

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE.

Parcours de soins du patient en médecine générale : des premiers symptômes évoqués jusqu'à son diagnostic de cancer du pancréas

Étude quantitative menée auprès des médecins généralistes en Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe

DUHAMEL Rozenn ■

Née le 27/09/1998 à Périgueux (24)

LAMBERT Agathe ■

Née le 13/01/1997 à Reims (51)

Sous la direction de la Dre FAIVRE Mélanie ■

Membres du jury

M. le Pr PY Thibault | Président

Mme. le Dr FAIVRE Mélanie | Directrice

M. le Dr BASLE Sébastien | Codirecteur

Mme. la Dre VITELLIUS Carole | Membre

M. le Dr PEUROIS Matthieu | Membre



**FACULTÉ
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS

Soutenue publiquement le :
1^{er} septembre 2026

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussignée Agathe Lambert,
déclare être pleinement consciente 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'étudiante le **26/06/2026**

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussignée Rozenn Duhamel,
déclare être pleinement consciente 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'étudiante le **26/06/2026**

Charte d'utilisation de l'IA générative

Je, soussignée Agathe Lambert,
déclare avoir pris connaissance et accepte de respecter la Charte d'utilisation de l'IA générative pour la rédaction des rapports,
thèses d'exercice et mémoires d'étude.
Je m'engage à utiliser ces outils conformément aux règles et recommandations énoncées dans la charte.

Angers, le 26/06/2026

Signature



Charte d'utilisation de l'IA générative

Je, soussignée Rozenn Duhamel,
déclare avoir pris connaissance et accepte de respecter la Charte d'utilisation de l'IA générative pour la rédaction des rapports,
thèses d'exercice et mémoires d'étude.
Je m'engage à utiliser ces outils conformément aux règles et recommandations énoncées dans la charte.

Angers, le 26/06/2026

Signature



SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque. »

·LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

(mise à jour 26/01/2026)

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr Sébastien FAURE

Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	RADIOLOGIE ET IMAGERIE	LEBDAI Souhil	RHUMATOLOGIE
ANGOULVANT Cécile	MEDICALE	LEGENDRE Guillaume	NEUROCHIRURGIE
ANNWEILER Cédric	NEPHROLOGIE	LEGRAND Erick	CHIRURGIE GENERALE
	CHIRURGIE THORACIQUE ET	LEMEE Jean-Michel	REANIMATION
ASFAR Pierre	CARDIOVASCULAIRE	LERMITE Emilie	HISTOLOGIE
AUBE Christophe	MEDECINE GENERALE	LEROLLE Nicolas	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
	REANIMATION	LIBOUBAN Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUGUSTO Jean-François	CARDIOLOGIE	LUQUE PAZ Damien	DERMATO-VENEREOLOGIE
BAUFRETON Christophe	UROLOGIE	MARCHAIS Véronique	BIOLOGIE ET MEDECINE DU
	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	MARTIN Ludovic	DEVELOPPEMENT ET DE LA
BELLANGER William	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	MAY-PANLOUP Pascale	REPRODUCTION
BELONCLE François	GASTROENTEROLOGIE-		NEUROCHIRURGIE
BIERE Loïc	HEPATOLOGIE		REANIMATION
BIGOT Pierre	RHUMATOLOGIE	MENEI Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
BOUCHARA Jean-Philippe	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET	MERCAT Alain	RADIOLOGIE
BOUET Pierre-Emmanuel	MALADIES METABOLIQUES	ORVAIN Corentin	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
BOURSIER Jérôme	PHARMACOLOGIE	PAISANT Anita	MEDICALE
	CANCEROLOGIE, RADIOTHERAPIE	PAPON Nicolas	CHIMIE GENERALE
BOUVARD Béatrice	NEUROLOGIE		PEDIATRIE
BRIET Claire	PHARMACOLOGIE/ PHYSIOLOGIE	PASSIRANI Catherine	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
	NEUROLOGIE	PELLIER Isabelle	CHIRURGIE VASCULAIRE ;
BRIET Marie	GENETIQUE	PETIT Audrey	MEDECINE VASCULAIRE
CAMPONE Mario	ANATOMIE, CYTOLOGIE		CHIRURGIE INFANTILE
CASSEREAU Julien	PATHOLOGIQUES	PICQUET Jean	GENETIQUE
CLERE Nicolas	PEDIATRIE	PODEVIN Guillaume	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE
	PHYSIOLOGIE	PROCACCIO Vincent	MOLECULAIRE
CODRON Philippe	PHARMACOTECHNIQUE HOSPITALIERE	PRUNIER Delphine	CARDIOLOGIE
COLIN Estelle	MEDECINE GENERALE		MEDECINE GENERALE
COPIN Marie-Christine	PHARMACOGNOSIE	PRUNIER Fabrice	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE
	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	PY Thibaut	MOLECULAIRE
COUTANT Régis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	RAMOND-ROQUIN Aline	BIOSTATISTIQUE
CUSTAUD Marc-Antoine	MEDECINE PHYSIQUE ET	REYNIER Pascal	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	READAPTATION		PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE D'URGENCE	RIOU Jérémie	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET
DERBRE Séverine	MALADIES INFECTIEUSES ET	RINEAU Emmanuel	MALADIES METABOLIQUES
DESCAMPS Philippe	TROPICALES		MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
D'ESCATHA Alexis	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ;	RIQUIN Elise	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA
	HYGIENE HOSPITALIERE		SANTE
DINOMAS Mickaël	PEDOPSYCHIATRIE	RODIEN Patrice	ANATOMIE ET CYTOLOGIE
	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE		PATHOLOGIQUES
DOUILLET Delphine	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	ROQUELAURE Yves	CHIRURGIE PLASTIQUE,
DUBEE Vincent	ANATOMIE		RECONSTRUCTRICE ET
	CHIRURGIE THORACIQUE ET	ROUGE-MAILLART Clotilde	ESTHETIQUE
DUCANCELLE Alexandra	CARDIOVASCULAIRE	ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE
	CARDIOLOGIE		PATHOLOGIQUES
DUVERGER Philippe	PNEUMOLOGIE	ROUSSEAU Pascal	MEDECINE D'URGENCE
EVEILLARD Matthieu	PSYCHIATRIE D'ADULTES		BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES
FAURE Sébastien	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	ROUSSELET Marie-Christine	CHIMIE ORGANIQUE
	CHIMIE ANALYTIQUE	ROY Pierre-Marie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
FOURNIER Henri-Dominique	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	SAULNIER Patrick	CHIRURGIE INFANTILE
FOUQUET Olivier			
	IMMUNOLOGIE	SERAPHIN Denis	
FURBER Alain	MEDECINE GENERALE	SCHMIDT Aline	
GAGNADOUX Frédéric		SCHMITT Françoise	
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE		BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
GUARDIOLA Philippe			; HYGIENE HOSPITALIERE
GUILET David	KEMPF Marie		CHIRURGIE MAXILLO-
HUNAUULT-BERGER Mathilde	KUN-DARBOIS Daniel		FACIALE ET STOMATOLOGIE
JEANNIN Pascale			RADIOPHARMACIE
JUDALET-ILLAND Ghislaine			OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
KAZOUR François			BIOPHARMACIE
	LACOEUILLE FRANCK		BOTANIQUE/ MYCOLOGIE
PHYSIOLOGIE	LACCOURREYE Laurent		ANESTHESIOLOGIE-
MEDECINE GENERALE	LAGARCE Frédéric		REANIMATION
GERIATRIE ET BIOLOGIE DU	LANDREAU Anne		UROLOGIE
VIEILLISSEMENT	LASOCKI Sigismond		GYNECOLOGIE-
REANIMATION			OBSTETRIQUE

TESSIER-CAZENEUVE
Christine
TRZEPIZUR Wojciech
UGO Valérie
URBAN Thierry
VAN BOGAERT Patrick

MEDECINE GENERALE

PNEUMOLOGIE
HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
PNEUMOLOGIE
PEDIATRIE

VENARA Aurélien

VENIER-JULIENNE Marie-
Claire
VERNY Christophe
WILLOTEAUX Serge

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
PHARMACOTECHNIE

NEUROLOGIE
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

MAÎTRES DE CONFERENCES

AMMI Myriam

BAGLIN Isabelle
BASTIAT Guillaume

BEAUVILLAIN Céline
BEGUE Cyril
BELIZNA Cristina
BENALLEGUE Nail
BERNARD Florian
BESSAGUET Flavien

BLANCHET Odile
BOISARD Séverine
BOUCHER Sophie
BRILLAND Benoit
BRIS Céline

BRUGUIERE Antoine
CAPITAIN Olivier

CHABRUN Floris

CHAO DE LA BARCA Juan-
Manuel
CHOPIN Matthieu
CORVAISIER Mathieu
DEMAS Josselin

DESHAYES Caroline
FADEL Marc

FERRE Marc
FORTRAT Jacques-Olivier
GHALI Maria
GUELFF Jessica
HADJ MAHMOUD Dorra
HAMEL Jean-François

HAMON Cédric
HELESBEUX Jean-Jacques
HERIVAUX Anaïs
HERSANT Jeanne

CHIRURGIE VASCULAIRE ET
THORACIQUE
CHIMIE THERAPEUTIQUE
BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES
IMMUNOLOGIE
MEDECINE GENERALE
MEDECINE INTERNE
PEDIATRIE
ANATOMIE
PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE
HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
CHIMIE ANALYTIQUE
ORL
NEPHROLOGIE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE
MOLECULAIRE
PHARMACOGNOSIE
CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE
MOLECULAIRE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE
MOLECULAIRE
MEDECINE GENERALE
PHARMACIE CLINIQUE
SCIENCES DE LA READAPTATION
BACTERIOLOGIE VIROLOGIE
MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
BIOLOGIE MOLECULAIRE
PHYSIOLOGIE
MEDECINE GENERALE
MEDECINE GENERALE
IMMUNOLOGIE
BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE
MEDICALE
MEDECINE GENERALE
CHIMIE ORGANIQUE

BIOTECHNOLOGIE
MEDECINE VASCULAIRE

HINDRE François
JOUSSET-THULLIER Nathalie
JUSTEAU Grégoire
KHIATI Salim

LEFEUVRE Caroline
LEGEAY Samuel
LEPELTIER Elise
LE ROUX Gaël
LETOURNEL Franck
MABILLEAU Guillaume

MALLET Sabine
MAROT Agnès

MIOT Charline
MOUILLIE Jean-Marc
NAIL BILLAUD Sandrine
PAILHORIES Hélène
PAPON Xavier
PASCO-PAPON Anne

PENCHAUD Anne-Laurence
PEUROIS Matthieu
PIHET Marc

PIRAUX Arthur
POIROUX Laurent
RONY Louis

ROGER Emilie
SAVARY Camille

SCHINKOWITZ Andréas
SPIESSER-ROBELET Laurence
SUTEAU Valentine

TEXIER-LEGENDRE Gaëlle
VIAULT Guillaume

BIOPHYSIQUE
MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA
SANTE
PNEUMOLOGIE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE
MOLECULAIRE
BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE
PHARMACOCINETIQUE
CHIMIE GENERALE
TOXICOLOGIE
BIOLOGIE CELLULAIRE
HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET
CYTOGENETIQUE
CHIMIE ANALYTIQUE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
MEDICALE
IMMUNOLOGIE
PHILOSOPHIE
IMMUNOLOGIE
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ANATOMIE
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SOCIOLOGIE

