Académie d'Orléans – Tours
Université François Rabelais

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2015

Thèse
Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'Etat
Par

LUCAVEI Nadia épouse BOURGEAIS
Née le 20 septembre 1986 à Château-Gontier (53)

Présentée et soutenue publiquement le 28 octobre 2015

TITRE

Représentation des internes de médecine générale sur le dépistage organisé du cancer du sein.

Jury

Président du jury : **Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ**
Membres du jury : **Monsieur le Professeur et Vice Doyen Henri MARRET**
Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH
Monsieur le Docteur Ken HAGUENOER

« Donnez au peuple les faits, et laissez le décider. »

Abraham Lincoln.

Résumé

INTRODUCTION

Le cancer du sein est aujourd'hui, en France, la première cause de mortalité par cancer chez les femmes. Or, en France, depuis 2004, toute femme entre 50 et 74 ans, se voit proposer tous les deux ans une mammographie de dépistage dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein (DOCS). Néanmoins, celui-ci est actuellement soumis à controverse. Dans ce contexte, cette étude avait pour objectif de déterminer la représentation des internes de médecine générale vis à vis du DOCS.

MATERIEL ET METHODE

Une enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été menée auprès des internes de médecine générale d'Indre et Loire. Neuf internes ont été interviewés entre janvier et février 2015. Après une retranscription intégrale, un codage par analyse thématique de contenu a été réalisé.

RESULTATS

La plupart des internes estimaient que le DOCS était une organisation simple, sur laquelle ils pouvaient se décharger d'une partie de leur responsabilité et qui facilitait leur pratique.

Néanmoins, bien que divisés sur l'intérêt du dépistage, ils s'accordaient sur le fait que la décision de participation revenait à la patiente une fois que celle-ci avait été informée des bénéfices et des risques attendus. Leur rôle d'information leur semblait ainsi primordial. Mais, les internes estimaient manquer d'occasions pour aborder le DOCS au point de penser ne pas avoir leur place dans ce dépistage. C'est pourquoi certains internes souhaiteraient voir instaurer une consultation dédiée à l'information des femmes avant la première participation au DOCS,

CONCLUSION

Les internes évoquaient leur manque d'implication et leurs doutes quant à l'intérêt du DOCS. C'est pourquoi ils souhaiteraient que soit mise en place une consultation dédiée à l'information sur le dépistage ainsi qu'une clarification des informations à apporter aux femmes. Selon eux, cela permettrait aux généralises de reprendre leur place au sein du DOCS et favoriserait l'élaboration d'une décision médicale partagée.

MOTS CLES : dépistage du cancer du sein, mammographie, internes, médecine générale, entretiens individuels.

Abstract

Representation of general practice trainees on breast cancer screening.

INTRODUCTION

Breast cancer is actually the leading cause of cancer death in women. But since 2004, all women between 50 and 74 years in France is offered every two years a screening mammogram through the Breast Cancer Organized Screening (DOCS). However, it is currently subject to controversy. In this context, this study aims to determine the representation of general internal medicine about the DOCS.

MATERIAL AND METHOD

A descriptive qualitative survey by semi-structured individual interviews was conducted among general medical internal in Indre et Loire. Nine of them were interviewed between January and February 2015. After a full transcription, coding thematic content analysis was performed.

RESULTS

The internes estimate that DOCS is a simple organization, on which to offload part of their responsibility and to facilite their practice. Nevertheless, although divided on the value of screening, they agree that the decision to participate is for the patient once it was informed of the expected benefits and risks. This information role seems really important. Likewise, they don't have enough opportunities to talk about the DOCS into thinking not to have their place in this screening. So, they would like to see established a consultation before the first participation in DOCS, dedicated to women's information.

CONCLUSION

Despite the lack of involvement evoked by the internes and doubts about the value of DOCS, they regret this situation and would like to be put in place a consultation dedicated to the screening information and a clarification of to provide information to women. This would allow to resume the place of the general practitioner in the DOCS and foster a shared medical decision.

Key words

Breast cancer screening, mammography, general practice trainees, general medicine, individual interview

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Professeur Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Professeur Henri MARRET

ASSESSEURS
Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Professeur Hubert LARDY, Moyens – relations avec l'Université
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE
Madame Fanny BOBLETER

****

DOYENS HONORAIRES
Professeur Emile ARON (†) – *1962-1966*
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- *1966-1972*
Professeur André GOUAZÉ - *1972-1994*
Professeur Jean-Claude ROLLAND – *1994-2004*
Professeur Dominique PERROTIN – *2004-2014*

PROFESSEURS EMERITES
Professeur Alain AUTRET
Professeur Catherine BARTHELEMY
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Philippe BOUGNOUX
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Etienne LEMARIE
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – P. BAGROS – G. BALLON – P.BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – P. BEUTTER – C. BINET – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – G. LEROY – Y. LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINE – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – P. RAYNAUD – A. ROBIER – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – J. THOUVENOT – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique	Cardiologie
	BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
Mme	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
MM.	BARON Christophe	Immunologie
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
	BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
	BRUYERE Franck	Urologie
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne, gériatrie
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
	DUCLUZEAU Pierre-Henri	Médecine interne, nutrition
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
	EHRMANN Stephan	Réanimation d'urgence
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

GOUDEAU Alain ..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe..... Rhumatologie
GRUEL Yves ..... Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice ..... Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILMOT Jean-Louis ..... Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
GUYETANT Serge ..... Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel ..... Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier ..... Urologie
HALIMI Jean-Michel ..... Thérapeutique
HANKARD Régis..... Pédiatrie
HERAULT Olivier ..... Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis..... Radiologie et imagerie médicale
Mme HOMMET Caroline ..... Médecine interne, gériatrie
MM. HUTEN Noël..... Chirurgie générale
LABARTHE François..... Pédiatrie
LAFFON Marc ..... Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert..... Chirurgie infantile
LAURE Boris ..... Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LEBRANCHU
Yvon Immunologie ..... MMUNOLOGIE
LECOMTE Thierry..... Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel..... Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude ..... Cancérologie, radiothérapie
LORETTE Gérard..... Dermato-vénéréologie
MACHET Laurent ..... Dermato-vénéréologie
MAILLOT François ..... Médecine interne, gériatrie
MARCHAND-ADAM Sylvain ..... Pneumologie
MARRET Henri..... Gynécologie-obstétrique
Mme MARUANI Annabel..... Dermatologie-vénéréologie
MM. MEREGHETTI Laurent..... Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain ..... Oto-rhino-laryngologie
Mme MOUSSATA Driffa..... Gastro-entérologie
MM. MULLEMAN Denis ..... Rhumatologie
ODENT Thierry..... Chirurgie infantile
PAGES Jean-Christophe..... Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric..... Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique..... Réanimation médical, médecine d'urgence
PERROTIN Franck..... Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean ..... Ophtalmologie
QUENTIN Roland..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis ..... Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe..... Biologie cellulaire
ROSSET Philippe..... Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique ..... Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RUSCH Emmanuel ..... Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SALAME Ephrem ..... Chirurgie digestive
SALIBA Elie..... Biologie et médecine du développement et de la reproduction
Mme SANTIAGO-RIBEIRO Maria..... Biophysique et médecine nucléaire
MM. SIRINELLI Dominique ..... Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre..... Pédiatrie
Mme TOUTAIN Annick..... Génétique
MM. VAILLANT Loïc..... Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane ..... Anatomie
VOURC'H Patrick ..... Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé..... Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M. LEBEAU Jean-Pierre
Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MM. MALLET Donatien ..... Soins palliatifs
POTIER Alain ..... Médecine Générale
ROBERT Jean ..... Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ANGOULVANT Théodora ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
M. BAKHOS David ..... Physiologie
Mme BERNARD-BRUNET Anne ..... Cardiologie
M. BERTRAND Philippe ..... Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
Mme BLANCHARD Emmanuelle ..... Biologie cellulaire
BLASCO Hélène ..... Biochimie et biologie moléculaire
M. BOISSINOT Éric ..... Physiologie
Mme CAILLE Agnès ..... Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
M. DESOUBEAUX Guillaume ..... Parasitologie et mycologie
Mmes DOMELIER Anne-Sophie ..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane ..... Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie . Anatomie et cytologie pathologiques
M. GATAULT Philippe ..... Néphrologie
Mmes GAUDY-GRAFFIN Catherine ..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie ..... Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie ..... Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
MM. HOARAU Cyrille ..... Immunologie
HOURIOUX Christophe ..... Biologie cellulaire
Mmes LARTIGUE Marie-Frédérique ..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
LE GUELLEC Chantal ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine ..... Anatomie et cytologie pathologiques
MM. PIVER Eric ..... Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme ..... Biophysique et médecine nucléaire
PLANTIER Laurent ..... Physiologie
Mme SAINT-MARTIN Pauline ..... Médecine légale et droit de la santé
MM. SAMIMI Mahtab ..... Dermatologie-vénéréologie
TERNANT David ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes AGUILLON-HERNANDEZ Nadia ..... Neurosciences
ESNARD Annick ..... Biologie cellulaire
M. LEMOINE Maël ..... Philosophie
Mme MONJAUZE Cécile Sciences du langage - orthophonie
M. PATIENT Romuald Biologie cellulaire
Mme RENOUX-JACQUET Cécile ..... Médecine Générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

