

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER –  
FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Année 2016

2016 TOU3 1091 / 2016 TOU3 1092

**THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement le 30 septembre 2016 par :

**Ambre CAZAENTRE**

**Pauline PLAS**

**Le regard du médecin généraliste sur le dépistage organisé du cancer du  
sein en Haute-Garonne**

**Etude qualitative par focus groups**

**DIRECTEURS DE THÈSE**

Docteur Thierry BRILLAC

Docteur Anne FREYENS

**JURY**

Monsieur le Professeur Pierre LEGUEVAQUE

Président

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Assesseur

Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC

Assesseur

Madame le Docteur Anne FREYENS

Assesseur

Monsieur le Docteur Artus ALBESSARD

Assesseur

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER –**  
**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Année 2016

2016 TOU3 1091 / 2016 TOU3 1092

**THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**  
**SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement le 30 septembre 2016 par :

**Ambre CAZAENTRE**

**Pauline PLAS**

**Le regard du médecin généraliste sur le dépistage organisé du cancer du sein en Haute-Garonne**

**Etude qualitative par focus groups**

**DIRECTEURS DE THÈSE**

Docteur Thierry BRILLAC

Docteur Anne FREYENS

**JURY**

Monsieur le Professeur Pierre LEGUEVAQUE

Président

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Assesseur

Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC

Assesseur

Madame le Docteur Anne FREYENS

Assesseur

Monsieur le Docteur Artus ALBESSARD

Assesseur

**TABLEAU du PERSONNEL HU  
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier  
au 1<sup>er</sup> septembre 2015**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Doyen Honoraire	M. PUEL P.	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	M. PASCAL	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN JP
Professeur Honoraire	M. BAYARD	Professeur Honoraire	M. GERAUD G.
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE	Professeur Honoraire	M. PLANTE P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL JF

**Professeurs Émérites**

Professeur ALBAREDE	Professeur JL. ADER
Professeur CONTÉ	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur MURAT	Professeur L. LARENG
Professeur MANELFE	Professeur F. JOFFRE
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

<b>P.U. - P.H.</b> Classe Exceptionnelle et 1ère classe		<b>P.U. - P.H.</b> 2ème classe	
M. ADOUE Daniel	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. BUGAT Roland (C.E)	Cancérologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CARRIE Didier	Cardiologie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL Michèle	Réanimation Médicale
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. FRAYSSE Bernard (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. LANG Thierry	Bio-statistique Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MONROZIES Xavier	Gynécologie Obstétrique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
M. MOSCOVICI Jacques	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh	Gériatrie	<b>P.U.</b>	
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie	M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. PRADERE Bernard (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		

**P.U. - P.H.**  
 Classe Exceptionnelle et 1ère classe

**P.U. - P.H.**  
 2ème classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis	Urologie-Andrologie
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN Bernard (C.E)	Thérapeutique
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROSTAING Lionel (C.E).	Néphrologie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SALVAYRE Robert (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie



<b>M.C.U. - P.H.</b>		<b>M.C.U. - P.H.</b>	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. BES Jean-Claude	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme CAUSSE Elisabeth	Biochimie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
Mme DUGUET Anne-Marie	Médecine Légale	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GALINIER Anne	Nutrition
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	M. GASQ David	Physiologie
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. JALBERT Florian	Stomatologie et Maxillo-Faciale	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. LAHARRAGUE Patrick	Hématologie
Mme LE TINNIER Anne	Médecine du Travail	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LEPAGE Benoit	Bio-statistique
M. MONTOYA Richard	Physiologie	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRERE Marie-Françoise	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme RAGAB Janie	Biochimie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	M. TKACZUK Jean	Immunologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie		
M. TAFANI Jean-André	Biophysique		
M. TREINER Emmanuel	Immunologie		
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement	M. BISMUTH Serge	<b>M.C.U.</b> Médecine Générale
M. TRICOIRE Jean-Louis	Anatomie et Chirurgie Orthopédique	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
M. VINCENT Christian	Biologie Cellulaire	Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr BRILLAC Thierry  
Dr ABITTEBOUL Yves  
Dr CHICOULAA Bruno  
Dr IRI-DELAHAYE Motoko

Dr BISMUTH Michel  
Dr BOYER Pierre  
Dr ANE Serge

## **Remerciements :**

**A notre Président du jury, Monsieur le Professeur Pierre LEGUEVAGUE,**

Vous nous avez fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse. Nous tenons à vous exprimer toute notre admiration et à vous témoigner notre reconnaissance.

**A Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC,**

Nous vous assurons de notre respectueuse gratitude et nous vous remercions vivement de nous faire l'honneur de siéger à notre jury.

**A notre directeur de thèse, Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC,**

Nous vous remercions d'avoir accepté et fait l'honneur d'être notre directeur de thèse. Merci pour vos conseils, votre aide et votre rigueur scientifique.

**A notre co-directrice de thèse, Madame le Docteur Anne FREYENS,**

Merci d'avoir accepté de diriger notre thèse et de nous avoir apporté votre expertise sur la méthode qualitative. Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profond respect.

**A Monsieur le Docteur Artus ALBESSARD,**

Vous nous faites l'honneur d'appartenir à ce jury. Votre qualité de médecin coordinateur et directeur de DOC31 font de vous un excellent critique pour notre sujet de thèse.

Aux médecins généralistes ayant accepté de participer à nos focus groups. Notre travail de thèse aurait été impossible sans vous.

# Remerciements de Pauline

**A toi, mon Beubeu**, l'amour de ma vie. Tout est si évident avec toi. Merci de m'avoir épaulé depuis ces sept si belles années. Une nouvelle vie commence remplie de projets. Je te suivrai au bout du monde. Je t'aime.

**A ma Famille**,

**A mes Parents**, mes repères, qui m'ont toujours soutenu et qui ont toujours tout fait pour leurs enfants.

**A mon Papalou**, merci de m'avoir transmis tes valeurs et d'être un si bon père. Tu as su nous guider et construire une famille aimante et soudée. Je t'aime.

**A ma Schnou**, la meilleure maman du monde. Mon enfance et toute ma vie ont baigné dans une douceur et un amour maternel indescriptible. Tu es mon exemple et je vais tout faire pour être une mère aussi exceptionnelle que toi. Je t'aime.

**A ma Sœur et mon Frère**, vous êtes si indispensables à ma vie, je sais que je pourrai toujours compter sur vous, je vous aime.

**A Mimi**, ta douceur, ton amour et ton humour font de toi une sœur formidable.

**A Lèlè**, tu as toujours été si gentil, protecteur et aimant avec moi. Tu ne peux te rendre compte à quel point c'est génial d'avoir un frère comme toi.

**A leurs moitiés**,

**A Alex**, tu m'as vu évoluer depuis toutes ces années, tu es quelqu'un de bien, merci de rendre ma sœur si heureuse.

**A Anais**, plus qu'une belle sœur, une véritable amie à présent.

**A mes amours, mes nièces, Romane** alias le Dr Lambroski Romano, **Augustine** alias Titi de Copacabana, et à la petite dernière, **Louise** alias bébé Loulou.

**A mes Grands-Mères**, qui m'ont toujours chouchouté. **A mes Grands-Pères**, qui sont partis trop tôt mais qui m'ont transmis leurs valeurs, que je transmettrai à mon tour. Mes souvenirs de vacances à Marckolsheim, le son des cloches de l'église, sont gravés dans ma mémoire.

**A mes Cousins, Benji, Guiguillou** mon filleul, **Charlotte, Simonos, Lisa et Yann**.



**A mes Oncles et Tantes,**

**Tonton Jean-Yves**, mon parrain, c'est un peu grâce à toi que j'ai voulu devenir Docteur. **Anne**, merci pour ta gentillesse. **Tonton Didier, Patricia et Tonton Yves**, même si ce n'est que quelques fois par an, c'est toujours un plaisir de se retrouver.

**A mes Beaux-Parents, Maryse et Jean-Pierre**, merci pour votre accueil dans votre famille, votre soutien et votre gentillesse.

**A Jean-René**, un beau-f' unique et exceptionnel. Merci pour ta gentillesse et ta générosité. Continue à me faire rire s'il te plait.

**A mes Amies d'enfance, les WWW,**

**A Jambon**, my best of the best, **Stouf** alias Lara Fabian, **Louloutte** et ses diamants, **Mich** elle dort..., **El Pilier** alias shaki, **Sarah** miss catastrophe, **Elo** coiffeuse coloriste, **Rina** la belge, **Chouch** et ses frites mayo, **Starac** et sa podophobie, **Mycoton** la mouette et **Laura** et ses rubans.

**A mes Amis de l'externat,**

**A Marie** et sa lutte sans merci pour le partage précis (de la tarte), l'égalité et la justice, **Quentin** et son soutien inébranlable pour la sauvegarde des Lémuriens, **Helene**, son flair sans égal et sa collection de DVD, **Lulu** ma princesse si sereine en vol, **Lucie et Patoche** fans inconditionnels de « c'est du propre », **Margal** qui aime les moules/frites, **Vinçounet** le fils de Lucie et Patoche, **Charlie-Amandine et Clément** qui a un don pour se réveiller au terminus du bus, **Alain** l'athlète, **Juju** et son instinct maternel incontesté, **Anaïs** et son oreille absolue, **Flo** qui voudrait appeler à l'aide ses parents un peu trop souvent, **Guigui** la force tranquille, **Barthoulinou**, **Manu** Manson, **Sophie** pétoufflamme, **Paupouz** : PP comme moi qui aura lâché sa KA plus tôt que moi, **Marie** la photographe, **Lolo Lucas et Olivier, Elsa et Chloé**.

Un gros bisou et un grand merci à mes co-internes, **Clairounette 1 et 2, Marie la Piff, Alice, Helene** et ses coups de fil uniques et **Mathilde**.

**A tous les Médecins et Equipes para-médicales** qui m'ont accompagné tout au long de mon parcours.

**A toi Ambre** avec qui ce fut un réel plaisir de travailler. Je le savais avant de te le proposer, je n'ai pas été déçue. Je te souhaite plein de bonheur pour la suite. Merci.

# Remerciements d'Ambre

*Mes remerciements vont tout particulièrement*

**A Thomas.** Merci pour tout ce que tu m'apportes. Merci pour ton amour si précieux, ton soutien, ta patience. Pour tous les bons moments passés et ceux à venir ! Je t'aime.

**A mes parents,** pour m'avoir permis de faire de si belles études dont voici l'aboutissement, pour vos encouragements et votre soutien durant ces longues années d'études. Vous avez une grande part dans ma réussite. Tout simplement Merci.

**A mon frère Clément,** pour les tendres moments familiaux que nous partageons, (même si nous ne partagerons jamais la même passion pour les avions!). Merci pour ton soutien et ta présence à cette soutenance.

**A mes grands-parents,** pour leur affection et leur générosité. **A mes grands-mères,** pour leur soutien culinaire et leur encouragement. A mamie de St-Araille pour son dévouement lors de mes sessions de révisions à la campagne en P1 et D4. **A mes grands-pères...** Vous seriez fiers du médecin que je suis devenue.

**A ma famille, mes cousins et cousines, ma marraine, mon parrain et mon filleul,** pour tous les bons moments que nous partageons, pour votre soutien indéfectible pendant ces années de médecine.

**A ma belle famille,** aux familles Martin, Pussini et Marsat, pour leur accueil chaleureux au sein de leur famille.

**A Flora,** ma pharmacienne préférée, pour notre amitié depuis tant d'années.

**A Marion et Marion,** mes amies des bancs de P1, pour tous ces bons moments passés ensemble et pour nos soirées salsa endiablées ! Nos retrouvailles seront toujours un bonheur.

**A mes amis Insaïens** de la promo 43 et du groupe I et surtout **Marine G,** ma binôme préférée « Martine ».

**A mes amis d'externat et à toutes ces belles personnes que j'ai rencontrées,** pour avoir rempli ces longues années d'études de souvenirs en tout genre. Pour toutes ces années d'études passées à vos côtés que ce soit sur les bancs des amphis, à la BU, ou en soirées :

**A Julia R, Elodie et Emma,** notamment pour ces vacances inoubliables en Espagne...

**A Sandrine, Julia B, Selim, Jeremy, Boris, Marion, Philippe, Sophie, Gabrielle** pour ton aide précieuse en anglais, ...

**A Roxana, Elsa, Julie, Florent, Anne...** ces Purpanais qui ont choisis d'autres contrées...

**A tous mes co-internes et à tous ceux que j'ai rencontrés au cours de mon parcours d'interne en médecine générale.**

**Aux médecins qui m'ont accueillis en stage et m'ont aidés à progresser au cours de mon internat :** Dr Ecoiffier, Dr Tubéry, l'équipe du Dr Pohlmann, Dr Mahaie, Pr Oustric, Dr Cerna, Dr Mulquin, Dr Boyer, Dr Landon, Dr Claverie, Dr Chicoulaa, Dr Vicq, Dr Oscar. Merci de m'avoir patiemment et généreusement accompagnée, conseillée, encouragée et aidée tout au long de ces années d'études. J'ai aimé apprendre la médecine générale à vos côtés !

**A toutes les équipes soignantes avec qui j'ai eu la chance de travailler, aux secrétaires** et notamment Marie-Noëlle, Sandrine et Cathy.

**A Pauline** pour ces longs mois passés à travailler et échanger ensemble, pour ta motivation et ton soutien. Merci de m'avoir proposé de réaliser cette thèse avec toi !

*Je dédie cette thèse*

*A mes amis,*

*A ma famille.*

# Liste des abréviations

DOCS : Dépistage Organisé du Cancer du Sein

BI-RADS /ACR : Breast Imaging-Reporting And Data System / American College of Radiology

INCa: Institut National du Cancer

DO : Dépistage Organisé

HAS : Haute Autorité de Santé

DI : Dépistage Individuel

InVS : Institut de Veille Sanitaire

EMC : Encyclopédie Médico Chirurgicale

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer

CCIS : Carcinome Canalaire In Situ

BRCA : BReast Cancer

RH : Récepteurs Hormonaux

HER2 : Human EGF (Epidermal Growth Factor) Receptor 2

uPA: Urokinase Plasminogen Activator

PAI: Plasminogen Activator Inhibitor-1

CTC: Circulating Tumor Cell

ADN: Acide DesoxyriboNucleique

DGM: Dose Glandulaire Moyenne

AETMIS: Agence d'Evaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

SOFMIS : Société Française de Mastologie et d'Imagerie du Sein

MSA : Mutualité Sociale Agricole

RSI : Régime Sociale des Indépendants

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

# **TABLE DES MATIERES**

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
I. Quelques chiffres.....	3
II. Définition.....	4
III. Contexte.....	4
<b>MATERIEL ET METHODES.....</b>	<b>6</b>
I. Choix de la méthode qualitative.....	6
II. Choix de la méthode de recueil de données par focus groups.....	6
III. Population cible et mode de recrutement.....	6
IV. Elaboration du guide d'entretien.....	7
V. Approbation par le comité d'éthique.....	9
VI. Identification de l'objectif secondaire.....	9
VII. Réalisation des focus groups et recueil des données.....	9
VIII. Contexte d'énonciation.....	10
IX. Analyse transversale thématique des données.....	11
<b>RESULTATS.....</b>	<b>12</b>
I. Nombre de focus groups réalisés et saturation des données.....	12
II. Caractéristiques de l'échantillonnage.....	12
III. Freins des médecins.....	13
A. Les problèmes liés au système de santé.....	13
B. Les doutes sur la validité du dépistage organisé par mammographie... 16	16
C. Les problèmes rencontrés dans la pratique quotidienne.....	21
D. La mentalité française.....	23
E. La promotion du dépistage du sein qu'il soit organisé ou individuel... 23	23
IV. Les leviers d'amélioration.....	24
A. Au niveau du système de santé.....	24
B. Au niveau des modalités du DOCS.....	26
C. Au niveau de la pratique quotidienne.....	27
D. L'avenir, la recherche.....	28
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>30</b>
I. Critique de la méthode.....	30
A. Les forces de l'étude.....	30

B. Les limites de l'étude.....	30
1. Limites d'échantillonnage.....	30
2. Limites de recueil.....	31
3. Limites d'interprétation.....	31
II. Analyse des résultats : analyse transversale thématique.....	32
A. La communication autour du DOCS.....	32
1. L'information des femmes sur le DOCS.....	32
2. L'information et la formation des médecins généralistes sur le DOCS.....	34
B. La place du médecin généraliste au sein du DOCS et des différents acteurs.....	34
1. Renforcer l'implication des médecins généralistes dans le système.....	34
2. Renforcer la coopération des différents professionnels de santé pour augmenter la participation au DOCS.....	36
C. Les polémiques et doutes vis-à-vis du DOCS.....	37
1. Impact du DOCS sur la mortalité par cancer du sein.....	37
2. Impact du DOCS sur la mortalité totale.....	39
3. Absence d'évaluation de l'impact du programme français sur la mortalité.....	39
4. La polémique du surdiagnostic.....	40
5. Dépistage et risque de cancers du sein radio-induits.....	43
6. Les cancers d'intervalle.....	44
7. Les cancers diagnostiqués par le programme de dépistage organisé français.....	44
8. Les modalités de la double lecture dans le programme de dépistage national.....	44
9. L'âge cible du dépistage organisé.....	45
10. Autres techniques de dépistage.....	46
D. La gestion du DOCS en pratique quotidienne.....	47
1. L'abord du sujet du DOCS en pratique quotidienne.....	47
2. Recevoir un listing des femmes éligibles ne participant pas au DOCS.....	48
3. Transformation par les radiologues des mammographies de dépistage individuel en dépistage organisé.....	49
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>50</b>
<b>REFERENCES.....</b>	<b>51</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>57</b>



# INTRODUCTION

## I. Quelques chiffres

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquemment observé chez les femmes en France, comme dans l'Union Européenne et aux États-Unis.

En France, le nombre de nouveaux cas estimés de cancer du sein en 2012 est de 48 763 (2<sup>e</sup> rang des cancers incidents), devant le cancer du côlon-rectum (18 926 nouveaux cas chez la femme) et le cancer du poumon (11 284 nouveaux cas).

L'âge moyen au diagnostic en 2012 est de 63 ans. Dans plus de 8 cas sur 10, ce cancer touche des femmes âgées de 50 ans et plus.

La survie nette (c'est-à-dire celle qu'on observerait si la seule cause de décès des personnes atteintes de cancer était le cancer) en 2008 (diagnostics portés entre 1989 et 2004) est de 86 % à 5 ans, 76% à 10 ans.

Dans 90 % des cas, le cancer du sein est découvert lors d'un dépistage (organisé ou individuel), et dans 10 % des cas, par un examen clinique faisant suite à des signes d'appel.

En 2012, cette maladie reste la première cause de décès par cancer chez les femmes (11986 décès). Elle représentait 18,8 % des décès féminins par cancer. Le taux de mortalité (standardisé monde) par cancer du sein a baissé de manière régulière depuis les années quatre-vingt-dix, passant de 20,2 pour 100 000 en 1990 à 15,7 pour 100 000 en 2012 (le taux annuel moyen de baisse de la mortalité entre 2005 et 2012 était de -1,5 %).

Les évolutions inverses de la mortalité et de l'incidence du cancer du sein au cours des dix dernières années, hausse de l'incidence et baisse de la mortalité, sont supposées être liées à l'amélioration de la prise en charge thérapeutique et au diagnostic plus précoce du fait du développement du dépistage en France, sans que leur part respective ne puisse être précisée (1) (2).

La sensibilité et la spécificité du dépistage sont élevées. Les cancers identifiés sont majoritairement de petite taille (53 % des cancers identifiés) ou des carcinomes in situ (17 %).

## II. Définition

Le programme français de dépistage organisé du cancer du sein (DOCS) invite toutes les femmes de 50 à 74 ans sans symptôme ni autre facteur de risque particulier de cancer du sein (femmes dites à risque « moyen ») à réaliser une mammographie de dépistage tous les deux ans (les femmes non éligibles devant bénéficier d'un suivi personnalisé sont celles à risque élevé ou très élevé). Il a été généralisé à l'ensemble du territoire national en 2004.

Il a pour objet de permettre un égal accès au dépistage sur l'ensemble du territoire et fait bénéficier chaque femme de la même garantie de qualité et de prise en charge. Il s'inscrit dans le cadre de la prévention secondaire et vise à détecter dans la population générale le cancer au tout début de son développement, d'éviter les traitements lourds, d'augmenter les chances de guérison.

Les femmes sont invitées par courrier tous les 2 ans à faire le DOCS chez un radiologue agréé figurant dans la liste jointe au courrier d'invitation. Elles effectueront une mammographie analogique ou numérique (autorisée depuis 2008) et bénéficieront d'un examen clinique. Les clichés mammographiques (2 incidences par sein) sont lus par un premier radiologue et font l'objet d'une interprétation donnant lieu pour chaque sein à une classification BI-RADS/ACR de 1 à 5. Les images classées comme normales ou bénignes sont revues par un second radiologue, selon une procédure centralisée (double lecture). En cas d'image suspecte, un bilan diagnostique peut être effectué immédiatement (clichés avec agrandissement, échographie, cytoponction ou biopsie).

La structure de gestion informe le médecin désigné par la femme (médecin traitant ou gynécologue) des résultats de la mammographie de dépistage (1).

## III. Contexte

Le médecin généraliste influence les choix de ses patientes (1). La non adhésion des médecins généralistes peut donc être un frein pour les femmes à la réalisation du dépistage organisé (3), comme cela a été démontré au Danemark (4). Des études en Angleterre (5) et en Italie (6) ont souligné le fait que le taux de participation des femmes augmentait si le médecin généraliste s'impliquait et encourageait lui-même ses patientes par différentes méthodes à participer au DOCS. Les femmes l'expriment elles-mêmes lorsqu'elles sont interrogées (1).