MEDECINE GENERALE
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
OFFICINE
SCIENCES INFIRMIERES
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET
TRAUMATOLOGIQUE
PHARMACOTECHNIE
PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE
PHARMACOGNOSIE
PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION
THERAPEUTIQUE
ENDOCRINOLOGIE ; DIABETE ET
MALADIES METABOLIQUES
MEDECINE GENERALE

CHIMIE ORGANIQUE

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER
BARAKAT Fatima
ATCHADE Constantin
ECER
HASAN Mahmoud
PRCE
AUTRET Erwan
BARBEROUSSE Michel
COYNE Ashley
O'SULLIVAN Kayleigh
RIVEAU Hélène
PAST-MAST
AUBRUCHET Hélène

BEAUVAIS Vincent
BRAUD Cathie

CAVAILLON Pascal
CHAMPAGNE Romain

CHIMIE ANALYTIQUE
GALENIQUE

GALENIQUE

ANGLAIS
INFORMATIQUE
ANGLAIS
ANGLAIS
ANGLAIS

PHARMACIE DEUST PREPARATEUR
OFFICINE
PHARMACIE DEUST PREPARATEUR
PHARMACIE INDUSTRIELLE
MEDECINE PHYSIQUE ET
READAPTATION
DILÉ Nathalie
GUITTON Christophe

KAASSIS Mehdi

LAVIGNE Christian
LE FLOCH Maxime
MARSAN-POIROUX Sylvie
MOAL Frédéric
PEREZ-GRANDIERE Lucia
PICCOLI Giorgia
POMMIER Pascal

SAVARY Dominique
TORREGGIANI Massimo
PLP
CHIKH Yamina
AHU
ROBIN Julien
OFFICINE
MEDECINE INTENSIVE-
REANIMATION
GASTRO-ENTEROLOGIE
MEDECINE INTERNE
GERIATRIE
COMMUNICATION

PHARMACIE CLINIQUE
MALADIES INFECTIEUSES

NEPHROLOGIE
CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE
MEDECINE D'URGENCE
NEPHROLOGIE

ECONOMIE-GESTION

DISPOSITIFS MEDICAUX

REMERCIEMENTS COMMUNS

Au Professeur PY,

Professeur des universités de médecine générale, coordinateur local du DES, merci de nous avoir fait l'honneur de présider cette thèse. Merci tout particulièrement pour votre implication dans la formation des internes de médecine générale notamment en GEAP.

Au Docteur Mélanie FAIVRE, merci d'avoir accepté, sans hésiter, de diriger notre thèse. Merci pour ton implication, ta réactivité, ta pédagogie et ton expérience dans la recherche qui nous ont été très précieuses pour ce travail. Nous avons beaucoup apprécié travailler avec toi.

Au Docteur Sébastien BASLE, merci d'avoir accepté de co-diriger notre thèse. Merci pour ton accompagnement, ton soutien précieux et ton regard de médecin généraliste sur ce sujet qui a permis d'enrichir notre travail.

Merci aussi, d'avoir toujours eu à cœur de nous transmettre ta vision de la médecine, et d'avoir été à l'écoute et pédagogue durant nos semestres dans ton cabinet. A tes côtés nous nous sommes épanouies dans la médecine générale (et merci pour les restos !)

Au Docteur Carole VITELLIUS, merci d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse et d'apporter votre regard de gastro-entérologue et d'oncologue sur notre travail. Merci de l'intérêt que vous avez toujours porté à notre sujet.

Au Docteur Matthieu PEUROIS merci d'avoir accepté de participer à notre jury de thèse et pour le temps que vous y avez consacré.

À tous les médecins généralistes qui se sont intéressés à ce sujet et qui ont pris le temps de répondre au questionnaire, rendant ce travail possible.

REMERCIEMENTS d' Agathe

Merci Rozenn d'avoir dit OUI pour te lancer avec moi dans ce projet de thèse. Tu es une nana que j'avais terriblement envie de côtoyer par ton caractère solaire, drôle et profond que je percevais, même de loin. Je me suis donc arrangée pour créer du lien : quoi de mieux qu'une thèse à travailler ensemble pendant des mois !? Voilà : j'ai gagné une amie, et quelle amie ! Merci d'être restée malgré tous les rebondissements : le changement de sujet et surtout le « coucou un BEB's ! ». Tu as su nous recentrer quand il fallait être efficace sans jamais perdre ta bonne humeur ! Merci pour ce lien particulier qui nous unit autour de nos parents qui nous manquent tant ; tu es l'une de ces rares personnes « qui comprend » vraiment ce que l'absence implique et les forces que l'on peut en tirer pour être heureuse aujourd'hui, merci pour tous nos échanges. Il n'y a plus de thèse, mais on peut très bien transformer les « réunions de thèse » en verres en terrasse, sans souci pour moi. Merci infiniment.

À mes maîtres de stages, et tout particulièrement, Dr MENAGER, pour ton exigence bienveillante et ton accompagnement précieux durant mon stage en gériatrie qui a marqué un tournant en compétence dans mon internat. Aux Dr BASLE, Dr PALONNE et Dr LEMELE pour votre confiance, votre sérénité et la liberté que vous m'avez accordée au cabinet auprès de vos patients, me permettant ainsi de gagner en assurance et d'apprendre de mes propres expériences. Merci aux pédiatres des Urg Ped du Mans, pour l'ambiance chaleureuse du service et l'intérêt particulier que vous avez porté à notre formation. Merci à l'équipe HAD de Cholet, en particulier Dr MONTECOT pour tes qualités professionnelles et humaines auprès des patients en fin de vie qui m'ont bouleversé et qui inspirent aujourd'hui ma pratique. Et tous ceux qui ont fait de moi une médecin plus confiante et compétente.

À mes grandes amies d'externat, Inès et Laura. On s'est connues en dernière année d'externat, mais quelle année ! Vous l'avez rendue joyeuse et heureuse !

À mes amis d'internat : Audrey, Caroline, Margaux, Julie et Mathilde. Les urgences du Mans resteront à jamais gravées par l'amitié qui nous unit. Merci pour votre présence dans les moments heureux et les périodes plus difficiles. Je suis tellement une amie en carton par rapport à vous ! Quelle chance de vous avoir ! Sans oublier Louise, Aymeric, Elliott, Pauline, Amélie, Léna, Océane et Yoann, rencontrés grâce au mythe internat du Mans. Si cher à mon cœur.

Merci Louis pour cette amitié précieuse qui est née du Mans.

À mes amis « team cathos » : Baudouin, Armelle, Benoit, Apolline, Anne-Gab. Merci pour votre amitié belle et fidèle, c'est toujours une immense joie de vous voir ! L'internat n'aurait jamais eu la même saveur sans vous ! Vivement le prochain WE !

Merci Céleste, ma petite Maman de mes études de médecine. Merci pour les bons petits plats et les grands moments de rire et de complicité, j'ai un souvenir très heureux de cette période. Vous avez rendu ces longues années beaucoup plus douces.

À mes grands-parents adorés. Merci pour votre présence au fil des années. Vous êtes un véritable socle de tendresse. Grâce à vous, j'ai l'impression de retrouver, encore aujourd'hui, le sentiment réconfortant d'être un petit enfant qui rentre se faire chouchouter après avoir joué en extérieur.

Merci Muriel, pour l'Amour dont tu nous entoures et pour ton écoute.

REMERCIEMENTS d' Agathe

Merci Papa, pour ta présence et ta disponibilité sans failles durant ces longues années d'étude. Je sais combien il était difficile parfois de faire face seul, sans Maman, aux périodes de concours, d'examen et de doute. J'ai toujours su que je pouvais compter sur toi (et depuis que j'ai pris mon envol : dur dur la vie d'adulte responsable !). Merci pour le confort et les privilèges de cette vie étudiante à Tinquex City en tant qu'enfant unique, et pour la joie de profiter de la piscine et du potager de Cohan à tes côtés, j'ai un souvenir tendre et réconfortant de tous ces moments. J'espère te rendre fier aujourd'hui.

À vous, mes sœurs et mon frère chéris, merci pour notre fratrie unie et complice si précieuse à mon cœur ! Merci pour votre Amour et votre présence à mes côtés, sans condition aucune. Merci pour les rires et la joie, pour les confidences et l'écoute, je suis toujours profondément apaisée et heureuse lorsque je suis avec vous. Et bienvenu dans la team, Colomban !

Merci Clément, d'abord pour ton aide précieuse pour la réalisation de cette thèse (vive excel !). Tes qualités viennent chaque jour contraster mes faiblesses et j'en suis admirative : tu es rempli de patience, tu es fiable et efficace, aimant et tendre. Barthélémy et moi sommes rassurés lorsque tu es à nos côtés. N'oublie jamais de me bousculer, pour toujours mieux aimer.

Merci Barthélémy, mon fils tant aimé. Tu es arrivé dans ma vie dans un fracas puis tu l'as remplie d'émerveillement et de joie. Tu m'apprends chaque jour à laisser de côté mes exigences et mon perfectionnisme pour faire place à l'essentiel. Grâce à toi, je suis sûrement plus vulnérable mais plus authentique et plus vraie. N'oublie jamais que tu es le plus beau cadeau du monde, un cadeau imprévu peut-être, mais un cadeau infiniment précieux que je ne me lasserai jamais de contempler. Tu seras toujours ma priorité. Je te souhaite une belle découverte de la vie, je serais là, sois heureux !

Enfin, merci à toi Maman, pour les solides fondations d'amour et de confiance que tu as patiemment bâties en moi jusqu'à l'aube de ma vie d'adulte. Elles ont rendu ton départ, et la vie sans toi, moins désarmante. Merci pour l'exemple de vie que tu nous as laissé. Il guide chaque jour mes pas dans mon métier mais surtout dans ma vie de femme et de mère. Merci pour ton courage face à la maladie et pour le regard aimant que tu as toujours porté sur les autres, ta façon d'écouter et de comprendre. Maman, cette thèse ne révolutionnera sûrement pas la médecine mais elle est pour toi ! J'espère qu'aujourd'hui, en refermant ce chapitre des études de médecine avec un travail sur le cancer du pancréas, je peux te rendre un peu de tout ce que tu m'as donné et te rendre fière. Tu nous manques !

REMERCIEMENTS de Rozenn

Agathe, merci de m'avoir embarquée dans l'aventure de la thèse ! Travailler avec toi a été si fluide et agréable, je pourrais presque recommencer ! Merci pour cette belle amitié, vraie et simple, merci pour tous nos partages, pour ton entrain et ta joie. Tu es une personne passionnée, ce qui a rendu notre travail vivant ! Mention spéciale à Barthélémy sans qui cette thèse n'aurait pas la même saveur. J'ajoute mes remerciements aux tiens, c'est donc un nouveau oui pour les sorties en terrasse !