M. IVANES Fabrice ..... Cardiologie

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

M. BOUAKAZ Ayache ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
Mmes BRUNEAU Nicole ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM. CHARBONNEAU Michel ..... Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
COURTY Yves ..... Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
GAUDRAY Patrick ..... Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GILOT Philippe ..... Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice ..... Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes GOMOT Marie ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GRANDIN Nathalie ..... Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
HEUZE-VOURCH Nathalie ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
MM. KORKMAZ Brice ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric ..... Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain ..... Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
Mme MARTINEAU Joëlle ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM. MAZURIER Frédéric ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
RAOUL William ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
Mme RIO Pascale ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1069
M. SI TAHAR Mustapha ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme DELORE Claire ..... Orthophoniste
MM. GOUIN Jean-Marie ..... Praticien Hospitalier
MONDON Karl ..... Praticien Hospitalier
Mme PERRIER Danièle ..... Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme LALA Emmanuelle ..... Praticien Hospitalier
M. MAJZOUB Samuel ..... Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Remerciements

A Monsieur le Docteur Ken Haguenoer, je tiens à vous remercier pour avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Vos conseils avisés m'ont permis d'avancer dans la réalisation de cette étude et l'élaboration de ce manuscrit. Soyez assuré de ma gratitude.

A Madame le Professeur Anne-Marie Lehr-Drylwick, vous me faites le très grand honneur d'accepter de de présider mon jury de thèse. Je vous suis sincèrement reconnaissante pour m'avoir aidée dans l'élaboration de cette étude et pour votre disponibilité sans faille. Votre présence encourageante m'a permis de cheminer durant toutes ces années d'internat. Vos connaissances sur la médecine générale et la relation médecin-patient m'ont beaucoup apporté durant les séminaires. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Henri Marret, vous me faites un immense honneur de juger mon travail de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère gratitude et de ma profonde estime.

A Monsieur le Professeur Emmanuel Rusch pour me faire l'honneur de juger ce travail et avoir accepté de faire partie de mon jury. Je vous prie d'accepter le témoignage de ma profonde estime.

Au Professeur associé des universités Jean Robert, pour avoir été mon tuteur, pour m'avoir suivie durant tout mon internat, pour votre attention à mes difficultés d'interne, pour votre disponibilité et votre souci de nous aider à devenir de bons médecins généralistes.

Au Professeur Mercier, au Professeur Dubas et au Professeur Asfar, pour m'avoir montré que l'on pouvait être grand tout en restant simple. Pour m'avoir enseigné à rester au service et à l'écoute du plus petit.

Au Docteur Selves Roussel, première médecin généraliste rencontrée et observée. Pour m'avoir donné le goût de ce métier, pour m'avoir aidée à découvrir ma vocation de généraliste.

Au Docteur Maréchal, pour m'avoir appris à avoir un regard critique sur les dogmes médicaux. Pour m'avoir montré l'importance de l'entretien de début de consultation. Pour m'avoir fait découvrir la communication non violente et l'entretien motivationnel. Pour avoir révolutionné ma pratique et bouleversé ma vision de la médecine.

Au Docteur Hirsh pour m'avoir appris à m'asseoir auprès d'un patient, pour m'avoir montré comment un geste peut parfois remplacer un discours, pour m'avoir fait comprendre que prendre du temps n'était jamais perdre son temps.

Au Docteur Hélie et au Docteur Bruand-Crasson pour m'avoir soutenue et "chouchoutée" sur les derniers jours de mon internat.

A Romain, ami dévoué, binôme infatigable durant ces journées BU interminables. Pour ton écoute, ton soutien, les brioches faites maison et toutes ces années de confidences partagées.
A Thomas, Charlotte, Marine, Lylia pour toutes ces soirées qui ont égayé mon externat et à leurs "moitiés": Anne Claire, Elsa, Adrien et Christian, pour avoir supporté nos discussions médicales. A Lucie, Anne Claire et Marie, pour ces années lycée formidables, ces vacances inoubliables, et notre engagement caravelle.

A toutes ces personnes, médecins, co-internes et patients, qui par leur soutien, leur exemple ou leur témoignage, ont fait de moi le médecin que je suis aujourd'hui.

A ma belle-famille qui est désormais ma famille. Pour votre soutien, votre amitié et votre présence.

A Papa et Maman, premiers visages réconfortants, pour tous les sacrifices que vous avez dû faire pour m'aider à devenir celle que je suis, Papa pour ton goût des choses simples que tu m'as transmis, Maman pour ta foi sans limite et ton dévouement permanent pour ta famille, qui font mon admiration, pour l'amour sans faille que vous m'avez toujours porté.

A Julia, ma grande sœur, première confidente, pour ces années à s'aimer comme chien et chat, pour ces nuits passées à se parler, pour tous tes conseils avisés, pour ta douceur et ta clairvoyance, pour avoir toujours été là pour moi.

A ma Jeanne, cadeau du ciel, tendresse de mon âme, petit trésor adoré. Pour tes rires qui égaient ma vie, pour avoir fait de moi une Maman, pour tout l'amour que je peux voir dans tes yeux quand tu me regardes, pour nos secrets de « je t'aime ».

A mon Samuel, surprise tombée du ciel, petit clown de mon cœur. Pour ton regard coquin et ton rire qui illuminent mes journées, pour tes bisous et tes câlins qui réchauffent mon cœur, pour tous ces moments à l'hôpital où j'ai appris à être forte pour deux.

A ma petite dernière, don du ciel encore caché qu'il me tarde de rencontrer. Pour tous ces instants de joie, de peine, de stress que tu vis avec moi.

