 37,5% (n=45/120) pour les médecins hommes ($p<0,05$ ($p=1,88 E-7$)).

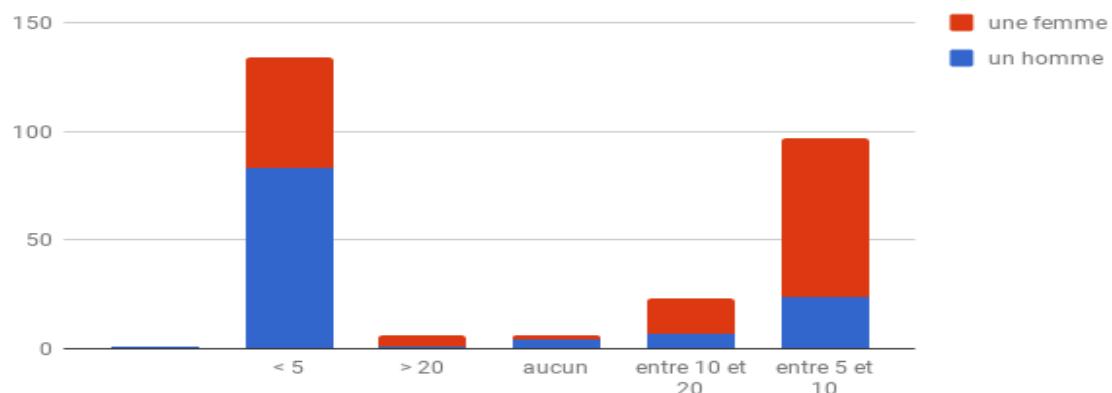


Figure 8 : Nombre d'examens gynécologiques hebdomadaires en fonction du genre du médecin

Les généralistes femmes pratiquaient également davantage d'examens gynécologiques : 63,9% d'entre elles (n=94/147) déclaraient en réaliser plus de 5 par semaine alors que 73,3% des médecins généralistes hommes (n=88/120) déclaraient en réaliser moins de 5 ($p<0,05$ $p=1,28 E-9$).

Le corolaire en est la plus grande fréquence des examens cliniques des seins par les médecins généralistes femmes : 58,5% d'entre elles (n=86/147) disaient pratiquer plus de 5 palpations hebdomadaires versus 32,5% pour leurs collègues masculins (n=39/120) ($p<0,05$ ($p=2,28 E-5$)).

Les médecins généralistes âgés de plus de 50 ans suivaient significativement plus leurs patientes sur le plan gynécologique : 38,5% d'entre eux (n= 40/104) versus 25% des médecins de moins de 50 ans (n=40/160) ($p=0,02$).

Ils réalisaient davantage d'examens gynécologiques : 55,3% d'entre eux (n=57/103) en réalisaient plus de 5 par semaine, versus 42,3% des moins de 50 ans (n=69/163) (p=0,04), et également davantage d'examen clinique des seins : 60,6% des plus de 50 ans (n=63/104) versus 38% des moins de 50 ans (n=62/163) réalisaient plus de 5 ECS hebdomadaires (p= 0,0003).

Il n'y avait aucune différence significative entre les 3 départements quant au nombre de femmes suivies sur le plan gynécologique par les généralistes : 56% des MG de Mayenne, 56% des médecins de Sarthe et 54% des médecins de Maine et Loire suivent plus de 50 femmes sur le plan gynécologique. Un peu plus de la moitié des médecins généralistes interrogés déclaraient réaliser moins de 5 examens gynécologiques par semaine quel que soit le département où ils exerçaient (57.8% en Mayenne, 49.2% en Sarthe et 52.2% en Maine et Loire).

Par contre, les médecins en Sarthe étaient plus nombreux (59% ; n=36/61) qu'en Mayenne (42,2% ; n=19/45) et en Maine et Loire (43,5% ; n=70/161) à pratiquer plus de 5 examens cliniques des seins par semaine (p=0,03). C'est également dans ce département que le plus de médecins généralistes déclaraient avoir détecté une tumeur lors d'un examen systématique des seins : 80,3% (n=49/61) des MG sarthois, versus 51,1% (n=23/45) des MG mayennais et 60,2% (n=97/161) des MG de Maine et Loire (p=0,004).

Les médecins généralistes maîtres de stage déclaraient suivre davantage de femmes sur le plan gynécologique et 54,9% des MSU (n=67/122) versus 41,4% des non MSU (n=60/145) pratiquaient plus de 5 examens

gynécologiques par semaine ($p=0,02$). Ils étaient 52.5% des MSU à déclarer réaliser plus de 5 ECS hebdomadaires versus 42.1% des non MSU, cette différence n'étant pas statistiquement significative ($p=0.09$).

2.2 Connaissances et formations

Le genre du médecin, son âge ou le fait d'être maître de stage n'intervenait pas de manière significative dans ses connaissances sur le dépistage du cancer du sein : 72,1% (106/147) des femmes médecins versus 63,3% (n=76/120) des hommes médecins ($p=0,12$), 92,2% des 30-40 ans, 84% des 40-50 ans, 94,6% des 50-60 ans bien ou parfaitement informés, 91.8% des maîtres de stage versus 91% des non maîtres de stage ($p=0,8$).

Il en était de même pour les connaissances des recommandations françaises : 25% des MG hommes (n= 30/120) versus 32,6% des MG femmes (n= 49/147) ($p=0,17$), 30,3% (n=37/122) des maîtres de stage et 28,3% (n=41/145) des non maîtres de stage. Les MG hommes étaient un peu plus nombreux à connaître les recommandations anglo-saxonnes : 8,3% (n= 10/120) versus 4.1% des femmes, (n=6/147) ($p=0,14$) mais la connaissance de ces recommandations était surtout liée à l'âge : 9,6% des MG de plus de 50 ans (n=10/104) versus 3,7% des moins de 50 ans (n=6/163), ($p=0,046$). Le fait d'être maître de stage n'entraînait pas de différence de connaissances vis-à-vis des recommandations anglo-saxonnes.

Les cancers de l'intervalle étaient plutôt bien connus des médecins généralistes hommes comme femmes (70% des MG hommes (n=84) versus 74,1% des MG femme (n=109), p=0,45) et quel que soit leur âge.

Le genre du médecin n'influençait pas sa formation sauf en ce qui concerne la validation d'un DIU de gynécologie : 16,3% des MG femmes (n=24/147) versus 7,5% des MG hommes (n=9/120) (p=0,03). L'âge et le fait d'être maître de stage ne modifiaient pas le fait d'avoir suivi ou non une formation complémentaire. Les médecins généralistes non maîtres de stage étaient plus nombreux à déclarer avoir suivi un DIU de gynécologie sans que cette différence soit statistiquement significative : 13.1% des non MSU versus 11.5% des MSU (p= 0.7).

Quel que soit leur genre ou leur tranche d'âge, la moitié des médecins interrogés pensaient leurs patientes bien voire parfaitement informées quant au dépistage manuel du cancer du sein.

2.3 Les pratiques des généralistes en matière de dépistage clinique

Environ les deux tiers des médecins généralistes hommes comme femmes commençaient le dépistage clinique mammaire à partir de 25 ans : 62,5% des hommes (n=75/120) versus 68,7% des femmes (n=101/147), (p=0,29). Les médecins hommes débutaient plus fréquemment le dépistage à partir de 40 ans (10% des MG hommes (n=12/120) versus 3,4% des MG femmes (n=5/147) p=0,03). Plus de médecins femmes débutaient l'ECS dès la prescription d'une contraception (8,1% des femmes (n=12/147) versus 2,5%

des hommes (n=3/120), p=0,045). De même, les médecins généralistes femmes réalisaient significativement plus l'ECS à chaque renouvellement de pilule (78,9% de femmes, n=116/147 / 45,8% d'hommes, n=55/120 ; p< 0,05 (p=2,1 e-8)).

L'âge du praticien n'intervenait pas dans l'âge de début de surveillance des femmes par ECS, la majorité des généralistes la débutant à 25 ans. Les médecins de moins de 50 ans réalisaient plus souvent l'ECS à la demande de la patiente (74.2%, n= 121/163, versus 68.3% n= 71/104, p=0.3).