E. Chamot a mené une étude en Suisse où les femmes déclaraient vouloir que la décision de participer au dépistage soit prise par « le médecin surtout » pour 42,6% d'entre elles ou par « elles et leurs médecins de manière équilibrée » pour 45% (7).

Dans la littérature, nous retrouvons l'adhésion de la majorité des médecins généralistes au programme de dépistage organisé. Pour certains médecins généralistes, le dépistage « organisé » est un des principaux arguments qui justifie leur adhésion à ce dépistage, voire un modèle à promouvoir et à étendre à d'autres dépistages. Une enquête effectuée par l'Institut National du Cancer (INCa) en 2010 auprès de 600 médecins montrait que, pour 90% d'entre eux, le DOCS avait une image de qualité (8).

Cependant, comme le souligne la Haute Autorité de santé (HAS) dans son rapport de 2015 (1), les débats scientifiques sur les limites et les incertitudes du DOCS notamment en terme de mortalité et de surdiagnostic sont de plus en plus médiatisés, comme dans les articles présentés dans la revue Prescrire (9) (10) (11) qui s'inspirent d'une revue de la littérature Cochrane écrite par Gøtzsche et Jørgensen (12).

En parallèle au DOCS, un dépistage sur prescription d'un professionnel de santé, dépistage individuel (DI), est possible. Ce mode de dépistage n'est en théorie pas indiqué chez les femmes avec un risque moyen de développer un cancer du sein. Le recours au dépistage individuel après 50 ans est difficile à évaluer en raison des modalités actuelles de codage des mammographies qui ne permettent pas à l'Assurance maladie de les distinguer des mammographies de suivi ou diagnostic. L'HAS a estimé qu'en 2009, 10% des femmes âgées de 50 à 74 ans avaient eu une mammographie de dépistage individuel (1).

Selon l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), le taux moyen de participation au dépistage organisé du cancer du sein en France était de 52,1% en 2014. Ce chiffre stagne malgré les recommandations du référentiel européen qui fixe un objectif à 70% (13). En 2013, le taux de participation au DOCS en Haute-Garonne était de 37,7%, beaucoup plus bas que le taux national.

Dans ce contexte, nous avons donc voulu explorer le regard du médecin généraliste sur le dépistage organisé du cancer du sein en Haute-Garonne en 2015/2016. L'objectif principal était d'identifier les freins des médecins généralistes envers ce dépistage de masse. L'objectif secondaire était de rechercher les leviers d'amélioration qu'ils proposaient.

# **MATERIEL ET METHODES**

## **I. Choix de la méthode qualitative**

Pour explorer le regard des médecins généralistes sur le DOCS, la méthode qualitative nous semblait la plus appropriée pour avoir accès à leurs ressentis et représentations. Elle recueille des données au plus près du vécu des uns et des autres et recherche plus à comprendre qu'à mesurer en laissant la population choisie s'exprimer. Au cours de la discussion, il apparaît des éléments fondamentaux qu'un simple questionnaire n'aurait pas réussi à mettre en évidence (14) (15) (16).

## **II. Choix de la méthode de recueil de données par focus group**

La méthode des Focus Groups est une méthode qualitative de recherche favorisant l'émergence de toutes les opinions des participants, choisis selon certains critères et réunis pour échanger en « se focalisant » sur un sujet donné (17). Les Focus Groups constituent une catégorie particulière d'interviews de groupe. Son intérêt majeur par rapport aux entretiens individuels est de pouvoir recueillir un type d'information qui est le résultat des interactions entre les membres des différents groupes concernés. Cette méthode nous a semblé d'autant plus intéressante que le sujet de notre travail ne semble pas toujours faire l'unanimité auprès des médecins habituellement interrogés (18) (19) (20).

L'entretien se fait habituellement de façon semi-structuré (semi-directif), c'est-à-dire basé sur un nombre limité de questions ouvertes et courtes, définies à l'avance dans un guide d'entretien. Un modérateur neutre anime la séance en présence d'un observateur (15)(21).

## **III. Population cible et mode de recrutement**

La population cible des focus groups étaient les médecins généralistes installés en Haute-Garonne. L'intérêt d'étudier cette population était d'explorer leurs regards sur le DOCS dont le taux de participation dans ce département est bas.

Théoriquement, l'échantillonnage ne recherche pas la représentativité mais la plus grande diversité des opinions : échantillonnage raisonné ou « en recherche de variation maximale ».

Dans une étude qualitative, le critère utilisé pour déterminer le nombre de focus group nécessaire est la saturation donnée, c'est-à-dire lorsqu'une nouvelle collecte de données ne nous apporte pas d'information supplémentaire.

Pour le recrutement, nous avons tout d'abord téléphoné aux médecins de Toulouse et de sa banlieue en leur exposant le sujet de notre thèse et en expliquant les modalités de participation. Si les médecins étaient intéressés, un mail explicatif avec un courrier d'information joint leur était envoyé (*Annexe 1*). Nous leur demandions de confirmer leur présence et un mail de rappel était envoyé une semaine et 72h avant la date du focus group. Cela a permis de recruter quelques participants mais la majorité des médecins a été recrutée par l'intermédiaire d'une personne ressource, un médecin généraliste, qui transférait nos mails à sa liste de contacts constituée de médecins généralistes exerçant dans son secteur géographique.

Après le 3<sup>ème</sup> focus group, nous avons eu une réunion avec l'un de nos deux directeurs de thèse (Dr Brillac) le 27 janvier 2016 et avons décidé de conduire un 4<sup>ème</sup> focus group car nous n'étions pas à saturation des données. Un médecin exerçant à Saint-Gaudens a été contacté via le Dr Brillac et nous a communiqué les adresses mails de confrères de son secteur susceptibles d'être intéressés par notre travail. Nous leur avons alors envoyé le mail d'invitation associé au courrier d'information et avons proposé plusieurs dates via le site internet « Doodle ».

#### IV. Elaboration du guide d'entretien

La première étape consistait à identifier et préciser les thèmes qui allaient être abordés au cours des séances. Une recherche bibliographique a donc été réalisée. Nous avons recherché les études et les thèses concernant le médecin généraliste et le DOCS sur différents supports : Pubmed, l'Encyclopédie Médico chirurgicale (EMC), Archipel, Google Scholar. Les mots clés étaient : « médecin généraliste » et « dépistage organisé du cancer du sein » ou en anglais « breast neoplasm screening » ou « breast cancer screening » et « general practitioner ». Nous avons également utilisé des données de sites internet comme e-cancer ou le site de l'InCa.

Le guide d'entretien est un document écrit comprenant une rapide présentation du projet, la trame du déroulement de la séance, ainsi qu'un texte de remerciements. Notre guide d'entretien était composé de questions courtes, claires et ouvertes afin de stimuler le travail de groupe et l'échange, associées pour chacune d'entre elles à une question de relance à utiliser si nécessaire. Ces questions allaient du domaine le plus général au plus spécifique. Une des principales caractéristiques du guide d'entretien dans les études qualitatives est qu'il est modulable tout au long du travail (15). *(Annexe 2)*

Nous nous sommes inspirées de notre recherche bibliographique pour choisir les thèmes abordés dans le guide d'entretien. Lors des deux premiers focus groups, le guide d'entretien comprenait 5 questions. Les questions évoquaient tout d'abord leur regard sur le DOCS en général, puis leur rôle dans ce dépistage, l'abord du sujet en consultation, leur sentiment par rapport au taux de participation au DOCS en Haute-Garonne et enfin ce qu'ils pensaient de la structure de gestion DOC31 s'ils ne l'avaient pas déjà évoquée. Le guide d'entretien a évolué après le 2<sup>ème</sup> focus group. Nous avons décidé de rajouter une sixième question sur un thème abordé par un médecin que nous avons envie d'approfondir concernant leur ressenti par rapport au suivi gynécologique de leurs patientes. *(Annexe 3)*

Après une réunion avec nos directeurs de thèse le 2 mars 2016, nous avons modifié à nouveau le guide d'entretien pour le 4<sup>ème</sup> et dernier focus group en se concentrant plus sur notre objectif principal. *(Annexe 4)*

Nous avons également élaboré un questionnaire que nous avons distribué aux médecins à chaque début de focus group pour établir un profil de chacun d'entre eux. Les caractéristiques demandées avaient été choisies à partir de notre recherche bibliographique. Ces questionnaires avaient comme but de caractériser la population de médecin participant à chaque focus group. *(Annexe 5)*

De plus, nous avons fait remplir par les participants un consentement éclairé au début de chaque focus group dans lequel ils nous donnaient leur accord pour la retranscription de tout ce qui serait dit, pour l'analyse ultérieure et l'utilisation des données à des fins scientifiques, après leur avoir expliqué cette méthode de recherche et insisté sur l'anonymat de leurs témoignages. *(Annexe 6)*

Enfin, ils ont également donné leur accord écrit pour que le Dr Albessard, médecin coordinateur de DOC31, puisse nous communiquer pour chaque participant le chiffre correspondant au pourcentage de leur patientèle éligible participant à DOC31. *(Annexe 7)*

## V. Approbation par le comité d'éthique

Le sujet de la thèse, la méthode, le guide d'entretien, le questionnaire, la feuille de consentement et le courrier d'information évoqués plus haut ont tous été soumis à l'approbation du comité d'éthique de la faculté de médecine générale de Rangueil. (*Annexe 8*)

## VI. Identification de l'objectif secondaire

L'objectif principal de notre thèse qui était d'identifier les freins des médecins généralistes de Haute-Garonne envers le DOCS a été défini initialement et n'a pas été modifié. L'objectif secondaire qui était de rechercher les leviers d'amélioration qu'ils proposaient a été défini le 2 mars 2016 au cours d'une réunion avec nos directeurs de thèse. En effet, il ressortait des 3 premiers focus groups des données très intéressantes concernant les leviers d'amélioration proposés par les médecins interrogés.

## VII. Réalisation des Focus Group et recueil des données

Les lieux où se sont déroulés les focus groups étaient neutres. Il n'y a eu aucun conflit d'intérêt par rapport à l'organisation de ces séances.

Le groupe de participants était regroupé autour d'une table. Initialement, le principe du focus group et le thème leur ont été présentés. Nous avons insisté sur le respect de leur anonymat. Il leur a été expliqué que le but n'était absolument pas d'obtenir un consensus mais que nous recherchions la diversité de leurs expériences. Ils ont également rempli en début de séance le questionnaire nous permettant de préciser leurs profils, le consentement éclairé concernant leur participation et leur accord écrit pour que nous puissions récupérer les chiffres les concernant auprès du Dr Albessard.

Le modérateur (co-auteur de la thèse) était chargé d'animer la séance et de créer une dynamique de groupe à partir du guide d'entretien. L'objectif était de faire émerger les différents points de vue. Il devait donner la parole à tout le monde, être neutre et empathique, sans révéler son point de vue sur ce qui était dit. C'est lui qui, avant de débiter l'enregistrement, devait souhaiter la bienvenue aux participants, les remercier



d'être venus, se présenter et expliquer le déroulement du focus group et les règles de base (22).

Le rôle de l'observateur (co-auteur) était de noter les aspects non verbaux et relationnels qui apparaissaient lors des réunions.

Pour enregistrer la séance, deux appareils ont été utilisés : un téléphone portable en mode dictaphone et un appareil d'enregistrement audio numérique.

Une fois les données recueillies sous forme d'enregistrement sonore, nous avons retranscrit manuellement l'enregistrement sur un support informatique « Word », annoté les événements et les réactions non verbales des participants. Cette retranscription fut réalisée de façon intégrale « mot à mot », sans correction ni reformulation des propos en dehors de la citation de noms d'entreprises que nous avons remplacé par la première lettre de leur nom suivi de trois points. Nous avons chacune retranscrit la moitié de chaque focus group. Afin de conserver l'anonymat total des participants, les noms des intervenants ont été remplacés par la lettre M suivi d'un numéro. Nous avons indiqué la succession des prises de parole et utilisé les conventions suivantes : les échanges non verbaux (rires, hésitations, les temps de réflexion, intonations) ont été mentionnés entre parenthèses et les blancs par « ... ». Une page d'exemple de retranscription se trouve en fin de thèse en annexe (*Annexe 9*).

## VIII. Contexte d'énonciation

Le modérateur et l'observateur ont réalisé une analyse du contexte d'énonciation immédiatement après la réalisation de chaque focus group. Nous écrivions nos premières impressions, le contexte, la dynamique du groupe ainsi que les grandes idées qui étaient ressorties (*Annexe 10*).

Il est important de rappeler que les données recueillies lors de focus groups sont influencées par la situation de discussion de groupe. Ces données ne doivent donc jamais être exploitées sans mentionner le contexte dans lequel elles ont été recueillies. Toute interprétation des résultats doit donc être contextualisée afin d'éviter une généralisation ou une extrapolation excessive de ceux-ci.

Pour limiter l'interprétation des réponses données par les participants selon nos convictions personnelles, nous nous sommes efforcées de réaliser un travail de réflexivité tout au long de notre thèse.

## IX. Analyse transversale thématique des données

Nous avons réalisé une analyse thématique basée sur la théorisation ancrée (23).

Nous avons tout d'abord effectué plusieurs lectures flottantes de chaque focus group pour nous en imprégner.

Pour l'analyse, nous disposions de la retranscription des entretiens avec une couleur différente pour chaque focus group. Ce code couleur a permis de mieux identifier l'apparition de la saturation des données.

Nous avons toutes les deux analysé séparément les retranscriptions, dans l'ordre chronologique et selon des règles communes que nous avons préétablies. Nous avons tout d'abord réalisé l'étape du séquençage : chaque verbatim a été découpé en unité de sens. Ensuite l'étape du codage a permis de donner un code à chaque unité de sens en fonction du contexte dans lequel elle a été énoncée. L'analyse a été faite en aveugle par chacune de nous. Puis les données ont été échangées et comparées réalisant une triangulation de toutes nos données. Cette étape a permis de faire une lecture complète du codage déjà effectué, et de repérer les points de désaccord dans le codage de certaines citations. Enfin, nous nous réunissions à nouveau pour résoudre les désaccords. Le plus souvent, il s'agissait d'une erreur de découpage : une citation avait été codée, alors qu'elle pouvait être scindée en deux unités de sens, et donc traduite par deux codes. L'analyse thématique a été faite à l'aide d'un tableau sur logiciel Excel. Un tableau de codage a progressivement été complété, de la droite vers la gauche. Un extrait de tableau de codage figure en annexe (*Annexe 11*). Au fur et à mesure des entretiens, de nouveaux codes apparaissaient, d'autres se répétaient. Les codes étaient regroupés en sous-catégories, puis en catégories et enfin en thèmes.

L'interprétation et la thématization ont été menées ensemble, en confrontant nos points de vue.

# RESULTATS

## I. Nombres de focus groups réalisés et saturation des données

Nous avons réalisé quatre Focus Groups entre juin 2015 et mars 2016 en Haute-Garonne, avec respectivement 8, 7, 6 et 5 participants.

La durée des entretiens variait de 1h12min à 1h31min.

La saturation théorique des données a été obtenue lors du 4<sup>ème</sup> Focus group.

## II. Caractéristiques de l'échantillonnage

<b>Caractéristiques de la population étudiée</b>		<b>Nombre N=26</b>
<b>Sexe</b>	Hommes	14
	Femmes	12
<b>Age</b>	30-45ans	4
	46-60ans	15
	>60ans	7
<b>Milieu d'exercice</b>	Urbain	16
	Semi-rural	8
	Rural	2
<b>Cabinet de groupe</b>	Oui	23
	Non	3
<b>Dossier informatique</b>	Oui	26
	Non	0
<b>Activité gynécologique</b>	Oui	16
	Non	10
<b>Volume d'activité en moyenne</b>	< 20 patients/jour	2
	20-30 patients /jour	22
	>30 patients /jour	2
<b>Maitre de stage</b>	Oui	12
	Non	14

### III. Freins des médecins

#### A. Les problèmes liés au système de santé

Les médecins généralistes ont signifié que les institutions **n'informaient pas de manière objective les patientes** sur la balance bénéfices-risques de ce dépistage organisé et leur disaient simplement de participer : " M17 : La façon dont c'est présenté aux femmes n'est absolument pas objective à mon sens. " (FG3 p1). Les médecins ont dénoncé un problème d'information des femmes qui confondaient dépistage et prévention et se croyaient faussement protégées contre le cancer du sein après avoir fait la mammographie de dépistage, présentée à tort comme une arme absolue : " M25 : Voilà ce n'est pas une assurance à 100% qu'il n'y aura rien dans les 2 ans. C'est un peu le risque et elles le prennent un peu comme ça. " (FG4 p2). Les médecins ont trouvé qu'on leur compliquait le travail d'information et qu'ils devaient donc rattraper ces erreurs et communiquer aux femmes la réelle diminution de risque escomptée : " M17 : ... tu dis c'est à nous à le faire mais c'est à nous à rattraper, 1000 fois c'est lourd quand même, quand tu es tout seul dans ton petit cabinet et que tout un public, des vedettes sont venues leur suriner que c'était comme ça etc, je veux bien que ce soit mon métier mais j'aimerais qu'on me facilite mon métier et pas qu'on me le complique. " (FG3 p5).

Certains médecins ont jugé que la façon dont était fait le dépistage organisé n'était pas honnête : " M17 : Pour moi, une escroquerie éthique déjà, c'est ma vision des choses. " (FG3 p1). A force de vouloir atteindre les objectifs de participation les médecins pensaient que les autorités en étaient arrivées à tromper les femmes : " M17 : C'est qu'il y a eu toute une entreprise, je comprends qu'ils voulaient absolument arriver à leurs fins d'obtenir 70% de participants et qu'il fallait un peu être très enthousiaste par rapport à ça mais ils sont arrivés à complètement truffer les femmes. " (FG3 p1). Quelques-uns pensaient même qu'il existait un **conflit d'intérêt** entre certaines entreprises et des hommes politiques : " M17 : Et puis il y a eu tout ce battage d'octobre rose avec tous ces artistes etc, quand on sait que c'est G... et A... qui ont monté cette opération et on sait pourquoi vu les bénéf' qui sont derrière, c'est vrai que c'est un peu énervant. " (FG3 p1), " M17 : Ils n'ont pas acheté la moitié des prescripteurs il suffit d'acheter quelques ministres...c'est largement suffisant. " (FG3 p19).

Pour d'autres, cet argument n'était pas recevable et ils ne croyaient pas à cette **théorie du complot** : " M21 : je ne suis pas sûr qu'il y ait une théorie du complot, que G... dicte la conduite à tenir de santé dans un pays, je veux bien croire que G... a des intérêts mais je

suis pas sûr que ce soit G... qui dicte les politiques de santé au long cours, voilà. " (FG3 p2). Ils avaient confiance en la rigueur de la population médicale. Pour eux si les chiffres disaient qu'un dépistage était trop agressif, l'information ne serait pas cachée longtemps et les recommandations changeraient quels que soient les conflits d'intérêt en face : " M21 : Donc mon message c'était : la situation n'est pas bloquée, l'avenir dira. Et j'ai plutôt confiance dans...euh...la rigueur scientifique de toute une population médicale sur des dizaines d'années. Il y a des excès, il y a des trucs ce qu'on veut mais il y a bien un moment si les chiffres qui disent eh bien on est trop agressif dans le dépistage de la prostate eh ben on change de truc quel que soit la société d'urologie en face. " (FG3p21).

Les médecins généralistes éprouvaient dans l'ensemble un **sentiment d'exclusion du DOCS** : " M25 : on nous a pas...comment dire... intégré dans ce dépistage organisé. " (FG4 p5). Ils se sentaient étrangers et extérieurs à ce système qui ne les impliquait pas assez car les patientes n'avaient pas besoin de venir consulter leurs médecins traitants et avaient directement un bon pour aller chez le radiologue : " M25 : Moi j'ai l'impression qu'on nous en donne pas parce qu'elles n'ont même pas besoin de venir...enfin elles ont leur papier elles le font elles ne le font pas... " (FG4 p4). Ils avaient l'impression de ne pas servir à grand-chose et de subir ce dépistage " M26 : (...) Mais je me sens un peu... M24 : la dernière roue du carrosse. " (FG4 p5).

D'une manière générale les médecins ont critiqué **l'organisation générale du système de santé avec la multiplicité des intervenants** où personne ne savait plus qui faisait quoi : " M12 : Tout le monde fait un peu tout. On est plusieurs à faire la même chose : il y a DOC31, il y a le gynéco, le généraliste et puis il y a le malade au milieu. " (FG2 p21). La tenue du dossier informatique et donc le suivi des patientes étaient difficiles, liés souvent à des problèmes de communication avec les autres intervenants notamment avec ce double suivi entre médecins généralistes et gynécologues : " M16 : Et voilà et puis des fois aussi il peut y avoir un problème si elles ont un suivi par un gynéco, si elles voient le gynéco, on n'a pas toujours aussi le relais de l'information enfin voilà, on n'a pas toujours un petit courrier enfin voilà. " (FG3 p2). Pour eux il n'y avait pas de médecin coordonnateur et c'était un problème.

Vis-à-vis de la **structure de gestion DOC 31** en elle-même les médecins ont soulevé quelques problèmes :

- Il y avait un écueil au niveau du retour d'information des médecins sur les participations ou non de leurs patientes au DOCS : " M16 : Je reviens sur ce que j'avais dit au départ c'est qu'on n'a pas toutes les informations sur les patients celles qui l'ont

fait, celles qui l'ont fait en individuel, celles qui ont reçu quatre convocations qui ne sont jamais venues, enfin...qui n'ont jamais fait l'examen. C'est vrai que nous on a un problème de retour d'information de la part euh...parce que ça fait partie aussi de ce qu'on dit aussi du rôle de Doc31. " (FG3 p22).