A Jérôme, pour tout l'amour dont tu combles mon cœur. Pour le mot patience que tu essaies de me faire intégrer depuis presque 9 ans… Pour ton attention aux détails, pour ta présence et ton écoute, pour ton soutien dans le quotidien, pour ton aide à déterminer ce qui ne va pas quand ça ne va pas… Pour l'extraordinaire confiance qui habite notre couple. Pour ta force tranquille qui a su m'apprivoiser. Pour ton humour et tous ces fous rires. Pour toutes ces fois où tu fais passer mon bonheur avant le reste. Pour les trois merveilleux enfants que tu m'as donnés. Pour m'avoir offert les plus beaux instants de ma vie. Pour m'avoir aidée à vivre mes rêves. Pour être mon compagnon d'éternité : merci.

Table des matières

Résumé 2
Introduction 14
Contexte et données épidémiologiques 14
Le dépistage organisé du cancer du sein (DOCS) 14
Controverses actuelles concernant le DOCS 14
Objectifs de l'étude 15
Matériels et méthodes 16
Méthode 16
Participants 16
Déroulement des entretiens individuels 16
Traitement des verbatims 17
Résultats 18
Quel était le point de vue des internes sur le DOCS ? 19
Quels étaient les bénéfices et les risques du DOCS perçus par les internes ? 22
Quelle était place du médecin généraliste dans le DOCS selon les internes ? 27
Quel était l'avis des internes concernant une consultation « pré-mammographie » ? 31
Quel était l'avis des internes concernant les ROSP ? 34
Comment les internes percevaient-ils la notion de dimension collective des dépistages ? 36
Comment était perçu le DOCS par la population selon les internes ? 38
Discussion 41
Discussion sur la méthode 41
Discussion sur les résultats 41
Conclusion 45
Bibliographie 46
Annexes 48
Annexe 1: Trame d'entretien 48
Annexe 2 : Verbatims 49

Introduction

Contexte et données épidémiologiques

Le cancer du sein est aujourd'hui, en France, la première cause de mortalité par cancer chez les femmes avec 11 886 décès par an et 48 763 nouveaux cas (données de 2012) (1). Ainsi, une femme sur dix sera touchée au cours de sa vie (1). Bien que son incidence ait presque doublé depuis les années 80, la mortalité, quant à elle, est restée relativement stable jusqu'en 1995, où elle a amorcé une légère décroissance (2). Selon certaines études, cette augmentation d'incidence serait attribuable aux facteurs de risques environnementaux et comportementaux (2), ainsi qu'aux sur-diagnostics (diagnostics de cancer par excès, liés aux tumeurs non évolutives). La baisse de la mortalité, quant à elle, est attribuée à la précocité du diagnostic grâce à la mammographie ainsi qu'aux progrès thérapeutiques.

Le dépistage organisé du cancer du sein (DOCS)

Le dépistage organisé du cancer du sein (DOCS) débuté en 2004, s'adresse à toute femme ayant entre 50 et 74 ans. Il s'agit d'un examen clinique des seins et d'une mammographie réalisée dans le cabinet de radiologie choisi par la patiente. Cet examen est gratuit et bénéficie d'une double lecture radiologique. A noter qu'en France, en 2014, plus de 2 520 000 femmes ont eu recours au dépistage, soit 52,1 % de la population cible (3).

La Haute Autorité de Santé (HAS) rappelle donc aux médecins généralistes le rôle important qu'ils jouent dans ce dépistage. Ainsi, elle leur demande d'encourager chacune de leurs patientes âgées de 50 à 74 ans à participer au DOCS. Le médecin doit « développer une information positive sur le dépistage afin de lever les éventuelles réticences de ses patientes » (4).

Controverses actuelles concernant le DOCS

La mammographie présente de nombreux bénéfices : détection précoce des cancers permettant l'utilisation de traitements moins agressifs et une réduction de la mortalité par cancer du sein d'environ 28% (5). De plus, le DOCS permet l'accès à la mammographie pour toute femme. Celle-ci est prise en charge à 100% par la sécurité sociale, sans avance de frais, et elle assure aux femmes l'utilisation de mammographes régulièrement contrôlés et utilisés par des radiologues spécifiquement formés à la mammographie. De même, la double lecture des mammographies considérées comme normales par le radiologue premier lecteur, permet la détection des cancers

difficilement visibles. (6). Il semblerait également, qu'à un mois du dépistage, le niveau de dépression chez les femmes dépistées était plus faible que celui de la population générale. (7)

Néanmoins, le DOCS est actuellement soumis à controverse. Ainsi, pour 2000 femmes invitées à réaliser leur dépistage pendant 10 ans une seule femme va éviter un décès par cancer du sein (8). Sur ces 2000 femmes, dix femmes vont subir un sur-traitement (8). Les sur-diagnostics et sur-traitements correspondent aux cancers découverts et traités qui ne se seraient pas manifestés sans le dépistage. Ceux-ci seraient présents chez 22% des femmes dépistée (9). De plus sur ces 2000 femmes, 200 vont avoir un faux positif (8). Les faux positifs correspondent aux mammographies détectant une lésion à risque de malignité mais étant néanmoins bénigne. Il est estimé qu'après 10 mammographies de dépistage, 49% des femmes ont connu au moins un faux positif (10).
Parmi les autres inconvénients du DOCS, nous pouvons noter les faux négatifs qui sont les mammographies dont le résultat revient normal alors qu'une tumeur est présente ; les cancers radio induits qui sont les cancers directement provoqués par les radiations issues des expositions médicales et les conséquences psychologiques lors de la détection d'une anomalie mammographique (11).
D'autre part, selon certaines études le DOCS n'aurait aucun effet sur la mortalité globale, ni même sur la mortalité par cancer du sein (12).

Objectifs de l'étude

Dans le cadre des débats scientifiques actuels sur la pertinence et l'efficacité du DOCS, nous avons souhaité étudier la représentation des internes de médecine générale vis à vis de ce dépistage.

Matériels et méthodes

Méthode

Nous avons mené une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. Pour cela, nous avons réalisé une trame d'entretien (Annexe 1) à partir des recherches bibliographiques et des hypothèses émises. L'entretien débutait avec une question générale afin de ne pas suggérer de réponse et de mettre en confiance l'interviewé. Les principaux thèmes abordés étaient le point de vue des internes concernant les dépistages organisés, la « prescription » de la mammographie via la lettre d'invitation, la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) dans le cadre de la mammographie et les difficultés rencontrées en consultation concernant le dépistage organisé du cancer du sein. Pour chacun de ces thèmes des questions de relance permettaient d'approfondir les aspects personnels, professionnels et parfois contextuels selon les réponses données.

Participants

Nous avons choisi de proposer à tous les internes de médecine générale rattachés à la faculté de médecine de Tours (ou ayant fini leur internat depuis moins d'un an) de participer. Le seul critère d'inclusion nécessaire était d'avoir réalisé son stage de niveau 1 chez le praticien. En effet, nous avons jugé important que les internes interrogés aient déjà une expérience de l'exercice libéral de la médecine générale. Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données.
Un e-mail a été envoyé à l'ensemble des internes de médecine générale rattachés au Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Tours sur leur boîte e-mail du département universitaire de médecine générale (DUMG). L'inclusion des participants s'est déroulée de décembre 2014 à février 2015. Chaque interne ayant répondu positivement a été interviewé.