Merci à tous mes maîtres de stage rencontrés au cours de mon internat. Merci pour votre patience, votre bienveillance et vos enseignements. À votre contact, j'ai pu me former, m'épanouir en tant qu'interne et découvrir le médecin que je souhaite être pour les patients. Merci au Dr Palonne, sans qui nous ne nous serions peut-être pas rencontrées assez tôt pour pouvoir réaliser notre thèse ensemble ! Merci aux pédiatres du Mans pour ces six mois à vos côtés.

Merci à tous mes amis d'internat et à mes cointernes des urgences adultes et pédiatriques du Mans, de Saumur et du SMIT d'Angers pour avoir rendu cet internat plus fun. Merci particulièrement à Jeanne et Margot, pour nos moments de décompression, de galère, de rires et de fête, pour votre soutien dans ces premiers pas d'interne jusqu'à aujourd'hui !

Merci à tous mes amis angevins, bordelais et périgourdins, merci à ma joyeuse bande de cousins pour ces moments d'évasion loin de la médecine !

Emma et Marine, quelle chance d'avoir de telles amies depuis si longtemps, votre amitié fidèle depuis nos 8 ans m'est précieuse !

Thérèse, merci pour nos sous-colles de première année, autant de fous rires que d'heures travaillées ! Merci pour tes conseils et ton écoute.

Merci Agathe et Léa pour ces belles années de coloc !

Apolline et Louise, merci pour cette belle amitié. À nos prochaines aventures, nombreuses je l'espère !

Agathe, incroyable de se retrouver si proche géographiquement de ma cousine chérie ! Merci pour tes encouragements et ton soutien constant. Merci à Guéric et toi pour votre accueil chaleureux au début de cet internat et pour votre confiance.

Joséphine, impossible de ne pas te remercier. Des premières heures de révisions jusqu'aux dernières, tu étais là. Je garde précieusement tous nos moments de folie, de rire, de partage, les moments simples du quotidien, les moments de travail et de révisions intenses, les vacances, les grands moments de joie comme ceux plus douloureux. Merci pour ton amitié et ta présence à chaque instant. La distance est un détail dont notre amitié n'a que faire.

Les garçons, Louis, Yvan, Martin, Jean Eudes et Malo, merci pour votre joyeuse compagnie et pour ce que chacun de vous apporte à notre belle fratrie ! Merci pour votre patience pendant ces longues années d'études. Joie d'avoir partagé quelques années angevines avec toi Jean Eudes !

REMERCIEMENTS de Rozenn

Maman, merci de m'avoir toujours soutenue et accompagnée et particulièrement durant ces longues années d'étude où tu as su trouver les mots justes pour m'encourager et m'aider à garder le cap. Merci pour les cadeaux que tu m'offres tous les jours ; pour ton écoute, tes conseils, ton grain de folie que j'aime tant, tes petites attentions, merci pour l'amour si fort que tu nous portes.

Pour toi Papa. Parce que, d'une manière toute particulière, tu es avec nous aujourd'hui, comme tu l'as toujours été, j'en suis sûre, ces dernières années. Merci pour le papa si EXTRAordinaire que tu as été et que tu continues d'être, autrement. Continue de veiller sur nous.

« On croit que la mort est une absence, quand elle est une présence discrète. » Antonin Sertillanges.

Liste des abréviations

MSU	Maître de stage universitaire
URML	Union régionale des médecins libéraux
ET	Ecart type
TDM	Tomodensitométrie

Plan

SERMENT D'HIPPOCRATE

LISTE DES ABRÉVIATIONS

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

MÉTHODES

- 1. Population étudiée**
- 2. Recueil des données**
- 3. Analyses des données**

RÉSULTATS

- 1. Questionnaires recueillis et analysés**
- 2. Principaux résultats**
- 3. Analyses secondaires bivariées**
 - 3.1. Délai selon le symptôme initial
 - 3.2. Délai selon le lieu d'exercice du médecin généraliste
 - 3.3. Délai selon le type de prise en charge

DISCUSSION ET CONCLUSION

- 1. Synthèse et interprétation des résultats**
 - 1.1. Facteurs influençant le délai de détection
 - 1.1.1. Influence de la présentation clinique initiale sur le délai
 - 1.1.2. Influence du lieu d'exercice du médecin généraliste sur le délai
 - 1.1.3. Influence du délai sur la prise en charge
 - 1.2. Place du médecin généraliste dans le parcours de soin
- 2. Forces et limites de l'étude**
- 3. Conclusion**

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXE

PARCOURS DE SOIN DU PATIENT EN MÉDECINE GÉNÉRALE : DES PREMIERS SYMPTÔMES ÉVOQUÉS JUSQU'À SON DIAGNOSTIC DE CANCER DU PANCRÉAS.

Rozenn DUHAMEL et Agathe LAMBERT

Répartition du travail :

La majorité de ce travail a été réalisée en binôme par les auteurs : la recherche bibliographique, la rédaction du questionnaire, de l'introduction et de la discussion.

Rozenn Duhamel a rédigé les méthodes et la conclusion.

Agathe Lambert a analysé les réponses et rédigé les résultats.

INTRODUCTION

Le cancer du pancréas est le deuxième cancer digestif le plus fréquent avec plus de 14 000 cas diagnostiqués en France chaque année. L'incidence en France en 2023 est de 15 991 cas, dont 8 323 chez les hommes et 7 668 chez les femmes. Le taux d'incidence progresse notamment chez les personnes de plus de 50 ans. Entre 2010 et 2023, il a progressé de 1,6 % par an chez les hommes et de 2,1 % par an chez les femmes(1). On estime aujourd'hui qu'il sera la deuxième cause de mortalité par cancer dans les pays industrialisés en 2030 devant le cancer colorectal et le cancer de la prostate(2).

Le cancer du pancréas, dont le pronostic reste sombre, est souvent diagnostiqué à un stade avancé. Cela s'explique, notamment par des symptômes initiaux relativement communs et rencontrés fréquemment en médecine générale, ce qui peut conduire à un allongement du délai diagnostique et à une diminution de la survie(3). On retrouve cependant dans la littérature des symptômes évocateurs du cancer du pancréas, comme l'ictère. Il est le seul symptôme isolé considéré comme à haut risque de cancer du pancréas avec la plus forte valeur prédictive positive(4). Cependant, il n'est présent que chez une minorité des patients au moment des premières manifestations cliniques. De plus, un diabète d'apparition récente (<36 mois) chez les patients de plus de 50 ans peut précéder l'apparition d'un cancer du pancréas de plusieurs mois (5); il s'agit donc d'un marqueur précoce, notamment lorsqu'il est associé à d'autres symptômes digestifs(6). Ainsi, malgré l'identification de certains signes d'alerte, le diagnostic reste souvent tardif, contribuant au mauvais pronostic de la maladie. Le taux de survie à cinq ans est estimé à 11 % en 2023(1). Seulement 10 à 15 % des patients sont diagnostiqués à un stade où la tumeur est résécable, permettant une prise en charge chirurgicale, ce qui améliore leur survie(7).

En France, contrairement à d'autres cancers digestifs, il n'existe pas de dépistage organisé dans la population générale. Il est réservé aux individus à « haut risque » et notamment :

- Les patients présentant une prédisposition familiale ;
- Les patients présentant un syndrome génétique avec un risque élevé (syndrome de Peutz-Jeghers, mélanome familial multiple, syndrome de Lynch, ou porteurs d'autres mutations germinales) ;
- Les patients ayant une pancréatite chronique héréditaire.

Ce dépistage est proposé dès 50 ans ou 10 ans avant le cas index le plus jeune, par une IRM pancréatique et une échographie endoscopique, de façon annuelle(8,9).

Ce dépistage ciblé ne concerne qu'une minorité de patients. Pour la majorité des patients, le diagnostic repose sur l'apparition des signes cliniques. Le médecin généraliste est très souvent le premier acteur de soins consulté lorsque les premiers symptômes apparaissent. Il a pour mission d'assurer la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies. Il doit donc orienter ses patients dans le système de soins(10), c'est-à-dire repérer les patients qui nécessitent des examens complémentaires rapides afin de ne pas retarder la prise en charge ultérieure.

Mieux comprendre les circonstances de découverte du cancer du pancréas pourrait permettre d'identifier la place du médecin généraliste dans le repérage précoce des premiers symptômes.

Cette étude s'intéresse au délai de détection défini comme le délai entre la première consultation en médecine générale où les symptômes sont rapportés et la réalisation de la première imagerie, quel que soit son type. Celle-ci marque l'entrée du patient dans un parcours de soins spécialisé vers le diagnostic de cancer du pancréas. Ce choix se justifie par la volonté d'étudier le rôle du médecin généraliste. Il devient pertinent de débiter l'analyse au moment où il intervient pour la première fois dans le parcours de soins.

C'est pourquoi notre étude a pour objectif d'évaluer le délai de détection du cancer du pancréas en médecine générale, d'identifier les facteurs susceptibles de l'influencer et de

préciser le rôle du médecin généraliste dans l'initiation du parcours diagnostic des patients atteints de cette maladie.

MÉTHODES

1. Population étudiée

Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle, descriptive et rétrospective réalisée auprès des médecins généralistes thésés exerçant dans les départements de Maine-et-Loire (49), Sarthe (72) et Mayenne (53).

Critères d'inclusion : être docteur en médecine générale (installé ou remplaçant), exercer en Maine-et-Loire, Sarthe ou Mayenne et ayant pris en charge au moins un patient atteint d'un cancer du pancréas durant les cinq dernières années.

Critères d'exclusion : médecin non thésé ou médecin thésé exerçant dans un autre département, absence de patient suivi pour un cancer du pancréas durant les cinq dernières années.

2. Recueil des données

Un questionnaire a été réalisé par les auteurs. Il comporte 20 questions avec des réponses à choix multiples ou des réponses ouvertes laissant la possibilité au participant d'exprimer d'autres idées. Le questionnaire complet figure en annexe de ce document.

Ce questionnaire se composait de trois parties :

- Une première partie permettait de relever les données socio-démographiques des praticiens ainsi que la durée de suivi et la fréquence des consultations du patient.
- La deuxième partie concernait le diagnostic du cancer du pancréas.
- Une dernière partie portait sur la prise en charge et le devenir du patient après le diagnostic.

Les symptômes proposés dans le questionnaire ont été choisis selon les données de la littérature, notamment une étude cas-témoin réalisée en soins primaires(11) et une revue systématique des données en soins primaires(4).

Le questionnaire a été envoyé à 1 233 médecins généralistes. Il a été transmis à l'ensemble des MSU de la faculté de médecine d'Angers via la scolarité, aux médecins généralistes thésés de Maine-et-Loire, Sarthe et Mayenne via le Conseil de l'Ordre de chaque département et via l'URML des Pays de la Loire.

La durée de réponse aux questionnaires a été estimée à 4 minutes. Les réponses étaient anonymisées.

Les données ont été recueillies entre le 9 décembre 2025 et le 15 avril 2026. Une relance par mail à deux et trois mois de l'envoi des questionnaires a été effectuée.

Dans le cadre de cette étude, aucun calcul du nombre minimal de réponses attendues n'a été réalisé car l'objectif était de recueillir un maximum de réponses afin de renforcer la fiabilité des résultats et la précision des analyses.