- La gestion des invitations a été critiquée par les médecins. Pour eux certaines femmes éligibles ne recevaient pas ou plus l'invitation et l'envoi postal n'était pas approprié : " M3 : C'est vrai qu'il y a certaines personnes qui sont dans leur listing et ensuite qui n'y sont plus " (FG1 p5), " M1 : Parce que finalement euh beaucoup de gens pensent que c'est de la publicité pour la sécu, pour telle campagne et tout ça et n'ouvrent pas les enveloppes. Ils les jettent et voilà. " (FG1 p9). En cas de perte de l'invitation par exemple, pour que l'examen puisse rentrer dans le cadre des statistiques du dépistage, les médecins pensaient qu'il fallait le code barre et toutes les coordonnées contrairement à d'autres médecins qui pensaient pouvoir écrire « dans le cadre de DOC31 » sur l'ordonnance : " M14 : Ah non non il leur faut le code barre c'est comme si tu faisais l'hémocult en disant « Doc31 ». Si t'as pas donné les coordonnées, tout ce qui est répertorié, les codes-barres les machins il ne rentrera pas dans le cadre des statistiques du dépistage. " (FG2 p12)
- Concernant les résultats, les médecins rapportaient un nombre important de perdues de vue. Ils recevaient des résultats, parfois anormaux mais les patientes ne venaient pas toujours en consultation et ils ne pouvaient donc pas leur expliquer les résultats: " M2 : Par contre moi ce que j'ai remarqué c'est que les personnes qui ont des anomalies on les revoit pas toujours donc on se retrouve avec des papiers. On leur a dit « revenez » « vous faites un contrôle » mais on les voit pas toujours dans notre consultation tout de suite. " (FG1 p3). Les médecins évoquaient peut-être un problème au niveau de la diffusion de l'information des résultats à la patiente parce que les résultats étaient différés par rapport à l'examen et qu'on ne leur donnait pas directement après la mammographie : " M2 : Alors on ne se sait pas...enfin ils sont prévenus mais comme les résultats sont différés par rapport à l'examen et qu'on ne leur donne pas directement je ne sais pas s'il n'y a pas un problème à ce niveau-là. " (FG1, p3). D'autre part les médecins se plaignaient de ne pas recevoir systématiquement le résultat de la mammographie avec DOC 31 car c'était le médecin désigné par la patiente seulement qui le recevait : " M23 : Attends je me trompe, c'est « le médecin désigné par la patiente » exactement ; M25 : Voilà ; M24 : Voilà exactement. Donc celles qui ont un gynéco, eh ben voilà et bon par contre quand la patiente donne les 2 noms à ce moment-là tu le reçois. " (FG4 p14)

Un des freins des médecins à proposer ce DOCS était leur **manque de formation** sur le sujet que ce soit formation initiale ou information générale sur les chiffres du DOCS. Pour les médecins les plus âgés, le dépistage du cancer du sein n'était pas une priorité quand ils étaient à la faculté et on leur apprenait plus à soigner les maladies qu'à les dépister : " M19 : Quand j'étais à la fac on nous apprenait à traiter les maladies, à les soigner mais pas à les dépister. Et en particulier le cancer du sein ce n'était pas les priorités... " (FG3 p21). Les médecins ont regretté de ne pas être mieux informés sur les taux de participation aux différents dépistages, individuel et organisé : " M16 : je pense qu'il y a un problème d'information en tant que nous médecin voilà sur les taux de participation avec des biais liés à ce double dépistage. " (FG3 p13). Tous les médecins généralistes ne savaient pas ce que représentait réellement le chiffre de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) sur le taux de réalisation des mammographies pour les femmes de la tranche d'âge concernée dans leur patientèle : uniquement les mammographies réalisées dans le cadre de Doc 31 ou toutes les mammographies de dépistage. " M15 : sur le ROSP le chiffre que l'on a c'est euh ? M11 : total M15 : Le chiffre total. On n'a pas le détail justement... (coupé) M11 : de l'organisé et du non organisé. Non. M15 : c'est dommage ça non ? " (FG2 p3).

## **B. Les doutes sur la validité du dépistage organisé**

Les médecins ont émis des **doutes sur l'utilité, l'efficacité et la pertinence du DOCS** tel qu'il était organisé actuellement : " M26 : Maintenant pour moi ce n'est pas... ce dépistage organisé là n'est pas pertinent, n'est pas performant. " (FG4 p2). Les médecins n'étaient pas convaincus de l'intérêt de passer par DOC31. Ils se sont posés des questions sur l'utilité et la rentabilité de ce dépistage qui n'avait pas vraiment fait ses preuves : " M26 : je reste toujours sur l'intérêt d'un test national grandeur nature où tu ne fais pas baisser la mortalité. Il faut se poser des questions. C'est pas « utile » quoi. " (FG4 p6). Selon eux le dépistage actuel n'était pas le bon système, était mal fait et devait peut-être être remis en question : " M26 : Vu le résultat mauvais, les mauvais résultats, non ce n'est pas quelque chose à rendre obligatoire, je pense qu'il faut peut-être même arrêter et faire autre chose. " (FG4 p17).

D'une manière générale les médecins pensaient que **le DOCS induisait de nombreuses morbidités** et ce d'autant plus après la **lecture de Prescrire** : " M26 : Je pense comme l'a dit M23 le taux de morbidité doit être catastrophique. " (FG4p3). Cela a induit chez les médecins des freins vis-à-vis du DOCS avec un retentissement dans leur pratique : " M23 :



Oui on est un peu...Au début moi j'étais très fortement persuadé de l'efficacité de ce dépistage. Et après est arrivé la revue Prescrire avec ses analyses...alors ça m'a beaucoup perturbé dans ma pratique...enfin avant que ce soit dans ma pratique dans ma tête. " (FG4 p2).

Les médecins interrogés ont mis en avant **la problématique du surdiagnostic** : " M26 : Ben non je ne sais pas mais je crois que... on fait peur aux femmes et je ne sais pas si on ne fait pas des diagnostics par excès quoi. " (FG4 p17) avec le dépistage d'anomalies minimales qui n'auraient peut-être pas abouties à un cancer ou qui n'auraient pas causées la mort de la patiente : " M9 : et peut être pour rien et ensuite peut être qu'elle aura une chance sur quatre qu'effectivement ce soit pour rien et que cette personne qui a 70 ans meure d'une chose qui n'a rien avoir. " (FG2, p18). Les médecins ont aussi mis en avant des études sur le surdiagnostic qui montraient qu'un pourcentage non négligeable de femmes subissait un surtraitement responsable d'effets indésirables physiques et psychologiques : " M9 : Et puis t'en as une autre sur les diagnostics par excès quand même tu aurais 25% de diagnostic par excès. Donc 25% (insiste sur le chiffre) des nanas qui se font traiter euh à tort ! " (FG2 p17). Ils se sont interrogés sur la possibilité, comme c'est le cas pour la prostate, d'avoir une certaine proportion de femmes dans la population porteuses de lésions de cancer du sein in situ, et ce même chez les femmes jeunes : " M26 : Et pourtant 80% des prostatites sont cancéreuses, alors est-ce que 30% des seins ne sont pas porteurs d'un cancer in situ ? Je n'en sais rien, de tous les seins hein, même avant 50 ans. " (FG4p18).

Les médecins ont soulevé le problème des **cancers d'intervalle**, souvent les cancers les plus agressifs d'après eux, et ce malgré un suivi consciencieux et régulier par mammographie : " M7 : souvent les choses les plus méchantes (M8 approuve d'un mouvement de tête) c'est pas sur la mammographie de Doc31 qu'on les trouve mais c'est malheureusement dans l'intervalle. " (FG1, p2). La fausse réassurance des femmes et des médecins, qui examinaient moins les seins des patientes entre deux mammographies pouvait être à l'origine de retards diagnostiques des cancers d'intervalle : " M20 : J'ai eu une femme qui s'est pointé chez moi en me disant « j'ai mal depuis 4 mois au sein mais je ne suis pas venu vous voir parce que j'avais fait la mammo il y a 1 an donc j'étais tranquille », (il répète pour appuyer le propos) « j'étais tranquille ». Le problème c'est que ça en était un, un cancer d'intervalle, et qu'on a perdu 4 mois parce qu'on l'avait faussement rassuré. " (FG3 p1).

A l'échelle de leur cabinet, les médecins ne trouvaient pas de réelle efficacité du DOCS car **peu de diagnostics de cancer du sein étaient faits grâce à DOC 31**, mais le plus souvent secondairement à une anomalie clinique détectée par la femme elle-même ou le médecin : " M22 : A titre d'exemple j'ai regardé un petit peu sur les dix derniers cancers du sein que j'ai vu : zéro dépisté au dépistage organisé. Donc à l'échelle strictement d'un cabinet ça pourrait être un frein parce qu'on se dit on fait tout ça pour pas grand-chose. M26 : Moi c'est mon sentiment aussi quoi. " (FG4 p3).

Les médecins ont regretté **l'absence ou la non publication d'évaluation du DOCS au niveau national** : " M26 : Moi ce qui m'étonne c'est qu'il n'y ait pas de rapport d'Etat. Ca fait quoi une dizaine une quinzaine d'années que c'est fait...On n'a pas ...enfin les résultats ne sont pas publiés au niveau national. Enfin ils ne s'en vantent pas surtout. Et sur quelque chose... c'est un travail quand même sur plusieurs années... au bout d'un moment il faut l'évaluer quoi. Et je crois que l'évaluation ne fait pas l'unanimité donc il faudrait quand même en parler. " (FG4p10). Les médecins ont dit qu'ils n'étaient pas informés des résultats du DOCS et étaient dans un grand flou ne sachant pas quel impact avait leur action. Devant les publications d'envergure mettant en cause la pertinence du DOCS, ils voulaient savoir si ces polémiques étaient vraies ou pas : " M23 : Ben c'est vrai qu'on a très peu de retour sur investissement. On nous demande de le faire, il y a des publications quand même d'envergure qui mettent en doute la pertinence, on n'a pas le contre feu, alors c'est vrai ou ce n'est pas vrai ? " (FG4 p18). Certains médecins pensaient que l'évaluation du DOCS existait mais qu'elle n'était pas disponible ou divulguée car il était difficile d'admettre que le DOCS était une mauvaise piste et qu'il fallait l'arrêter. Les médecins ont dit qu'à force de vouloir cacher la vérité les autorités allaient arriver à un scandale général : " M26 : Et un jour il va sortir une étude qui va venir peut-être même d'un autre pays qui fait la même chose, où il va y avoir un consensus d'experts qui va dire « non arrêtez, c'est nul quoi, c'est nul ». On enlève des seins pour rien, ça va péter comme ça et je signerai le papier. " (FG4 p19).

Les médecins ont critiqué la **double lecture** des mammographies dans le cadre du DOCS qui n'avait lieu qu'en cas de négativité et qui était une « perversité » du système. Ils ne comprenaient pas pourquoi en cas de positivité le processus était enclenché d'emblée alors que les erreurs pouvaient être dans les deux cas : " M17 : et déjà éthiquement dire qu'on fait une double lecture que quand c'est négatif, moi j'aimerais bien qu'il y ait un autre radiologue qui dise « mais non tu vois bien que c'est rien ça, ce n'est pas la peine de l'affoler pour rien cette pauvre femme ». " (FG3 p4). Ils se sont interrogés sur le réel

intérêt de cette double lecture : " M12 : Est-ce que ça vaut vraiment le coup de faire le forcing sur la double lecture ou est-ce que c'est marginal comme gain ? " (FG2 p16).

Les médecins ont reproché au DOCS de ne **pas** faire **diminuer la mortalité totale** et il était donc difficile pour eux de s'engager pleinement dans sa promotion: " M9 : Mais euh je trouve que c'est délicat moi quand j'ai une personne qui rentre et qui fume je mets le paquet (insiste) parce que je sais (insiste) effectivement que si je lui arrête sa cigarette vraiment je lui diminue son risque de mortalité total. C'est clair ! Pour moi c'est très clair ! Et j'y vais à fond ! Mais pour le cancer du sein eh ben euh j'y vais pas à fond voilà je ne suis pas aussi...parce que j'ai des données qui disent poufftzz on en sait rien en fait. Mortalité totale ce n'est pas prouvé. Voilà donc " (FG2p18). Les médecins ont évoqué certaines études étrangères qui leur faisaient se poser des questions sur ce dépistage et le fait que certains pays avaient failli abandonner le dépistage organisé devant cette absence de diminution de la mortalité totale : " M17 : Et dans les autres pays où ils les ont sortis on a eu d'énormes surprises que ce soit au Canada, au Danemark, en Suède, ce n'était pas triste quand même ! En gros la mortalité globale dans les endroits où on dépistait était supérieure à celle où il n'y avait pas de dépistage. C'est là-dessus qu'ils ont failli arrêter le dépistage en Suisse et que ça s'est discuté parce que les Anglo-saxons sont quand même beaucoup plus pragmatiques que nous. " (FG3 p12). Mais pour d'autres médecins les chiffres de la mortalité et de la morbidité par cancer du sein avaient plus de valeurs : " M21 : Je serais beaucoup plus sensible à ce qu'on me donne qu'elle est la mortalité et la morbidité par le cancer du sein dans le dépistage du sein. " (FG3 p13). Les médecins ont soulevé le problème de la **faible diminution de mortalité par cancer du sein** avec le DOCS après 10 à 15 ans de recul, les faisant douter sur la pertinence de ce dépistage : " M23 : Mais elle baisse la mortalité du cancer du sein. M26 : Très peu, très peu, très peu. C'est même pas 1% par an ou même pas. " (FG4 p18). Selon eux la mortalité baissait plus grâce aux progrès des thérapeutiques qu'au dépistage et l'on ne pouvait pas savoir si ce n'était pas en parti lié au dépistage individuel : " M26 : La mortalité diminue, diminuerait plus parce que les thérapeutiques ont fait d'énormes progrès que parce qu'on dépiste les tumeurs tôt. Ce n'est pas moi qui le dis, je l'ai lu, après je, pas dans la dépêche non plus mais on se comprend. " (FG4 p18).

Pour certains médecins le **choix de l'âge cible** posait problème. Les médecins ont débattu sur l'âge d'entrée dans le dépistage. Certains médecins estimaient que les cancers les plus fulgurants et catastrophiques touchaient les jeunes qui ne relevaient pas de DOC31 et qu'il fallait préconiser le dépistage des femmes avant 50 ans : " M24 : On nous dit que c'est à

partir de 50 ans que c'est rentable de faire une mammographie. Je pense qu'on passe à côté de personnes...euh il ne faut pas hésiter à faire une échographie, à faire une mammographie plus tôt. " (FG4 p1). D'autres médecins ont répondu qu'avant 50 ans les cancers ne seraient pas dépistables avec la mammographie.

Par rapport à l'intérêt de la **mammographie de façon générale** : les médecins se sont demandés si cet unique examen était le plus approprié pour le dépistage au vu de la diversité des seins des femmes et des pathologies possibles : " M18 : enfin, puisque dans le dépistage du cancer du sein, on peut avoir tout quoi, des micro-calcifications jusqu'à...donc est-ce qu'un seul examen de dépistage pour des situations aussi diverses. " (FG3 p4).

Les médecins ont parlé des **cancers radio-induits** et du fait que c'était un frein potentiel à la promotion du DOCS. Ils éprouvaient un manque d'information sur le sujet et ne pouvaient pas répondre aux femmes qui les questionnaient: " M20 : c'est vrai que ça me rassurerait de savoir plus qu'elle est la part de cancer radio-induits, c'est-à-dire que ça c'est je pense que c'est un de mes freins pour poser la question aux gens s'ils ont fait le dépistage ou pas, pousser un peu plus ça. " (FG3p2).

Les médecins ont abordé le **problème des résultats de mammographie ACR3** qui les mettaient dans une position délicate par rapport à la conduite à tenir avec des patientes souvent très angoissées : " M24 : Le nombre de mammo que je vois où il y a marqué ACR 3...ça ça me...et M25 : T'es au milieu des deux : et on fait quoi maintenant M24 : Qu'est ce qu'on fait maintenant M23 : Démerdez-vous M25 : Exactement. " (FG4 p8). Certains médecins ont répondu qu'ils avaient tout leur rôle de communication à jouer pour l'explication de la classification ACR 3 et la réassurance des patientes : "M17 : Pour nous, c'est relativement facile, ACR 3 on refait l'examen, ACR 4 on envoie chez le spécialiste, ACR 2 on attend. En tant que généraliste, ça ne pose pas énormément de problème, pour la patiente c'est une autre histoire. " (FG3 p4).

Les médecins ont manifesté leurs difficultés à **avoir un message incitatif envers leurs patientes pour le DOCS alors qu'ils se demandaient s'ils leurs rendaient vraiment service** : " M21 : mais quand intellectuellement on se pose la question est ce qu'on rend service à nos patients c'est effectivement la moindre des choses et ça peut être un vrai frein à pousser comme des ânes à un dépistage à tout prix " (FG3 p21).

Les médecins ont évoqué le fait **qu'il était délicat pour eux de partager leurs doutes avec les patientes**, d'une part parce que le dépistage organisé est un dispositif national

recommandé : " M26 : On ne peut pas aller contre ce qui se fait. On n'en pense pas moins mais après c'est un dépistage national organisé donc c'est très difficile de se mettre en rupture avec ce qui est fait " (FG4 p10), et d'autre part parce qu'ils n'ont pas de solution alternative ayant prouvé son efficacité : " M26 : surtout qu'on n'a pas mieux à proposer. Parce que le problème il est là. M25 : voilà M26 : Tout en étant critique pour l'instant on n'a pas mieux donc ... " (FG4 p10).

### **C. Les problèmes rencontrés dans la pratique quotidienne**

Les médecins ont évoqué différents problèmes concernant **l'abord du sujet du DOCS en consultation** :

➤ Le **manque de temps**

Le manque de temps était un souci pour aborder le sujet et parler du DOCS avec les patientes car les médecins avaient un planning surchargé: " M20 : Pour moi les deux freins principaux c'est effectivement le manque de temps pour bien expliquer les choses, etc ...pour justement donner ces informations qu'il faut pour qu'ils prennent leur décision en toute connaissance de cause. " (FG3 p20). Il était difficile de parler du DOCS lors d'une consultation pour un motif aigu, lors d'une consultation non dédiée à de la santé publique et les patientes venaient rarement uniquement pour le dépistage : " M19 : Donc on est un peu pris le nez dans le guidon à se dire bon il faut traiter le sujet du jour. " (FG3 p21). Les médecins ont rapporté que les femmes venaient souvent avec plusieurs problèmes et qu'il était compliqué pour eux d'aborder le sujet du DOCS dans ces consultations « fourre-tout » : " M17 : Mais c'est vrai que si tu le mets pas avant qu'ils t'aient sorti la liste des 10 pathologies pour lesquels ils étaient venus, tu es foutu. " (FG3 p8).

➤ **Chez les patientes sans pathologie chronique les médecins avaient peu d'occasion d'aborder le sujet du DOCS :**

" M11 : Non mais je crois qu'il a raison, c'est plus facile quand on a une malade chronique, par exemple une femme qui a une hypertension et un diabète d'aborder le problème du dépistage du cancer du sein ou du frottis que pour une femme qui n'est jamais malade, qui vient pour une angine, que tu verras 3 ans après etc, c'est vrai, c'est vrai " (FG2 p26)

- **Chez les patientes polypathologiques l'existence de sujets prioritaires** pouvait faire passer le DOCS en second plan :

" M17 : si elle risque de mourir d'un infarc' je m'en fous du cancer qu'elle va faire dans 10 ans. " (FG3 p9)

- **L'oubli :**

Les médecins généralistes, devant la multitude des autres questions importantes à aborder avec les patientes, pouvaient oublier le sujet du DOCS : " M22 : Il faut penser à la vaccination tétanos, est ce qu'elle est à jour, il faut penser au cancer du sein...il faut penser à tellement de choses que sur le cadre de chaque consultation de tous les jours de toutes les semaines de tous les mois de toute l'année eh ben il y en a qui passe au travers. " (FG4 p5)

Un problème soulevé par certains médecins était qu'ils **déléguent le domaine de la gynécologie** dans son ensemble, par choix, de par leur génération, de par leur localisation ou parce qu'ils étaient des hommes. Quelques médecins sous traitaient ce sujet en pensant que chaque femme avait un suivi par un gynécologue: " M9 : Il y a un deuxième frein en ce qui me concerne, c'est effectivement que je suis un homme et que j'ai un petit peu tendance à ce que la gynécologie, je suis sur Toulouse, ce soit, bon, enfin c'est pas moi qui m'en occupe quoi, la gynéco, enfin voilà, globalement, bon des frottis ça m'arrive d'en faire, mais bon ça fait partie au même titre que le frottis, quelque part dans ma tête, elles ont toutes leur gynéco, donc bon c'est la gynéco qui s'en occupe. " (FG2 p24). Si la femme avait un suivi gynécologique, le médecin marquait dans le dossier le nom du gynécologue et ne posait plus de questions sur le suivi gynécologique ou les examens de dépistage gynécologiques par la suite. Il ne se sentait plus concerné par le problème contrairement aux femmes qu'ils suivaient entièrement sur le plan gynécologique: " M12 : Je ne vais pas leur demander à chaque consultation : « vous avez fait votre frottis, votre mammo ? Puisqu'elle m'a dit qu'elle avait une gynéco, moi c'est un problème qui n'est plus le mien. " (FG2 p29).