Déroulement des entretiens individuels

Les déterminants de la date, de l'horaire et du lieu étaient établis en fonction des souhaits de l'interviewé. Il pouvait s'agir de leur bureau sur leur lieu de travail, de leur logement personnel, d'une cafeteria ou d'une salle de la faculté de médecine.

J'ai conduit les entretiens de janvier à février 2015. J'ai eu une écoute active, faisant reformuler les participants si nécessaire, en reprenant en écho les propos de l'interlocuteur afin d'être sûre de l'exhaustivité des propos. Je devais gérer le temps et les objectifs en orientant vers les différents thèmes à aborder et en aiguillant le discours sur les différents points oubliés ou négligés.

Deux appareils numériques d'enregistrement ont été utilisés : OLYMPUS digital recorder DS-50 et DS-30. Ils étaient associés à des micros disposés devant l'interviewé et l'enquêteur.

Un numéro d'anonymat a été attribué à chaque interviewé en fonction de l'ordre de réalisation de l'entretien. Conformément à la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (13), j'ai précisé à chaque participant qu'il bénéficiait d'un droit d'accès et de rectification des informations le concernant. De plus, je les ai informés que l'ensemble des données étaient rendues confidentielles par un codage sans mention des noms et prénoms, de façon à les rendre non identifiables. J'ai également demandé leur accord pour l'enregistrement audio afin de retranscrire les verbatims pour l'analyse.

Traitement des verbatims

Une fois les données recueillies par le biais des enregistreurs vocaux, elles ont été transférées sur ordinateur afin de favoriser leur sauvegarde, puis retranscrites dans leur intégralité sur un fichier Microsoft Word. Cette retranscription a permis d'obtenir les verbatims. Ces verbatims ont été les plus fidèles possible. Les tics de langages, ainsi que les didascalies pouvant favoriser la compréhension du dialogue ont été introduites.

J'ai ensuite effectué une analyse de contenu. Dans un premier temps, l'ensemble des thèmes abordés par chacun des répondants a été répertorié, entretien par entretien, (j'ai réalisé les monographies de chaque entretien). Ce codage a été réalisé en prenant en compte les unités syntaxiques (phrase issues des verbatims). J'ai ensuite réalisé un traitement sémantique des données par une analyse empirique (étude des idées des participants). Cette analyse a été réalisée tout d'abord via un stade analytique (l'ensemble des thèmes abordés par les répondants sont listés en sous catégories), puis via un stade synthétique, où ces sous-catégories ont été regroupées en catégories (famille de thèmes plus généraux). La dernière étape a été un stade explicatif où j'ai mis en relation les catégories et les sous-catégories. Aucune triangulation supplémentaire des données, ni de validation ultérieure par les interviewés n'était prévue.

Résultats

J'ai réalisé neuf entretiens (Tableau 1). Il s'agissait d'internes ayant terminé leur internat depuis moins de 6 mois pour 4 d'entre eux, d'internes en dernier ou avant dernier semestre pour 4 autres et d'une interne en 3ème semestre. Deux hommes et sept femmes ont été interrogés. Tous ces internes avaient validé leurs stages de niveau 1 chez le praticien. Ils avaient entre 26 et 30 ans.
Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données.

N° d'anonymat	Sexe	Age	Semestre	Niveau 1 validé
1	H	30	> S6	Oui
2	F	26	> S6	Oui
3	F	26	S3	Oui
4	F	28	S6	Oui
5	F	27	S6	Oui
6	H	29	> S6	Oui
7	F	27	S5	Oui
8	F	27	> S6	Oui
9	F	28	S5	Oui

Tableau I : caractéristique des participants

S>6 : interne ayant terminé son internat depuis moins d'un an
S6 : interne en 6ème semestre
S5 : interne en 5ème semestre
S3 : interne en 3ème semestre

Quel était le point de vue des internes sur le DOCS ?

« Le DOCS était décrit comme simple par les internes ».

Les internes s'accordaient sur le fait que le DOCS était facile pour eux. En effet, son organisation globale ainsi que le déroulement de la mammographie étaient clairs et bien connus des internes. Ils n'avaient donc pas de difficulté majeure pour répondre aux différentes questions qui leur étaient posées. De plus, et grâce aux messages de santé publique, les internes avaient l'impression que le DOCS était bien ancré dans la vie des femmes. Aborder ce thème avec les patientes était ainsi aisé pour les internes, et ce, d'autant plus lors des consultations de suivi gynécologique. De même, selon les internes, la lettre d'invitation facilitait d'autant plus la pratique des médecins généralistes.

- *« Elles savent qu'il y a ce risque-là et elles l'abordent assez facilement […] Quand on aborde les thèmes de gynécologie, elles vont en parler assez facilement, je trouve » (8)*
- *« Comme il y a un courrier officiel, il y a pas de difficultés » (2).*

Pour les internes, le DOCS permettait donc la prise en charge globale du problème « cancer du sein ». Ils trouvaient ce « circuit » positif car ils reconnaissaient ses bases solides évaluées régulièrement. Pour eux, le DOCS permettait ainsi à chaque femme d'avoir accès à une mammographie de qualité, avec double lecture et mise en place automatique des examens complémentaires en cas d'anomalie détectée. Ainsi, les internes pensaient que les médecins avaient tendance à se décharger de leur responsabilité concernant le dépistage du cancer du sein en s'appuyant sur le DOCS.

- *« La mettre dans un circuit tout taillé […] finalement t'as pas grand-chose à dire finalement. Effectivement, tu fais ta palpation, mais si y'a rien, elle suit son circuit mammo, t'as peu d'action finalement… » (7).*
- *« Votre sein c'est un peu la collectivité qui s'en occupe… Je suis là, vous inquiétez pas hein... euh je vérifie hein… mais… voilà ça repose pas entièrement sur moi. Du coup ça sera pas uniquement de ma faute si on ne l'a pas vu hein…» (7).*

Pour certains internes l'intérêt du dépistage était certain.

Pour de nombreux internes, le DOCS était un dépistage essentiel. En effet, ils trouvaient ce dépistage parfaitement justifié, car en lien avec une question de santé publique primordiale. Certains internes justifiaient donc ce dépistage par son absence de remise en question scientifique. La mammographie était vue comme un examen peu invasif et reproductible. De plus, les moyens thérapeutiques pour ce cancer étaient considérés comme efficaces par les internes. Ce dépistage était donc perçu, par certains, comme étant sans risque. Il apparaît ainsi, que les internes étaient nombreux à adhérer au DOCS.

- *« Il correspond à des mesures de santé publique qui sont justifiées en l'occurrence » (1).*
- *« Et puis c'est des actes qui sont peu invasifs et qui sont simples » (3).*

- *« Pour lequel il y a des moyens thérapeutiques qui sont fiables, qui sont avérés » (9).*

En effet, pour les internes, le DOCS permettait de dépister des lésions à un stade très précoce d'évolution et donc de diminuer la mortalité par cancer du sein, grâce à une prise en charge rapide de ces lésions. Ainsi, pour de nombreux internes, la corrélation était donc évidente entre détection précoce des lésions et augmentation des chances de guérison.