3. Analyses des données

Tous les résultats ont été récupérés via le logiciel MicrosoftForm puis une analyse descriptive des réponses a été effectuée.

Le critère de jugement principal est le délai moyen (en jours) de détection du cancer du pancréas c'est-à-dire le temps qui s'écoule entre la première consultation où les premiers symptômes sont évoqués et la première imagerie.

Une première analyse secondaire bivariée a consisté à comparer ce délai selon les premiers symptômes rapportés par le patient. Pour cela, nous avons réparti les patients en deux groupes selon le caractère évocateur ou non de leur premier symptôme.

- Un premier groupe avec des patients ayant présenté un ictère ou une découverte récente de diabète.
- Un second groupe avec des symptômes moins évocateurs.

Le délai de détection a été ensuite comparé entre ces deux groupes avec le test non paramétrique de Mann-Whitney, la distribution des délais étant asymétrique. Le seuil de significativité est fixé à $p < 0,05$.

Dans une seconde analyse secondaire bivariée, le délai de détection a été comparé selon le milieu d'exercice du médecin généraliste avec le test de Kruskal-Wallis. Ce test a été retenu devant la présence de 3 groupes indépendants, une distribution asymétrique des délais et un faible effectif dans chaque groupe.

RÉSULTATS

1. Questionnaires recueillis et analysés

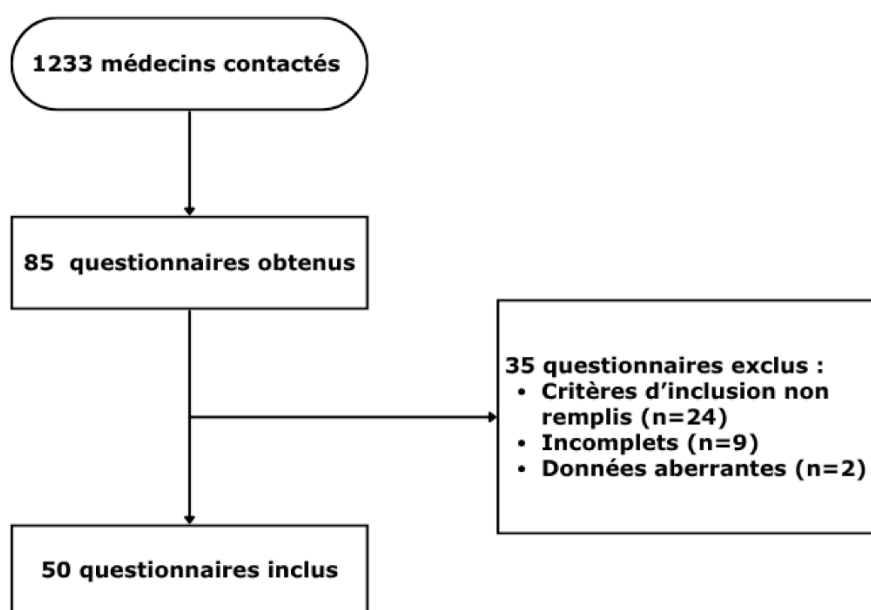


Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude

Durant la période d'étude, 85 réponses ont été obtenues sur un total de 1 233 médecins contactés. Cela représentait un taux de réponse de 6,9 %.

Cinquante questionnaires ont été inclus. En effet, 24 questionnaires ont été exclus car les médecins généralistes n'avaient pas de patients suivis pour un cancer du pancréas dans leur patientèle au cours des 5 dernières années ; 9 questionnaires ont été exclus car il s'agissait de cancers de découverte fortuite sans consultation initiale, et 2 autres également car le délai de détection était incohérent. Les délais incohérents comprenaient un délai négatif, avec une date d'imagerie antérieure à la date de la première consultation, et un délai supérieur à un an

entre la première consultation et la réalisation d’une imagerie, alors qu’une seule consultation était déclarée dans cette période.

Tableau I — Caractéristiques des médecins répondeurs (n = 50)

Caractéristiques	n (%) ou statistique
Âge des médecins — médiane [Q1–Q3]	44,0 [37,2 – 51,8] ans
Âge des médecins — moyenne (ET)	44,5 (9,8) ans
Sexe — Femme	28 (56,0 %)
Sexe — Homme	22 (44,0 %)
Département — Maine-et-Loire	25 (50,0 %)
Département — Sarthe	13 (26,0 %)
Département — Mayenne	12 (24,0 %)
Environnement — Semi-rural	19 (38,0 %)
Environnement — Rural	16 (32,0 %)
Environnement — Urbain	15 (30,0 %)
Ancienneté MT — < 5 ans	18 (36,0 %)
Ancienneté MT — Entre 5 et 10 ans	17 (34,0 %)
Ancienneté MT — > 10 ans	15 (30,0 %)
Fréquence consultations — < 1 fois par an	7 (14,0 %)
Fréquence consultations — Entre 1 et 2 fois par an	11 (22,0 %)
Fréquence consultations — > 3 fois par an	32 (64,0 %)
Dossier ouvert pour répondre — Oui	33 (66,0 %)
Dossier ouvert pour répondre — Non	17 (34,0 %)
Âge du patient au diagnostic — médiane [Q1–Q3]	67,5 [60,0 – 71,8] ans
Âge du patient au diagnostic — moyenne (ET)	66,8 (9,6) ans

Les médecins généralistes participants étaient en majorité des femmes (56 %) et leur âge était de 44,5 ans en moyenne. La moitié des médecins généralistes répondeurs exerçaient dans le département du Maine-et-Loire (50 %), tandis que 13 (26 %) exerçaient en Sarthe et 12 (24 %) en Mayenne. L'environnement d'exercice était principalement semi-rural (38 %), suivi du milieu rural (32 %) et du milieu urbain (30 %).

Trente-trois médecins (66 %) ont ouvert le dossier du patient pour répondre au questionnaire.

Concernant le suivi en médecine générale, 18 patients (36 %) étaient suivis par leur médecin généraliste depuis moins de 5 ans, 17 (34 %) depuis 5 à 10 ans, et 15 (30 %) depuis plus de 10 ans.

La fréquence habituelle des consultations de médecine générale était inférieure à une consultation par an pour 7 patients (14 %), comprise entre une et 2 consultations par an pour 11 patients (22 %) et supérieure à 3 consultations par an pour 32 patients (64 %).

En moyenne, le patient avait 66,8 ans au moment du diagnostic.

2. Principaux résultats

Tableau II : Délai de détection — critère de jugement principal (n = 50)

Statistique	Valeur (jours)
Moyenne	25,0
Écart-type	26,9
Médiane	11,0
Q1	5,2
Q3	39,8
IQR (Q3–Q1)	34,5
Minimum	0,0
Maximum	99,0

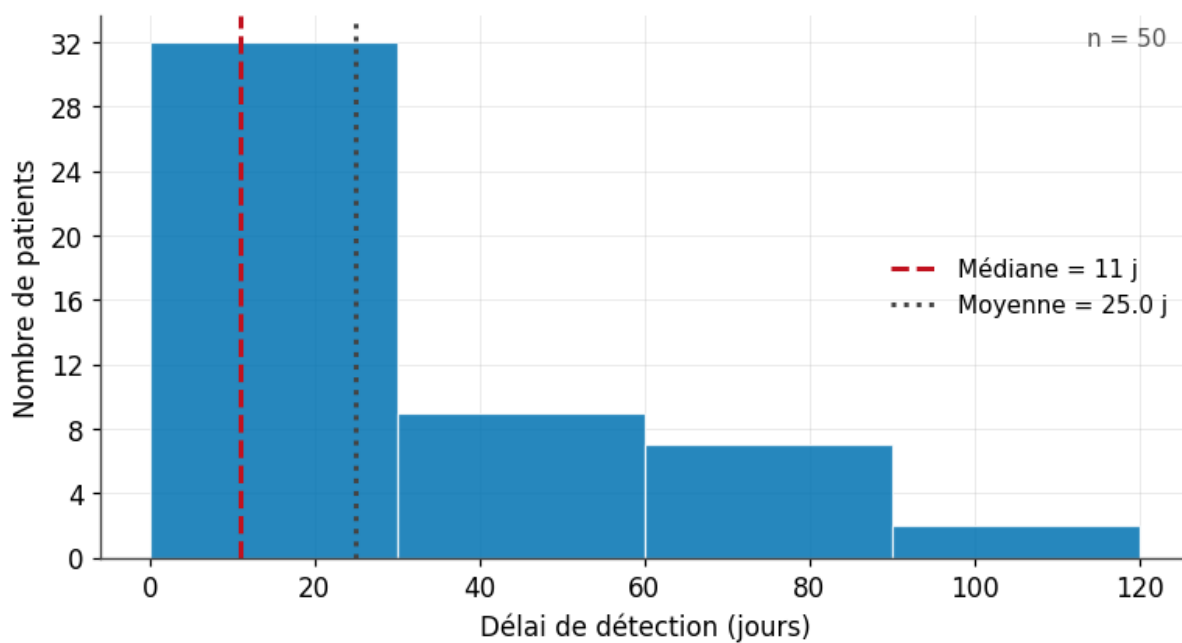


Figure 2 : Distribution du délai de détection

Concernant le critère de jugement principal, le délai de détection du cancer du pancréas, défini comme le temps écoulé entre la première consultation et la première imagerie, était de 25 jours en moyenne (ET : 26,9 jours) avec une médiane de 11 jours [5,2 - 39,8]. La distribution était asymétrique.

Tableau III : Délais clés du parcours diagnostique

Délai (jours)	n	Moyenne (ET)	Médiane [Q1–Q3]
Consultation → 1^{re} imagerie (CJP)	50	25,0 (26,9)	11,0 [5,2 – 39,8]
Consultation → biopsie	39	46,4 (42,7)	33,0 [14,5 – 67,5]

Sur les 50 questionnaires analysables, seuls 39 patients ont bénéficié d’une biopsie. Le temps moyen entre la consultation pour les premiers symptômes et la biopsie est de 46,4 jours (ET : 42,7 jours).

Tableau IV : Répartition des premiers symptômes (multi-réponses, n = 50 patients)

Symptôme	n	% des 50
Douleur abdominale	32	64.0
Altération de l'état général	10	20.0
Ictère	10	20.0
Trouble du transit	9	18.0
Douleur dorsale	6	12.0
Fièvre	3	6.0
Autre	3	6.0
Découverte récente diabète	2	4.0

Concernant la répartition du premier symptôme ayant motivé la première consultation, la douleur abdominale est le symptôme le plus fréquent ; il concerne 32 patients (64 %). L'altération de l'état général et l'ictère étaient observés chez 10 patients chacun (20 %). Le trouble du transit était retrouvé chez 9 patients (18 %) tandis que les douleurs dorsales concernaient 6 patients (12 %).

Plus rarement, une fièvre était rapportée chez 3 patients (6 %). La découverte récente de diabète était retrouvée chez 2 patients (4 %). Enfin, 3 patients présentaient des symptômes inauguraux plus atypiques (pyrosis, embolie pulmonaire, douleur inguinale) regroupés sous la catégorie « autre ».