Les médecins ont critiqué les **outils informatiques** qui étaient **mal adaptés** car les rappels étaient plus difficiles à mettre en place pour le dépistage du cancer du sein par rapport au cancer colo-rectal car c'était un dépistage plus ancien où coexistait dépistage organisé et dépistage individuel : " M1 : Un petit rappel quand les gens l'on fait et on essaye de le mettre à jour quand on y pense. Ça pour le colon on s'est bien préparé avant la mise en place du dépistage parce qu'on a eu une bonne préparation. Pour le sein c'était déjà mis en place donc on n'a pas d'outil facile informatique d'alerte, M8 : Et puis c'était un nouveau

test, M1 : Oui c'était nouveau pour le colon c'était nouveau. Pour le sein c'était déjà bien établi donc c'est vrai qu'on n'a pas mis quelque chose de nouveau dans notre dossier informatique " (FG1 p13).

#### **D. La mentalité française**

Les médecins ont dénoncé une **absence de culture de la prévention** en France à la différence des pays nordiques. Ils ont dit que la France était dans une médecine très curative. Pour eux, la prévention dans notre culture était nouvelle et remboursée depuis peu et il allait falloir du temps pour que ça rentre dans les esprits des médecins et des patients : " M16 : on arrive pas à mettre en place mais c'est vrai pour autre chose, c'est vrai pour les adolescents, des consultations de dépistage voilà c'est une chose qui n'est pas ancrée chez les médecins et surtout chez les patients, voilà de dire « je vais venir voir le médecin pour parler de dépistage en fonction de ses antécédents personnels et familiaux. » " (FG3 p8)

#### **E. La promotion du dépistage du cancer du sein qu'il soit individuel ou organisé**

Pour les médecins, il était plus important d'inciter les femmes qui n'avaient jamais fait de mammographie à en faire une, qu'elle soit dans le cadre du DOCS ou pas, que d'amener les femmes faisant déjà une mammographie en dépistage individuel à la faire dans le cadre du dépistage organisé : " M12 : Moi je fais un peu pareil c'est la mammo qui m'importe après qu'elles soient passées par Doc31 ou pas ...oui je suis un peu comme vous " (FG2 p12). Pour mener une action de santé publique de qualité et favoriser la participation au DOCS, ils pensaient qu'il n'était pas judicieux d'avoir une **prise en charge financière à l'identique entre dépistage organisé et dépistage individuel** : " M11 : Après effectivement je vais dire les choses un peu crûment le fait qu'on rembourse indifféremment ce qui est dans le dépistage et ce qui est en dehors du dépistage ne permet pas de faire une action de santé publique euh de qualité...M13 : hum M15 : hum " (FG2 p3).



## IV. Leviers d'amélioration

### A. Au niveau du système de santé

Les médecins pensaient qu'il serait intéressant d'**interroger les femmes** pour connaître les raisons pour lesquelles elles n'effectuaient pas le dépistage organisé et qu'ils pourraient alors trouver des contre-arguments: " M19 : Et après il y a un autre sujet peut-être qui est peut-être un petit peu compliqué, c'est quel est le...pourquoi les femmes ne veulent pas faire le dépistage ? Est-ce c'est parce qu'elles ont peur du résultat, est-ce que c'est parce que l'examen est douloureux, est-ce que c'est parce que il y a d'autres raisons ? Je pense peut-être si on creusait là-dessus, peut-être qu'on aurait des arguments pour les, leur faire faire plus souvent, enfin plus souvent, le dépistage. " (FG3 p8).

Ils proposaient une amélioration de **l'information des femmes** sur le DOCS via plusieurs moyens :

- 1) Par des campagnes d'informations médiatiques, comme ça a été fait concernant les antibiotiques : " M24 : Ce qui est dit par la publicité etc. a toujours plus de valeur que ce que dit le médecin dans le cabinet. « Les antibiotiques c'est pas automatique » hé bien ça a bien marché " (FG4 p8).
- 2) Par le courrier d'information de DOC31 : " M8 : Peut-être informer dans le courrier aussi le risque, enfin, la mortalité liée au cancer du sein, pour les informer aussi, que ce soit clair. Parce qu'ils ne veulent pas le faire mais c'est écrit les risques qu'ils encourent s'ils ne font pas de dépistage. " (FG1 p29)
- 3) Via la sécurité sociale : " M25 : Je saute sur le...euh sur ce que vient de dire M24 en parlant du dépistage du cancer du col de l'utérus. Sans faire de dépistage organisé euh j'ai l'impression que ce qu'a fait la Sécu régulièrement d'envoyer juste une lettre aux patientes « faites votre dépistage, votre frottis tous les 3 ans » tout ça... ben moi sur mes patientes j'ai l'impression que ça a pas mal marché " (FG4 p8).
- 4) Via le médecin traitant qui avait pour rôle de fournir une information éclairée et adaptée aux femmes, qui, responsabilisées, choisissaient de participer ou pas : " M7 : Alors : responsabilité. Les responsabiliser sans les infantiliser. » (FG1 p11), "M21: moi je pense que c'est notre rôle de donner les informations et après il faut qu'ils aient une information éclairée et après la femme participe ou participe pas. " (FG3 p2). Ce choix devait être fait d'après eux après avoir reçu une information objective sur la balance bénéfices-risques : " M21 : notre boulot c'est de leur donner des informations qui nous paraissent objectives " (FG3 p3). D'autres médecins pensaient qu'il était de leur devoir

de les convaincre : " M11 : Après c'est à nous de convaincre voilà. " (FG2 p31). Ils étaient conscients que leur parole influençait les décisions de leur patientes : " M9 : ah oui je pense qu'on les influence quand même " (FG2 p21). Certains insistaient sur le fait qu'ils devaient expliquer que le DOCS était un examen de dépistage et non une protection : " M21 : Je crois que la responsabilité d'expliquer que la mammographie fait partie du dépistage et n'est pas une protection, c'est le rôle des médecins donc notre rôle " (FG3 p2). L'explication de la double lecture était pour eux également un argument positif pour que les femmes participent au DOCS : " M7 : Ben ça, ça fait partie je crois de ce qui peut être moteur dans l'argumentation (tous acquiescent) " (FG1 p22). D'après certains médecins, la consultation suivant la réception de la 1<sup>ère</sup> invitation de la femme au DOCS était l'occasion la plus propice à l'information des patientes: " M16 : Donc je pense c'est vrai qu'on a un rôle d'éducation et que si la première fois on prend le temps d'expliquer le but du dépistage c'est du temps gagné pour les 24 ans qui suivent par rapport à ça. " (FG3 p16).

Les médecins souhaitaient **être mieux informés** eux aussi :

- 1) Sur les avantages du DOCS par rapport au DI : " M9 : mais un certain pourcentage des médecins généralistes ne savent pas effectivement le bienfait du dépistage de DOC31 par rapport à une mammographie de dépistage " (FG2 p33).
- 2) Sur les chiffres concernant l'impact du DOCS : " M2 : J'imagine qu'ils font des statistiques quantitatives, de l'impact de DOC 31 donc l'intérêt est de savoir si depuis, je sais pas ça fait combien 10 ans qu'on fait DOC 31 ? Facile, est ce que vraiment ça a amené un plus ? est-ce que il y a eu des économies pour un résultat meilleur ? Enfin c'est ça qu'il faut savoir. " (FG1 p25), son impact plus précisément sur la mortalité : " M17 : Je me mobiliserai vraiment quand on me donnera aussi les différences de mortalité toute mortalité confondue, mortalité par cancer selon les départements où on fait le dépistage à 60% et selon ceux où on le fait à 30% " (FG3 p12), les chiffres concernant les cancers radio-induits : " M20 : c'est vrai que ça me rassurerait de savoir plus qu'elle est la part de cancer radio-induits " (FG3p2)

D'après eux, il faudrait **renforcer la coopération entre les différents professionnels de santé** : " M25 : par contre ils vont chez le gynéco sans avoir forcément à nous le demander, ce qui fait qu'on a souvent aucun retour et je trouve qu'il n'y a pas trop de lien entre les deux, enfin moi je trouve. C'est difficile sur une pathologie ou une spécialité où il n'y a pas trop de lien, c'est difficile d'essayer d'améliorer les choses. Peut-être qu'il faudrait déjà un lien un petit peu meilleur. " (FG4 p14). **L'implication des médecins généralistes**

**dans le dispositif**, piliers du dépistage et centralisateurs de cette mission permettrait d'améliorer le taux de participation au DOCS d'après eux: " M26 : si on le fait, on le fait bien quoi, on implique les médecins généralistes " (FG4 p15), " M7 : on est quand même les centralisateurs donc c'est vrai que un de nos rôles essentiels c'est quand même de recentrer, de synthétiser un dossier et d'avoir l'œil sur un certain nombre de choses. " (FG1, p17). D'autres médecins pensaient qu'il fallait **interroger systématiquement les femmes sur ce sujet même si elles avaient un suivi par un gynécologue** : " M21 : concerné même si ce n'est pas moi le gynéco, c'est-à-dire ça fait partie un peu comme...il y a des sortes de check-lists un peu automatiques " (FG3 p10).

Par la **méthode d'invitation**, le médecin généraliste pourrait être intégré en faisant une **prescription personnalisée** dans le cadre du dépistage organisé : " M16 : en faisant moi une prescription plus personnalisée mais en rajoutant « Doc 31 »... parce que ça c'est possible de le faire sur la prescription on met « Doc31 » et il y aura la double...et ça rentre dans le système. " (FG3 p15). Le médecin pourrait **valider obligatoirement l'éligibilité de la patiente et donner l'invitation** lors d'une consultation, comme par exemple pour le dépistage organisé du cancer du côlon : " M22 : On a pas du tout de rôle de filtrage euh qui nous est alloué la dessus ...simplement que le papier soit validé est ce qu'elle rentre dans les conditions ou est ce qu'il y a un critère d'exclusion et tout. Ce serait très simple et ça nous permettrait de nous mettre dedans. " (FG4p5). Cependant, les médecins étaient bien conscients que **cette méthode d'invitation excluait les patientes non suivies**, censées être intégrées au dépistage organisé : " M11 : Moi je pense quand même que dans un cadre de dépistage, tu es obligé d'inviter tout le monde, parce que tout le monde ne vient pas dans nos cabinets. " (FG2 p33).

## **B. Au niveau des modalités du DOCS**

Une idée proposée par les médecins interrogés était que **les radiologues transforment les mammographies de dépistage individuel des femmes éligibles au DOCS en mammographie de dépistage organisé** : " M12 : Et si on mettait tout en Doc31 ? Si toutes les mammographies de dépistage étaient automatiquement en Doc31 ? A ce moment-là le radiologue ça serait réglé. Le radiologue il fait une mammographie de dépistage il l'envoie à Doc31 c'est obligatoire. M13 : C'est le seul moyen " (FG2 p17).

Pour d'autres, il fallait que le dépistage soit **plus ciblé** : " M26 : Je ne dis pas qu'il faudrait le supprimer, je dis qu'il faudrait le remettre en question peut-être voir les critères de ...est

ce qu'on ne doit pas sélectionner les patientes plus à risques. " (FG4 p4), **et/ou commence plus tôt**: " M26 : pourquoi pas avant 50 ans. Il y a quand même 30% des cancers avant 50 ans. [...] M26 : Ce n'est pas quand même...ça fait un sur trois. Donc ce n'est pas anodin. " (FG4 p4).

Des médecins pensaient qu'il fallait changer de **technique de dépistage**: " M18 : C'est qu'il faudrait trouver un autre examen que la mammographie pour dépister ça serait moins...pour finir ça sera peut-être ça. Ça sera peut-être plus technique que... " (FG3 p22). Certains proposaient de former les femmes à l'**autopalpation**: " M24 : Je pense qu'on pourrait faire de l'apprentissage de masse d'autopalpation. On peut apprendre à une femme à se palper les seins. " (FG4 p9).

### C. Au niveau de la pratique quotidienne

Les médecins généralistes ont parlé d'un outil qui avait existé et qu'ils regrettaient : le **listing de leurs patientes éligibles n'ayant pas participé au DOCS**. D'après eux, cette liste leur permettrait d'ouvrir la discussion avec ces femmes pour les resolliciter: " M1 : ça serait bien que Doc31 nous informe tous les deux ans des femmes qui n'ont pas fait leur mammographie pour qu'on les resollicite. "(FG1 p9). Ils exprimaient également le fait que cette liste leur permettrait de se situer en fonction du taux de participation de leurs patientes et qu'ils réagiraient en conséquence : " M1 : un listing annuel qui nous dit d'ailleurs : vous êtes bons ou pas bons, en nous disant le nombre de pourcentage de euh, parce qu'on ne sait pas finalement si il faut faire un effort ou si on n'a pas besoin d'en faire un. " (FG1 p28).

Les médecins évoquaient également le **listing des femmes éligibles ayant reçu l'invitation récemment**, ce qui leur permettrait de le noter dans le dossier pour penser à en parler lors de la prochaine consultation : " M10 : Mais je pense que c'est vrai si on recevait un mail comme on reçoit les résultats des mammos en disant « cette patiente est à nouveau éligible » enfin tous les 2 ans, à l'anniversaire des 2 ans de la mammo de Doc31 on reçoit un papier on le met dans le dossier et c'est vrai la prochaine fois on pensera peut-être...enfin je pense qu'on peut se le faire en note " (FG2 p15). Cela a été très discuté dans le groupe car certains pensaient que cela infantiliserait les patientes et serait une charge de travail supplémentaire pour le médecin : " M6 : Tu te rends compte ? M8: Ca surchargerait quoi M7 : Non c'est bien dans l'absolu mais c'est vrai que ça fait des courriers en plus. " (FG1 p28).

Certains ont précisé qu'**un listing englobant les femmes ayant fait un DOCS ou un DI** serait intéressant pour pouvoir ainsi cibler les femmes n'ayant pas fait de dépistage du tout : " M16 : c'est vrai que voilà savoir si les patientes ont fait une mammographie via un système ou l'autre ce serait pour nous déjà plus...on saurait plus et on pourrait peut-être aller mieux cibler les patientes qui, elles, n'ont aucun suivi. " (FG 3 p13)

**L'outil informatique** était désigné par certains comme un moyen d'amélioration du taux de participation au DOCS avec la notion de rappel : " M11 : Moi quand j'ai posé la question et que j'ai une certitude, je mets une alarme pour la fois d'après. " (FG2 p28)

Les médecins évoquaient l'idée que le DOCS devait être abordé lors d'une **consultation dédiée** de 3 manières possibles :

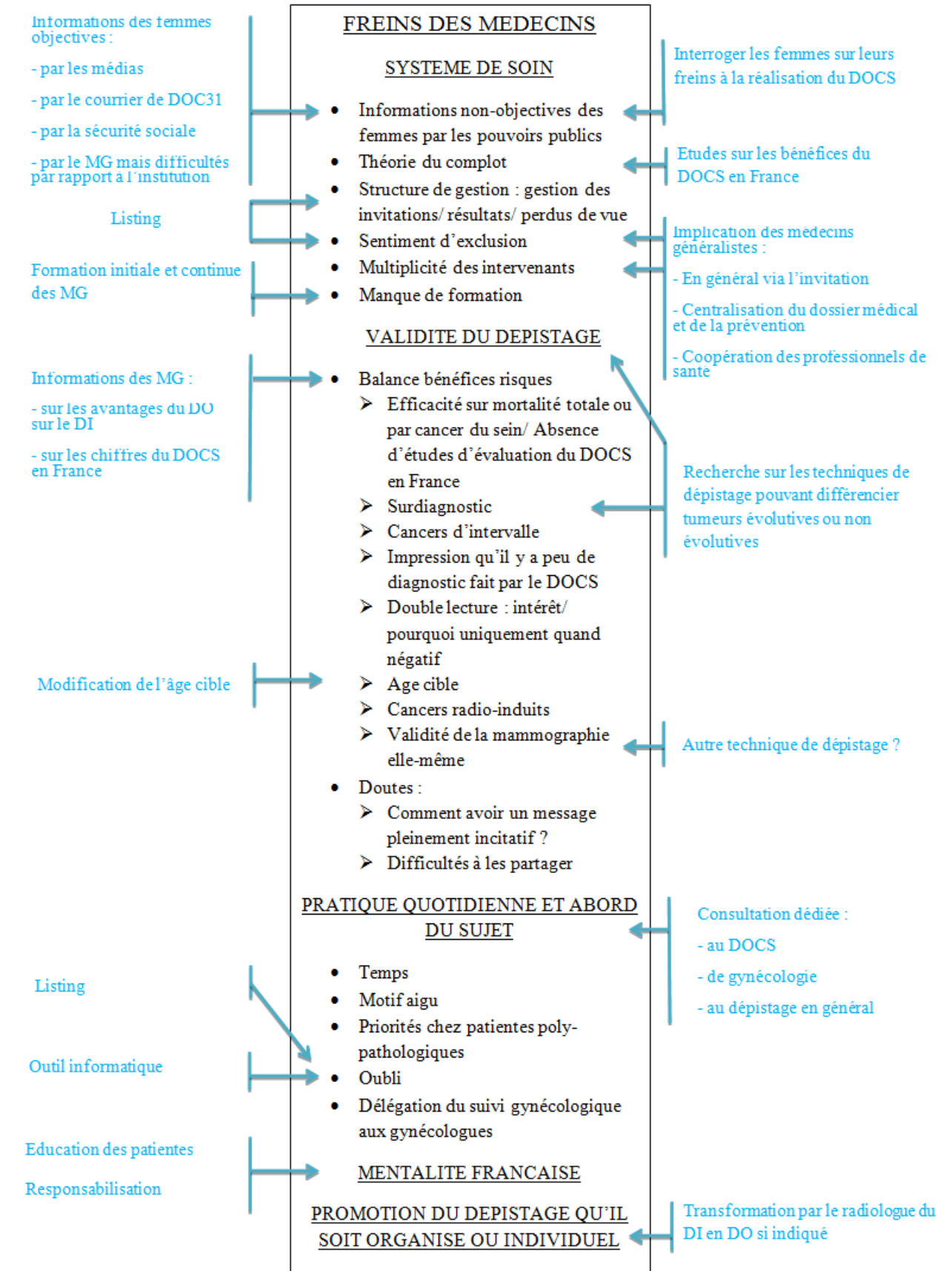
- 1) Lors d'une consultation dédiée **à la prévention** lors d'âges clefs de la vie notamment à 50 ans : " M1 : peut-être en rendant obligatoire un examen à 50 ans chez l'homme et la femme chez le médecin traitant avec une invitation à le faire dans l'année et le médecin synthétiserait tous les examens à faire, je sais pas, c'est une idée. " (FG1 p21)
- 2) Lors d'une consultation dédiée **au DOCS** : " M20 : Et je rejoins de nouveau M16 par rapport au fait qu'effectivement il faut absolument avoir un temps dédié à ça " (FG3 p7).
- 3) Lors d'une consultation dédiée de **gynécologie** : " M10 : Donc c'est aussi ça, c'est que là elles viennent pour un temps de gynéco, on fait le frottis, les seins, on parle un peu de la ménopause. " (FG2 p24)

#### **D. L'avenir et la recherche :**

Enfin des médecins évoquaient le fait que la **recherche pourrait trouver dans le futur une technique permettant de différencier les cancers évolutifs de ceux qui ne le sont pas** et donc contribuer à une diminution du surdiagnostic et du surtraitement : " M26 : Ce qui serait intéressant ça serait de faire la part des choses entre le cancer qui va évoluer, te tuer et celui qui va rester sans bouger quoi. " (FG4, p7).

## LEVIERS D'AMELIORATION

## LEVIERS D'AMELIORATION



# **DISCUSSION**

## **I. Critique de la méthode**

### **A. Les forces de l'étude**

Nous avons choisi d'effectuer ce travail de recherche car le dépistage organisé du cancer du sein est un sujet d'actualité important dans le contexte des polémiques actuelles sur sa balance bénéfices-risques. Etant donné que très peu d'études qualitatives se sont intéressées à l'opinion des médecins, nous avons voulu centrer notre travail plus particulièrement sur cet aspect.

Lors de notre étude, nous avons ainsi pu identifier certains freins des médecins par rapport à ce dépistage de masse et pu élaborer des pistes de réflexion sur les solutions qu'ils proposent.

En recherche qualitative, la limitation du risque d'interprétation subjective des résultats conditionne leur validité. Nous avons tenté d'y remédier en contrôlant les paramètres suivants : la saturation des données, la triangulation des données et la congruence avec les données de la littérature qui est exposée dans l'analyse des résultats.

### **B. Les limites de l'étude**

#### **1. Limites d'échantillonnage**

Le recrutement a été difficile car il nécessitait de réunir plusieurs médecins, aux emplois du temps souvent surchargés, dans un même lieu et au même moment. Nous avons donc essuyé de multiples refus et désistements, ce qui nous a poussées à faire plusieurs relances et à contacter un très grand nombre de médecins. Nous avons reçu l'approbation de 26 médecins en tout. Au fur et à mesure des focus group le nombre de médecins recrutés par entretien a diminué de 8 médecins lors du premier, 7 lors du deuxième, 6 lors du troisième et 5 lors du quatrième, ce qui constitue une des limites de notre étude. Les médecins étaient peu nombreux lors des deux derniers focus groups. La saturation des données a tout de même été atteinte lors du quatrième focus group : aucune nouvelle catégorie n'a émergé dans le champ de la question de recherche.