- *« La mammographie, c'est démontré que ça retrouve plein de débuts de cancers… donc que c'est important… […] Ça permet de dépister vraiment beaucoup de choses et donc de guérir vraiment beaucoup de femmes. […] Depuis qu'il y a le dépistage, il y a de moins en moins de mortalité » (3).*
- *« Il faut repérer les maladies très tôt pour pouvoir les traiter et éviter… éviter que cette maladie apporte des conséquences plus graves. Ça, c'est un dogme: repérer les maladies très tôt pour pouvoir les traiter… et que les chances de réussite des traitements soient augmentées » (6).*

Pour d'autres internes, l'intérêt du dépistage était remis en question.

D'autres internes remettaient en question l'intérêt du DOCS. En effet, ils étaient nombreux à connaître la controverse actuelle concernant ce dépistage. Certains doutaient donc des recommandations concernant le DOCS. En pratique, selon eux, l'histoire naturelle des cancers ne justifiait pas une mammographie à intervalles aussi rapprochés. Les internes se questionnaient également sur la prise en charge proposée aux femmes ayant une lésion détectée à la mammographie, ainsi que sur l'efficacité du DOCS pour alléger les traitements.

- *« Je sais pas trop comment me positionner par rapport à ça… Parce que je me pose plutôt la question de d'accord c'est bien de le trouver, mais qu'est-ce qu'on en fait après? […] Je ne sais pas s'il faut le faire ou pas... tout ce que je sais, c'est que maintenant c'est controversé et y'a des doutes sur le dépistage » (4).*
- *« Non, finalement toutes les femmes qu'on voit, qui ont eu un cancer du sein, y'a rarement eu juste une tumorectomie quoi. Quand tu les écoutes, y'a déjà eu le curage minimum… 'fin l'ablation du sein, le curage voire la chimio, la radiothérapie… Donc tu te dis finalement, on est peut-être déjà arrivé à un stade trop tard avec la mammo » (5).*

Les internes se sentaient ainsi perdus entre leurs connaissances médicales et les informations nouvelles, mais non validées par la Haute Autorité de Santé. Souvent, ils ne savaient plus quel message délivrer aux femmes. Certains internes pensaient pouvoir se faire une idée propre au fur et à mesure de leur exercice, en fonction de l'intérêt qu'aura eu le DOCS pour leurs patientes. Les internes estimaient, en effet, que c'est à chaque patiente de prendre la décision de participer ou non au dépistage organisé et ils regrettaient un manque de liberté laissé aux femmes dans le choix de participer au DOCS.

- *« Au sein des scientifiques, il y a controverse, donc voilà, je trouve que ça donne un message un peu brouillé pour les femmes, donc c'est vrai qu'au final on ne sait pas trop à quoi s'en tenir » (9).*
- *« Si je vois sur mes patiente que la majorité ce sont des faux positifs et qu'elles ont été embêtées pour rien… je changerais mon fusil d'épaule et j'adapterais… je changerais sur mon discours... mais seulement… pour l'instant j'estime que je manque d'expérience pour juger avec suffisamment de recul. » (7)*

Un interne avait également fait part de la primauté, pour lui, de la prévention primaire sur le dépistage. En effet, il estimait que des actions de prévention sur le mode de vie pourraient avoir plus d'impact qu'un dépistage organisé.

- *« On devrait d'abord se focaliser sur la prévention de manière globale. […] Je pense qu'il y a plus de choses à faire avec les actions de prévention plus que de dépistage » (1).*

Les internes estimaient que la décision de participer ou non revenait à la patiente.

Les internes s'accordaient sur leur rôle d'information vis-à-vis des femmes, de façon à ce que chacune puisse prendre une décision libre et éclairée sur sa participation, ou non, au DOCS.

- *« Je pense que chacun est libre de faire ce qu'il veut, après il faut donner une information» (9).*
- *« J'insiste pas, je respecte, en essayant de comprendre la réalité de la patiente, les craintes. En essayant d'expliquer les bénéfices et puis, après, je laisse la porte ouverte… » (6).*

Néanmoins, certains internes cherchaient à aiguiller les femmes vers le choix de participer au DOCS. Ceux-ci considéraient qu'il s'agissait de la meilleure solution pour leurs patientes. Cependant, ils reconnaissaient le manque de liberté ainsi laissé aux femmes. De même, une relation de confiance médecin-patient bien établie semblait être, pour les internes, une condition nécessaire pour favoriser l'acceptation de participation au DOCS.

- *« Je les pousse dans un sens, dans le sens que moi je pense que c'est bien, sans forcément réussir à leur expliquer toutes les… tout le reste… donc c'est… plus on y réfléchit plus c'est dangereux!! […] Je suis pas sûre qu'il y ait beaucoup de monde qui se rende compte qu'on omet… 'fin, qu'on fait exprès de pas leur en parler quoi » (3).*
- *« Mais après… une fois que… que les gens, ils sont dans la volonté de soin, qu'ils ont des consultations avec leur médecin traitant régulières, je pense que c'est facile d'aborder la chose et facile de la faire accepter… » (7).*

Quels étaient les bénéfices et les risques du DOCS perçus par les internes ?

Pour certains internes, les bénéfices étaient bien supérieurs aux risques.

Globalement les internes étaient favorables aux mesures de dépistages organisés. En effet, la balance bénéfice/risque du DOCS penchait, pour certains internes, très nettement vers les bénéfices. Ainsi, certains internes ne voyaient pas l'intérêt d'évoquer les éventuels inconvénients inhérents au dépistage avec leurs patientes.

- *« Je trouve ça quand même bien qu'il y ait des dépistages organisés… […] souvent le dépistage a plus de bénéfice que de risque » (2).*
- *« pour moi y'a… elle est tellement supérieure à zéro que je l'aborde pas avec les patients. »(3).*

Pour les internes, le DOCS permettait une détection précoce des cancers mammaires.

Les internes s'accordaient sur le bénéfice principal du DOCS : détecter les cancers du sein à un stade précoce. En effet, pour eux, le DOCS dépistait les cancers avant qu'ils ne soient symptomatiques et il permettait donc une intervention médicale précoce et plus légère.

- *« Pour éviter d'avoir des maladies graves à un stade évolué quoi… » (2).*
- *« De découvrir les choses au plus tôt justement. Pour pouvoir agir au plus vite et pour qu'il y ait pas de traitement très invasif, que ce soit juste une... un traitement local, en enlevant la masse suspecte et éviter qu'on arrive au stade avancé avec rayons, chimio... »(5).*

Ainsi, pour les internes, cette détection précoce des cancers du sein permettait d'augmenter les chances de guérison des femmes qui en étaient atteintes…

- *« Ça permet de dépister vraiment beaucoup de choses et donc de guérir vraiment beaucoup de femmes » (3).*

Pour les internes, le DOCS était accessible à toutes les femmes.

Les internes évoquaient la possibilité pour chaque femme d'avoir accès à cet examen de dépistage. En effet, pour eux, quels que soient leur condition socioculturelle ou leurs revenus économiques, chaque femme était invitée à participer au DOCS.

- *« Pour les personnes qui sont dans des situations de précarité, que c'est totalement remboursé » (3).*

Pour les internes, le DOCS permettait un soulagement des médecins généralistes.