Parmi les généralistes débutant le dépistage par ECS à partir de 30 ans, les médecins non maîtres de stage le commençaient plus souvent à partir de l'âge de 30 ans : 13,1% des non MSU (n=19/145) versus 7.4% des MSU (n=9/122) (p=0.04).

Lorsque leur patiente était suivie par un gynécologue, les généralistes quel que soit leur genre pratiquaient régulièrement un ECS de dépistage pour la moitié d'entre eux : 47,5% d'hommes versus 44,2% de femmes (p=0,66). Les médecins de plus de 50 ans réalisaient dans ce cas plus de suivi que leurs plus jeunes confrères : 65% des plus de 50 ans (n=67/103) versus 34% des moins de 50 ans (n=55/162) (p< 0,05) (p=7,4 e-7).

De même, les pratiques différaient en fonction département d'exercice : 63,9% des MG sarthois (n=39/61) versus 26,6% des MG mayennais (n=12/45) et 44,1% des MG de Maine et Loire (n=71/161) (p=0,0006) réalisaient un dépistage clinique chez les patientes suivies également par un gynécologue.

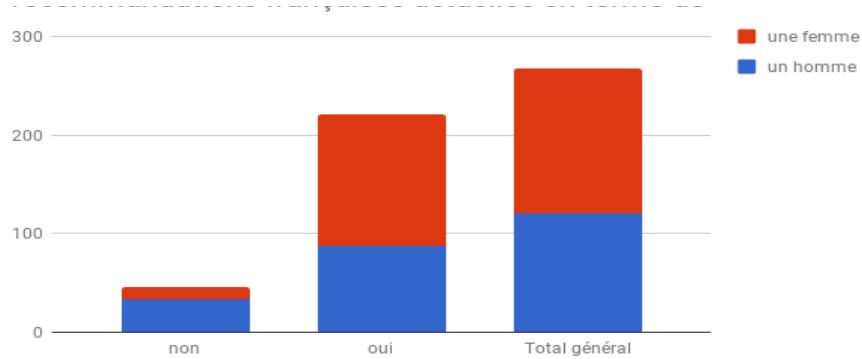


Figure 9 : Poursuite d'un ECS annuel pour les femmes participant au DMO en fonction du genre du médecin

Pour les patientes de plus de 50 ans, réalisant correctement leurs mammographies tous les 2 ans, les médecins généralistes femmes réalisaient significativement plus d'ECS entre 2 mammographies que leurs collègues hommes : 72,5% médecins hommes (n=87/120) versus 91,1% de médecins femmes (n=134/147), ($p < 0.05$, $p=5,97 \times 10^{-5}$). L'âge en revanche n'entraînait pas de différence de pratique : 83,6% des plus de 50 ans (n=87/104) versus 82,2% des moins de 50 ans (n=134/163). $P = 0,7$.

Le corolaire était que les médecins hommes pensaient la mammographie préférable à l'ECS en termes de dépistage : 35% des MG hommes (n=42/120) versus 21,7% des MG femmes (n=32/147) ($p=0,02$), tandis que les MG femmes considéraient les deux examens comme complémentaires : 30,6% (n=45/147) de MG femmes versus 20% (n=24/120) de MG hommes ($p=0,048$). L'âge du médecin n'influait pas son choix en termes de dépistage : 42,33% (n=69/163) des moins de 50 ans, et 30,83% (n=37/104) des plus de 50 ans ne pensaient pas la mammographie préférable à l'ECS en termes de dépistage.

Les MG de Sarthe réalisaient significativement plus d'ECS entre 2 mammographies que leurs collègues des 2 autres départements : 83%, (n=51/61) des MG sarthoise versus 86,9% des MG angevins (n=140/161) et 66,7% des MG mayennais (n=30/45), (p=0,006).

2.4 Les motivations des généralistes à réaliser un dépistage clinique

Les généralistes femmes déclaraient davantage ne pas être dissuadées de réaliser l'ECS : 51,7% des généralistes femmes (n=76/147) versus 35% des généralistes hommes (n=42/120), (p=0,006). Les médecins généralistes hommes soulignaient avoir plus de difficultés à convaincre les patientes de réaliser cet examen : 39,2% des MG hommes (n=47/120) versus 16,3% des MG femmes (n=24/ 147) (p=0,0000264). 14 hommes et 5 femmes déclaraient ne pas se sentir à l'aise pour proposer cet examen, tandis que 13 hommes et 6 femmes disaient se sentir exclus du processus de dépistage, les patientes étant convoquées par l'organisme de prévention. 34 médecins n'avaient pas répondu du tout à cette question (23 femmes et 11 hommes).

Les médecins âgés de moins de 50 ans (56,2% ; n=82/146) se disaient moins dissuadés à pratiquer l'examen clinique des seins que les médecins âgés de plus de 50 ans (41,4% ; n=36/87), (p=0,03), alors même qu'ils déclaraient avoir plus de difficultés (39,1%, n=34/87) à convaincre leurs patientes de faire cet examen que leurs collègues plus âgés (25,3% ; n=37/146), (p=0,03).

A noter qu'il y avait autant de médecins dans chaque catégorie d'âge qui n'avaient pas répondu à cette question (n=17 chez les moins de 50 ans et n=17 chez les plus de 50 ans).

Les médecins femmes étaient plus nombreuses à penser que le dépistage par l'examen clinique des seins était une de leur mission : 90,5% des MG femmes, n=133/147 versus 76,7% des MG hommes, n=92/120, (p=0.02), tandis que leurs collègues masculins étaient plus nombreux à penser que cet examen de dépistage diminuait la mortalité liée au cancer du sein : 40% des MG hommes (n=48/120) versus 28,5% des MG femmes (n=42/147), (p=0,048). 5 médecins interrogés (1 homme et 4 femmes) n'ont pas répondu à cet item.

Une grande majorité des médecins généralistes quel que soit leur âge considéraient de leur mission de réaliser ce dépistage clinique (88% des moins de 50 ans et 82.7% des plus de 50 ans, p=0,2). Les médecins généralistes de plus de 50 ans y voyaient l'occasion d'éduquer leurs patientes sur l'autopalpation des seins (72.2% des plus de 50 ans versus 81.7% des plus de 50 ans, p=0.07). De même, les médecins de plus de 50 ans étaient plus nombreux (41.3% versus 29.7%) à penser qu'ils pouvaient ainsi concourir à la diminution de la mortalité par cancer du sein, sans que cette différence soit statistiquement significative (p=0,053).

Les médecins hommes déclaraient de manière significative qu'ils pratiqueraient davantage un dépistage clinique si leurs patientes exprimaient une plus forte demande : 66,7% de MG hommes (n=80/120) contre 48,9% de MG femmes (n=72/147) (p=0,03) et si les campagnes de prévention les impliquaient plus : 45,8% des MG hommes (n=55/120) versus 30% des MG femmes (n=44/147) (p = 0,007).

De même, les deux tiers des médecins généralistes quel que soit leur âge déclaraient qu'une plus forte motivation de la part des patientes les inciterait davantage à réaliser ce dépistage (64.6% des moins de 50 ans et 62.8% des plus de 50 ans, $p=0.7$). Un tiers seulement des moins de 50 ans (34%) disaient pouvoir être incités par des campagnes de prévention les impliquant davantage alors que la majorité (53.2%) de leurs collègues de plus de 50 ans déclaraient y être plus sensibles ($p=0,003$).

De façon presque équivalente : plus de 6 hommes/femmes sur 10 (65,8% d'hommes versus 61,2% de femmes ; $p=0,5$) ont déjà détecté une tumeur à fortiori maligne lors d'un dépistage systématique.

Il y avait significativement ($p=5,6$ E-6) plus de médecins âgés de plus de 50 ans (80,6% ; $n=83/103$) que de médecins de moins de 50 ans (53,1% ; $n=86/162$) qui ont déclaré avoir déjà détecté une tumeur lors d'un dépistage systématique.

DISCUSSION

Cette étude avait pour but de faire l'état des lieux des pratiques de l'ECS de dépistage par les médecins généralistes de trois départements français.