Beaucoup de médecins ont décliné notre proposition de participer à notre thèse pour différentes raisons et on peut penser que les médecins ayant accepté sont plus sensibilisés

ou se sentent plus concernés par notre sujet. Ceci peut être une faiblesse dans notre recrutement.

Le fait d'avoir choisi des groupes naturels d'interconnaissance dans les focus group 1 et 4 a permis sans doute d'obtenir une dynamique plus spontanée lors de l'entretien mais a probablement eu pour conséquence d'empêcher certaines « révélations » qui auraient pu choquer leurs confrères. En effet, un des participants (M26) nous a dit à la fin du dernier Focus Group qu'il n'avait pas osé développer l'idée du surdiagnostic.

## 2. Limites de recueil

Cette étude était le premier travail par méthode qualitative pour les deux chercheurs. Nous nous sommes donc formées à ce type de recherche lors de séminaires organisés par le département universitaire de médecine générale de Toulouse (DUMG) et en nous intéressant à d'autres travaux de recherche qualitative déjà effectués, notamment les dernières thèses qualitatives réalisées sur Toulouse. Ainsi, nous avons pu améliorer la qualité de nos entretiens tout au long de notre travail d'enquêtrices mais notre manque d'expérience a tout de même pu influencer nos rôles d'animatrice et d'observatrice. Le risque également dans les focus groups est qu'un des participants ayant une forte personnalité monopolise la discussion et que ses arguments apparaissent plus dans les propos.

Une autre limite devant être évoquée est le fait que les participants savaient que nous étions internes en médecine générale ou médecins généralistes remplaçantes et cela a donc pu influencer leurs témoignages.

## 3. Limites d'interprétation

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



## II. Analyse des Résultats : Analyse transversale thématique

Nous avons choisi de discuter conjointement les freins des médecins généralistes et les leviers d'amélioration qu'ils proposaient.

### **A. La communication autour du DOCS**

#### 1. L'information des femmes sur le DOCS

Les médecins généralistes ont dit que les institutions n'informaient pas de manière objective les patientes sur le DOCS en le présentant comme une arme absolue et que les femmes étaient faussement rassurées si elles faisaient la mammographie. D'autres évoquaient même la théorie du complot avec de nombreux conflits d'intérêts.

Selon une enquête réalisée dans différents pays européens (24), 92% des femmes interrogées surestimaient l'efficacité du dépistage et la réduction de mortalité par cancer du sein liée au dépistage organisé. La plupart des personnes surestiment d'un facteur 10 à 100 l'efficacité du dépistage. Les auteurs soulignent qu'actuellement les sources d'information disponibles en Europe ne sont pas conçues pour communiquer clairement les bénéfices.

##### a. Renforcer l'information par le médecin traitant :

Pour les médecins de notre étude, cela permettrait d'augmenter leur adhésion à ce dispositif.

Dans une thèse qualitative par focus group réalisée en 2012 dans le Nord sur le rôle du médecin généraliste dans le DOCS, tous les médecins disent avoir un rôle au plus près de la patiente en ante-diagnostic d'explication. Certains informent la patiente sur les bénéfices et les risques, d'autres en font uniquement la promotion, ce que nous retrouvons également dans notre travail (25).

La question de la balance entre les bénéfices réels apportés par cette démarche et les risques encourus par une personne en bonne santé participant au programme est donc essentielle, notamment du fait des risques liés à la technique et de l'absence potentielle de bénéfice individuel pour certaines des femmes participant au dépistage. Les femmes doivent donc avoir accès à une information objective leur permettant d'effectuer un choix en connaissance de cause. Or les médecins généralistes se sentent actuellement dans une

situation délicate, avec les pouvoirs publics qui recommandent le DOCS, les polémiques sur la balance bénéfices-risques du DOCS et l'absence d'alternative reconnue à ce dépistage de masse.

N. Liberalotto montre dans sa thèse de sociologie en 2012 que pour les médecins qui étaient moins convaincus de l'efficacité du dépistage par mammographie, le fait qu'il soit organisé semblait avoir un effet dissuasif sur l'éventualité de partager leurs doutes avec leurs patientes ou, du moins, de le faire ouvertement (26).

b. Interroger les femmes sur les raisons de leur non-participation:

En ayant connaissance des freins des femmes à la pratique du DOCS, les médecins interrogés dans notre étude pensaient qu'ils seraient plus à même de leur apporter des contre-arguments ou de corriger certaines idées reçues. Des études ont été menées sur le sujet.

L'étude FADO sein est une étude quantitative menée en 2005 retrouvant différents facteurs : socio démographiques (faible niveau sociodémographique associé à aucun dépistage, niveau intermédiaire au dépistage organisé et haut niveau sociodémographique associée au dépistage individuel) ou le fait d'être suivi par un médecin généraliste (plus de DO) ou un gynécologue (plus de DI). De plus les femmes ne participant ni au dépistage organisé ni à l'individuel, ne participent pas non plus aux autres dépistages et ont un accès aux soins difficile (27).

S. Dujoncquoy a souligné lors de son travail qualitatif en Poitou Charentes que les femmes déclaraient que le message véhiculé par les campagnes médiatiques et les professionnels de santé devait être clair, précis, réaliste, utiliser le terme « cancer » sans alarmer, insister sur l'absence de signes initiaux dans ce cancer et l'insuffisance de la palpation mammaire (28).

Il semblerait donc intéressant de communiquer ces résultats aux médecins généralistes pour qu'ils puissent dialoguer au sujet de ces craintes avec leurs patientes pour les informer de manière ciblée sur les thèmes qui leur posent vraiment problème.

## 2. L'information et la formation des médecins généralistes sur le DOCS

### a. Informers les médecins sur les chiffres du DOCS

Les médecins de notre étude demandent à être informés surtout sur les chiffres d'évaluation du DOCS en France, qui selon eux n'existent pas ou ne sont pas consultables. Le Dr Albessard, médecin coordinateur de DOC31 nous a indiqué qu'il n'existait pas encore d'évaluation du DOCS en France avec comme raison principale le manque de recul (il faudrait selon lui au minimum 20 ans de recul).

### b. Former les médecins

Dans d'autres travaux de thèse, le manque de formation est dénoncé comme l'exprime 51% des généralistes interrogés dans une thèse d'exercice dans l'Essonne (29) ou en Corse (30).

N. Liberalotto indique que la formation initiale des médecins généralistes relative au dépistage des cancers féminins a considérablement évolué avec l'obligation de réaliser des stages dans des services de gynécologie ainsi que chez des généralistes libéraux. Cependant, certains soulignent les limites des stages réalisés dans des services hospitaliers avec l'inadéquation des formations hospitalières pour l'exercice de la médecine libérale (26).

## **B. La place du médecin généraliste au sein du DOCS et des différents acteurs**

### 1. Renforcer l'implication des médecins généralistes dans le système

30% des médecins généralistes corses interrogés par B. Verhamme expriment également un sentiment d'exclusion du système du DOCS en 2012 (30) et 16% dans un autre thèse en Moselle en 2007 (31). Cet élément est peut-être dépendant des organismes de gestion car une thèse effectuée en Aveyron retrouvait que les praticiens se sentaient « peu exclus » (32).

Les médecins de notre étude pensaient que l'implication du médecin généraliste dans ce dispositif permettrait d'augmenter le taux de participation des femmes.

Dans sa thèse de sociologie en 2012, N. Liberalotto montre que les médecins généralistes ont une attitude préventive franche et sont convaincus que leur implication dans ce dépistage permet d'améliorer le taux de participation au DOCS. Ils soulignent leur rôle inhérent à la médecine de premier recours de motivation, d'accompagnement, d'explication, de relance et leur rôle dans l'incitation des femmes à passer leur première mammographie et au suivi par la suite (26).

L'enquête qualitative menée par S. Dujonquoy en 2004 a montré que les médecins se sentaient intégrés au système et étaient plus sensibilisés si le médecin de la structure de gestion venait leur présenter les modalités et le principe du DOCS (28).

a. Par l'invitation remise par le médecin traitant

Dans notre étude, les médecins émettaient l'idée que l'invitation au DOCS soit donnée par le médecin généraliste, comme par exemple pour le dépistage organisé du cancer du côlon. Pour eux, cela permettrait d'informer les patientes, de vérifier leur éligibilité et d'augmenter le taux de participation au DOCS, comme le retrouve la thèse qualitative sur le rôle du médecin traitant dans le DOCS réalisée par P. Pasquier-Rey et J. Decauchy dans le Nord en 2012 (25).

Néanmoins, dans notre étude, d'autres déclarent que cette méthode d'invitation via le médecin traitant exclurait les femmes non suivies. Ils considèrent que le DOCS pourrait être un élément favorisant la diffusion de ce dépistage justement auprès des patientes ne consultant pas régulièrement des médecins généralistes ou gynécologues. Parmi ces patientes sans suivi, certaines n'ont pas déclaré de médecin traitant (environ 10% des assurés sociaux en 2011 selon la cour des comptes) (33).

b. Centralisation du dossier médical chez le médecin généraliste

Dans notre travail de recherche, les médecins généralistes mettaient en avant leur rôle de médecin centralisateur du dossier médical, coordinateur des soins de leurs patients englobant donc leurs examens de dépistage.

Dans le travail de P. Pasquier-Rey et J. Decauchy, les médecins demandent à ce que soit reconnue dans le futur leur place centralisatrice dans le système avec la création d'un véritable partenariat avec la structure de gestion de leur département (25).

Recentrer le rôle du médecin généraliste dans ce dépistage de masse permettrait un accès à l'information adapté et éthique pour les femmes, comme l'a souligné un groupe de travail mandaté par l'INCa (34).

Le développement de ce dépistage organisé, ainsi que la réforme du « médecin traitant », semblent également avoir favorisé un changement dans la vision que les généralistes ont de leur rôle vis-à-vis de la surveillance des patientes. Ce dépistage peut être ainsi perçu par certains comme étant détachable du suivi gynécologique et comme relevant de leurs nouvelles attributions de médecins traitants selon N. Liberalotto (26).

En 2008, une étude quantitative française a montré que 80% des médecins généralistes interrogés étaient convaincus que le dépistage était une de leur mission, que le taux de participation des femmes conditionnait l'efficacité de cette action de santé publique et 87% étaient favorables au DOCS (35).

## 2. Renforcer la coopération des différents professionnels de santé pour augmenter la participation au DOCS

Les médecins ont critiqué l'organisation générale du système de santé avec la multiplicité des intervenants où personne ne savait plus qui faisait quoi. Cela compliquait à la fois la tenue du dossier médical et le suivi des patientes. Les médecins de notre étude souhaiteraient un meilleur partenariat avec les gynécologues et les radiologues.

Dans le travail de thèse de N. Liberalotto, les gynécologues sont perçus par les généralistes comme les professionnels de santé tenant aujourd'hui une position dominante vis-à-vis du suivi gynécologique des patientes et développant des actions afin de préserver cette position face aux médecins généralistes et aux sages-femmes. En outre, la rétention d'information concernant la réalisation d'exams de dépistage par leurs patientes de la part de certains spécialistes est perçue par les généralistes souhaitant investir un rôle de coordination comme un obstacle à l'accomplissement de leur rôle de médecin traitant. Les généralistes exerçant depuis les années 1970/1980 ont assisté à la « conquête » faite par les gynécologues d'une partie de leur territoire professionnel. Selon les évolutions de la démographie médicale propre à leur environnement, certains assistent ou participent aujourd'hui à une sorte de « reconquête » de ce même territoire par la médecine générale (26).

Selon l'HAS, le faible taux de participation au dépistage organisé peut être attribué en partie à l'hétérogénéité de l'offre de soins entre les départements liée à la densité de gynécologues et de radiologues (1).

## C. Les polémiques et doutes vis à vis du DOCS

Les médecins se sont posés des questions sur l'utilité, l'efficacité et la pertinence du DOCS et pensaient, notamment après lecture de divers articles de la presse médicale, qu'il induisait de nombreuses morbidités. Nous allons discuter les différents points soumis aux controverses.

### 1. Impact du dépistage organisé sur la mortalité par cancer du sein

#### a. A partir des résultats d'essais randomisés

La méthode scientifiquement la plus robuste pour évaluer l'efficacité globale du dépistage est de suivre la mortalité par cancer du sein dans le cadre d'essais contrôlés randomisés. Au niveau international, dix essais randomisés portant sur plus de 600 000 femmes invitées et menés depuis les années 1960 ont amené à la reconnaissance du bénéfice du dépistage de façon relativement consensuelle dans la communauté médicale et scientifique. L'analyse des résultats de ces essais est cependant complexe en raison de l'hétérogénéité des études. L'impact estimé varie en fonction des études et de leur qualité, des programmes expérimentés, de l'âge de la population cible, des modalités de dépistage (rythme, nombre de clichés, examen clinique), de la durée des interventions et de l'horizon temporel des évaluations (36).

Les évaluations ou méta-analyses les plus récentes de ces mêmes essais randomisés s'accordent au final sur l'existence d'un bénéfice d'un tel programme de dépistage et permettent d'estimer que la réduction de mortalité par cancer du sein est de l'ordre de 15 à 21 % (36). Les méta-analyses et les conclusions peuvent en effet varier selon les critères de sélection des essais pris en compte (et leur qualité), les populations étudiées et les dates de terme des suivis et évaluations (Cf. tableau 1).

Type d'études	RR (95%CI)	Reduction de la mortalité par cancer du sein (%) Population invitée	Réduction de la mortalité (%) Population participante
<i>Agency for Health Research and Quality (AHRQ) – US Preventive services Task force (2009) (37)</i>	0,81	19%	
<i>Canadian Task Force (2011) (38)</i>	0,79 (0,68-0,90)	21%	

<i>Cochrane collaboration</i> (2013) (12) (chiffres après exclusion des femmes d'âge <50 ans)	[0.77 (0.69 – 0,86 )] (ensemble des études) 0.94 (0.77 – 1.15) (2 essais jugés fiables) 0.70 (0.62 – 0.80) (5 essais jugés sub-optimaux)	15% (estimation jugée « réaliste » selon les auteurs)	
Duffy (2012) (39) (40)	0.79 (0.73 – 0.86)	21 %	
Marmot-IBSR ( <i>Groupe indépendant d'experts</i> ) (2012) (41)	0.80 (0.73 – 0.89)	20%	
IARC 2002, (42)		25 % (? à? %)	35 % (? à? %)

**Tableau 1 : Synthèse des résultats en termes de réduction de la mortalité spécifique**

b. A partir de données observationnelles

- Études de l'évolution de la mortalité dans la population

La surveillance de l'évolution de la mortalité par cancer du sein est indispensable, mais ce n'est pas un bon outil pour évaluer l'effet du dépistage, car cet effet est faible par rapport à ceux des changements de facteurs de risque, de prise en charge globale et d'amélioration des traitements.

- Études de cohortes et études cas-témoins

Une synthèse récente des études les mieux faites a été réalisée en 2015 par le centre international de recherche sur le cancer (CIRC) dans son actualisation de l'évaluation de 2002. Ces auteurs reconnaissent que la pertinence des essais randomisés contrôlés menés il y a plus de 20 ans doit être remise en question, compte tenu des améliorations à grande échelle survenues depuis lors, et ce tant dans l'équipement nécessaire pour réaliser une mammographie que dans les traitements pour le cancer du sein et que plus récemment, des études observationnelles de grande qualité ont fourni les données les plus robustes permettant d'évaluer l'efficacité réelle du dépistage par mammographie. Après analyse des études de cohorte et cas témoins, le Groupe de Travail a conclu que les femmes de 50 à 69 ans invitées à se rendre à un dépistage par mammographie avaient, en moyenne, une réduction de 23 % du risque de décès par cancer du sein ; les femmes ayant participé à un dépistage par mammographie présentaient une réduction plus importante du risque, estimée à environ 40 %. Une réduction substantielle du risque de décès par cancer du sein

a été également observée de façon récurrente chez les femmes de 70 à 74 ans qui étaient invitées ou qui avaient participé à un dépistage par mammographie dans plusieurs études de mortalité de cohorte basées sur l'incidence (43).

Une autre synthèse d'études observationnelles européennes a été réalisée en 2012 par Broeders et al. (Groupe EUROSCREEN). De l'ensemble de ces données pour l'Europe, on tire des estimations de la réduction de mortalité par cancer du sein due au dépistage entre 25 et 31% chez les femmes invitées au dépistage et entre 38 et 48% chez les femmes ayant participé au dépistage (44).

## 2. Impact du dépistage organisé sur la mortalité totale

Les auteurs des essais et la plupart des spécialistes considèrent que la mortalité par cancer du sein est le seul critère principal possible. Un certain nombre d'auteurs contestent cette position et voudraient prendre la mortalité totale comme critère de jugement. Mais même en rassemblant les données de tous les essais, on n'obtient pas une étude assez puissante pour mettre en évidence une réduction de mortalité totale (45).

## 3. Absence d'évaluation de l'impact du programme français sur la mortalité

Aucune étude ne permet en l'état d'estimer précisément l'impact du programme national de dépistage français depuis sa généralisation en raison de l'absence de population de référence : la réduction de mortalité attendue dépend fortement du taux de mortalité de départ, sachant que ce taux était relativement bas et que la pratique de « dépistage individuel » était déjà répandue en France avant la généralisation du programme (36).

La HAS et l'INCa ont estimé qu'au regard des connaissances en 2013, la balance bénéfices-risques restait favorable au dépistage par une mammographie tous les 2 ans des femmes âgées de 50 à 69 ans, si celle-ci est réalisée dans le cadre d'un programme organisé ayant des procédures de contrôle de qualité, permettant la minimisation des nuisances, telles qu'exposées dans le guide de l'Union européenne en 2006. En effet, il n'existe pas en 2014 de données consolidées pour confirmer ou infirmer les choix établis en France en termes de stratégie et de procédures de DOCS. Le débat bénéfices-risques n'est pas résolu et comporte des zones d'incertitudes persistantes renvoyant à une question éthique fondamentale sur la nature de l'information à délivrer aux femmes sur l'efficacité du programme de dépistage organisé (1).



En 2015, après une évaluation méticuleuse des bénéfices et des effets indésirables du dépistage par mammographie, le Groupe de Travail du CIRC a conclu qu'il y a un bénéfice net à inviter les femmes âgées de 50 à 69 ans à participer au dépistage (43).

#### 4. La polémique du surdiagnostic

Les médecins se sont demandés si on ne faisait pas des diagnostics et des traitements par excès.

Le surdiagnostic correspond à la détection par le dépistage de lésions cancéreuses, invasives ou in situ, qui n'auraient pas donné de symptôme du vivant de la personne. Ces cancers sont bien réels, confirmés histologiquement, mais n'auraient jamais eu de conséquences cliniques durant la vie des personnes et n'auraient donc pas été identifiés en l'absence de réalisation d'un dépistage.

Le surdiagnostic est inhérent à toute démarche de dépistage qui recherche des cancers à un stade précoce chez des personnes asymptomatiques et, *a priori* bien portantes. Deux raisons essentielles peuvent conduire au surdiagnostic de cancers : soit le fait de diagnostiquer un cancer de faible potentiel évolutif voir régressif, soit l'existence d'une cause compétitive de décès de la personne atteinte du cancer. Le surdiagnostic concerne en particulier la détection des tumeurs de stade précoce au grade histologique favorable comme les carcinomes canaux « *in situ* » (CCIS) (46).

Ces surdiagnostics, qui n'ont pas d'impact sur le pronostic de la maladie, pourraient engendrer non seulement un surcoût pour la société par la mise en place de traitements non nécessaires, mais aussi des conséquences psychologiques négatives liées à l'annonce du cancer. Ils sont, de plus, à l'origine de possibles effets secondaires avec une altération de la qualité de vie chez les patientes surtraitées.

Il n'est pas identifiable à l'échelon individuel car on ne peut pas garantir à une patiente que sa tumeur n'évoluera pas. En effet, dans l'état actuel des connaissances, on ne sait pas distinguer, lors du diagnostic, les cancers qui vont évoluer et s'étendre, de ceux qui n'évolueront pas ou peu : l'ensemble des lésions détectées fait donc l'objet d'un traitement.

##### a. Principe et méthodes d'estimation du surdiagnostic

Le surdiagnostic peut être estimé sur la base des données d'études observationnelles menées dans les programmes organisés ou par modélisation statistique. La méthode à

privilégier pour estimer le surdiagnostic est largement débattue.

En cas de surdiagnostic, le nombre de cancers trouvés par le dépistage dépasse le nombre de cancers qui seraient devenus symptomatiques si on n'avait pas fait de dépistage (Fig 1) (45).

Pour estimer l'étendue du surdiagnostic, en théorie, il suffit de comparer le nombre de cancers du sein dans une population dépistée au nombre de cancers du sein dans une population comparable sans dépistage. Il faut que le suivi soit suffisamment long pour ne pas surestimer le surdiagnostic.