Le DOCS était parfois cité par les internes comme une réponse à une inquiétude des patientes, inquiétude à laquelle les praticiens ne pouvaient pas apporter de réponse sûre. En effet, en ce qui

concerne la palpation mammaire, les internes se sentaient souvent en difficulté. Le DOCS permettait ainsi, selon eux, de reporter ce problème diagnostic sur un circuit fiable. Les internes estimaient donc que les médecins pouvaient se décharger d'une partie de leur responsabilité sur le DOCS

- *« Souvent, on peut mettre en doute ses compétences par rapport à une capacité précise qui est... dépister, juste sur la palpation, un cancer du sein...» (7).*
- *« La mammographie a un côté rassurant dans le fait que ça... c'est..., entre guillemets, ça ne repose pas entièrement sur nous […] Du coup, ça sera pas uniquement de ma faute si on ne l'a pas vu... » (7).*

Pour les internes, le DOCS ouvrait la conversation sur l'ensemble des cancers et des dépistages.

Les internes trouvaient le DOCS utile dans leur pratique quotidienne. D'une part, il évitait les oublis de prescription de mammographie grâce à la lettre d'invitation. D'autre part, le DOCS permettait d'aborder d'autres sujets comme la prévention, les autres dépistages, mais aussi et simplement les cancers.

- *« Ça évite des erreurs de notre part. 'fin des oublis de notre part... le fait qu'ils reçoivent un courrier... » (3).*
- *« C'est pratique dans la prévention […] En tout cas, ça permet aussi de parler de sujet... de cancer avec les patients »(2).*

Pour les internes, le DOCS procurait aux femmes une tranquillité d'esprit.

La majorité des femmes rencontrées par les internes lors des consultations et ayant abordé le thème du DOCS, connaissait une personne de leur entourage ayant vécu un cancer du sein. Cela les mettait face à la réalité que chacune peut développer ce cancer. Leur participation au DOCS leur permettait alors de se rassurer quant à leur état de santé.

- *« C'est plus pour se rassurer aussi et se dire que pour le moment il n'y a rien et qu'on recontrôlera dans 2 ans » (2).*

Les intérêts étaient néanmoins remis en question par certains internes.

Avec la controverse actuelle, les internes s'interrogeaient sur l'intérêt des prises en charge thérapeutiques et chirurgicales lourdes sur ces femmes dépistées mais asymptomatiques. En effet, ils se questionnaient sur l'amélioration de la durée et de la qualité de vie apportée par les traitements et chirurgies réalisés lorsqu'un du cancer du sein est dépisté. Ainsi la question de l'abstention thérapeutique a été évoquée.

- *« L'inconvénient avec le dépistage c'est qu'on diagnostique une maladie à l'état où elle n'a pas encore d'expression clinique » (1).*

- *« Il y a de plus en plus d'études qui montrent que dépister systématiquement certains cancers à des stades très précoces n'est pas forcément une... un gage d'amélioration de la qualité de vie […] Ce n'est pas parce qu'on diagnostique très tôt une maladie qu'il faut... que le traitement est justifié... »(6).*

Les internes se questionnaient également sur la sensibilité du DOCS et ainsi, sur le stade, parfois évolué, d'un cancer du sein lors du dépistage. Les internes relataient ainsi que, généralement, les femmes ayant eu un cancer du sein ont eu le traitement maximal, et ce, que le diagnostic ait été réalisé par le DOCS ou par un dépistage individuel.

- *« Quand, par exemple, sur une mammo on découvre une image suspecte on sait qu'elle pousse depuis 8 ans quoi. Au moins » (1).*
- *« Finalement, toutes les femmes qu'on voit, qui ont eu un cancer du sein, y'a rarement eu juste une tumorectomie quoi ; quand tu les écoutes y'a déjà eu le curage minimum... 'fin l'ablation du sein, le curage voire la chimio, la radiothérapie... donc tu te dis, finalement on est peut-être déjà arrivé à un stade trop tard avec la mammo » (5).*

Certains internes doutaient donc de l'intérêt réel du DOCS. En effet, ils se tenaient informés des dernières études concernant la controverse du DOCS et se remettaient donc en question sur les bénéfices apportés par le DOCS. D'ailleurs, les internes mettaient en avant leur premier objectif qui restait l'intérêt du patient.

- *« Maintenant il y a quelques études qu'ont montré qu'en fait le dépistage du cancer du sein ne montrait pas de... n'avait pas d'incidence sur la mortalité […] est-ce que déjà la personne va mourir de ce cancer plus rapidement ou moins rapidement si il avait été dépisté ou pas... c'est surtout ça la question... »(4).*
- *« Moi je tendrais toujours à prendre la solution la plus acceptable avec le moins d'effets indésirables possible tout en apportant un bénéfice quoi. » (9)*

Néanmoins, il semblait primordial pour les internes de garder un œil critique dans leur pratique sur les recommandations des instances de santé. D'autre part, il était également important pour eux d'informer les patientes sur cette remise en question de l'intérêt des mammographies de dépistage. Finalement, les internes se questionnaient sur la faisabilité de ce dépistage, compte tenu des données actuelles.

- *« Je pense qu'il faut qu'on les informe quand même... que maintenant c'est un peu mitigé... ou controversé […] Faut quand même se référer aux recommandations, faut aussi quand même mettre un doute et essayer de les critiquer parce que je pense que y'a... la médecine évolue de toute façon donc... faut faire et défaire... »(4).*
- *« La question qui se pose, c'est : est-ce que ça vaut le coup de détecter... de dépister ? » (9).*

Pour les internes, il existait des inconvénients.

Douleur lors de l'examen.

Le premier inconvénient cité par les internes concernant la mammographie était la douleur provoquée. Néanmoins, les internes estimaient cette douleur supportable en comparaison des bénéfices attendus.

- *« Elles se plaignent que ça fasse mal des fois » (1)*
- *« C'est pas totalement indolore, mais c'est pas si pénible que ça » (3).*

Radiations.

Un autre inconvénient cité par les internes était l'exposition aux radiations. En effet, pour les internes, cet examen, « pas si anodin que ça » (2) pouvait induire le développement de cancer par le biais des radiations. Les internes pouvaient ainsi être en difficulté face à certaines patientes qui demandaient des mammographies avant 50 ans et qui sous-estimaient les conséquences. Les internes ont également été confrontés à des patientes qui refusaient de participer au DOCS, justement à cause de ces radiations.

- *« J'ai passé une demi-heure à expliquer comme quoi les rayons X c'était pas très bon… plus c'est jeune moins c'est bon… » (7).*
- *« Je sais que des patientes refusent de se faire irradier tous les 2 ans pendant 15 ans. Voilà il y en a qui n'aiment pas trop » (1).*

Faux négatifs.

Parmi les effets négatifs du DOCS, les internes citaient les faux négatifs.

- *« Y'a toujours des erreurs… et des faux négatifs qui faut… et donc il faut pas se dire que parce qu'elle a fait sa mammographie, il y a 3 mois, c'est sûr que il y a rien » (3).*

Faux positifs.

D'autre part, les internes ont évoqué les faux positifs. Pour eux, l'inconvénient associé est le recours à des méthodes invasives afin d'éliminer la malignité des lésions suspectes. Néanmoins, certains internes estimaient que ces faux positifs étaient inhérents à tout dépistage, et qu'ils ne remettaient donc pas en question la procédure.

- *« C'est toujours l'histoire de… de ces femmes chez qui on a fait des gestes, des euh... 'fin des actes diagnostiques invasifs, pour finalement des choses qui n'étaient pas des cancers »(8).*

- *« Le risque, c'est de découvrir quelque chose qui est peut-être bénin et qu'on va aller traiter de façon un peu invasive… 'fin de faire des biopsies… voilà. Mais après, c'est comme tous les examens » (5).*

Sur-diagnostics.