1. Forces et faiblesses de l'étude

1.1 Les forces de l'étude

1.1.1 Sur l'échantillonnage

La principale force de cette étude était le taux de réponse : 28,9% permettant d'analyser 267 questionnaires.

1.1.2 Sur le questionnaire

Les questions à réponses libres ont permis d'éclairer les données de l'analyse quantitative en précisant certaines réponses.

1.1.3 Sur la représentativité de l'échantillon

Concernant la pratique de l'examen gynécologique en général et de l'ECS en particulier, les MG femmes de notre cohorte réalisaient significativement plus d'actes de gynécologies (plus de 5 par semaine pour 63,9% d'entre elles), ce qui est conforme à plusieurs études ^(4,5) dont l'une récente (2016) de l'Observatoire de la Santé réalisée en Pays de la Loire ⁽⁴⁾ où 77% des généralistes femmes réalisent un examen clinique des seins au moins une fois par semaine versus 55% des généralistes hommes. De même, les femmes MG de notre échantillon ont été plus nombreuses à suivre une formation complémentaire longue (DIU de gynécologie) ^(4,5).

1.2 Les faiblesses de l'étude :

1.2.1 Sur l'échantillonnage

Un biais de sélection est probable : les études déclaratives par mailing ne permettent pas une sélection aléatoire des participants. Les médecins les plus intéressés par le sujet ont sans doute davantage répondu.

1.2.2 Sur le questionnaire

Les questions à choix multiples ont abouti à des sous-groupes de faible ampleur, limitant la portée statistique des réponses.

Rétrospectivement, malgré les prétests effectués, certaines questions pouvaient entraîner une confusion entre les ECS de dépistage et les ECS de diagnostic. Ainsi, l'item : « A quelle occasion pratiquez-vous cet examen ? » entraînait le plus souvent la réponse : « à la demande de la patiente ». Cette réponse semblerait plutôt correspondre à une consultation dont le motif relevait d'une inquiétude de la patiente ayant découvert une lésion qu'à une consultation de dépistage systématique. Il en est de même avec la question : « Avez-vous déjà détecté une tumeur à fortiori maligne lors d'un dépistage systématique ? ».

1.2.3 Sur la représentativité de l'échantillon

Selon les données nationales du Conseil de l'Ordre des Médecins⁽⁶⁾, en France entière, au 1^{er} janvier 2016, les médecins inscrits en activité régulière au tableau de l'Ordre des médecins sont âgés de plus de 50 ans pour 60,7% et de moins de 50 ans pour 39,3%. Dans notre échantillon ils étaient 39% de plus de 50 ans et 61% âgés de moins de 50 ans.

De même en ce qui concerne le genre du médecin : 54% des généralistes sont des hommes et 46% des femmes au niveau national, et 51,8% des généralistes (n=2375) sont des hommes et 48,2% (n=2203) des femmes en Pays de la Loire⁽⁶⁾. Notre échantillon lui comprenait davantage de femmes (55%) que d'hommes (44.9%). Il n'était donc pas représentatif en termes de genre et d'âge de la population nationale et régionale des médecins généralistes. Ceci étant sans lien au recrutement non aléatoire des participants.

2. Les résultats principaux

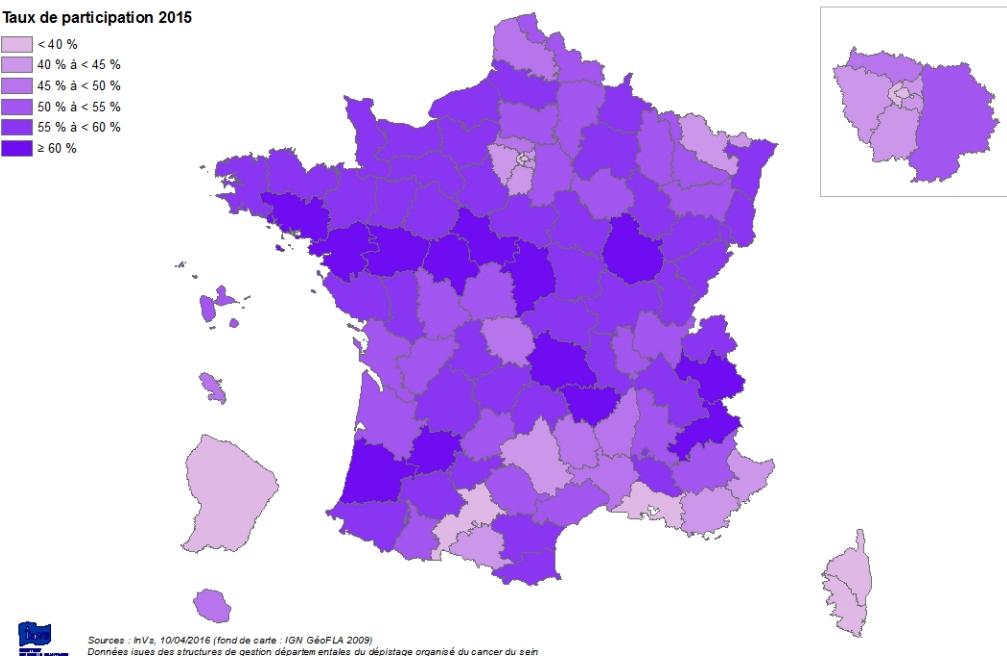
2.1 Recommandations françaises actuelles pour le dépistage du cancer du sein

Depuis 2004, la Haute Autorité de Santé (HAS) et l’Institut National du Cancer (INCa) recommandent une mammographie tous les deux ans pour les femmes entre 50 ans et 74 ans depuis 2004. Elle a pour objectif de réduire la mortalité par cancer du sein ⁽¹⁾. Ce programme de dépistage français exclut les femmes à haut risque familial ou génétique qui doivent bénéficier d’un dépistage individuel.

Le Dépistage de Masse Organisé par mammographie a été institutionalisé suite aux études des années 80/90 montrant une diminution de la mortalité de 20% dans la population invitée au dépistage. A partir de ces mêmes études, il est estimé que le dépistage réalisé pourrait réduire ce risque de 28% ⁽⁷⁾.

Les recommandations européennes préconisent un taux de participation des femmes au DMO supérieur à 70% ⁽⁸⁾, or selon l’Institut de Veille Sanitaire (InVS) ⁽⁹⁾, le taux brut en France en 2016 est de 50,7% (annexe 2). Ce taux augmente depuis 2004 où il était de 40,2% malgré une légère baisse depuis 2011 (52,7% en 2011). Les raisons de cette baisse ne sont pas connues mais l’impact de la polémique nationale et internationale sur l’efficacité du dépistage et la diminution de l’offre médicale peuvent en être des explications.

Programme de dépistage organisé du cancer du sein
Taux de participation départementaux standardisés 2015 (population de référence : France 2009)



2.2 Limites du DMO par mammographie

Selon l'étude de Mme HILL⁽⁷⁾, la balance bénéfice – risque du Dépistage de Masse Organisé du cancer du sein entre 50 et 74 ans est positive.

Il a cependant comme principal inconvénient le surdiagnostic (trouver des cancers qui ne seraient jamais devenus symptomatiques), potentiellement source d'angoisse. Ce surdiagnostic varie en fonction des tranches d'âges :

minimal entre 70 et 74 ans, et cinq fois plus important entre 40 et 49 ans.

L'estimation du surdiagnostic induit par le dépistage est très variable en fonction des études : en 2013, le taux de surdiagnostic a été évalué à 30%, pour une réduction de la mortalité de 15%⁽¹⁰⁾, en 2012, son taux a été estimé plutôt à 10% voire moins⁽¹¹⁾. En 2015, dans les essais suédois et canadiens, 25% des cancers sont diagnostiqués par excès.

En cas de surdiagnostic, les femmes sont exposées inutilement aux traitements des cancers et à leurs effets indésirables, alors que les cancers découverts sont parfois d'évolution tellement lente que certaines femmes seraient décédées d'une autre cause⁽¹²⁾.

Un autre inconvénient du DMO est le risque de cancers du sein radio-induits : en effet, chaque mammographie délivre de faibles doses répétitives de rayonnements ionisants. Le risque de cancers radio-induits liés aux mammographies, dans la tranche d'âge du DMO, pourrait être de l'ordre de 1 à 20 cas pour 100000 femmes participant régulièrement au dépistage⁽¹³⁾.