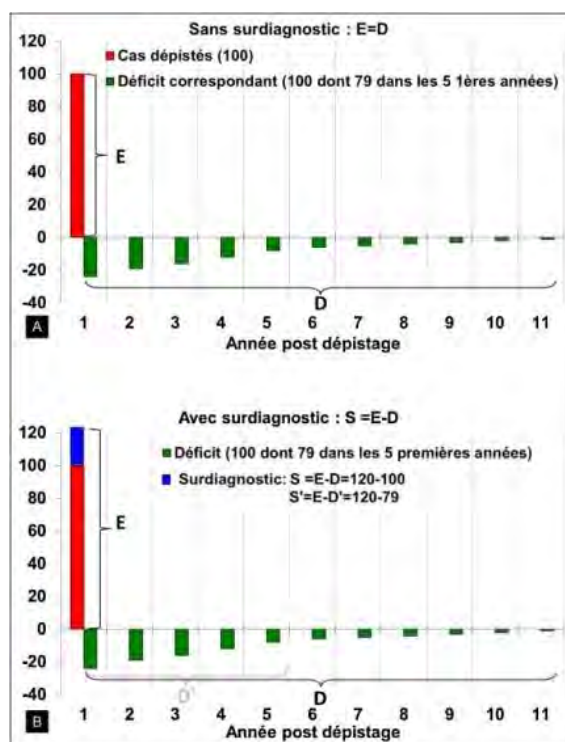


Figure 1 : Schéma théorique pour estimer le surdiagnostic

### b. Estimations du surdiagnostic dans la littérature

Le niveau de surdiagnostic lié au dépistage est très variable d'une étude à l'autre. Elles dépendent beaucoup de la durée du suivi. Falk et al. (47) montrent qu'il faut suivre la population au moins dix ans après la fin du dépistage si on ne veut pas surestimer le surdiagnostic. Les estimations les plus correctes ne dépassent pas 20 % et la plupart sont inférieures à 10 %.

A partir des données de 3 essais randomisés, le groupe indépendant d'experts du Royaume-Uni Marmot et al. (41) réuni en 2012 a estimé la proportion des cas de surdiagnostic à 19% des cancers diagnostiqués sur la seule durée du programme de

dépistage et à 11 % des cancers diagnostiqués après une période de suivi de 10 ans à l'issue du programme de dépistage, cette dernière modalité permettant de prendre en compte l'avance au diagnostic inhérente au dépistage. L' U.S. Preventive Services Task Force retenait dans son évaluation une estimation de 1 à 10% (37). Par ailleurs, l'étude de la *Cochrane Collaboration* de 2011 concluait à un taux de surdiagnostic de 30% (12); cette estimation a néanmoins fait l'objet de critiques méthodologiques de la part d'autres auteurs, notamment en raison d'un manque d'ajustement sur l'avance au diagnostic et sur les tendances de l'incidence. Une revue d'études observationnelles a été réalisée en 2012 par le groupe *Euroscreen* : pour les études utilisant des estimateurs correctement ajustés, le surdiagnostic était selon les études compris entre 1% et 10% de l'incidence attendue en l'absence de dépistage avec une estimation moyenne à 6,5% (48). Les résultats actualisés à 25 ans de l'essai canadien en 2015, largement critiqué, retrouvent un taux de surdiagnostic de 22% (49).

### c. Recherche dans le futur

Dans notre étude, les médecins ont également évoqué l'idée que dans le futur, certaines avancées scientifiques permettraient de différencier une tumeur évolutive ou pas pour limiter le surdiagnostic ou de mettre en œuvre une autre technique de dépistage.

Le dépistage personnalisé et l'utilisation de stratégies préventives dans le cadre de certaines formes héréditaires (mutation BRCA1/2) sont d'ores et déjà une réalité en pratique courante. L'intégration des biomarqueurs tumoraux tissulaires (RH, HER2, uPA/PAI-1, Ki67), pour certains pays des signatures multigéniques (type Oncotype DX et Mammaprint), voire des marqueurs circulants (CTC : Circulating Tumor Cell et peut-être bientôt ADN tumoral circulant), prend une place croissante dans la décision thérapeutique pour les cancers du sein localisés ou métastatiques (50).

Des méthodes de dépistages biologiques moléculaires du cancer du sein sont en cours d'évaluation. Divers articles sont parus sur le sujet :

La présence de macrophage like cells (CALMs) (51), l'identification d'un panel composé de 18 microARN circulants (52) ou encore certains biomarqueurs lipidiques (53) pourraient être dans le futur un outil de dépistage du cancer du sein.

Des biomarqueurs circulants du cancer tels que les cellules tumorales circulantes (CTC), l'ADN circulant sans cellules (cfDNA) et les exosomes ont émergé comme des alternatives puissantes pour le diagnostic du cancer et pour prédire et évaluer les réponses aux traitements (54).

## 5. Dépistage et risque de cancers du sein radio-induits

Les médecins éprouvaient un manque d'information sur le sujet, ce qui constituait un frein potentiel, notamment par leur incapacité à répondre aux questions des femmes.

Les cancers radio-induits sont la conséquence de l'irradiation reçue au cours d'examens ou de traitements utilisant des rayons ionisants. La quantification de l'irradiation délivrée en mammographie pour une exposition est définie par la dose glandulaire moyenne (DGM). La DGM (en milligrays [mGy]) acceptable et souhaitable est définie au niveau européen (55). Les études épidémiologiques ont démontré que les rayonnements ionisants étaient un facteur carcinogène pour le sein (56). Elles ont également mis en évidence que l'organe sein était l'organe le plus radiosensible de l'organisme en terme de nombre absolu de cancers radio-induits ; il est d'ailleurs d'autant plus sensible que la personne est jeune (57). Cependant le pouvoir carcinogène des radiations sur le sein n'a pas été démontré en tant que tel par des études en population pour ce qui est des mammographies notamment dans le cadre du dépistage organisé et dans la tranche d'âge considérée.

Faute de données épidémiologiques, la totalité des études visant à évaluer les effets des mammographies utilisent des modèles dans lesquels le risque augmente de manière linéaire, sans seuil, avec le nombre et la fréquence des mammographies réalisées. D'après le CIRC en 2014 (43) , l'estimation du risque cumulé de décès par cancer du sein dû aux rayonnements issus du dépistage par mammographie va de 1 à 10 pour 100 000 femmes, selon l'âge, la fréquence et la durée du dépistage. Il est inférieur d'un facteur d'au moins 100 aux estimations des décès par cancer du sein prévenus par mammographie pour un large éventail d'âges. Une revue de la littérature menée en 2009 par l'Aetmis concluait à des chiffres plus élevés de 10 à 20 cas de décès liés à un cancer radio-induit pour 100 000 femmes effectuant un dépistage bisannuel pendant 10 ans respectivement à partir de 60 et 50 ans (58).

## 6. Les cancers d'intervalle

Les médecins ont soulevé le problème des cancers d'intervalle, quelques fois diagnostiqués tardivement à cause d'une fausse réassurance et d'une absence d'examen clinique dans l'intervalle.

En 2010 de l'ordre de 17% des cancers diagnostiqués pour les femmes participant au dépistage l'ont été entre deux mammographies de dépistage organisé. En l'absence de registre national des cancers, il n'est possible de fournir qu'une estimation partielle sur la sensibilité du programme et sur les cancers d'intervalle (36).

L'HAS rappelle que le risque de cancers d'intervalle est minimisé si la femme bénéficie d'un examen clinique annuel des seins par son médecin généraliste et/ou gynécologue (1).

## 7. Les cancers diagnostiqués par le programme de dépistage organisé français

D'après les médecins généralistes interrogés peu de diagnostics de cancer du sein étaient faits grâce au dépistage organisé.

L'essentiel de l'évaluation épidémiologique du programme de dépistage est réalisée par l'InVS. De l'ordre de 16 000 cancers du sein sont détectés annuellement par le programme de dépistage organisé. En 2010, 16 116 cancers ont été détectés par le programme au niveau national, ce qui représente environ 30% des cas de cancers du sein détectés chaque année en France, 49% des cas dans la tranche d'âge 50-74 ans. Cela correspond à un taux de cancers détectés de 6,84 ‰ (6,84 cas de cancers du sein diagnostiqués pour 1000 femmes dépistées par le DOCS) (36).

## 8. Les modalités de la double lecture dans le programme de dépistage national

Les médecins se sont interrogés sur le réel intérêt de la double lecture et l'ont critiqué notamment parce qu'elle n'avait lieu qu'en cas de négativité.

Une seconde lecture systématique des mammographies considérées comme normales ou bénignes par un radiologue indépendant du premier est proposée dans le cadre du programme pour minimiser le risque de ne pas détecter un cancer (faux négatif). En 2010, la mammographie était anormale en première lecture (avant bilan) pour 7,4 % des femmes dépistées et 6,2 % des cancers dépistés ont été détectés par la seconde lecture.

En cas de mammographie positive, un bilan de diagnostic immédiat est proposé pour minimiser le délai d'une éventuelle prise en charge et éviter une attente angoissante ; en 2010, le bilan de diagnostic immédiat confirmait l'anomalie dans 44,8% des cas ( 3,1% des femmes dépistées ) et 1,3 % des femmes a fait l'objet d'un rappel après la seconde lecture. Les radiologues font l'objet d'un agrément et reçoivent une formation spécifique ; ils s'engagent à effectuer au moins 500 mammographies dans l'année et les radiologues assurant la seconde lecture s'engagent à lire au moins 1500 mammographies supplémentaires dans le cadre de cette seconde lecture, afin de garantir une expertise de la lecture (36).

### 9. L'âge cible du dépistage organisé

Un dépistage plus ciblé serait souhaitable selon les médecins de notre étude et les médecins interrogés dans une thèse qualitative menée dans le Nord sur le rôle du médecin généraliste dans le DOCS (25) .

Les médecins de notre étude modifieraient la tranche d'âge retenue pour le DOCS et commenceraient le dépistage plus tôt comme cela est souvent retrouvé dans la littérature. En effet, les femmes bénéficient souvent d'une mammographie de dépistage avant 50 ans. En France, plus d'un tiers des femmes le font (Figure 2) (45). Pour elles, cela peut être compliqué de rentrer par la suite dans le DOCS en fonction des dates de réalisation des mammographies antérieures (1) (59).

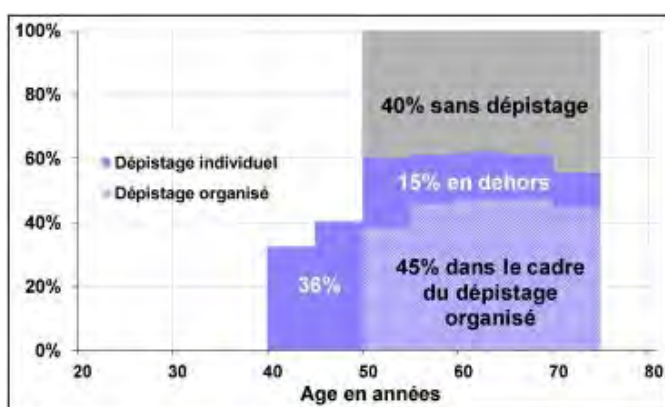


Figure 2 : Recours à la mammographie : données 2008–2009 de l'échantillon généraliste des bénéficiaires de l'Assurance maladie, régime général.

Dans une étude demandée par l'INCa et menée en 2010 auprès de 600 médecins généralistes, 45% d'entre eux préconisent la réalisation de la première mammographie de dépistage entre 40 et 49 ans et 23% poursuivent le dépistage après 75ans (8).

Lors d'une note de cadrage de l'HAS en 2013, les conclusions de 3 rapports (37), (58), (60) sont concordantes, en défaveur du dépistage systématique du cancer du sein par mammographie chez les femmes âgées de 40 à 49 ans du fait d'une réduction de la mortalité spécifique faible et mal établie, des effets négatifs importants mais également mal établis tels que les cancers induits par les irradiations et le surdiagnostic / surtraitement ainsi qu'une réduction de la mortalité spécifique plus faible et des effets négatifs plus importants que pour les femmes de plus de 50 ans. Par ailleurs, l'efficacité du dépistage systématique du cancer du sein par mammographie chez les femmes âgées de 40 à 49 ans est mal documentée, notamment du fait de la densité mammaire dans cette tranche d'âge. Les 3 rapports recommandent que le dépistage du cancer du sein, chez les femmes âgées de moins de 50 ans, soit fondé sur l'évaluation individuelle du risque et les préférences de la femme (61).

Les recommandations américaines ont également évolué : bien que l'U.S. Preventive Services Task Forces (37) recommande un dépistage entre 50 et 74ans, l'American cancer society a mis à jour en 2015 ses recommandations (62) : le dépistage par mammographie pour les femmes avec un risque moyen de cancer du sein est recommandé de 45 à 54 ans annuellement et tous les 2 ans de 55 à 74 ans sauf si la femme désire continuer à pratiquer la mammographie tous les ans. Il était recommandé auparavant de débuter le dépistage dès 40 ans. Actuellement, pour la tranche d'âge 40-45ans et après 74ans, la patiente et son médecin évaluent la balance bénéfices-risques et décident ensemble de réaliser le dépistage ou pas.

#### 10. Autres techniques de dépistage

Les médecins généralistes de notre étude ont également émis l'idée qu'il y aurait peut-être une technique plus adaptée au DOCS que la mammographie.

L'autopalpation a été proposée comme une autre technique de dépistage par certains médecins. Cependant, dans la littérature, notamment dans une revue de la littérature Cochrane, l'autopalpation n'a pas prouvé scientifiquement une amélioration de la mortalité ou de la morbidité liées au cancer du sein (63). L'American Cancer Society ne recommande pas non plus pour le dépistage du cancer du sein la pratique de l'autoexamen des seins, ni l'examen clinique par des professionnels de santé (62).

Les médecins ont également émis l'idée que **la mammographie** ne serait peut-être pas l'examen idéal et qu'il faudrait utiliser une autre technique de dépistage. Dans la littérature, cet examen reste la seule méthode évaluée ayant prouvé une efficacité sur la mortalité via le dépistage pour les femmes à risque moyen (64).

L'**échographie** peut être complémentaire à la mammographie. La HAS rappelle que, dans le cadre du dépistage organisé, l'échographie, même lorsqu'elle est justifiée, n'est remboursée qu'à 70% ce qui remet en cause la gratuité du dépistage. La HAS a recommandé en 2012 sa prise en charge à 100% dans le cadre du dépistage organisé (65).

Une revue de la littérature cochrane de 2012 conclut qu'on ne dispose actuellement d'aucunes données de bonne qualité méthodologique justifiant l'utilisation systématique de l'échographie comme outil de dépistage complémentaire chez les femmes présentant un risque moyen de cancer du sein (66).

Les indications de **l'imagerie par résonance magnétique (IRM) mammaire** ont été codifiées par la Société européenne de sénologie, la HAS et la Société française de mastologie et d'imagerie du sein (SOFMIS) pour la Société française de radiologie et le dépistage du cancer du sein chez la femme à niveau de risque moyen n'est pas une indication reconnue (67).

Toutes ces données sont corroborées par un travail mené par un groupe d'experts du CIRC (43).

## **D. La gestion du DOCS en pratique quotidienne**

### 1. L'abord du sujet du DOCS via une consultation dédiée à la prévention

Les médecins ont éprouvé des difficultés à aborder le sujet du dépistage organisé du cancer du sein lors de leurs consultations.

D'après une étude de 2012, les médecins généralistes ont une charge importante de travail avec en moyenne 57 heures de travail hebdomadaires (60 en zone rural) avec 5100 actes par an et un temps moyen par consultation de 18 min (68). Souvent, pour les patients qui consultent, les multiples motifs de consultation ou l'existence de plusieurs pathologies ne laissent pas le temps au médecin généraliste d'aborder le sujet du dépistage. Il y a



également des patients qui consultent peu, uniquement pour des pathologies aiguës, avec lesquels le médecin oublie aussi d'en parler.

Les médecins de notre étude souhaiteraient donc qu'il y ait une consultation dédiée à la prévention à certains âges de la vie notamment à 50 ans et qu'elle soit reconnue par la sécurité sociale. Cela leur permettrait d'avoir un temps dédié pour aborder les sujets de prévention en général, y compris le DOCS. Le régime général, la mutualité sociale agricole (MSA) et le régime social des indépendants (RSI) ont mis en place des consultations de prévention, qui peuvent être effectuées pour la MSA et le RSI par le médecin traitant (69). Selon une étude menée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et l'institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), la prévention représente 6,4% des dépenses de santé en France (69).

## 2. Recevoir un listing des femmes éligibles ne participant pas au DOCS

Les médecins de notre étude pensaient que ce listing pouvait être une aide à l'identification et à la relance des patientes ne participant pas au DOCS, ce d'autant plus que certains l'avaient déjà reçu de la part de DOC31 mais regrettaient de ne plus le recevoir.

Nous avons interrogé le Dr Albessard, médecin coordinateur de DOC31. Un listing des femmes éligibles mais n'ayant pas participé au DOCS depuis plus de 2 ans a été envoyé chaque année depuis 2011 aux médecins traitants déclarés. Ce listing ne concerne que les femmes affiliées au régime général CPAM. Lors des rencontres que DOC31 réalise avec certains médecins du département, ce document leur est remis en main propre. Ce listing reçu par courrier au cabinet médical peut donc être perdu ou jeté par mégarde. Il n'y a jamais eu d'enquête sur son utilisation, son utilité réelle ou son ergonomie.

Ce listing est donc d'actualité mais ne paraît donc pas parvenir aux médecins. Il serait peut-être judicieux que chaque médecin ait accès à cette liste sur un site internet sécurisé, par exemple celui de DOC31 et qu'elle englobe toutes les femmes quel que soit leur régime de sécurité sociale.

### 3. Transformation par les radiologues des mammographies de dépistage individuel en dépistage organisé

Les médecins ont également parlé de transformer systématiquement les mammographies de DI des femmes éligibles au DOCS en DOCS, et cela via le radiologue.

L'HAS a évalué différents scénarios afin de passer au DO seul à la place de la coexistence du DO et DI : cela permettrait de détecter 283 cas de cancers supplémentaires et de diminuer les coûts tous financeurs de 3,1 millions d'€. Cela permettrait également de réduire le nombre de faux négatifs grâce à la 2ème lecture, le nombre de faux positifs à l'échographie et de limiter les codifications en ACR3 . Certains éléments du programme de dépistage organisé pourraient en parallèle être améliorés : diminuer la sensation d'anonymat des femmes; trouver une organisation visant à supprimer le sentiment d'exclusion de la procédure ressenti par les médecins traitants et les gynécologues ; revaloriser l'image du dépistage organisé souvent vu comme un dépistage pour les populations défavorisées du fait de sa gratuité. Le passage intégral au DO aurait des conséquences organisationnelles (engorgement) et/ou financières pour certaines structures de gestion, difficilement modalisables, mais permettrait d'augmenter leur efficacité.

Différents scénarios sont possibles : le déremboursement du DI, mesure coercitive qui permettrait de converger vers la situation cible, à condition que le taux d'abandon soit très faible. La convergence vers le DO par des mesures incitatives en direction des professionnels pour remplacer le DI par le DO, qui, en cas de report non nul, permettrait également de converger vers la situation cible sans présenter l'inconvénient de générer l'abandon du dépistage d'une partie des femmes.

Cependant cette modélisation a plusieurs limites : l'indicateur de résultat retenu qui est le nombre de cancers dépistés et non la mortalité, plusieurs informations concernant le DI ne sont pas connues ou accessibles dans les bases de données disponibles, la non intégration des coûts des structures de gestion dont la variation en fonction des scénarios n'a pas pu être modélisée (70).

## CONCLUSION


Les médecins interrogés dans notre étude ont donc exprimé des freins mais ont également proposé des leviers d'amélioration vis-à-vis du DOCS en Haute-Garonne.

Les médecins émettent certains doutes quant à la validité de ce dépistage. Ils s'interrogent sur sa balance bénéfices-risques: son impact sur la mortalité totale ou par cancer du sein, la problématique du sur-diagnostic, des cancers d'intervalle, des cancers radio-induits. Ils demandent à être mieux informés et que les autorités communiquent davantage sur les chiffres d'évaluation nationaux et internationaux de ce dépistage de masse. Certains parlent d'une théorie du complot avec des enjeux politiques et économiques et de la difficulté pour les dirigeants de stopper ce dépistage sans avoir un autre outil de dépistage valide à proposer. Les femmes devraient également être informées de manière plus objective avec une explication dans les médias, dans le courrier de DOC31 et par les médecins eux-mêmes des bénéfices mais également des risques liés à ce dépistage.

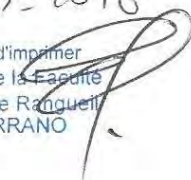
D'après eux, certaines modalités du dépistage doivent être réévaluées. La mammographie elle-même peut être remise en question avec un autre examen de dépistage plus spécifique. L'âge cible doit également être rediscuté avec un grand nombre de cancers agressifs avant 50 ans selon leurs expériences. L'implication des médecins généralistes, centralisateur du dossier médical de leurs patients, est d'après eux indispensable à toute démarche de dépistage même s'ils reconnaissent qu'un certain pourcentage de la population n'ayant pas de médecin traitant serait exclu. La remise de l'invitation à ce dépistage et la vérification à cette occasion de l'éligibilité des femmes serait un moyen de les impliquer.

Un problème non-spécifique au DOCS est le manque de temps et la surcharge de travail des médecins. L'abord du sujet dans une consultation non dédiée est difficile et ne leur permet pas d'approfondir et d'effectuer une information de qualité sur le sujet. Certains souhaiteraient qu'une consultation dédiée aux dépistages à certains âges de la vie, notamment autour de la cinquantaine, soit mise en place.

Dans le futur, les médecins souhaiteraient que soient menées des études permettant d'évaluer la validité de ce dépistage dans notre pays. Pour d'autres, la recherche permettra de trouver un autre moyen de dépistage, notamment biologique, avec une balance bénéfices-risques sans équivoque.