Les internes évoquaient également le risque de sur-diagnostic.

- *« On détecte des choses qui finalement n'évolueraient pas… » (9)*

Troubles psychologiques.

Les internes parlaient également des difficultés psychologiques liées aux DOCS qui survenaient suite aux résultats douteux ou aux faux positifs. Ainsi, pour les internes, les femmes qui entraient dans le DOCS risquaient d'être soumises à un stress, du début de leur prise en charge jusqu'à l'obtention d'un résultat éliminant le cancer.

- *« le risque d'inquiétude lorsqu'il y a un résultat… comment on appelle… un résultat un peu douteux… » (6).*
- *« peut-être qu'on va trouver quelque chose d'anormal, peut-être qu'on va faire une biopsie et peut-être que ce sera rien et vous risquez de cogiter… » (7)*

Questionnement autour de l'intérêt économique du DOCS.

Certains internes se posaient des questions économiques vis-à-vis du DOCS. En effet, bien que les internes s'accordaient pour estimer le DOCS coûteux, il leur semblait justifié grâce aux cancers diagnostiqués et aux vies sauvées.

- *« Une fois qu'on a un cancer, […] ça implique aussi pour la sécu… » (4).*

Quelle était la place du médecin généraliste dans le DOCS selon les internes ?

Pour les internes le rôle du généraliste était d'informer et d'inciter les femmes à participer au DOCS.

Les internes se demandaient quelle était l'attente des femmes vis-à-vis du DOCS.

Les internes, bien souvent, lorsqu'ils abordaient la question du DOCS avec leur patiente, commençaient par les questionner sur leurs inquiétudes, leurs connaissances sur ce dépistage. Ensuite, ils cherchaient à informer au mieux ces femmes, afin qu'elles prennent une décision éclairée. Ainsi, lors des refus de participation au DOCS, les internes cherchaient à comprendre dans un premier temps, pour informer au mieux ensuite.

- *« Leur demander qu'est-ce qui les inquiète, pourquoi elles veulent faire le dépistage » (4).*
- *« J'essaie de comprendre pourquoi. Quelles sont ses craintes, quelles sont ses motivations… et puis après j'essaie de lui expliquer… » (6)*.

Les internes expliquaient le principe du DOCS.

Les informations données aux femmes portaient sur le principe, les intérêts et le but de l'examen mammographique en lui-même. Souvent, l'information donnée était basée sur les recommandations. En effet, avant la première mammographie, les internes jugeaient nécessaire une information afin de répondre aux questions des femmes et de lever leurs éventuelles craintes. C'est pour cette même raison que les internes trouvaient intéressant un passage chez le généraliste avant la participation au DOCS

- *« Et puis finalement, c'est bien aussi d'en rediscuter… au moins la première fois… en reparler, leur expliquer quel est le… le but… comment ça va se passer, puisque voilà, quand tu reçois la lettre chez toi, tu ne sais pas trop comment ça va se passer… ça peut être angoissant aussi. Les gens ne vont pas forcément y aller » (5).*
- *« Parce que ça permettrait justement de discuter de ça, de discuter de l'intérêt, parce que, certes, comme je disais tout à l'heure, c'est bien ancré dans l'histoire des femmes qu'il faut passer à partir d'un certain âge à la mammographie, mais finalement, des fois, on ne sait pas trop ce qu'on cherche, ce qu'on va voir à l'examen, comment ça se passe » (8).*

Certains internes expliquaient la balance bénéfices/risques.

D'autres internes réalisaient une information plus dense. Ainsi, certains développaient les bénéfices et les risques liés au DOCS. De même, certains internes estimaient nécessaire l'information sur la controverse actuelle. Ainsi, ces internes souhaitaient une fiche d'information complète sur les bénéfices et les risques du DOCS à fournir aux patientes afin qu'elles puissent réfléchir de nouveau chez elles aux informations délivrées.

- *« Mais je pense qu'il faut qu'on les informe quand même… que maintenant c'est un peu mitigé… ou controversé » (4).*
- *« Donner une petite feuille d'information quoi… histoire qu'il y ait un truc papier, pour qu'elle recogite ça tranquillement chez elle ou dans la salle d'attente avant de faire la mammographie. Avec justement les avantages, les bénéfices… » (7).*

Pour les internes le rôle des généralistes était d'inciter et de motiver les patientes à participer au DOCS.

Le rôle du généraliste, selon certains internes, était de surveiller la réalisation de la mammographie et d'inciter les patientes à y participer. Les internes pensaient néanmoins que ce rôle motivationnel ne pouvait se faire que dans le cadre d'une relation de confiance médecin/patient déjà établie, en favorisant des informations à répétition au cours du temps.

- *« Vérifier qu'elles y soient allées sinon les pousser à y aller » (3).*
- *« Je leur demande et puis, si c'est pas fait, je leur en parle et je leur propose de le faire […] Donc c'est vrai, c'est peut-être quelque chose qui se crée sur le long terme quoi, et une confiance où on arrive petit à petit à leur en reparler à chaque consultation » (5*).

Pour les internes le rôle du généraliste était le suivi clinique des femmes.

Un autre rôle primordial du généraliste cité par les internes était le suivi clinique des patientes. En effet, certains internes estimaient la palpation ou autopalpation mammaire plus pertinente que la mammographie. Ceux-ci pensaient que les généralistes, par l'examen clinique des seins, pouvaient intervenir en amont du DOCS. De plus, cet examen mammaire réalisé par les généralistes pourrait permettre l'apprentissage de l'autopalpation. Les internes regrettaient donc que, dans le DOCS, un passage chez le généraliste ne soit pas proposé. En effet, ils ont relevé sur les comptes-rendus de mammographie une mention *« à confronter à la clinique » (2).* Or, les internes ont remarqué que les généralistes n'avaient pas l'occasion de réaliser cet examen clinique.

- *« Les cancers du sein sont le plus souvent retrouvés par la palpation manuelle des femmes… qui demandent ensuite une mammographie parce qu'elles ont ressenti quelque chose… plutôt que sur le dépistage » (2).*
- *« Y'en a beaucoup je trouve comme ça… […] qui « shuntent » un peu comme ça l'examen gynéco… […] … et comme ça la palpation des seins » (5)*

Pour les internes, les généralistes manquaient d'implication et d'occasions pour aborder le dépistage.

Les internes admettaient bien souvent négliger le DOCS. En effet, ils n'y pensaient pas et ne cherchaient pas à aborder ce sujet avec leurs patientes. Ces internes, au-delà de leur manque d'implication dans le DOCS, réalisaient que les femmes venaient également très peu d'elles-mêmes aborder ce sujet. Ils expliquaient cette situation par l'accès direct à la mammographie pour leur patientes. Finalement, les internes abordaient généralement le thème du DOCS uniquement quand les résultats étaient positifs. Ils regrettaient ainsi le manque d'occasions pour évoquer le DOCS avec leurs patientes.

- *« Mais par contre, du coup, ça limite un peu la prise en charge parce qu'on peut pas vraiment en discuter… puisque les patientes souvent ils viennent ils ont déjà fait leur mammographie parce qu'ils ont déjà leur papier avec eux » (4).*
- *« Je pense qu'il faut en parler, si on a l'occasion d'en parler… sauf qu'on n'a pas l'occasion d'en parler avant qu'elles aillent passer l'examen » (6).*

Pour certains internes, les généralistes n'avaient pas de rôle dans le cadre du DOCS.