Par ailleurs, un nombre important de femmes échappent au DMO : La HAS souligne que seules 53% des femmes invitées au DMO réalisent leur mammographie. De plus, le DMO est préconisé entre 50 et 74 ans, ayant dans cette tranche d'âge la meilleure balance bénéfices / risques. Cependant, 8% des décès par cancer du sein étaient observés chez les femmes de moins de 50 ans et 48% chez les femmes de plus de 74 ans⁽¹⁾. Chez ces femmes parfois plus fragiles ou moins sensibles aux consignes des DMO, le MG reste le médecin de premier recours⁽¹⁴⁾ et dans ce cas, l'ECS malgré ses limites, peut s'avérer participer au dépistage individuel.

2.3 Place et limites du dépistage par ECS

Faute d'essais, il n'est pas démontré que l'ECS puisse à lui seul constituer une stratégie de dépistage efficace sur la morbi mortalité de ce cancer⁽¹⁵⁾. Sa sensibilité reste faible (54%) ne permettant pas de détecter près de la moitié

des femmes atteintes d'un cancer en cas de dépistage organisé par ECS^(16, 17, 29). L'ECS serait donc plus adapté au suivi d'une lésion tumorale qu'à son repérage précoce. De plus, il nécessite une technique rigoureuse impliquant une formation pratique⁽¹⁶⁾.

Cependant, le dépistage par ECS entraîne moins de faux positif (spécificité de 94%) non négligeable vis-à-vis du taux d'anxiété générée et d'examens complémentaires inutiles. De même, selon une étude ancienne, l'ECS permet de dépister environ 10% des cancers non détectés par la mammographie⁽¹⁷⁾.

Selon une autre publiée en 2010, une anomalie était détectée à l'examen clinique alors que le résultat de la mammographie était considéré comme normal pour 0,2% des personnes dépistées⁽¹⁸⁾. Parmi ces cancers non détectés par la mammographie, les cancers de l'intervalle ont un taux d'incidence absolue de 1.5 %, représentant 17.2% des cancers diagnostiqués chez les femmes participant au DMO. (Rapport de concertation de septembre 2016)⁽¹⁹⁾. Ces cancers à croissance rapide, découverts entre deux mammographies de DMO, après un dépistage « négatif », peuvent être diagnostiqués à l'occasion de la survenue de symptômes dans le cadre d'une démarche individuelle. Les deux tiers des médecins de notre échantillon (n=193) connaissent ces cancers de l'intervalle, permettant une attention particulière à leur dépistage.

Par ailleurs, dans l'essai randomisé canadien NBSS-2, près de 40000 femmes âgées de 50 ans à 59 ans ayant eu pendant 5 ans un examen clinique annuel des seins par des professionnels de santé, l'ajout du dépistage mammographique dans un des groupes n'a pas apporté de bénéfice en termes de mortalité par cancer du sein après en moyenne 13 ans de suivi^(20, 21).

2.4 Conséquences du DMO sur la pratique des MG

La HAS⁽¹⁾ et l'INCa⁽²²⁾ recommandent un examen clinique mammaire annuel par le médecin traitant ou le gynécologue chez toute femme, à partir de l'âge de 25 ans, même si le DMO par mammographie reste au cœur de leurs messages.

En soulignant ainsi le rôle prépondérant de la mammographie et en invitant directement les patientes, le DMO peut induire un désinvestissement des médecins généralistes dans le dépistage du cancer du sein. Effectivement, la moitié seulement des médecins de notre cohorte (50.4%) se disaient non dissuadés de pratiquer un dépistage par ECS. Tandis qu'un tiers des MG hommes pensaient la mammographie préférable à l'ECS en termes de dépistage et réalisaient ainsi moins de dépistage clinique entre 2 mammographies que leurs collègues femmes. Les médecins de notre étude étaient 41,6% à déclarer qu'être plus impliqué dans les campagnes de prévention les inciteraient à pratiquer davantage d'ECS de dépistage. Cette tendance était plus marquée chez les médecins hommes : 45,8% des MG hommes versus 30% des MG femmes ($p = 0,007$), et les généralistes âgés de plus de 50 ans : 53,2% des plus de 50 ans versus 34% des moins de 50 ans ($p=0,003$).

Néanmoins, les trois quarts des médecins de notre échantillon suivaient les recommandations françaises, en pratiquant un examen clinique des seins annuel à partir de 25 ans chez leurs patientes sans risque familial ou génétique. Les deux tiers (66,2%) le débutaient à partir de 25 ans. Les médecins généralistes ont une forte conscience de leur rôle de prévention

estimant ce dépistage de leur fonction en tant que « maillon » de Santé Publique pour presque les deux tiers d'entre eux, ou faisant partie de leur « mission » pour 85,9% d'entre eux. Cette opinion correspond aux résultats de l'enquête de l'Observatoire de la Santé de 2016 qui soulignait que, pour 77% des médecins généralistes des Pays de la Loire, réaliser des suivis gynécologiques fait partie des missions du médecin généraliste ⁽⁴⁾.

Les médecins les plus jeunes de notre cohorte se disaient moins dissuadés à réaliser un dépistage par ECS, et moins sensibles au fait d'être sollicités par les campagnes de dépistage pour le réaliser. Le cursus de formation des MG s'est beaucoup modifié depuis 2002, permettant aux futurs généralistes de davantage se familiariser avec la gynécologie et sans doute de réaliser plus facilement les examens de dépistages gynécologiques.

2.5 Quelle place pour le MG dans le dépistage du cancer du sein ?

Dans le cadre d'une approche centrée patient, les généralistes réalisent de prime abord un dépistage individuel, basé sur l'ECS complété si besoin par une imagerie. Or en 2012, la HAS a publié des recommandations en ligne préconisant un arrêt de la prise en charge par l'assurance maladie d'un dépistage individuel pour les femmes de plus de 50 ans, ce qui pose question pour une prise en charge adaptée de l'ensemble des femmes ⁽³³⁾.

Le généraliste reste le médecin de premier recours, notamment pour les femmes n'ayant pas accès au DMO pour des questions d'éligibilité ou d'adhésion au programme. Or, 70% des médecins de notre étude réalisent l'ECS à la demande des femmes ou lors d'une consultation de renouvellement

de pilule, ce qui pose également le problème des femmes non demandeuses, ayant un autre type de contraception ou pas de contraception. L'un des praticiens s'interrogeait d'ailleurs à ce propos. D'autres études relevaient ce biais de suivi, notant pour un même praticien des attitudes variables en fonction de la patiente ou des circonstances de consultation^(23, 24).

Questionner les médecins sur les raisons qui les inciteraient à pratiquer l'ECS de manière plus systématique semblait donc pertinent. En dehors de la demande des patientes et l'implication dans une campagne de prévention, la preuve de l'impact du dépistage dans la morbi mortalité du cancer sein était souvent citée. Or peu de travaux ont évalué l'impact du dépistage clinique dans la mortalité liée au cancer du sein. Ces études ont été menées dans des pays de profil socioéconomique très différent de la France et n'ont pas permis d'apporter de preuves de la baisse de la mortalité liée au cancer du sein dans le cadre d'un dépistage clinique^(25, 26 et 27). Les résultats étaient discordants quant à la précocité de la détection. De fait, seul un tiers de nos médecins interrogés réalisaient l'ECS de dépistage en pensant diminuer la mortalité liée au cancer du sein. Une étude ancienne datant de 2002⁽²⁸⁾ soulignait que l'ECS était considérée comme un acte de suivi de base mais que les médecins en reconnaissaient les limites, notamment dans le cadre d'un dépistage précoce. Même dans le cadre des dépistages des cancers de l'intervalle, le dépistage par ECS ne permettait pas de diminuer la mortalité⁽²⁹⁾.

D'autres facteurs incitatifs avaient été proposés comme réponse. La rémunération complémentaire n'intervenait que pour 11% des médecins de

notre cohorte contrairement à ce qui avait été montré dans une autre étude (32). Un quart de notre cohorte (25.3%) soulignait le manque de temps comme frein au dépistage clinique, ce qui par contre correspond aux résultats d'autres études (8, 23 et 30).