Vu le président du Jury -  
Pierre Legeron  


Toulouse,  
le 02.09.2016

Vu permis d'imprimer  
Le Doyen de la Faculté  
de médecine Rangueil  
Elie SERRANO  


## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Haute Autorité de santé. Synthèse Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé/ Dépistage et prévention du cancer du sein [Internet].2015.Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces\\_k\\_du\\_sein\\_vf.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf) [consulté le 31/07/2016]
2. Institut National Du Cancer. Quelques chiffres - Cancer du sein [Internet]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Quelques-chiffres> [consulté le 31/07/2016].
3. Bertolotto F, Joubert M, Leroux M, et al. Facteurs sociaux de l'absence de participation aux campagnes de dépistage organisé du cancer du sein. Numéro thématique. Dépistage organisé du cancer du sein [Internet]. 2003. 24-5 p. Disponible sur: [http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=4491](http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=4491) [consulté le 31/07/2016].
4. Jensen LF, Mukai TO, Andersen B, et al. The association between general practitioners' attitudes towards breast cancer screening and women's screening participation. BMC Cancer. 2012;12:254.
5. Majeed FA, Cook DG, Given-Wilson R, et al. Do general practitioners influence the uptake of breast cancer screening? J Med Screen. 1995;2(3):119-24.
6. Giorgi D, Giordano L, Senore C, et al. General practitioners and mammographic screening uptake: influence of different modalities of general practitioner participation. Working Group. Tumori. 2000;86(2):124-9.
7. Chamot E, Charvet A, Perneger TV. Women's preferences for doctor's involvement in decisions about mammography screening. Med Decis Making. 2004;24(4):379-85.
8. Institut National du Cancer/BVA. Médecins généralistes et dépistage des cancers. Collection Enquêtes et sondages synthèse des résultats de l'enquête barométrique INCa/BVA.[Internet].2010.Disponible sur: [www.e-cancer.fr/content/download/95857/1020700/file/ENQBAROMG11.pdf](http://www.e-cancer.fr/content/download/95857/1020700/file/ENQBAROMG11.pdf) [consulté le 31/07/2016].
9. La Revue Prescrire. Dépistage des cancers du sein par mammographie, 1<sup>ère</sup> Partie, Essais randomisés: diminution de la mortalité par cancer du sein d'ampleur incertaine, au mieux modeste. 2014;34(373):837-841.
10. La Revue Prescrire. Dépistage des cancers du sein par mammographie, 2<sup>ème</sup> partie, Comparaisons non-randomisées: résultats voisins de ceux des essais randomisés. 2014;34(373):842-846.
11. La Revue Prescrire. Dépistage des cancers du sein par mammographie, 3<sup>ème</sup> partie, Diagnostic par excès: effet indésirable insidieux du dépistage. 2015.35(376):111-118.

12. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Art. No.: CD001877. DOI: 10.1002/14651858.CD001877.pub5.
13. Institut de Veille Sanitaire. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2013-2014 / Indicateurs d'évaluation / Evaluation du programme de dépistage du cancer du sein / Evaluation des programmes de dépistage des cancers / Cancers / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/fr./Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2013-2014> [consulté le 31/07/2016].
14. Moreau A, Dedienne MC, Letrilliart L et al. Méthode de recherche: s'approprier la méthode du focus group. *La revue du praticien-médecine générale*. 2004;18(645):382-4
15. Aubin-Auger I., Mercier A., Baumann L. et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;19(84):142-5.
16. Mays N. Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. *BMJ*. 2000;320(7226):50-2.
17. Birsch L, Petry F Utilisation de groupe de discussion dans l'élaboration des politiques de santé. *Recherches qualitatives*. 2011; 29(3):103-33
18. Brunet S, Fucks I. Les groupes focalisés. In : *Les méthodes participatives*. Université de Liège. Spiral publication. 2002.
19. Thibeault EN. A propos de la méthodologie des entretiens de groupe focalisés [Internet]. 2010. Disponible sur: <http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article58> [consulté le 31/07/2016].
20. Kitzinger J. Qualitative Research: Introducing focus groups. *BMJ*. 1995;311(7000):299-302.
21. Britten N, Jones R, Murphy E, et al. Qualitative research methods in general practice and primary care. *Fam Pract*. 1995;12(1):104-14.
22. ROCARE/ERNWARA .Extraits de guides pour la Recherche Qualitative. [Internet]. Disponible sur: <http://www.ernwaca.org/panaf/RQ/fr/definition.php> [consulté le 31/07/2016].
23. Deschamps C. L'approche phénoménologique en recherche: Comprendre en retournant au vécu de l'expérience humaine. Guérin universitaire; 1993. 111 p.
24. Gigerenzer G, Mata J, Frank R. Public Knowledge of Benefits of Breast and Prostate Cancer Screening in Europe. *J Natl Cancer Inst*. 2009;101(17):1216-20.
25. Pasquier-Rey P, Decauchy J. Perception du rôle du médecin généraliste dans le dépistage organisé du cancer du sein dans le Nord: une étude qualitative menée avec des entretiens de groupes de médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2012.

26. 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. Bulletin Amades. [Internet] 87 | 2013, mis en ligne le 22 juillet 2013. Disponible sur: <http://amades.revues.org/1506> [consulté le 31/07/2016].
27. Duport N, Ancelle-Park R, Boussac-Zarebska M, et al. Are breast cancer screening practices associated with sociodemographic status and healthcare access? Analysis of a French cross-sectional study. (étude FADO SEIN) Eur J Cancer Prev. 2008 ;17(3):218-24.
28. Dujoncquoy S, Migeot V, Gohin-Pério B. Information sur le dépistage organisé du cancer du sein : étude qualitative auprès des femmes et des médecins en Poitou-Charentes. Santé Publique. 2006;18(4):533-47.
29. Dubois C. Motivations et Réticences des médecins généralistes de l'Essonne à proposer les dépistages de masse organisés du cancer du sein et du cancer colo-rectal. [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris XII-Val de Marne. Faculté de médecine de Creteil; 2007.
30. Verhamme B. Enquête d'opinion chez les médecins généralistes corses vis à vis du dépistage organisé du cancer du sein dans leur région [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2012
31. Ruel C. Dépistage organisé du cancer du sein, comment améliorer l'adhésion des généralistes: A propos d'une enquête d'opinion chez les médecins généralistes de Moselle [Thèse d'exercice]. [France]: Université Henri Poincaré-Nancy 1. Faculté de médecine; 2009.
32. Boucault A, Le dépistage organisé du cancer du sein : le cas de l'Aveyron : comment expliquer un taux de participation au dépistage inférieur au taux requis, dix ans après sa mise en place ? Enquête auprès de 38 médecins généralistes et de 3 gynécologues en Aveyron [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier Toulouse 3; 2011.
33. Cour des comptes Rapport public annuel. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnées. 2013. Disponible sur: [https://www.ccomptes.fr/content/download/53083/1415030/file/2\\_1\\_3\\_medecin\\_traitant\\_parcours\\_soins\\_coordonnes.pdf](https://www.ccomptes.fr/content/download/53083/1415030/file/2_1_3_medecin_traitant_parcours_soins_coordonnes.pdf) [Internet]. [consulté le 31/07/2016]
34. Papin-Lefebvre F, Moutel G, Duchange N et al. Breast cancer screening program in France: For optimization of the information. Rev Epidemiol Sante Publique. 2014;62(2):109-17.
35. Attali C, Medioni M, Dubois C. 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;83:98-103
36. Institut National du Cancer. Bénéfices et limites du programme de dépistage organisé du cancer du sein. Quels éléments en 2013? 2013. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise> [consulté le 31/07/2016]
37. US Preventive Services Task Force. Final Recommendation Statement: Breast Cancer: Screening [Internet].2009. Disponible sur:

<http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/breast-cancer-screening1> [consulté le 31/07/2016].

38. Altman DG, Cameron DA, Dewar JA et al. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 2011;183(17):1991-2001.
39. Duffy SW, Yen AM-F, Chen TH-H et al. Long-term benefits of breast screening. *Breast Cancer Manag.* 2012;1(1):31-8.
40. Duffy SW ; Paci E. Bénéfices et risques du dépistage du cancer du sein par mammographie. Numéro thématique. Dépistage organisé du cancer du sein. 2012;407-10.
41. Marmot MG, Altman DG, Cameron DA et al. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *The Lancet.* 2012;380(9855):1778-86.
42. Vainio H, Bianchini F, International Agency for Research on Cancer, Weltgesundheitsorganisation, éditeurs. Breast cancer screening IARC. Lyon: IARC Press; 2002. 229 p.
43. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D et al. Breast-Cancer Screening — Viewpoint of the IARC Working Group. *N Engl J Med.* 2015;372(24):2353-8.
44. Broeders M, Moss S, Nyström L et al. The impact of mammographic screening on breast cancer mortality in Europe: a review of observational studies. *J Med Screen.* 2012;19 Suppl 1:14-25.
45. Hill C. Dépistage du cancer du sein. *Presse Médicale.* 2014;43(5):501-9.
46. Lastier D, Salines E, Rogel A. Programme de dépistage du cancer du sein en France : résultats 2010, évolutions depuis 2006. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2013. 26 p. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2013/Programme-de-depistage-du-cancer-du-sein-en-France-resultats-2010-evolutions-depuis-2006> [ consulté le 31/07/2016]
47. Falk RS, Hofvind S, Skaane P et al. Overdiagnosis among women attending a population-based mammography screening program. *Int J Cancer.* 2013;133(3):705-12.
48. Puliti D, Duffy SW, Miccinesi G et al. Overdiagnosis in mammographic screening for breast cancer in Europe: a literature review. *J Med Screen.* 2012;19 Suppl 1:42-56.
49. Miller AB, Wall C, Baines CJ, et al. Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. *BMJ.* 2014;348:g366. doi: 10.1136/bmj.g366
50. Gonçalves A, Moretta J, Eisinger F et al. Personalized medicine and breast cancer: anticipatory medicine, prognostic evaluation and therapeutic targeting. *Bull Cancer (Paris).* 2013;100(12):1295-310.

51. Adams DL, Adams DK, Alpaugh RK et al. Circulating Cancer Associated Macrophage-Like Cells Differentiate Malignant Breast Cancer and Benign Breast Conditions. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2016;
52. Hamam R, Ali AM, Alsaleh KA et al. MicroRNA expression profiling on individual breast cancer patients identifies novel panel of circulating microRNA for early detection. *Sci Rep.* 2016;6:25997.
53. Chen X, Chen H, Dai M et al. Plasma lipidomics profiling identified lipid biomarkers in distinguishing early-stage breast cancer from benign lesions. *Oncotarget.* 2016. doi: 10.18632/oncotarget.9124
54. Jeon S, Lee H, Bae K et al. Efficient Capture and Isolation of Tumor-Related Circulating Cell-Free DNA from Cancer Patients Using Electroactive Conducting Polymer Nanowire Platforms. *Theranostics.* 2016;6(6):828-36.
55. Perry N, Broeders M et al. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition--summary document. *Ann Oncol.* 2008 Apr;19(4):614-22. Epub 2007
56. Ronckers CM, Erdmann CA, Land CE. Radiation and breast cancer: a review of current evidence. *Breast Cancer Res.* 2005;7(1):21-32.
57. De Vathaire F. Cancer du sein. Données épidémiologiques concernant les irradiations. Expertise collective Cancer et Environnement. Afsset. Inserm; 2008.
58. Deck W et al. AETMIS (Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé). Mammographie de dépistage chez les femmes de 40 à 49 ans : mise à jour. *ETMIS2009;5(8):1-50.* [Internet]. Disponible sur: <http://www.pqdc.qc.ca/fichiers/File/Evaluation-mammo-40-49-ans-2009-integral.pdf> [consulté le 31/07/2016]
59. Sancho Garnier H, Gallopel K et le groupe de pilotage de la Ligue nationale contre le cancer. Connaissances, opinions et comportements des médecins généralistes et des gynécologues vis-à-vis du dépistage organisé : analyse d'une enquête par sondage. *BEH/InVS.* 2003;(4):26-7.
60. Mambourg F, Robays J, Camberlin C et al. Dépistage du cancer du sein entre 40 et 49 ans. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des Soins de Santé (KCE). 2010. KCE Reports vol 129B. D2010/10.273/29
61. Haute Autorité de santé - Note de cadrage - Dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40-49 ans et 70-79 ans. [Internet]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/note\\_de\\_cadrage\\_-\\_depistage\\_du\\_cancer\\_du\\_sein\\_chez\\_les\\_femmes\\_de\\_40-49\\_ans\\_et\\_70-79\\_ans.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-10/note_de_cadrage_-_depistage_du_cancer_du_sein_chez_les_femmes_de_40-49_ans_et_70-79_ans.pdf) [consulté le 31/07/2016].
62. Oeffinger KC, Fontham ETH, Etzioni R et al. Breast Cancer Screening for Women at Average Risk: 2015 Guideline Update From the American Cancer Society. *JAMA.* 2015;314(15):1599.
63. Kösters JP, Gøtzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. *Cochrane Database of Syst Rev* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2003



Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003373> [consulté le 31/07/2016].

64. Balu-Maestro C, Chapellier C, Souci J et al. Dépistage du cancer du sein : quelle imagerie pour quelles femmes ? *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.*2010;39(1):3-10.
65. Haute Autorité de Santé Argumentaire. Etablissement d'un taux cible d'association mammographie et échographie mammaire dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein. Réponse à la saisine du 6 Février 2013 en application de l'article L.161-39 du code de la sécurité sociale.. Mars 2013[Internet]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/article53\\_etablissement\\_dun\\_taux\\_cible\\_dassociation\\_mammographie\\_et\\_echographie\\_mammaire\\_dans\\_le\\_cadre\\_du\\_depistage\\_organise\\_du\\_cancer\\_du\\_sein.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-04/article53_etablissement_dun_taux_cible_dassociation_mammographie_et_echographie_mammaire_dans_le_cadre_du_depistage_organise_du_cancer_du_sein.pdf) [consulté le 31/07/2016].
66. Gartlehner G, Thaler K, Chapman A et al. Mammography in combination with breast ultrasonography versus mammography for breast cancer screening in women at average risk. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. *Cochrane Database of Syst Rev* [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009632.pub2> [consulté le 31/07/2016].
67. De Bazelaire C. IRM mammaire : technique, indications et résultats normaux. *EMC - Radiologie et imagerie médicale : Génito-urinaire - Gynéco-obstétricale - Mammaire* 2016;11(1):1-19 [Article 34-800-A-19]. Disponible sur: <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/1033708/resultatrecherche/15> [consulté le 31/07/2016]
68. Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E et al. Les emplois du temps des médecins généralistes. *Etudes et résultats. Drees.* 2012; n° 797. 8 p
69. Haut Conseil de la Santé Publique. Rapport Consultations de prévention Constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement, dans le cadre d'une saisine de la Direction générale de la santé au Haut conseil de la santé publique.2009[Internet].Disponible sur: [http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20090325\\_ConsultPrev.pdf](http://www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20090325_ConsultPrev.pdf) [consulté le 31/07/2016].
70. Haute Autorité de Santé. Recommandations en santé publique, La participation au dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans en France: situation actuelle et perspectives d'évolution, 2011[Internet]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/argumentaire\\_-\\_participation\\_depistage\\_cancer\\_du\\_sein\\_2012-02-02\\_15-27-14\\_245.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/argumentaire_-_participation_depistage_cancer_du_sein_2012-02-02_15-27-14_245.pdf) [consulté le 31/07/2016].

# ANNEXES

## **ANNEXE 1 : Formulaire d'information délivré au participant**

### COURRIER D'INFORMATION

Cher confrère,

Suite à notre premier contact par mail, je vous adresse ce courrier pour vous présenter l'objectif de notre travail de thèse.

Nous sommes internes en médecine générale, en 6<sup>ème</sup> et dernier semestre, et avons choisi de travailler sur le sujet du dépistage organisé du cancer du sein, sous la direction du Dr Thierry Brillac et du Dr Anne Freyens.

En effet ce sujet nous semble essentiel car le cancer du sein est le premier cancer de la femme et la première cause de mortalité féminine par cancer en France. Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein en Haute-Garonne en 2013 de 37,7% ; nous avons voulu comprendre les raisons de cette participation si faible. Des travaux concernant le ressenti des femmes et l'identification des facteurs environnementaux pouvant expliquer ce taux ont été réalisés. Nous aimerions désormais explorer la vision du médecin généraliste vis à vis du dépistage organisé du cancer du sein.

Nous avons choisi d'utiliser pour notre étude une méthode de recherche qualitative, méthode la plus appropriée pour explorer votre ressenti, vos expériences et votre opinion sur le sujet. Nous réaliserons donc pour favoriser les échanges des focus groups, entretiens de groupe composé d'une dizaine de médecins, avec anonymisation des participants. Le contenu du débat sera enregistré puis retranscrit et analysé selon la méthodologie qualitative. Le lieu de notre rencontre vous sera communiqué ultérieurement ; la durée sera de 2h maximum.

Lors de notre rencontre, vous répondrez à un questionnaire concernant des données vous caractérisant comme votre âge, sexe, lieu et modalités d'exercice. Il serait intéressant de nous communiquer les chiffres de la participation de votre patientèle au dépistage organisé du cancer du sein si cela vous est possible (taux disponible sur le site Ameli sur votre compte professionnel/ROSP).

Vous remplirez également un formulaire de consentement concernant votre participation à notre étude qui a été approuvée par le Comité d'Ethique du Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse.

Pour réaliser cette étude, votre collaboration est indispensable. Nous nous réjouissons donc de votre participation.

Pour toutes informations complémentaires, n'hésitez pas à nous contacter.

Merci de votre participation.

Pauline Plas et Ambre Cazaentre

[pau.plas@gmail.com](mailto:pau.plas@gmail.com) Tel : 0660079722

## ANNEXE 2 : Guide d'entretien n°1

### TRAVAIL DE RECHERCHE :

#### Le dépistage organisé du cancer du sein vu par les médecins généralistes de Haute-Garonne

#### GUIDE D'ENTRETIEN des Focus Groups

«Bonjour, nous vous remercions tout d'abord de participer à ce focus group et de vous être rendu disponible. En effet nous n'aurions pas pu effectuer notre travail de recherche sans vous. Je vais vous expliquer rapidement ce qu'est un focus group :

Il s'agit d'une méthode d'entretien de groupe, nous permettant de collecter des informations sur un sujet ciblé : en l'occurrence ici le dépistage organisé du cancer du sein. Il s'agit d'une technique de recherche qualitative par opposition aux enquêtes quantitatives.

J'insiste sur le fait qu'au cours de votre échange, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises idées. Il n'y a pas de consensus à obtenir. Nous voulons explorer au contraire la diversité des opinions. Tout ce que vous pensez nous intéresse, c'est bien pour cela que nous vous avons invité. Chacun doit s'exprimer.

Nous voulons recueillir votre vécu personnel, *votre* expérience, concernant le dépistage organisé du cancer du sein.

Mon rôle d'animateur consiste simplement à proposer des thèmes sous la forme de questions ouvertes et je souhaite que vous puissiez débattre entre vous à partir de ces questions. Je m'autoriserai à intervenir uniquement pour vous demander de préciser votre pensée mais je ne donnerai pas mon avis.

Ma collègue « observatrice » s'assurera que tout le monde s'est exprimé et notera l'ordre dans lequel vous vous exprimez pour faciliter la retranscription.

Deux précisions avant de commencer :

-la discussion sera enregistrée uniquement à des fins de recherche. Le contenu sera complètement anonymisé et vous aurez si vous le souhaitez accès aux conclusions de notre travail. Les données vous définissant demandées dans le questionnaire seront bien sûr elles aussi anonymisées. Elles seront très intéressantes lors de l'étape d'analyse de notre recherche.

-la seule consigne que je vous demande de respecter est de vous exprimer chacun votre tour et de ne pas parler en même temps afin de ne pas perdre des données.

Avant tout merci de bien vouloir remplir les questionnaires qui vous ont été distribués. Nous allons faire un tour de table pour que chacun se présente brièvement.

Etes-vous d'accord pour commencer l'enregistrement ? Avez-vous besoin de complément d'information ? »

- 1) Que pensez-vous du dépistage organisé du cancer du sein en Haute-Garonne ?  
Question de relance : Quelle est votre opinion concernant le DOCS ?
- 2) Comment définiriez-vous votre rôle dans le dépistage organisé du cancer du sein ?  
Question de relance : Quelle est la place du médecin généraliste dans le DOCS ?
- 3) Quelle est votre expérience de l'abord de la question de ce dépistage en consultation ?  
Question de relance : Comment décririez-vous les consultations où le sujet du DOCS est évoqué ?
- 4) Que pensez-vous du taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein en Haute-Garonne qui est à 38% ?
  - a. Quelles pourraient être les solutions d'amélioration ?
  - b. Quels sont vos freins vis-à-vis de ce dépistage ?
- 5) *(En OFF si pas abordé avant)* Que pensez-vous de la structure de gestion DOC31 et de l'organisation de ce dépistage ?

Après chaque question, nous vérifierons que tout le monde s'est exprimé et que personne n'a rien à ajouter.

A la fin de l'entretien : « Merci beaucoup pour votre témoignage. Est-ce que vous voulez ajouter quelque chose qu'on aurait pu oublier ? »

### **ANNEXE 3 : Guide d'entretien n°2**

1) Que pensez-vous du dépistage organisé du cancer du sein en Haute-Garonne ?

Question de relance : Quelle est votre opinion concernant le DOCS ?

2) Comment définiriez-vous votre rôle dans le dépistage organisé du cancer du sein ?

Question de relance : Quelle est la place du médecin généraliste dans le DOCS ?

3) Quelle est votre expérience de l'abord de la question de ce dépistage en consultation ?

Question de relance : Comment décririez-vous les consultations où le sujet du DOCS est évoqué ?

4) Que pensez-vous du taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein en Haute-Garonne qui est à 38% ?

a. Quelles pourraient être les solutions d'amélioration ?

b. Quels sont vos freins vis-à-vis de ce dépistage ?