Tableau V : Premier professionnel consulté (n = 50)

Premier recours	n	%
Médecin traitant / remplaçant / interne	45	90.0
Urgences	5	10.0

Le médecin traitant (ou son remplaçant, ou son interne) était le premier professionnel de santé consulté lors de l'apparition des symptômes pour 45 patients, soit dans 90 % des cas. À l'inverse, les autres patients se tournaient vers les urgences.

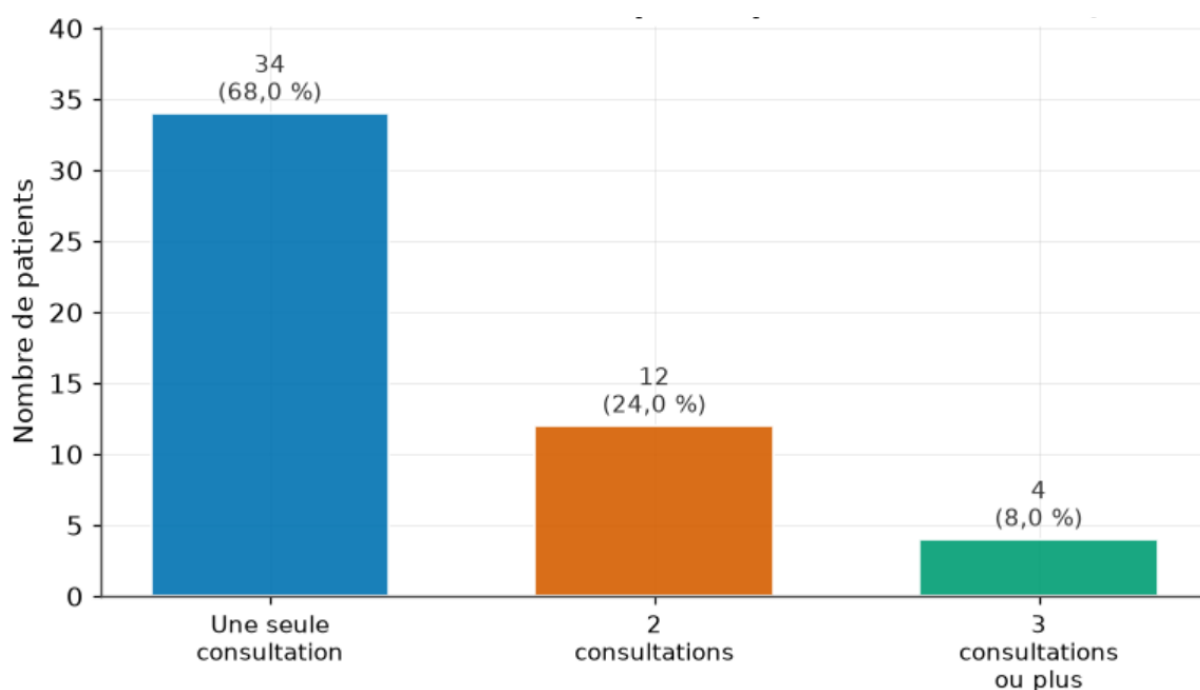


Figure 3 : Nombre de consultations avant prescription d'un examen complémentaire (n=50)

À l'issue de la première consultation, un examen complémentaire était prescrit dans 68 % des cas.

Tableau VI : Premier examen complémentaire – catégories mutuellement exclusives (n = 50)

Premier examen	n	%
Biologie seule	19	38.0
Biologie + TDM	16	32.0
TDM seul	8	16.0
Autres / combinaisons	6	12.0
Échographie seule	1	2.0

La biologie seule est l'examen complémentaire prescrit en première intention chez 19 patients (38 %). La tomodensitométrie (TDM) était réalisée en première intention chez 24 patients (48 %) dont 16 (32 %) en association avec la biologie.

3. Analyses secondaires bivariées

3.1. Délai selon le symptôme initial

Tableau VII — Délai de détection selon le caractère évocateur du symptôme initial

Groupe	n	Moyenne (ET)	Médiane [Q1–Q3]
Évocateur (ictère/diabète)	12	15,3 (22,1)	6,0 [1,5 – 18,2]
Peu spécifique	38	28,1 (27,8)	13,5 [8,0 – 52,5]

Mann-Whitney : U = 146 ; p = 0,0637

Dans l'étude, le délai de détection variait selon la nature des symptômes initiaux. Dans le groupe présentant des symptômes dits évocateurs (ictère ou découverte récente de diabète), le délai moyen était de 15,3 jours et le délai médian de 6,0 jours [1,5 - 18,2]. Dans le groupe présentant des symptômes peu spécifiques, le délai moyen de détection était de 28,1 jours et le délai médian de 13,5 jours [8,0 - 52,5]. Selon le test de Mann-Whitney, il n'existe pas de différence significative du délai de détection selon le caractère évocateur du symptôme initial ($p > 0,05$).

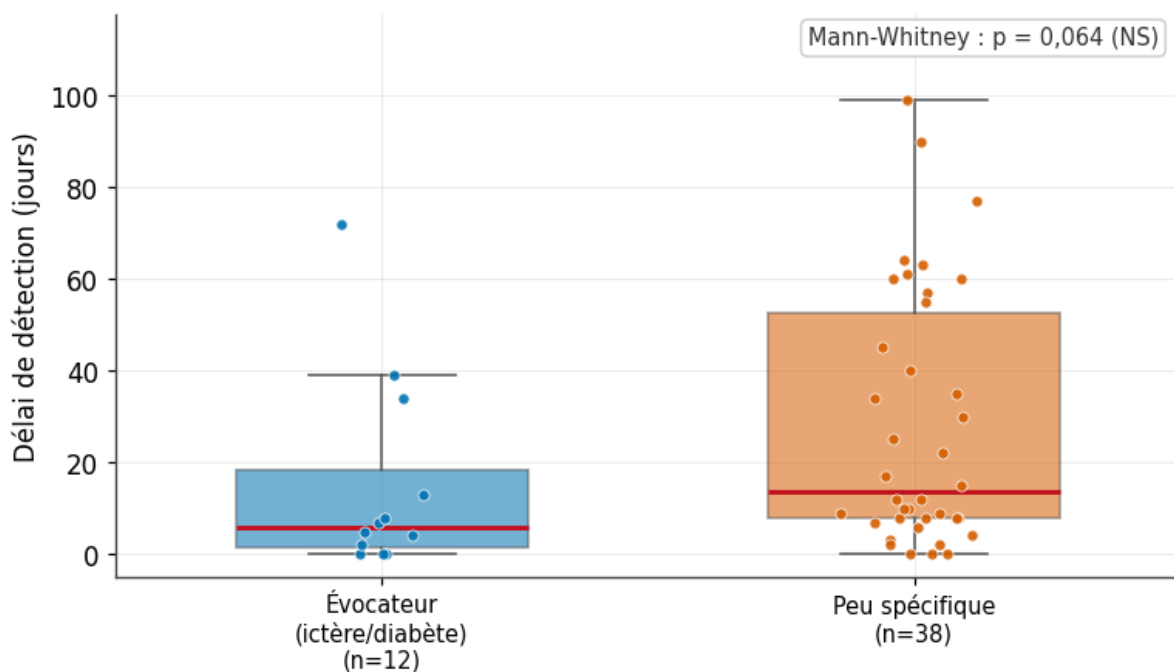


Figure 4 : Délai de détection selon le symptôme initial

3.2. Délai selon le lieu d'exercice du médecin généraliste

Tableau VIII – Délai de détection selon l'environnement d'exercice

Groupe	n	Moyenne (ET)	Médiane [Q1–Q3]
Urbain	15	23,5 (27,5)	8,0 [4,0 – 34,5]
Semi-rural	19	23,3 (29,1)	9,0 [4,0 – 38,5]
Rural	16	28,5 (25,0)	18,5 [8,8 – 48,0]

Kruskal-Wallis : $H = 1,34$; $p = 0,5120$

Les zones rurales présentaient le délai de détection le plus long avec 28,5 jours en moyenne avec une médiane de 18,5 jours [8,8 – 48,0]. En comparaison, les délais moyens étaient de 23,5 jours avec une médiane de 8,0 jours [4,0 – 34,5] en milieu urbain et de 23,3 jours avec une médiane de 9,0 jours [4,0 – 38,5] en milieu semi-rural. Selon le test de Kruskal-Wallis, il n'existe pas de différence significative du délai de détection selon l'environnement d'exercice du médecin généraliste ($p > 0,05$).

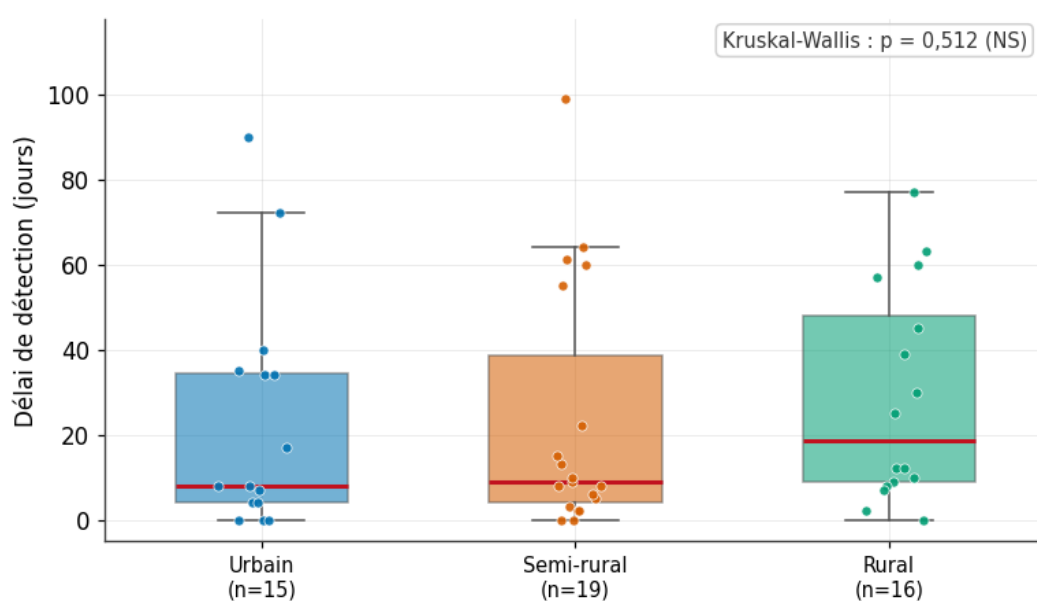


Figure 5 : Délai de détection selon l'environnement d'exercice

3.3. Délai selon le type de prise en charge

Tableau IX – Délai de détection selon la prise en charge

Groupe	n	Moyenne (ET)	Médiane [Q1–Q3]
Abstention - soins de confort	5	14,0 (23,3)	5,0 [0,0 – 10,0]
Chimiothérapie seule	29	28,5 (27,8)	15,0 [8,0 – 45,0]
Chimiothérapie + chirurgie	13	21,6 (26,8)	8,0 [4,0 – 34,0]
Chirurgie seule	3	24,3 (31,8)	8,0 [6,0 – 34,5]

Kruskal-Wallis : $H = 3,29$; $p = 0,3489$

Pour les patients orientés directement vers une prise en charge palliative (abstention/soins de confort), le délai de détection était de 14,0 jours en moyenne avec une médiane de 5,0 jours [0,0 - 10,0]. Les patients bénéficiant d'une chimiothérapie seule, avaient un délai moyen de détection de 28,5 jours avec une médiane de 15,0 jours [8,0 - 45,0], alors que les patients bénéficiant d'une chimiothérapie associée à une chirurgie, avaient un délai moyen de 21,6 jours avec une médiane de 8,0 jours [4,0 - 34,0]. Enfin, dans le groupe chirurgie seule, le délai moyen était de 24,3 jours et la médiane de 8,0 jours [6,0 - 34,5].