Trois quarts des médecins interrogés accordaient une place de choix à l'autopalpation des seins, enseignant à leurs patientes ce geste dès l'âge de 25 ans. Or la place de cette autopalpation est actuellement elle aussi imprécise : plusieurs études soulignent son effet anxiogène délétère et un risque supérieur de subir une biopsie sans nécessité (31). L'autopalpation systématisée et codifiée n'est donc plus recommandée. Cependant le document publié par l'INCa à destination des patientes souligne l'importance « d'observer et de palper régulièrement [ses] seins » en sus d'un examen au moins annuel par un médecin.

L'apprentissage de ce geste justifiait pour certains médecins de notre cohorte la poursuite de leur ECS lorsque la patiente était suivie par un gynécologue. Dans le cas d'un suivi par un gynécologue, 46% des MG de notre étude poursuivaient ce dépistage clinique évoquant, outre l'esprit systématique, l'absence de retour des autres spécialistes et donc l'absence d'assurance que ce dépistage soit bien annuel. La palpation mammaire par le médecin généraliste comme remarqué dans une étude (30), s'inscrit ainsi dans une double perspective : pallier le déficit des gynécologues dans certaines zones et permettre l'accès au dépistage d'un nombre plus important de femmes. De fait, l'un des freins évoqués par les 54% de nos médecins qui ne réalisaient plus de dépistage clinique dans ces circonstances, était la présence d'autres

professionnels de santé et leur proximité comme retrouvé dans d'autres études (23 et 32).

Cette étude faisait également ressortir des différences de pratiques en fonction de la démographie médicale du département. Selon les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins ⁽⁶⁾, la densité des médecins généralistes est de 98,8 pour 100000 habitants en Sarthe, celle des gynécologues médicaux de 0,7 pour 100000 habitants et des gynécologues obstétriciens de 2 pour 100000 habitants, soit moins qu'en Mayenne et Maine et Loire.

Départements/ Densité pour 100000 habitants	Médecins généralistes	Gynécologues médicaux	Gynécologues obstétriciens
Maine et Loire	130,7	1,9	2,1
Mayenne	98,1	1,2	3,1
Sarthe	98,8	0,7	2
Pays de la Loire	121,6	2,7	2,2

Ainsi, les généralistes exerçant en Sarthe, zone médicale sous dotée, font plus d'ECS de dépistage y compris chez les femmes suivies par un gynécologue.

Les médecins mayennais font plus souvent un ECS entre 2 mammographies que les médecins des autres départements, ceci peut être corrélé à un moindre taux de participation des femmes au DMO dans ce département. Selon l'Insee (annexe 2), en 2015 le taux de participation au DMO était de 57,8% (n=13167 mammographies réalisées sur 22631 femmes invitées au DMO) en Mayenne, contre 62,9% (n=36264/57463) en Maine et Loire et 58,7% (n=25384/43070)

en Sarthe. Au vu de l'évolution de la démographie médicale, et des nouvelles techniques d'imagerie (IRM), il est possible que le dépistage du cancer du sein évolue dans les années à venir. D'autant que, même si, dans un certain nombre de pays, la règle reste le dépistage tous les 2 ans par mammographie à partir de 50 ans, le rapport de concertation du dépistage du cancer du sein de 2016 souligne les recommandations de certains d'associer ECS, autopalpation et mammographie ⁽¹⁹⁾.

CONCLUSION

Le dépistage du cancer du sein est un sujet souvent abordé mais la place de l'examen clinique des seins dans ce cadre l'est moins.

Cette étude quantitative de cohorte faisait le point sur la façon dont les médecins généralistes de trois départements français suivaient les femmes en termes de dépistage clinique du cancer du sein. Elle permettait également de cerner les raisons et les freins à réaliser un suivi tel que décrit dans les recommandations françaises ⁽¹⁾.

Dans notre étude, les trois quarts des médecins réalisaient un dépistage clinique annuel et 66,2% le débutaient à partir de 25 ans, comme indiqué dans les recommandations françaises. Leur principale motivation pour 85.9% d'entre eux était la perception de leur compétence en termes de dépistage et de prévention individuels. L'éducation en santé restait prégnante pour 58.4% des médecins interrogés, qui continuaient d'enseigner l'autopalpation aux patientes, malgré l'absence de recommandations actuelles concernant ce

geste. Les principaux freins à l'examen clinique des seins étaient la difficulté de convaincre les patientes (30,5%) et le manque de temps (25,3%).

Le Dépistage de Masse Organisé, en invitant directement les femmes à réaliser une mammographie, entraîne possiblement un désinvestissement des généralistes dans ce dépistage, ainsi la moitié des médecins de notre cohorte se disaient non dissuadés de poursuivre un dépistage clinique du cancer du sein.

Une forte demande de la part des femmes ainsi que l'implication dans des campagnes de prévention inciteraient les médecins généralistes à pratiquer l'examen clinique des seins dans le cadre du dépistage. La preuve d'un impact dans la mortalité liée au cancer du sein motiverait également les généralistes à réaliser ce dépistage. Or, faute d'essais cliniques, la place et l'efficacité de l'ECS dans la stratégie de dépistage du cancer du sein restent floues.

Pour permettre une meilleure adhésion des médecins généralistes aux recommandations françaises il serait nécessaire de les impliquer davantage dans les campagnes de prévention. La création également d'une étude suffisamment importante prouvant l'efficacité de l'examen clinique des seins sur la mortalité pourrait inciter les MG à le réaliser davantage.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) HAS. « Dépistage et prévention du cancer du sein ». Haute autorité de Santé. 2015. 90p
- (2) Association médicale canadienne ou ses concédants. « Recommandations sur le dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 74 ans présentant un risque moyen ». JAMC. Canada. 2012. 12p
- (3) American Cancer Society. « Recommendations for the early detection of Breast Cancer ». October 9, 2017.
- (4) Observatoire régional de la santé, union régionale des médecins libéraux. « Suivi Gynécologique : implication des médecins généralistes ». URLM Pays de la Loire. 2016. 8p.
- (5) Bonhomme, Moretti. « Etat des lieux de la pratique gynécologique installés en Savoie et Haute-Savoie : une étude quantitative ». HAL. 2017. 72p.
- (6) Lebreton-Lerouvillois. « Atlas de la démographie médicale en France ». Conseil national de l'ordre des médecins. 2016. 326p.
- (7) Hill C. « Le dépistage du cancer du sein » La presse médicale. 2014. 9p.
- (8) Attall, Médioni, Dubois, Renard, Compagnon, Cittée, Le Breton, Montagne, Lecorvoisier, Bastuji-Garin. « Enquête d'opinion sur le dépistage du cancer du sein chez les généralistes de l'Essonne Attitude des praticiens de ville : incertitudes ou réticences ? ». Exercer. 2008. 6p.
- (9) InVs. « Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2015-2016. 2007. 1p.
- (10) Gotzsche PC, Jorgensen KJ. « Screening for breast cancer with mammography ». Cochrane. 2013. 2p.