5) Comment vous sentez-vous concerné par le suivi gynécologique de votre patiente ?

Question de relance : Que pensez-vous du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge gynécologique des patientes ?

6) *(En OFF si pas abordé avant)* Que pensez-vous de la structure de gestion DOC31 et de l'organisation de ce dépistage ?

## **ANNEXE 4 : Guide d'entretien n°3**

- 1) Quelles pourraient être les raisons pour lesquelles vous ne conseilleriez pas à vos patientes de participer au DOCS ?
  
- 2) Que pensez-vous de la balance bénéfices-risques du DOCS ?
  
- 3) Comment définiriez-vous votre rôle dans le dépistage organisé du cancer du sein ?  
Question de relance : Quelle est la place du médecin généraliste dans le DOCS ?
  
- 4) Comment vous sentez vous concerné par le suivi gynécologique de votre patiente ?  
Question de relance : Que pensez-vous du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge gynécologique des patientes ?
  
- 5) Que pensez-vous du taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein en Haute-Garonne qui est à 38% ?
  
- 6) D'après vous, quelles solutions permettraient d'améliorer le taux de participation au DOCS?  
Question de relance : Quels pourraient être les leviers d'amélioration pour augmenter le taux de participation au DOCS ?

## ANNEXE 5 : Questionnaire sur les caractéristiques des médecins

### QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL PREALABLE AU FOCUS GROUP

*Entourez la bonne réponse ou complétez*

**Sexe :** Homme / Femme

**Age :** .....

**Milieu d'exercice :** urbain / semi-rural / rural

**Cabinet de groupe :** OUI / NON ; si oui nombre de médecins : .....

**Année d'installation :** .....

**Dossier informatique :** OUI / NON

**Orientation de la pratique :** OUI / NON ; si oui la (les) quelle(s) :

.....

.....

.....

**Activité gynécologique** (suivi clinique, frottis, implant, DIU...) : OUI / NON

**Volume d'activité** : (nombre patients / jour) : .....

**Maitre de stage :** OUI / NON

**Taux de participation** de votre patientèle au DOC sein :

.....

Merci de votre participation.

---

Ambre CAZAENTRE et Pauline PLAS

## **ANNEXE 6 : Formulaire de consentement au projet de recherche**

### **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ**

Titre de la recherche: La vision du médecin généraliste sur le dépistage organisé du cancer du sein en Haute-Garonne.

Responsables: Ambre Cazaentre, Pauline Plas (Etudiantes), Dr Thierry Brillac et Dr Anne Freyens (Directeurs de thèse)

Notre projet de recherche cherche à explorer votre vision du dépistage organisé du cancer du sein dans votre département. Nous vous joignons la lettre d'information plus complète concernant notre étude et sa méthodologie.

Lisez bien ce qui suit:

- Je suis informé que les renseignements obtenus lors de cette enquête sont confidentiels et anonymes, qu'ils ne seront connus que des étudiantes et directeurs de thèse, que mon nom sera remplacé par un nom fictif, que toute publication sera sur l'ensemble des personnes rencontrées et jamais sur un cas particulier. Après l'analyse des résultats, les dossiers de recherche seront détruits.
- Je reconnais par ailleurs, la possibilité de me retirer de l'étude en tout temps pour des motifs dont je serai le seul juge ou encore de ne pas répondre à certaines questions posées sans conséquence aucune pour moi.
- Enfin, je suis informé aussi que le Comité d'Ethique du Département Universitaire de Médecine Générale de Toulouse a approuvé ce projet de recherche et que le respect de leurs recommandations est une condition indispensable à la réalisation de cette recherche.

En signant ci-dessous, vous acceptez de participer à ce projet de recherche. Il est important de vous assurer que toutes vos questions ont reçu une réponse satisfaisante.

Si vous décidez de participer à ce projet de recherche un résumé des conclusions du rapport de recherche vous sera envoyé.

J'accepte que l'entretien soit enregistré (audio)

- Oui
- Non

Date et signature du participant :

Date et signature de l'intervieweur :



## **ANNEXE 7 : Formulaire de consentement pour DOC 31 et déclaration d'absence de conflit d'intérêt**

### **FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ**

#### **DOC 31**

Titre de la recherche: La vision du médecin généraliste sur le dépistage organisé du cancer du sein en Haute-Garonne.

Responsables: Ambre Cazaentre, Pauline Plas (Etudiantes), Dr Thierry Brillac et Dr Anne Freyens (Directeurs de thèse)

Je soussigné(e), Dr.....autorise DOC 31 à fournir aux responsables du projet de recherche cités ci-dessus le taux de participation de ma patientèle au dépistage organisé du cancer du sein.


Je suis informé que les renseignements obtenus resteront confidentiels et seront anonymisés, qu'ils ne seront connus que des étudiantes et directeurs de thèse, que mon nom sera remplacé par un nom fictif. Après l'analyse des résultats, les dossiers de recherche seront détruits.

Date et signature :

#### **Déclaration de conflit d'intérêt des promoteurs du sujet de recherche**

Les chercheuses Ambre CAZAENTRE et Pauline PLAS déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt pour ce projet de recherche.

## ANNEXE 8 : Avis favorable de la Commission d’Ethique



**Commission Ethique du Département de Médecine  
Générale de Midi Pyrénées**  
Secrétariat : *Dr Serge BISMUTH*  
59 rue de la Providence – 31500 Toulouse  
Tél. : 05.61.80.01.23 – 06.82.63.45.70- Fax 05.61.34.61.16 – [dr-bismuth@wanadoo.fr](mailto:dr-bismuth@wanadoo.fr)

**Président : Mme Laurencine VIEU**

**Secrétaire : M Serge BISMUTH**

### **DEMANDE D’AUTORISATION ET DEMANDE D’AVIS A LA COMMISSION ETHIQUE DU DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE NE PORTANT PAS SUR UN ESSAI THERAPEUTIQUE**

#### **Renseignements concernant le demandeur :**

**Nom** Plas Pauline, Cazaentre Ambre

**Qualité**, internes de médecine générale 6<sup>ème</sup> semestre

**Adresse**, respectivement 12 avenue Victor Segoffin 31400 Toulouse et

**Courriel** respectivement [pauplas@gmail.com](mailto:pauplas@gmail.com) et [ambre.caz@free.fr](mailto:ambre.caz@free.fr)

**Numéro de téléphone** : respectivement 0660079722 et 0677794253

#### **Renseignements concernant le promoteur :**

**Nom** Dr Thierry Brillac, Dr Anne Freyens

**Qualité** Médecins généralistes, directeurs de thèse

**Adresse**

**Courriel** [thierry.brillac@dumg-toulouse.fr](mailto:thierry.brillac@dumg-toulouse.fr) , [anne.freyens@dumg-toulouse.fr](mailto:anne.freyens@dumg-toulouse.fr)

#### **IDENTIFICATION DE LA RECHERCHE**

##### **Titre complet de la recherche :**

La vision du médecin généraliste sur le dépistage organisé du cancer du sein en Haute-Garonne ~~– identifier leurs réticences vis à vis de ce dépistage de masse.~~

##### **Caractéristiques de la recherche :**

**Soins primaires OUI**

**Domaine de l’étude** : gynécologie

**Méthodologie de l’étude** : méthodologie qualitative par focus groups.

**Population concernée** : médecins généralistes de Haute-Garonne

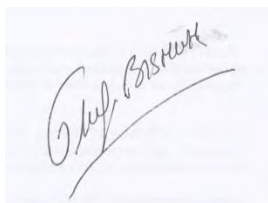
**Durée de l’étude** : 1an et demi, réalisation des focus groups sur 6 mois

#### **AVIS DE LA COMMISSION – Avis favorable**

**La commission suggère de remplacer le mot « réticences » (qui a une connotation de jugement) par les « freins » au dépistage de masse car il apparaît que le but de la recherche est de comprendre quelle est la vision du médecin généraliste sur ce dépistage de masse et s’il a une influence sur le fait que les objectifs fixés par les pouvoirs publics ne sont pas atteints.**

**Rapprochez vous de vos directeurs de thèse avec qui nous en avons parlé.**

**Le 24.06.15 Le secrétaire Dr Serge BISMUTH**



## ANNEXE 9 : Retranscription des focus groups : exemple FG n°1, page 1

« Modérateur : Alors la première question très ouverte c'est tout simplement : que pensez-vous du dépistage organisé du cancer du sein ?

...

Modérateur : quelle est votre opinion sur ce dépistage ?

...

B : Moi je trouve ça assez intéressant. Les gens sont contactés chez eux. Ça leur donne un rappel supplémentaire par rapport aux examens qu'ils doivent faire donc je trouve ça assez intéressant sur le principe.

C : Ça permet de faire une prévention...euh obligatoire... euh parce que simplement si nous on le leur disait il ne le ferait pas systématiquement et quand il y a une relance par une lettre ça permet d'avoir un petit peu plus de réponse.

F : L'intérêt c'est donc de sensibiliser les gens et de leur rappeler les consignes tous les deux ans et euh aussi d'avoir aussi la double lecture. Donc ...euh et puis d'avoir harmonisé un peu les critères de diagnostic... Et puis on peut parler...enfin moi je parle en temps qu'utilisatrice (rires) je trouve que c'est bien aussi de pouvoir effectivement avoir un rappel, bon... et puis d'avoir cette sécurité un peu en terme euh de lecture.

(G approuve d'un mouvement de tête)

E : Donc moi je pense que le fait d'organiser un dépistage du cancer du sein est une excellente idée, que ça nous aide à le faire le dépistage. Même s'il existait avant le dépistage organisé... il y avait un dépistage individuel... quand même ce n'était pas que du diagnostic il y avait quand même un dépistage que les gynécologues ont commencé et puis on a suivi nous généralistes. Le fait que ça soit organisé ça nous aide à le proposer et malgré ça on se rend compte dans les chiffres que ça ne suit pas (propos plus appuyés) et que euh les simples courriers qu'envoie Doc31...ce que je pense c'est peut être un peu juste qu'il n'y a pas assez d'investissement au niveau national...Il y a des campagnes mais elles ne sont pas assez fréquentes

F : hum oui peut être

(B et H approuvent de la tête)

D : Moi je pense que cette invitation est incitative, les pousse un petit peu à euh...y aller...et d'autant plus que la prise en charge est intégrale sur le plan financier...il n'y a pas ...euh...enfin ce dépistage gratuit, euh avec une invitation un peu officielle, invité par les pouvoirs publics, euh, je pense que ça a un intérêt et les gens y sont sensibles.

(F et G approuvent mouvement de tête)..... »

## **ANNEXE 10 :**

### **Analyse du contexte d'énonciation n°1**

Le focus s'est bien passé, bonne impression générale.

Bonne entente du groupe, ils se connaissent tous.

Peu d'intervention du modérateur.

Ils ont tous favorables au dépistage organisé du cancer du sein.

Finalement peu de freins sont liés aux médecins généralistes, il y a surtout les freins des femmes et ceux liés à l'organisation du dépistage organisé.

Une des idées qui a été soulignée est que finalement il vaut mieux prescrire un dépistage individuel que rien du tout.

Les docteurs C et H ont moins parlé que les autres.

Les médecins ont besoin d'informations et de chiffres concrets.

La question sur l'abord du sujet en consultation n'a pas vraiment été comprise de suite.

La question sur les freins des médecins généralistes a été trop frontale.

Les femmes qui ne veulent vraiment pas faire le dépistage ne changeront pas d'avis.

Les médecins réclament un listing complet des femmes éligibles ne participant pas au dépistage pour pouvoir leur en reparler.

Un outil informatique adapté faciliterait leur travail.

Ils ont signalé la polémique sur le surdiagnostic et les cancers radio-induits.

Ils ont insisté sur le fait qu'il ne faut pas infantiliser les patients et trop responsabiliser le médecin.

Ils ont également souligné l'avantage de la double lecture pour le dépistage organisé.

### **Analyse du contexte d'énonciation n°2 :**

2 des médecins présents ne connaissent pas les autres médecins.

On retrouve les mêmes idées que dans le 1<sup>er</sup> focus group mais il développe une idée en plus : le fait d'être un homme et d'avancer en âge fait qu'il n'examine plus les seins des femmes aussi souvent qu'avant. Ca les « désintéresse ».

Le fait que les patientes aient un suivi gynéco désengage totalement le médecin du dépistage organisé du cancer du sein.

Un seul médecin parle de réticences : surdiagnostic, efficacité réelle du dépistage organisé en termes de mortalité.

Certains pensent que le plus important c'est que la femme fasse sa mammographie que soit dans le cadre du dépistage organisé ou individuel.

Un des médecins est arrivé en retard, 15 min après que le focus group ait commencé.

Ils parlent moins des réticences des femmes que dans le focus group 1.

Problème des multiples intervenants souligné.

Problème des radiologues ne participant pas au dépistage organisé souligné également.

Les radiologues devraient systématiquement inclure les femmes venant faire une mammographie de dépistage individuel mais en fait éligibles au dépistage organisé dans le système du dépistage organisé.

Avantage de la double lecture du dépistage organisé.

Problème du manque de temps en consultation.

Problème de l'oubli des médecins pour :

- évoquer le sujet
- se rappeler à qui cette question a déjà été posée.

Les médecins se posent beaucoup de questions pratiques sur le dépistage organisé : site internet, semble étonné des chiffres...

### **Analyse du contexte d'énonciation n°3 :**

Le focus group s'est bien passé.

L'idée du problème du suivi gynéco par les MG hommes n'a pas été évoquée, ils ont même été choqués par l'abord de ce sujet.

Les médecins étaient globalement pour le DOCS sauf 1.

Il en est ressorti que les médecins devaient informer les femmes et qu'elles devaient prendre leur décision après information éclairée.

Un médecin était totalement contre le système qu'il disait corrompu. Pour lui, la balance bénéfices-risques n'était pas en faveur.

Les médecins ne se disaient pas suffisamment informés.

Ils ont parlé également de l'exclusion d'une partie de la population : les femmes qui ne lisent pas le français.

#### **Analyse du contexte d'énonciation n°4 :**

Le Focus group s'est bien passé. Chaque participant s'est exprimé sur toutes les questions. L'entente du groupe était favorable à l'échange.

Je n'ai pas identifié de nouvelles idées concernant notre question de recherche.

Au début, les médecins ont mis du temps à évoquer leurs doutes vis-à-vis du DOCS. Une fois qu'un médecin a évoqué certaines idées, les autres ont suivi. Ils ont fait également le parallèle avec le dépistage du cancer de la prostate.

Cependant malgré leurs doutes et en l'absence de solution alternative, ils ne se voient pas déconseiller le DOCS à leurs patientes et préfèrent suivre les recommandations.

Ils voudraient que le DOCS soit évalué en France et que des chiffres sortent sur son efficacité.

Après le focus group, en off, en réponse à leur questionnement, nous avons évoqué le fait que dans les autres FG, la notion de surdiagnostic était plus ressorti et un des médecins, M26, a dit qu'il n'avait pas osé en parler.

# ANNEXE 11 : Extrait du tableau d'analyse thématique

	Avantages DDCS par rapport au DI		<p>Il faudrait informer les médecins sur le bien-être du dépistage de DDCS1 par rapport à une mammographie de dépistage individuel car le ne savent pas.</p> <p>M13 : Mais un certain pourcentage des médecins généralistes ne savent pas effectivement le bien-être du dépistage de DDCS1 par rapport à une mammographie de dépistage" (p23)</p>
Taux dans leur pratique de participation au DDCS	Double lecture	<p>Les médecins voudraient connaître leur chiffre de mammographies réalisées pour les femmes de la tranche d'âge qui leur concerne dans leur pratique pour pouvoir se comparer au taux national.</p> <p>M4 : Et c'est ce qui a le chiffre des mammographies réalisées pour les femmes de la tranche d'âge qui nous concerne, parce que ça serait ça qu'il faudrait comparer" (p1)</p>	<p>M13 : Alors peut-être que le mieux possible c'est d'arriver à convaincre celles qui ne sont pas sûres que leur les médecins soient convaincus de l'intérêt de cette double lecture en au moins une fois, que c'est intéressant et ce sont peut-être questions, donc peut-être qu'il faudrait rebattre la motivation des médecins." (p33)</p> <p>M13 : Pour être on peut le savoir avec... le DDC, ses statistiques.</p> <p>M1 : Oui je pense que c'est pas très difficile à faire en plus.</p> <p>M5 : Parce que sur 10 ans, il y a suffisamment d'années pour voir cela voir.</p> <p>M1 : Absolument, elles y sont les statistiques." (p25)</p>
Les chiffres d'amélioration	Communication	Informations des médecins	<p>Il faudrait rebattre la motivation des médecins par exemple en les informant de l'avantage de la double lecture.</p> <p>Les statistiques de DDCS1 ne doivent pas être difficile à obtenir avec le recul de 10 ans.</p> <p>M1 : Et effectivement, si on savait l'impact de DDC 1, que ça ait un impact intéressant, c'est un argument objectif que l'on peut apporter sur quoi, qui sont en faveur de ce qu'il voudrait, mais nous on est là pour apporter l'info quoi. C'est vrai, on sait pas ça" (p25)</p> <p>M2 : "J'imagine qu'il faut des statistiques quantitatives, de l'impact de DDC 1 donc l'intérêt est de savoir si depuis, je sais pas ça fait combien 10 ans qu'on fait DDC 1 ? Facile, c'est ce que vraiment ça a amené en plus ? est-ce que il y a eu des économies pour un résultat meilleur ? Enfin c'est ça qu'il faut savoir.</p> <p>M1 : Absolument." (p25)</p>
	Statistiques, résultats chiffrés	Impact de DDCS1	<p>Les médecins voudraient connaître les statistiques quantitatives de l'impact de Doc 31 pour savoir si ça a amené un plus, s'il y a eu des économies pour un résultat meilleur.</p> <p>Si les médecins connaissent les statistiques de l'impact de DDCS1 peut-être seraient-ils plus performants dans ce qu'il faudrait savoir.</p> <p>M2 : Si on veut ça peut-être qu'on serait plus performant dans ce qu'on dit sur gens. (Acquisitivement M3 et M1)" (p25)</p> <p>M21 : Donc peut-être que le concept de soin on sur une autre vision des choses mais je pense qu'il faut des vrais chiffres à des vrais chiffres et là on revient à tout... enfin je ne défends pas à tout prix le dépistage de masse mais encore faut-il qu'on me le prouve." (p21)</p> <p>M13 : Ça fait savoir une décision une conviction d'arriver avec c'est sûr, ça n'a</p>

---

### **Le regard du médecin généraliste sur le dépistage organisé du cancer du sein en Haute-Garonne**

**Objectif** : identifier les freins des médecins généralistes envers le dépistage organisé du cancer du sein et secondairement les leviers d'amélioration qu'ils proposent.

**Méthode** : étude qualitative par focus group sur le regard des médecins généralistes de Haute-Garonne vis-à-vis du DOCS en 2015-2016.

**Résultats** : Outre les diverses difficultés d'abord du sujet en pratique quotidienne, il ressort que les médecins généralistes sont déconcertés par les polémiques et émettent certains doutes quant à la validité de ce dépistage et à sa balance bénéfices-risques. Quant au système de soin et à l'organisation, ils se sentent exclus de ce dépistage, mal formés et l'information donnée aux patientes ne leur paraît pas objective. Ils réclament une meilleure communication des autorités sur les chiffres d'évaluation de ce dépistage de masse et une plus grande implication des médecins généralistes. Ils proposent de réévaluer certaines modalités du dépistage, de mettre en place une consultation dédiée aux dépistages à certains âges de la vie, des listings réguliers de rappel ainsi qu'une transformation systématique par les radiologues des mammographies de dépistage des femmes à risque moyen de cancer du sein en double lecture.

**Conclusion** : Dans l'avenir, les médecins souhaiteraient que soient menées des études permettant d'évaluer la validité de ce dépistage dans notre pays. L'espoir se porte également vers la recherche et le développement de bio marqueurs diagnostics et d'évolutivité des tumeurs de stade précoce afin de limiter le sur-traitement.

**Mots clés** : Dépistage organisé du cancer du sein - Médecins généralistes – Freins- Leviers d'amélioration.

---

### **The positions of general practitioners in Haute-Garonne towards organized breast cancer screening**

**Objective** : To identify the main brakes of general practitioners (GPs) regarding the organized breast cancer screening and secondarily the levers of improvement which they suggest.

**Method** : Our work, conducted in 2015-2016, is a qualitative study using focus groups to assess the positions of GPs in Haute-Garonne towards organized breast cancer screening.

**Results** : In addition to the various difficulties in approaching this subject in everyday practice, it is clear that GPs are disconcerted by the controversies and express doubts about the validity of this testing and the risk-benefit balance. As for the health system and its organization, they feel excluded from this screening process, feel poorly trained and the information given to patients does not seem objective to them. They call for better communication from the authorities of statistics coming from the mass screenings and greater involvement of GPs in the process. They propose to reassess certain terms of the screenings, to set up a consultation dedicated to screening at certain ages, regular listing reminders and a systematic change of women's mammogram screenings at medium risk of breast cancer to duplicate reading by the radiologists.

**Conclusion** : In the future, doctors would like studies to assess the validity of screening in our country to be conducted . They would also like more research and development of diagnostics and scalability biomarkers of early stage tumors to limit over-treatment.

**Keywords** : Organized breast cancer screening - General practitioners – Brakes - Levers of improvement

---

**Discipline administrative** : MEDECINE GENERALE

---

Faculté de Médecine Rangueil - 133 route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France

---

**Directeurs de thèse** : Dr Thierry BRILLAC, Dr Anne FREYENS