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Synthèse et interprétation des résultats

L'objectif de cette étude était d'évaluer le délai de détection du cancer du pancréas en médecine générale, d'identifier les facteurs susceptibles de l'influencer et de préciser le rôle du médecin généraliste dans l'initiation du parcours diagnostique de ces patients.

1.1. Facteurs influençant le délai de détection

Le délai de détection moyen retrouvé était de 25 jours tandis que la médiane était de 11 jours. Cette disparité s'explique par une distribution asymétrique, liée à la présence de délais particulièrement longs augmentant la moyenne. Ce délai reste cohérent avec l'enquête REPERE qui analysait le parcours de soins des patients atteints d'un cancer du pancréas métastatique et qui retrouve un délai médian de 41 à 65 jours entre les premiers symptômes et l'annonce du diagnostic (12).

1.1.1. Influence de la présentation clinique initiale sur le délai

Les patients présentant des symptômes évocateurs du cancer du pancréas (ictère ou découverte récente de diabète) avaient un délai de détection moyen de 15,3 jours avec une médiane de 6,0 jours [1,5 – 18,2]. À l'inverse, les patients présentant des symptômes moins spécifiques et plus fréquents en médecine générale (douleur abdominale, douleur dorsale, asthénie...) avaient un délai de détection moyen et donc de réalisation d'une imagerie presque deux fois plus long à 28,1 jours avec une médiane de 13,5 jours [8,0 – 52,5], bien que la différence ne soit pas significative ($p > 0,05$) dans cette étude.

L'enquête nationale REPERE souligne l'importante fréquence des symptômes aspécifiques lors de la présentation clinique initiale du cancer du pancréas, notamment l'amaigrissement (65%), l'asthénie (53%), l'anorexie (49%), les douleurs abdominales (41%) et les douleurs dorsales (12). Dans notre étude, la douleur abdominale était retrouvée chez 64% des patients, l'altération de l'état général chez 20% des patients et la douleur dorsale chez 12% des patients. Cette dernière notamment, pourrait orienter les médecins généralistes vers des pathologies plus courantes et bénignes, en particulier musculosquelettiques, susceptible de retarder l'hypothèse d'une origine tumorale. En effet, l'étude REPERE montre que la prescription d'un traitement symptomatique par le médecin généraliste augmente le délai diagnostique d'environ 14 jours ($p < 0,05$), ce qui peut laisser supposer qu'en l'absence de signes évocateurs, les médecins généralistes privilégient des diagnostics bénins et instaurent plus fréquemment un traitement symptomatique d'épreuve (12). Ce mécanisme est particulièrement pertinent en médecine générale, où la stratégie de traitement d'épreuve est courante et adaptée à la forte prévalence des pathologies bénignes.

Notre étude retrouve un délai plus court lorsque la présentation clinique initiale comporte des symptômes évocateurs comme l'ictère ou la découverte récente de diabète. Bien que la différence ne soit pas significative dans notre étude, les résultats sont cohérents avec l'enquête REPERE qui retrouve une tendance à la réduction du délai en présence d'un ictère et avec l'étude SYMPTOM qui retrouvent également une diminution significative du délai de prise en charge en présence d'un ictère(13). Celui-ci est donc un signe d'alarme orientant rapidement le médecin vers l'hypothèse d'une pathologie tumorale.

Cependant, à l'inverse de notre étude, l'étude SYMPTOM retrouve un allongement du délai diagnostique chez les patients diabétiques. Cette différence pourrait s'expliquer par l'absence de distinction entre les diabètes préexistants et les diabètes de découverte récente. En effet, parmi les différents types de diabète, seul le diabète d'apparition récente est décrit

comme un signe précoce de cancer du pancréas(14). Son association à l'ictère dans notre analyse visait précisément à identifier des situations cliniques susceptibles de favoriser une détection plus précoce. L'inclusion des diabètes anciens dans l'étude SYMPTOM a pu contribuer à l'allongement du délai. En effet, un diabète préexistant est plus susceptible d'entraîner une prise en charge centrée sur le diabète, sans faire suspecter un cancer du pancréas, contrairement au diabète d'apparition récente. Le diabète de découverte récente, d'autant plus s'il est accompagné d'autres symptômes digestifs ou de perte de poids, pourrait représenter une opportunité diagnostique encore insuffisamment connue et exploitée en médecine générale.

Dans cet objectif, des modèles de stratification du risque comme ENDPAC permettant d'identifier parmi les patients présentant un diabète de découverte récente, ceux à haut risque de développer un cancer du pancréas, pourraient contribuer à mieux cibler les patients nécessitant des explorations complémentaires et favoriser un diagnostic plus précoce(15).

Ainsi, nos résultats s'inscrivent dans un cadre déjà bien documenté : la non-spécificité des symptômes initiaux constitue un obstacle majeur à la détection précoce du cancer du pancréas, entraînant des délais diagnostiques prolongés malgré une prise en charge conforme aux pratiques de soins primaires..

1.1.2. Influence du lieu d'exercice du médecin généraliste sur le délai

Le délai moyen de détection varie de 23,5 jours avec une médiane de 8,0 jours [4,0 – 34,5] en milieu urbain, 23,3 jours avec une médiane de 9,0 jours [4,0 – 38,5] en milieu semi-rural et 28,5 jours avec une médiane de 18,5 jours [8,8 – 48,0] en milieu rural. Bien que le manque de puissance n'ait pas permis de montrer une différence significative ($p > 0,05$), ces résultats rejoignent une tendance déjà décrite dans la littérature : l'accès aux soins, tant à la médecine générale qu'aux plateaux techniques ou aux consultations spécialisées est plus

compliqué en milieu rural (16–18). Ces disparités pourraient contribuer à retarder certaines étapes du parcours diagnostique, de l'évaluation initiale par le médecin généraliste jusqu'à la réalisation des examens complémentaires nécessaires au diagnostic.

Dans ce contexte, plusieurs études se sont intéressées à l'enjeu de l'accès aux soins primaires dans le parcours de soins. L'étude PANDAURA, cohorte française s'intéressant aux adénocarcinomes pancréatiques en Auvergne-Rhône-Alpes, rapporte qu'un meilleur accès aux médecins généralistes est associée à une plus grande probabilité d'être diagnostiqué à un stade résécable (HR = 1,67 ; $p < 0,05$) (19). Ce résultat suggère que l'accessibilité aux soins primaires pourrait influencer la précocité du diagnostic en facilitant l'orientation vers des examens complémentaires adaptés. De manière plus surprenante, cette même étude rapporte une association entre une faible densité de population et une plus grande probabilité de diagnostic à un stade résécable, (HR = 1,88 ; $p < 0,05$) sans que les auteurs ne proposent d'explication à cette association. Ces résultats suggèrent que ce n'est peut-être pas la ruralité à elle seule qui détermine le stade au diagnostic mais bien l'accès au médecin généraliste, deux variables que l'on ne peut pas toujours superposer.

1.1.3. Influence du délai sur la prise en charge

Nous nous sommes également intéressées à l'impact du délai sur le type de prise en charge ultérieure des patients.

Dans cette étude, les patients orientés directement vers une prise en charge palliative avec soins de confort exclusifs avaient le délai de détection moyen le plus court à 14 jours avec une médiane de 5.0 jours [0,0 – 10,0]. Cela pourrait être lié à la présence d'un cancer déjà avancé conduisant rapidement à la réalisation d'examens complémentaires. En effet un délai plus court n'est pas toujours synonyme de diagnostic à un stade précoce. Ce résultat est cohérent avec l'étude française de Jooste et al. qui montre que la présence de métastases est

associée à un délai de traitement plus court et qu'aucune association significative n'est retrouvée entre la durée du délai de prise en charge et la survie (20).

De même, dans l'étude PANDAURA, les auteurs ne constatent pas d'amélioration significative de la survie chez les patients ayant réalisé un scanner dans les 15 jours suivant l'apparition des premiers symptômes (19). Ainsi, la seule réduction du délai entre l'apparition des symptômes et la réalisation des examens complémentaires ne semble pas suffisante pour améliorer le pronostic, celui-ci dépendant également du stade de la maladie au moment du diagnostic. Cela suggère que l'enjeu majeur pour le médecin généraliste est d'identifier plus précocement les patients susceptibles de présenter un cancer du pancréas dans leur parcours de soins.

1.2. Place du médecin généraliste dans le parcours de soins

Dans notre étude, le médecin généraliste, son interne ou son remplaçant représentait le premier acteur de soins consulté dans 90 % des cas. Ce résultat est cohérent avec les données de l'étude REPERE qui rapportait un premier recours au médecin généraliste dans 87 % des situations. Le médecin généraliste joue donc un rôle central dans l'initiation de la démarche diagnostique et notamment dans la suspicion des cancers à un stade précoce. De même, le consensus PAN-TIME, qui souligne l'importance de réduire les délais à chaque étape du parcours diagnostique, renforce l'intérêt d'optimiser la phase pré-diagnostique dès la première consultation en médecine générale (21).

Selon l'étude de Virgilsen et al, le cancer du pancréas est rarement suspecté dès la première consultation ; le médecin généraliste évoquant un cancer dans seulement 32,7 % des cas (22). Cette absence de suspicion initiale était associée à une probabilité presque trois fois plus élevée d'avoir un délai diagnostique allongé.

Par ailleurs, le délai de détection pourrait dépendre à la fois de la nature du symptôme et de la capacité du médecin à évoquer un cancer devant celui-ci. Ainsi, certains symptômes comme l'ictère, sont particulièrement évocateurs d'une pathologie bilio-pancréatique et peuvent orienter plus rapidement vers des examens complémentaires. Tandis que d'autres symptômes, plus aspécifiques, comme la douleur dorsale peut être initialement attribuée à des pathologies bénignes, retardant l'évocation d'une origine tumorale. Ainsi, l'évocation d'un cancer du pancréas par le médecin généraliste, même devant des symptômes peu spécifiques, semble être un élément essentiel pour favoriser une orientation diagnostique rapide.

Lorsqu'un cancer du pancréas est suspecté, l'obtention rapide d'une imagerie constitue une étape essentielle de la démarche diagnostique. Dans notre étude, des examens complémentaires étaient prescrits dès la première consultation dans 68 % des cas. Ce résultat suggère que les médecins généralistes ne banalisent pas les symptômes de leur patient et initient fréquemment des investigations précoces.