- (11) Duffy S, Paci E. « Bénéfices et risques du dépistage du cancer du sein par mammographie ». BEH 35-36-37. Septembre 2012. 4p.
- (12) La revue Prescrire. « Dépistage des cancers du sein par mammographies. Diagnostics par excès : effet indésirable insidieux du dépistage ». Revue Prescrire Tome 35 n°376. 2015. p. 111-118.
- (13) Institut National du Cancer. « Bénéfices et limites du programme de dépistage organisé du cancer du sein, quels éléments en 2013 ? ». 2013. 8p.
- (14) Ecomard L-M. « Modalités diagnostiques du cancer du sein chez la femme, à partir de 75 ans, en Gironde : rôle du médecin généraliste ». Human health and pathology. 2013. p. 39-41.
- (15) La revue Prescrire. « Dépister les cancers du sein sans mammographie ? Mieux évaluer la place de l'examen clinique et de l'échographie ». Revue Prescrire Tome 26 n°271. 2006. p. 286-289.
- (16) La revue Prescrire. « Dépistage du cancer du sein. Ne pas oublier d'inspecter et palper les seins ». Revue Prescrire Tome 22 n°225. 2002. p.123-126.
- (17) Mitta I. « Clinical breast examination as a global strategy for screening for breast cancer Cancer Strategy ». 1999 ; 1 : 152-156.
- (18) Lastier D, Salines E, Rogel A. « Programme de dépistage du cancer du sein en France : résultats 201°, évolutions depuis 2006 ». InVs. 2010. 29p.
- (19) « Rapport du comité d'orientation » septembre 2016. 166p
- (20) Miller AB et coll. « Canadian National Breast Screening Study-2 : 13 year results of a randomized trial in women aged 50-59 years » J Natl cancer inst 2000 ; 92 (18) : 1490-1499

- (21) Miller AB et coll. « Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study : randomized screening trial » BMJ 2014 ; 348 : g366, 10 pages
- (22) Institut National du Cancer. « Cancer du sein. Du diagnostic au suivi ». Mars 2016. 20p.
- (23) Dias. « État des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile de France ». Paris. 2010. 139p.
- (24) Liberalotto N. « L'engagement des médecins généralistes à l'égard du dépistage des cancers féminins : un révélateur de leurs positionnements face aux transformations de leur contexte d'exercice ». Édition électronique URL : <http://amades.revues.org/1506> ISSN : 2102-5975. PARIS. Bulletin Amades; 2012. 8 p.
- (25) Le Falher C. « L'examen clinique des seins dans le dépistage du cancer du sein chez les femmes de moins de 50 ans sans facteurs de risque : une revue systématique de la littérature ». Sciences du Vivant. 2015. 42p.
- (26) Sankaranarayanan R, Ramadas K, Thara S, et al. Clinical breast examination : Preliminary results from a cluster randomized controlled trial in India. J Natl Cancer Inst. 2011 ;103:1476-1480.
- (27) Mittra I, Mishra GA, Singh S, et al. Acluster randomized, controlled trial of breast and cervix cancer screening in Mumbai, India: methodology and interim results after three rounds of screening. Int. J. Cancer. 2010;126:976-984.
- (28) Urfalino, Bonetti, Bourgeois, Dalgalarondo, Hauray. « Les recommandations à l'aune de la pratique ». CNRS. Poitou-Charentes. 2002. 50p.
- (29) Gelly J. « Dépistage systématique du cancer du sein par mammographie : le dilemme ». Exercer la revue française de médecine Générale. 2012. 7 p.

- (30) Levasseur, bagot, Honnorat. « L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne ». Santé publique. 2005. 200p.
- (31) Koster, Gotzsche. « Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer ». Cochrane. 2003. 3p.
- (32) Lagneau. « Les consultations de gynécologie obstétrique menées par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes et les Alpes de Haute-Provence : analyse des pratiques ». Médecine humaine et pathologie. 2016. 129p.
- (33) Prescrire : Dépistage des cancers du sein, un guide HAS qui oublie l'intérêt premier des femmes, Revue Prescrire février 2013 Tome 33 N°352, p151
- (34) Aziz. « Dépistage du cancer du sein : évaluation de la pratique de l'examen clinique des seins auprès des femmes et des radiologues ». Poitiers. 2015. 59p.
- (35) Groupe Actions-médecins (GAM) de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale. « Recommandation du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs concernant l'examen clinique des seins Quelques nuances... ». Québec. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale Nationale ; 2012. 2 p.
- (36) Barton et coll. « Does this patient have breast cancer ? The screening clinical breast examination : should it be done ? How ? » JAMA 1999 ; 282 (13) : 1270-1280.
- (37) Attali C1, Médioni M, Dubois C, Renard V, Compagnon L, Cittée J, Le Breton J, Montagne O, Lecorvoisier P, Bastuji-Garin S. exercer 2008 ;83 :98-103.
- (38) La revue Prescrire. « L'examen clinique des seins : très peu évalué en dépistage ». Revue Prescrire Tome 35, n°376. 2015. p 126.
- (39) Dubois C. « Motivations et réticences des Médecins Généralistes de

l'Essone à proposer les dépistages de masse organisés du cancer du sein et du cancer colo-rectal ». Créteil. 2007. 69p.

(40) Leduc S, Sanchez S, Nguyen TD, Curé H, Gabriel R, Machuel B, Jovenin N. « Dépistage du cancer du sein de la femme entre 40 et 49 ans : pratiques et opinions des Médecins Généralistes (MG) de la Marne ». Reims. 2012. 13p.

(41) Charier Y. « Les motifs fréquents de consultation gynécologique en médecine générale : Pratiques, freins et difficultés ». Limoges. 2009. 129p.

(42) Duchateau C, Martin M. « Attitude des médecins généralistes, quant à la réalisation du toucher vaginal, dans le suivi des grossesses à bas risque ». Angers. 2016. 75p.

(43) Ferrat E. « Les femmes ne participant pas au dépistage organisé du cancer du sein en raison de la réalisation du dépistage individuel : exploration des représentations par focus groups ». Créteil. 2010. 87p.

(44) Richard P, Gibily A, Grichy J. « Dépistage et prévention individualisés organisés », Société Française de Médecine Générale n°61. 2005. p. 24-32.

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	5
INTRODUCTION	13
METHODES	15
RESULTATS	18
1. Analyse descriptive	7
1.1. Caractéristiques de l'échantillon	
1.2. Activités des médecins inclus	
1.3. Connaissance et formations	
1.4. Les pratiques en matière de dépistage clinique	
1.5. Les raisons des médecins généralistes à réaliser ou non l'examen clinique des seins	
2. Analyse comparative	16
2.1. Suivi des femmes par les MG	
2.2. Connaissances et formations	
2.3. Les pratiques en matière de dépistage clinique	
2.4. Les raisons des MG à réaliser ou non l'examen clinique des seins	
DISCUSSION ET CONCLUSION.....	35
BIBLIOGRAPHIE.....	39
TABLE DES MATIERES	46
ANNEXES.....	I
RESUME EN FRANÇAIS	
RESUME EN ANGLAIS	

ANNEXES

Annexe 1 :

Les questions :

Les 30 questions étaient :

1-Adresse e-mail

2-Etes-vous ?

3-Quelle est votre tranche d'âge ?

4-Quelle est votre année d'installation ?

5-Dans quel département exercez-vous ?

6-Exercez-vous : seul/en groupe, en cabinet composé uniquement de généralistes/en groupe, en cabinet multidisciplinaire/en Centre médico Social

7-Exercez-vous en milieu : rural/semi-rural/urbain

8-Etes-vous maître de stage ?

9-Avez-vous un système de rappel informatique vous permettant de ne pas omettre cet examen annuel ?

10-Combien d'actes effectuez-vous environ par semaine ?

11-A propos du dépistage du cancer du sein, vous vous sentez :

12-Sur le dépistage manuel du cancer du sein, mes patientes sont :

13-Parmi vos patientes, combien de femmes suivez-vous sur le plan gynécologique ?

14-Avez-vous bénéficié d'une formation sur le dépistage du cancer du sein ?

15-Combien d'examen gynécologique pratiquez-vous par semaine ?

16-Combien d'examen clinique des seins pratiquez-vous par semaine ?

17-A quelle occasion pratiquez-vous cet examen ?

18-A quel âge commencez-vous cet examen ?

19-Pourquoi ?

20-Etes-vous au courant des recommandations françaises actuelles sur l'examen clinique des seins en médecine générale ?

21-Etes-vous au courant des recommandations anglo saxonnes sur l'examen clinique des seins en médecine générale ?

22-Avez-vous déjà détecté une tumeur à fortiori maligne lors d'un dépistage systématique ?

23-Si votre patiente est suivie par un gynécologue, pratiquez-vous quand même cet examen ?

24-Pourquoi ?

25-Pour les femmes de plus de 50 ans suivant bien les recommandations françaises actuelles en termes de mammographie, réalisez-vous un examen clinique entre 2 mammographies ?

26-Pensez-vous que la mammographie est préférable à l'examen clinique ?

27-Connaissez-vous les "cancers de l'intervalle" ?

28-Quelles sont les raisons qui vous dissuadent de pratiquer l'examen clinique des seins ?

29-Quelles sont les raisons qui vous incitent à le pratiquer ?

30-Quelles raisons vous inciteraient davantage à réaliser cet examen ?

Annexe 2 :

Participation au dépistage organisé du cancer du sein (taux standardisés) - Années 2014 et 2015

	Année 2014			Année 2015			Années 2014-2015		
	Nombre de femmes dépistées	Population Insee cible	Taux de participation Insee *	Nombre de femmes dépistées	Population Insee cible	Taux de participation Insee *	Nombre de femmes dépistées	Population Insee cible	Taux de participation Insee *
France entière	2 520 980	4 834 417	52,0	2 530 947	4 914 726	51,3	5 051 927	9 749 143	51,6
ILE-DE-FRANCE	311 319	772 268	40,3	308 767	782 690	39,4	620 086	1 554 958	39,8
Paris	40 277	149 409	26,9	40 973	150 411	27,2	81 250	299 819	27,0
Seine et Marne	46 430	87 612	52,9	44 894	89 304	50,1	91 324	176 915	51,5
Yvelines	39 892	97 326	41,0	41 337	98 485	42,0	81 229	195 810	41,5
Essonne	34 664	80 693	42,9	32 751	81 793	40,1	67 415	162 486	41,5
Hauts-de-Seine	35 622	101 825	35,0	37 089	103 519	35,8	72 711	205 344	35,4
Seine-Saint-Denis	39 003	91 035	42,8	36 901	92 315	40,1	75 904	183 350	41,5
Val de Marne	37 356	87 971	42,4	37 537	89 310	42,0	74 893	177 280	42,2
Val d'Oise	38 075	76 400	49,4	37 285	77 555	47,8	75 360	153 955	48,6
ALSACE, CHAMPAGNE-ARDENNE et LORRAINE	225 911	413 971	54,4	223 677	419 868	53,0	449 588	833 839	53,7
Ardennes	11 478	21 239	53,7	11 932	21 499	55,0	23 410	42 738	54,4
Aube	14 514	23 375	61,7	12 810	23 697	53,7	27 324	47 071	57,7
Marne	24 448	41 243	59,0	24 656	41 777	58,7	49 104	83 020	58,8
Haute-Marne	8 521	14 931	56,8	8 595	15 051	56,9	17 116	29 981	56,8
Meurthe et Moselle	28 464	52 922	53,6	26 979	53 494	50,2	55 443	106 416	51,9
Meuse	7 807	14 796	52,4	7 782	15 013	51,3	15 589	29 809	51,9
Moselle	37 448	79 612	47,0	35 847	80 707	44,3	73 295	160 318	45,6
Bas-Rhin	44 471	79 596	55,8	45 848	81 016	56,3	90 319	160 612	56,1
Haut-Rhin	31 958	55 760	57,2	32 492	56 696	57,1	64 450	112 456	57,2
Vosges	16 802	30 500	54,7	16 736	30 920	53,8	33 538	61 420	54,3
NORD-PAS-DE-CALAIS et PICARDIE	224 581	422 018	52,9	219 008	428 053	50,9	443 589	850 071	51,9
Aisne	21 398	40 497	52,6	21 313	41 141	51,6	42 711	81 638	52,1
Nord	91 560	176 139	51,7	89 735	178 325	50,0	181 295	354 464	50,8
Oise	30 976	56 385	54,6	30 388	57 435	52,6	61 364	113 820	53,6
Pas-de-Calais	55 831	106 977	52,0	53 605	108 502	49,1	109 436	215 479	50,5
Somme	24 816	42 021	58,8	23 967	42 651	56,0	48 783	84 672	57,4
BASSE-NORMANDIE et HAUTE-NORMANDIE	145 416	252 326	57,4	148 691	256 067	57,8	294 107	508 393	57,6
Calvados	29 574	52 667	56,0	30 523	53 474	56,7	60 097	106 141	56,3
Eure	24 470	43 517	55,9	25 526	44 352	57,2	49 996	87 869	56,6
Manche	23 835	39 914	59,5	23 108	40 614	56,7	46 943	80 528	58,1
Orne	13 745	23 773	57,7	13 530	24 069	56,1	27 275	47 841	56,9
Seine-Maritime	53 792	92 456	57,9	56 004	93 559	59,5	109 796	186 015	58,8
CENTRE	118 303	198 483	59,5	121 261	201 410	60,0	239 564	399 893	59,7
Cher	16 940	26 361	64,1	16 698	26 665	62,5	33 638	53 026	63,3
Eure et Loir	19 451	31 715	61,2	19 143	32 203	59,3	38 594	63 918	60,2
Indre	11 269	19 748	56,9	10 938	19 942	54,6	22 207	39 690	55,8
Indre et Loire	27 425	45 276	60,6	29 327	46 034	63,4	56 752	91 310	62,0
Loir et Cher	15 213	26 864	56,6	16 890	27 248	61,7	32 103	54 112	59,2
Loiret	28 005	48 520	57,5	28 265	49 319	57,1	56 270	97 839	57,3
BOURGOGNE et FRANCHE-COMTE	128 800	220 889	58,1	131 115	223 920	58,5	259 915	444 809	58,3
Côte d'Or	24 146	39 274	61,1	24 303	39 826	60,9	48 449	79 100	61,0
Doubs	22 546	37 911	59,2	22 569	38 412	58,6	45 115	76 323	58,9
Jura	11 943	20 565	58,0	12 041	20 924	57,3	23 984	41 489	57,6
Nievre	9 740	19 865	48,3	11 335	20 046	57,2	21 075	39 911	52,7
Haute-Saône	10 968	18 991	57,4	11 021	19 293	57,0	21 989	38 284	57,2
Saône et Loire	27 974	46 283	60,5	27 468	46 897	58,5	55 442	93 179	59,5
Yonne	15 436	27 772	55,4	16 516	28 157	58,3	31 952	55 929	56,9
Territoire de Belfort	6 047	10 228	58,9	5 862	10 366	56,5	11 909	20 594	57,7
PAYS-DE-LA-LOIRE	168 792	267 688	62,8	167 149	272 663	61,0	335 941	540 351	61,9
Loire-Atlantique	61 348	93 806	65,1	60 364	95 573	62,8	121 712	189 378	64,0
Maine et Loire	36 894	56 488	65,2	36 264	57 463	62,9	73 158	113 951	64,0
Mayenne	13 663	22 316	60,9	13 167	22 631	57,8	26 830	44 947	59,3
Sarthe	25 982	42 395	61,1	25 384	43 070	58,7	51 366	85 464	59,9
Vendée	30 905	52 684	58,4	31 970	53 927	58,7	62 875	106 611	58,5