Pour aider le médecin généraliste à orienter plus rapidement ces patients vers des examens complémentaires et soins spécialisés, des filières de diagnostics rapides ont été créées, permettant de faciliter l'entrée du patient dans le parcours de soins. En France, il existe par exemple, le centre de diagnostic rapide (CDR) Voies biliaires-pancréas à l'hôpital Henri-Mondor (Créteil), le parcours InstaDiag Pancréas à l'institut Gustave Roussy (Villejuif), le programme HOPE à l'hôpital Beaujon (Clichy) et le dispositif « Diagnostic rapide du cancer du pancréas » au CHU de Saint-Etienne. Dans les pays de la Loire, il existe le dispositif « DéClic » à la clinique Jules Verne à Nantes qui permet un parcours accéléré pour le dépistage des cancers liés à l'ictère. Il n'y a pas, à notre connaissance, de parcours similaires en Maine-et-Loire, Sarthe et Mayenne.

L'étude REPERE souligne un enjeu important de santé publique par la nécessité d'accélérer la prise en charge diagnostique des patients atteints d'un cancer du pancréas. Selon

les auteurs, cela repose sur une sensibilisation des praticiens et notamment des médecins généralistes, « à l'identification des signes d'appel non spécifiques, la gestion rationnelle des traitements symptomatiques d'épreuve et le recours précoce à l'imagerie en coupe »(12).

2. Forces et limites de l'étude

Le caractère innovant de ce travail est une force pour décrire le parcours de soin du patient en médecine générale, de sa première consultation jusqu'aux examens complémentaires ayant conduit au diagnostic de cancer du pancréas. L'approche centrée sur le patient permet ainsi d'appréhender le parcours diagnostique dans sa globalité. À notre connaissance, il n'y a pas d'études évaluant ce délai et aucune réalisée sur les territoires étudiés. Elle met en lumière le rôle central du médecin généraliste dans l'initiation de la démarche diagnostique et notamment dans la suspicion précoce du cancer du pancréas. Ces résultats pourraient contribuer à sensibiliser les médecins généralistes à l'importance d'évoquer précocement ce diagnostic et d'orienter rapidement leurs patients vers une imagerie.

Cette étude présente plusieurs limites. L'une des principales limites de notre étude est son faible effectif. Nous avons obtenu 85 réponses sur 1233 médecins contactés, soit un taux de réponses de 6,9 %. Ce taux de réponse peut être en partie expliqué par une possible faible proportion de médecins généralistes confrontés à la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer du pancréas. En effet, 28,5 % des médecins ayant répondu aux questionnaires n'avaient pas de patient atteint d'un cancer du pancréas dans les cinq dernières années. Notre étude n'a pas mis en évidence de différence significative lors des analyses bivariées. Il existe un possible manque de puissance de l'étude lié au faible nombre d'inclusion, une étude de plus grande ampleur pourrait être menée pour vérifier ces résultats.

Le recueil des données déclaratif engendre un biais de mémorisation, les réponses faisant appel aux souvenirs des participants. Cependant, dans notre étude, 64 % des médecins généralistes déclarent avoir consulté le dossier médical du patient pour répondre au questionnaire, ce qui a probablement permis de limiter ce biais et d'améliorer la fiabilité des données recueillies.

Il existe aussi un biais de volontariat, les médecins ayant accepté de répondre étant probablement plus intéressés ou plus sensibilisés au cancer du pancréas, et un biais de désirabilité sociale, les médecins ayant répondu peuvent répondre ce qui leur semble correct de faire et pas toujours ce qu'ils ont réellement fait.

Enfin, certaines variables recueillies dans le questionnaire n'ont pas été exploitées dans le cadre de cette analyse, notamment, la date de la biopsie et la date de décès des patients, leur fréquence de recours en médecine générale avant le diagnostic et l'ancienneté du suivi par le médecin traitant. Leur prise en compte aurait pu apporter des éléments complémentaires dans l'interprétation des résultats.

3. Conclusion

Cette étude a permis d'estimer un délai entre la première consultation de médecine générale et la première imagerie chez les patients atteints d'un cancer du pancréas, en Maine-et-Loire, Sarthe et Mayenne. Le délai retrouvé est en moyenne de 25 jours (ET: 26,9 jours) avec une médiane de 11 jours [5,2 – 39,8].

Le médecin généraliste occupe une place centrale dans le parcours de soins de ses patients ; en étant souvent leur premier interlocuteur, il contribue à initier rapidement une prise en charge diagnostique et spécialisée.

Une optimisation du parcours de soins pourrait se faire dans la phase pré diagnostique avec un meilleur repérage des symptômes précoces, et notamment une vigilance particulière chez les patients présentant un diabète récent.

Une autre piste d'amélioration du parcours de soins pourrait se trouver dans un accès facilité aux examens complémentaires et aux spécialistes grâce à la mise en place de filières diagnostiques. Le programme « Urgences Pancréas » évalué dans l'étude française ARCAD, étudie la faisabilité d'un parcours de soins coordonné réalisé en 14 jours chez les patients ayant une forte suspicion d'adénocarcinome pancréatique avancé.

Le cancer du pancréas, pathologie agressive, d'un pronostic sombre dont l'incidence ne cesse d'augmenter, constitue une problématique majeure pour les prochaines années.

Si l'amélioration du parcours diagnostique par un diagnostic précoce et un accès facilité aux soins spécialisés reste essentielle, plusieurs avancées thérapeutiques récentes, dont le Daraxonrasib, laissent espérer une amélioration du pronostic.

BIBLIOGRAPHIE

1. Panorama des cancers en France 2025, édition spéciale 20 ans [Internet]. [cité 30 mai 2026]. Disponible sur: <https://www.cancer.fr/catalogue-des-publications/panorama-des-cancers-en-france-2025-edition-speciale-20-ans>
2. Rahib L, Smith BD, Aizenberg R, Rosenzweig AB, Fleshman JM, Matrisian LM. Projecting Cancer Incidence and Deaths to 2030: The Unexpected Burden of Thyroid, Liver, and Pancreas Cancers in the United States. *Cancer Res.* 29 mai 2014;74(11):2913-21. doi:10.1158/0008-5472.CAN-14-0155
3. Thompson B, Philcox S, Devereaux B, Metz A, Croagh D, Windsor J, et al. A decision support tool for the detection of pancreatic cancer in general practice: A modified Delphi consensus. *Pancreatol Off J Int Assoc Pancreatol IAP Al.* déc 2021;21(8):1476-81. doi:10.1016/j.pan.2021.08.007 PubMed PMID: 34483054.
4. Schmidt-Hansen M, Berendse S, Hamilton W. Symptoms of Pancreatic Cancer in Primary Care: A Systematic Review. *Pancreas.* juill 2016;45(6):814-8. doi:10.1097/MPA.0000000000000527 PubMed PMID: 26495795.
5. Sharma A, Kandlakunta H, Nagpal SJS, Feng Z, Hoos W, Petersen GM, et al. Model to Determine Risk of Pancreatic Cancer in Patients With New-Onset Diabetes. *Gastroenterology.* sept 2018;155(3):730-739.e3. doi:10.1053/j.gastro.2018.05.023 PubMed PMID: 29775599; PubMed Central PMCID: PMC6120785.
6. Smith LA, Jamieson NB, McKay CJ. Investigation and management of pancreatic tumours. *Frontline Gastroenterol.* avr 2014;5(2):144-52. doi:10.1136/flgastro-2013-100364 PubMed PMID: 28839761; PubMed Central PMCID: PMC5369717.
7. Park W, Chawla A, O'Reilly EM. Pancreatic Cancer: A Review. *JAMA.* 7 sept 2021;326(9):851-62. doi:10.1001/jama.2021.13027

8. Aslanian HR, Lee JH, Canto MI. AGA Clinical Practice Update on Pancreas Cancer Screening in High-Risk Individuals: Expert Review. *Gastroenterology*. juill 2020;159(1):358-62. doi:10.1053/j.gastro.2020.03.088 PubMed PMID: 32416142.
9. Goggins M, Overbeek KA, Brand R, Syngal S, Del Chiaro M, Bartsch DK, et al. Management of patients with increased risk for familial pancreatic cancer: updated recommendations from the International Cancer of the Pancreas Screening (CAPS) Consortium. *Gut*. janv 2020;69(1):7-17. doi:10.1136/gutjnl-2019-319352 PubMed PMID: 31672839; PubMed Central PMCID: PMC7295005.
10. Titre III : Profession de médecin (Articles L4130-1 à L4135-2) - Légifrance [Internet]. [cité 4 déc 2024]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155058/
11. Stapley S, Peters TJ, Neal RD, Rose PW, Walter FM, Hamilton W. The risk of pancreatic cancer in symptomatic patients in primary care: a large case-control study using electronic records. *Br J Cancer*. 5 juin 2012;106(12):1940-4. doi:10.1038/bjc.2012.190 PubMed PMID: 22617126; PubMed Central PMCID: PMC3388562.
12. Hammel P, Coriat R, Lledo G, de Bausset M, Selosse M, Obled S, et al. Care pathway of patients with metastatic pancreatic cancer in daily practice in France: Results from the REPERE national survey. *Bull Cancer (Paris)*. avr 2017;104(4):321-31. doi:10.1016/j.bulcan.2016.11.022 PubMed PMID: 28087054.
13. Walter FM, Mills K, Mendonça SC, Abel GA, Basu B, Carroll N, et al. Symptoms and patient factors associated with diagnostic intervals for pancreatic cancer (SYMPTOM pancreatic study): a prospective cohort study. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. déc 2016;1(4):298-306. doi:10.1016/S2468-1253(16)30079-6 PubMed PMID: 28404200; PubMed Central PMCID: PMC6358142.

14. Pannala R, Basu A, Petersen GM, Chari ST. New-onset Diabetes: A Potential Clue to the Early Diagnosis of Pancreatic Cancer. *Lancet Oncol.* janv 2009;10(1):88-95. doi:10.1016/S1470-2045(08)70337-1 PubMed PMID: 19111249; PubMed Central PMCID: PMC2795483.
15. Khan S, Safarudin RF, Kupec JT. Validation of the ENDPAC model: Identifying new-onset diabetics at risk of pancreatic cancer. *Pancreatol Off J Int Assoc Pancreatol IAP Al.* avr 2021;21(3):550-5. doi:10.1016/j.pan.2021.02.001 PubMed PMID: 33583686; PubMed Central PMCID: PMC8393564.
16. Barlet M. L'Accessibilité potentielle localisée (APL): une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France.
17. Les trois quarts des personnes les plus éloignées des professionnels de premier recours vivent dans des territoires ruraux | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 27 juin 2026]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-trois-quarts-des-personnes-les-plus-eloignees-des>
18. Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 27 juin 2026]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/distances-et-temps-dacces-aux-soins-en-france-metropolitaine-0>
19. Roth GS, Fayet Y, Benmameche-Medjahed S, Ducimetière F, Charreton A, Cropet C, et al. Structural and Socio-Spatial Determinants Influencing Care and Survival of Patients with a Pancreatic Adenocarcinoma: Results of the PANDAURA Cohort. *Cancers.* 3 nov 2022;14(21):5413. doi:10.3390/cancers14215413 PubMed PMID: 36358831; PubMed Central PMCID: PMC9658615.