BRETAGNE	151 031	250 679	60,0	149 027	255 144	58,2	300 058	505 823	59,1
Cotes d'Armor	28 813	50 042	57,1	29 893	50 784	58,7	58 706	100 826	57,9
Finistere	43 021	71 680	59,9	40 717	72 757	55,9	83 738	144 437	57,9
Ille et Vilaine	40 549	67 778	59,5	40 249	69 098	57,9	80 798	136 875	58,7
Morbihan	38 648	61 180	62,9	38 168	62 507	60,9	76 816	123 686	61,9
AQUITAINE, LIMOUSIN et POITOU-CHARENTE	272 581	475 122	57,1	268 437	483 767	55,3	541 018	958 889	56,2
Charente	17 515	29 971	58,3	16 563	30 370	54,4	34 078	60 341	56,4
Charente-Maritime	30 072	56 053	52,9	29 153	57 113	50,5	59 225	113 166	51,7
Corrèze	12 140	20 859	58,2	12 177	21 173	57,6	24 317	42 031	57,9
Creuse	5 408	10 954	49,2	5 457	11 161	48,8	10 865	22 114	49,0
Dordogne	20 505	37 970	53,7	21 782	38 647	56,1	42 287	76 617	54,9
Gironde	61 666	110 538	55,6	61 373	112 888	54,2	123 039	223 426	54,9
Landes	22 168	33 682	65,5	20 857	34 553	60,0	43 025	68 235	62,7
Lot et Garonne	18 168	28 435	63,7	17 706	28 941	61,1	35 874	57 375	62,4
Pyrenees-Atlantiques	31 655	54 473	57,8	31 161	55 337	56,2	62 816	109 809	57,0
Deux-Sevres	18 341	29 054	62,9	16 703	29 532	56,3	35 044	58 586	59,6
Vienne	16 953	32 546	51,9	17 350	33 050	52,2	34 303	65 596	52,0
Haute-Vienne	17 990	30 591	58,5	18 155	31 006	58,2	36 145	61 596	58,4
LANGUEDOC-ROUSSILLON et MIDI-PYRENEES	224 084	446 519	49,9	226 868	455 682	49,5	450 952	902 201	49,7
Ariège	5 614	13 121	42,5	5 676	13 407	42,2	11 290	26 528	42,4
Aude	15 446	31 156	49,0	17 657	31 881	55,2	33 103	63 036	52,1
Aveyron	11 280	23 145	48,7	10 418	23 521	44,2	21 698	46 666	46,4
Gard	31 205	59 183	52,5	30 188	60 522	49,5	61 393	119 704	51,0
Haute-Garonne	32 763	86 145	37,9	35 116	88 194	39,7	67 879	174 339	38,8
Gers	9 617	16 686	57,2	9 935	16 941	58,1	19 552	33 627	57,6
Hérault	43 278	83 675	51,4	43 559	85 358	50,7	86 837	169 033	51,1
Lot	9 171	16 366	55,7	8 564	16 667	51,1	17 735	33 033	53,4
Lozère	3 300	6 402	51,6	3 208	6 519	49,3	6 508	12 920	50,4
Hautes-Pyrénées	11 714	20 344	57,3	10 614	20 536	51,6	22 328	40 880	54,4
Pyrénées-Orientales	21 697	39 423	54,7	22 856	40 222	56,4	44 553	79 645	55,5
Tarn	17 349	31 487	54,7	17 679	32 044	54,9	35 028	63 531	54,8
Tarn et Garonne	11 650	19 388	59,9	11 398	19 872	57,1	23 048	39 260	58,5
AUVERGNE et RHONE-ALPES	317 839	563 127	56,3	319 137	572 290	55,6	636 976	1 135 417	56,0
Ain	23 493	43 161	54,2	23 513	44 248	52,9	47 006	87 409	53,5
Allier	17 008	29 342	58,0	16 804	29 648	56,6	33 812	58 990	57,3
Ardeche	13 602	26 645	50,9	13 393	27 249	48,8	26 995	53 894	49,8
Cantal	6 909	12 879	53,9	7 624	13 008	58,1	14 533	25 886	56,0
Drome	21 530	39 132	55,0	21 997	39 929	54,9	43 527	79 061	54,9
Isère	48 159	85 832	56,0	48 071	87 356	55,0	96 230	173 188	55,5
Loire	31 526	57 353	54,9	31 991	57 861	55,1	63 517	115 214	55,0
Haute-Loire	10 074	18 031	55,9	11 130	18 322	60,5	21 204	36 352	58,3
Puy-de-Dôme	27 868	50 135	55,7	31 429	50 717	61,8	59 297	100 852	58,8
Rhone	63 848	114 966	55,3	61 958	116 430	53,1	125 806	231 395	54,2
Savoie	19 451	31 944	60,9	19 812	32 526	60,7	39 263	64 470	60,8
Haute-Savoie	34 371	53 708	63,9	31 415	54 999	57,1	65 786	108 707	60,4
PACA	159 909	400 222	39,7	175 182	406 615	42,7	335 091	806 837	41,2
Alpes de Haute-Provence	6 828	14 532	46,5	7 749	14 799	51,7	14 577	29 331	49,1
Hauts-Alpes	6 522	11 569	56,1	7 271	11 759	61,6	13 793	23 328	58,8
Alpes-Maritimes	34 952	89 779	38,6	39 354	91 088	42,8	74 306	180 867	40,8
Bouches-du-Rhone	51 747	150 464	34,2	56 438	152 612	36,7	108 185	303 076	35,5
Var	38 813	89 754	42,7	39 128	91 486	42,0	77 941	181 240	42,3
Vaucluse	21 047	44 124	47,6	25 242	44 872	55,9	46 289	88 996	51,8
CORSE	9 020	25 845	34,8	9 254	26 377	35,0	18 274	52 222	34,9
GAUDELOUPE	14 315	31 983	45,0	18 127	33 039	54,6	32 442	65 021	49,9
MARTINIQUE	17 274	33 211	51,8	16 692	34 364	48,3	33 966	67 575	50,1
GUYANE	3 456	9 296	36,9	2 469	9 778	25,2	5 925	19 074	30,9
REUNION	28 349	50 774	55,3	26 086	53 001	48,4	54 435	103 774	51,8

* standardisation sur la population française 2009 (Projections de population Insee [scénario central] 2007-2042)

Sources : Institut de veille sanitaire - 10 avril 2016 - Données issues des structures départementales du dépistage organisé du cancer du sein

LE POUPON Anaïs

Quel suivi sénologique clinique les médecins généralistes réalisent-ils auprès de leurs patientes ?

INTRODUCTION : La place de l'examen clinique des seins dans le dépistage du cancer du sein en médecine générale est un sujet peu exploré. Les recommandations françaises actuelles recommandent un examen clinique des seins annuel chez toutes les femmes à partir de 25 ans. L'objectif de ce travail était d'observer le suivi effectué par les médecins généralistes en termes d'examen sénologique clinique mais également de comparer leurs pratiques avec celles des recommandations françaises et anglo-saxonnes et enfin de cerner les raisons et les freins de ceux-ci à suivre ces recommandations.

MÉTHODE : Il s'agit d'une enquête quantitative, de cohorte, descriptive et transversale par questionnaire individuel informatisé envoyé par mail aux médecins généralistes de Maine et Loire, Sarthe et Mayenne au mois janvier 2018. Le taux global de réponse à l'enquête est de 28,9%.

RESULTATS : 267 médecins généralistes ont été inclus dans l'étude. Trois quarts des MG réalisaient un dépistage clinique annuel et deux tiers le débutaient à partir de 25 ans. Leurs principales raisons à réaliser cet acte de dépistage étaient qu'il s'agit d'une des missions du médecin généraliste mais également parce que cela leur permet d'éduquer les patientes, notamment à l'autopalpation. Les principaux freins étaient la difficulté de convaincre les patientes et le manque de temps.

CONCLUSION : La majorité des médecins généralistes suivent les recommandations actuelles françaises mais la place et l'efficacité de l'ECS dans le dépistage du cancer du sein restent floues. La preuve d'un impact dans la mortalité liée au cancer du sein, une plus forte demande de la part des femmes ainsi que des campagnes de prévention impliquant plus les médecins généralistes les inciterait davantage à réaliser ce dépistage.

Mots-clés : tumeur sein, dépistage de masse, recommandations professionnelles, médecins généralistes

What breast clinical examination do general practitioners make with their patients?

INTRODUCTION : The place of clinical breast examination in breast cancer screening in general practice is a poorly explored subject. Current French recommendations recommend an annual clinical breast examination for all women aged 25 and over. The aim of this work was to observe the follow-up carried out by general practitioners in terms of clinical pathological examination but also to compare their practices with those of the French and Anglo-Saxon recommendations and finally to identify the reasons and the brakes of those follow these recommendations.

METHOD : This is a quantitative, cohort, descriptive and cross-sectional survey by computerized individual questionnaire sent by email to the general practitioners of Maine et Loire, Sarthe and Mayenne in January 2018. The overall response rate to the survey is 28.9%.

RESULTS : 267 general practitioners were included in the study. Three-quarters of GPs performed annual clinical screening and two-thirds started at 25 years of age. Their main reasons for performing this screening act were that it is one of the general practitioner's missions but also because it allows them to educate the patients, especially with self-examination. The main obstacles were the difficulty of convincing the patients and the lack of time.

CONCLUSION: The majority of general practitioners follow current French recommendations, but the place and effectiveness of ECS in screening for breast cancer remains unclear. Evidence of an impact on breast cancer mortality, higher demand from women, and prevention campaigns involving more general practitioners would encourage them to perform this screening.

Keywords : breast neoplasms, mass screening, counseling directive, general practitioners