20. Jooste V, Dejardin O, Bouvier V, Arveux P, Maynadie M, Launoy G, et al. Pancreatic cancer: Wait times from presentation to treatment and survival in a population-based study. *Int J Cancer*. 1 sept 2016;139(5):1073-80. doi:10.1002/ijc.30166 PubMed PMID: 27130333.
21. Vera R, Ferrández A, Ferrer CJ, Flores C, Joaquín C, López S, et al. Procedures and recommended times in the care process of the patient with pancreatic cancer: PAN-TIME consensus between scientific societies. *Clin Transl Oncol*. 2017;19(7):834-43. doi:10.1007/s12094-016-1609-7 PubMed PMID: 28105537; PubMed Central PMCID: PMC5486521.
22. Virgilsen LF, Rasmussen LA, Vedsted P, Jensen H. Diagnosing pancreatic cancer in general practice: a cross-sectional study on associations between suspicion of cancer, urgent referral and time to diagnosis. *Scand J Prim Health Care*. mars 2022;40(1):78-86. doi:10.1080/02813432.2022.2036491 PubMed PMID: 35148665; PubMed Central PMCID: PMC9090359.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude	8
Figure 2 : Distribution du délai de détection	11
Figure 3 : Nombre de consultation avant prescription d'un examen complémentaire	14
Figure 4 : Délai de détection selon le symptôme initial	16
Figure 5 : Délai de détection selon l'environnement d'exercice	17

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques des médecins répondeurs	9
Tableau II : Délai de détection - critère de jugement principal	11
Tableau III : Délais clés du parcours diagnostique	12
Tableau IV : Répartition des premiers symptômes	13
Tableau V : Premier professionnel consulté	14
Tableau VI : Premier examen complémentaire - catégories mutuellement exclusives	15
Tableau VII : Délai de détection selon le caractère évocateur du symptôme initial	15
Tableau VIII : Délai de détection selon l'environnement d'exercice	17
Tableau IX : Délai de détection selon la prise en charge	18

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE	
LISTE DES ABRÉVIATIONS	
RÉSUMÉ	
INTRODUCTION	2
MÉTHODES	5
1. Population étudiée	5
2. Recueil des données	5
3. Analyses des données	6
RÉSULTATS	8
1. Questionnaires recueillis et analysés	8
2. Principaux résultats	11
3. Analyses secondaires bivariées	15
3.1. Délai selon le symptôme initial	15
3.2. Délai selon le lieu d'exercice du médecin généraliste	17
3.3. Délai selon le type de prise en charge	18
DISCUSSION ET CONCLUSION	19
1. Synthèse et interprétation des résultats	19
1.1. Facteurs influençant le délai de détection	19
1.1.1. Influence de la présentation clinique initiale sur le délai	19
1.1.2. Influence du lieu d'exercice du médecin généraliste sur le délai	21
1.1.3. Influence du délai sur la prise en charge	22
1.2. Place du médecin généraliste dans le parcours de soin	23
2. Forces et limites de l'étude	25
3. Conclusion	27
BIBLIOGRAPHIE	28
LISTE DES FIGURES	32
LISTE DES TABLEAUX	33
TABLE DES MATIERES	34
ANNEXE	I

ANNEXE

QUESTIONNAIRE :

Madame, Monsieur, Cher Docteur,

Peut-être que ce questionnaire vous concerne ! Nous sommes à la recherche de patients suivis, ou ayant été suivis en médecine générale pour un cancer du pancréas durant les 5 dernières années.

Nous sommes internes en médecine générale et réalisons actuellement une thèse sur les patients atteints d'un cancer du pancréas en médecine générale. Notre travail vise à mettre en lumière le parcours de soins du patient atteint d'un cancer du pancréas en médecine générale, des premiers symptômes jusqu'à son diagnostic. Il s'agit d'un véritable sujet d'actualité car l'incidence du cancer du pancréas est en nette progression en France, on estime même que ce cancer sera la 2^e cause de mortalité par cancer dans notre pays en 2030 devant le cancer colorectal et le cancer de la prostate.

Dans ce cadre, nous avons élaboré un questionnaire destiné aux médecins généralistes prenant en charge un patient atteint d'un cancer du pancréas.

Cette thèse est réalisée sous la supervision du Dr Mélanie Faivre et du Dr Sébastien Baslé. Vos réponses sont anonymes et les réponses recueillies sont confidentielles et utilisées dans le cadre strict de l'étude.

Nous vous remercions par avance pour votre aide précieuse et restons disponibles pour toutes informations complémentaires.

1. Quel est votre âge ?
2. Quel est votre sexe ?
 - Femme
 - Homme
3. Quel est votre département d'exercice ?
 - Maine-et-Loire
 - Sarthe
 - Mayenne
4. Dans quel environnement exercez-vous ?
 - Rural
 - Semi-rural

- Urbain

5. Au sein de votre patientèle, avez-vous eu à prendre en charge, lors des 5 dernières années, un ou plusieurs patients diagnostiqués pour un cancer du pancréas ?

- Oui
- Non

Pour la suite du questionnaire, veuillez répondre aux questions en vous concentrant sur le dernier patient que vous avez suivi pour un cancer du pancréas.

6. Depuis combien d'années êtes-vous son médecin traitant ?

- < 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- > 10 ans

7. Est-ce un patient que vous voyiez en consultation régulièrement ?

- < 1 fois par an
- Entre 1 et 2 fois par an
- > 3 fois par an

8. Approximativement, quel âge avait votre patient au moment du diagnostic ?

9. Qui a été le premier médecin consulté lors de l'apparition des symptômes ?

- Vous, le médecin traitant
- Médecin remplaçant
- Le service d'accueil des urgences
- Maison médicale de garde
- Si vous êtes MSU : votre interne de stage niveau 1 ou niveau 2
- Patient asymptomatique, découverte fortuite
- Patient asymptomatique, dépistage individuel (antécédent familial, patient diabétique)
- Autre :

10. Quels étaient les premiers symptômes parmi la liste suivante ?

- Douleur abdominale
- Douleur dorsale
- Découverte récente de diabète
- Fièvre
- Trouble du transit
- Altération de l'état général (triade avec au moins l'un des trois facteurs suivants : anorexie, asthénie et amaigrissement)

- Ictère
- Autre :

11. Quelle était la date de consultation pour les premiers symptômes ?

Si vous n'avez pas la date précise, merci d'entrer une date approximative

12. D'après vous, combien de consultations ont eu lieu avant la prescription d'un examen complémentaire ?

- Une seule consultation
- 2 consultations
- 3 consultations ou plus

13. Quel(s) était (étaient) le(s) premier(s) examen(s) complémentaire(s) ?

- Biologie
- TDM abdomino-pelvien
- Echographie abdominale
- Coloscopie/fibroscopie
- Autre :

14. Quelle était la date de la première imagerie ?

Si vous n'avez pas la date précise, merci d'entrer une date approximative

15. Si une biopsie a été faite, quelle était la date de celle-ci ?

Si vous n'avez pas la date précise, merci d'entrer une date approximative

16. Quelle a été la prise en charge de votre patient après RCP ?

- Chirurgie
- Chimiothérapie + chirurgie
- Chimiothérapie seule
- Abstention – soins de confort

17. Votre patient est-il encore en vie ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

18. Quelle est la date du décès ?

Si vous n'avez pas la date précise, merci d'entrer une date approximative

19. Pour répondre au questionnaire, avez-vous ouvert le dossier de votre patient ?

- Oui
- Non

Parcours de soins du patient en médecine générale : des premiers symptômes
évoqués jusqu'à son diagnostic de cancer du pancréas

RÉSUMÉ

Introduction : Le taux d'incidence du cancer du pancréas progresse en France chaque année et l'on estime qu'il sera la deuxième cause de mortalité par cancer dans notre pays en 2030. D'un pronostic sombre, il est souvent diagnostiqué à un stade avancé. L'objectif était d'évaluer le délai de détection en médecine générale, d'identifier les facteurs susceptibles de l'influencer et de préciser le rôle du médecin généraliste dans l'initiation du parcours diagnostique.

Matériels et méthodes : Étude quantitative, observationnelle, descriptive et rétrospective réalisée auprès des médecins généralistes des départements du Maine-et-Loire, de la Sarthe et de la Mayenne.

Résultats : 50 questionnaires ont été inclus. Le délai de détection du cancer du pancréas, défini comme le temps écoulé entre la première consultation et la première imagerie, était de 25 jours en moyenne (écart-type : 27 jours) avec une médiane de 11 jours [IQR : 5,2 - 39,8]. Bien que la différence ne soit pas significative, notre étude retrouve un délai plus court lorsque la présentation clinique initiale comporte des symptômes évocateurs, et lorsque le médecin exerce en milieu urbain. Le médecin généraliste était le premier acteur de soins consulté à l'apparition des symptômes dans 90 % des cas. Les patients orientés vers des soins de confort exclusifs avaient le délai de détection le plus court.

Conclusion : Le délai de détection du cancer du pancréas semble être influencé par plusieurs facteurs. Le médecin généraliste, premier acteur de soin consulté dans la majorité des cas, occupe une place centrale dans l'initiation du parcours diagnostique. L'amélioration de la prise en charge repose notamment sur sa capacité à repérer précocement les signes évocateurs et d'initier rapidement les investigations.

Mots-clés : Cancer du pancréas, médecine générale, délai, symptômes, imagerie

Patient's care pathway in general care : from the first symptoms mentioned to their
diagnosis of pancreatic cancer

ABSTRACT

Introduction : The incidence rate of pancreatic cancer has been increasing each year in France and is estimated to become the second leading cause of cancer-related mortality in industrialized countries by 2030. Due to its poor prognosis, pancreatic cancer is often diagnosed at an advanced stage. The aim of this study is to assess the detection delay in general practice, identify factors that may influence this delay, and clarify the general practitioners' role in initiating the diagnostic pathway.

Materials and Methods : A quantitative, observational, descriptive, and retrospective study was conducted among general practitioners in the departments of Maine-et-Loire, Sarthe, and Mayenne, France.

Results : Fifty questionnaires were included in the analysis. The detection delay of pancreatic cancer, defined as the time elapsed between the first consultation and the first imaging examination, averaged 25 days (standard deviation: 27 days), with a median of 11 days (IQR: 5.2-39.8). Although the difference was not statistically significant, our study found a shorter detection delay when the initial clinical presentation included suggestive symptoms and when the physician practiced in an urban setting. In 90 per cent of cases, the GP was the first healthcare professional consulted when symptoms first appeared. Patients referred directly to exclusive palliative care had the shortest detection delay.

Conclusion : The detection delay for pancreatic cancer appears to be influenced by several factors. The general practitioner, who is the first healthcare provider consulted in most cases, plays a central role in initiating the diagnostic process. Improving care depends in particular on the physician's ability to recognize early warning signs and promptly initiate diagnostic tests.

Keywords: Pancreatic cancer, general practice, delay, symptoms, imaging