Certains internes disaient avoir des difficultés à trouver leur place dans le DOCS. De fait, ils se demandaient si les médecins généralistes étaient nécessaires dans le cadre du DOCS, comme dans celui des dépistages organisés en général. Ces internes se sentaient en effet plus utiles pour les dépistages individuels suite à une consultation, une demande, une plainte, où la relation médecin-patient avait tout son sens. Ce sentiment était renforcé par l'accès direct au DOCS. Ces internes avaient le sentiment de retrouver leur place lorsqu'un résultat revenait positif et que la patiente était alors revue en consultation.

- *« C'est une question de masse qui peut être fait par des centres référents, de même qu'on pourrait se poser la question pour le cancer colorectal, sans faire intervenir le médecin traitant […] C'est des actions qui sont un peu dénuées de relation avec le patient […] Nous on est surtout là pour les dépistages individuels, pour des questions connaissant l'histoire de la patiente, de la famille,*

ses antécédents, ses craintes, ses questions. C'est plus là notre rôle, plus que sur le dépistage de masse » (1).

- *« Ils reçoivent directement les convocations chez eux… et donc du coup voilà, on leur parle que quand c'est positif… » (6).*

Quel était l'avis des internes concernant une consultation « pré-mammographie » ?

Pour certains internes, elle n'avait pas d'intérêt en elle-même.

Certains internes estimaient qu'une consultation spécifique d'information avant la participation au DOCS n'était pas utile. Bien qu'une information leur semblait nécessaire, ces internes supposaient qu'une consultation d'information propre au DOCS ne serait pas réellement mise en place dans la pratique quotidienne des médecins. De plus certains internes estimaient que l'information était réalisée par les radiologues avant la réalisation des mammographies et qu'elle devenait inutile après plusieurs mammographies.

- *« C'est bien de pouvoir parler de la mammographie et tout ça... mais une consultation spécifique pour ça… enfin c'est quand même une consultation que tu payes... […] Je pense que souvent les personnes qui ont des questions elles le couplent à autre chose. Elles ont un autre motif de consultation et puis à un moment « ah mais j'ai... j'ai reçu mon truc pour la mammographie est-ce que vous… j'ai des questions est-ce que vous pourriez me répondre ». Je pense que c'est plus naturel comme ça. » (7).*
- *« Après, c'est souvent des femmes qui ont déjà eu une, voire plusieurs… et qui savent un peu comment ça se passe… et qui… finalement qui posent peu de questions par rapport à l'examen lui-même… sur ses avantages et ses inconvénients » (7).*

D'autre part, certains internes estimaient qu'au vu de l'âge des patientes concernées par le DOCS, les médecins devaient être en mesure d'apporter l'information nécessaire au cours d'une visite de routine. De plus, si des femmes avaient des questions spécifiques concernant le DOCS, elles devaient être en mesure de prendre un rendez-vous spécifique ou de l'associer à une autre consultation. Ainsi, les internes mettaient en avant les frais de santé qui seraient induits par cette consultation supplémentaire.

- *« C'est des patientes qui ont souvent déjà un certain âge donc qui sont déjà suivies pour quelque chose ou au moins… 'fin que, de toute façon, le médecin va voir de toute façon au moins une fois par an […] On doit pouvoir être capable de le faire sans avoir à provoquer une consultation en plus, qui provoque des frais de santé en plus… » (3).*

D'autres internes pensaient qu'elle pouvait être bénéfique pour informer correctement les femmes.

Globalement, les internes préféraient voir les femmes avant qu'elles aient réalisé leur mammographie. Ainsi, certains internes avaient l'impression que la lettre d'invitation était un frein

à la relation médecin-patient et à la délivrance des informations que la femme pouvait souhaiter. Ces internes estimaient en effet que la mammographie nécessiterait d'être anticipée.

- *« Ça limite un peu la prise en charge, parce qu'on peut pas vraiment en discuter... puisque les patientes, souvent ils viennent, elles ont déjà fait leur mammographie parce qu'ils ont déjà leur papier avec eux... plutôt que de leur dire de faire le dépistage... leur dire d'aller voir leur médecin traitant pour discuter du dépistage... Ça pourrait être une solution... » (4).*
- *« Peut-être que le passage chez le médecin généraliste avant ça peut permettre de... d'anticiper cet examen qui peut être... bah c'est pas anodin non plus »(8).*

Pour les internes cette consultation permettrait également de donner aux femmes l'occasion d'aborder le DOCS. En effet, ce qui ressort de cette analyse est que les femmes venaient rarement poser des questions de façon spontanée.

- *«Spontanément il y a très peu de questions » (8).*

Certains internes estimaient qu'une consultation pré-mammographie était nécessaire afin de prendre le temps d'informer et d'écouter les craintes et les questionnements des patientes. Ils ont en effet observé la dissociation entre ce que les gens savaient et la réalité. Ces informations avaient pour objectif de permettre aux femmes de se rendre au DOCS plus sereinement et ainsi de favoriser leur participation. Ces internes pensaient néanmoins que cette consultation n'était plus utile chez les femmes ayant déjà participé au dépistage.

- *« Poser des questions pour savoir ce que les gens ont compris et c'est souvent là qu'ils se rendent compte que voilà c'est... c'est l'habitude de voir ou de faire, mais finalement, on n'y connait pas grand-chose... »(8).*
- *« Et puis finalement c'est bien aussi d'en rediscuter... au moins la première fois... en reparler, leur expliquer quel est le... le but... comment ça va se passer puisque voilà, quand tu reçois la lettre chez toi, tu ne sais pas trop comment ça va se passer... ça peut être angoissant aussi. Les gens ne vont pas forcément y aller » (5).*

Néanmoins, les internes évoquaient comme limite à cette consultation les difficultés de compréhension pour certaines femmes.

- *« Je pense que ça dépend aussi des femmes qu'on a en face de soi. Je pense qu'il y en a beaucoup qui sont pas capables de comprendre et, par contre, il y en a qui seraient capables de comprendre et que ça intéresserait... » (3).*

De plus, les internes évoquaient leur manque de temps et la surcharge de travail qui limitaient les temps d'information. Ils souhaiteraient donc l'instauration de temps spécifiques pour favoriser l'information des femmes.

- *« Et dans les plannings des médecins avec plus en plus de patients, il y aura de moins en moins de temps pour la place dans ce genre de... de consultation malheureusement » (3).*
- *« Je pense qu'il faut en parler si on a l'occasion d'en parler... sauf qu'on n'a pas l'occasion d'en parler avant qu'elles aillent passer l'examen. Ouais faudrait en parler mais on n'a pas l'occasion de le faire. » (6).*

Pour certains internes, cette consultation pouvait être positive pour le suivi des femmes.

Pour certains internes, cette consultation serait l'occasion d'aborder l'ensemble des dépistages, en particulier pour les patientes encore jeunes qui se rendaient peu chez leur médecin traitant.

- *« qui a l'avantage de faire venir les gens chez le médecin à partir d'un certain âge pour ceux qui n'y vont pas systématiquement » (1).*

De plus, le dépistage débute à un âge où de nombreux facteurs de risques s'aggravent (cardio-vasculaire, diabète, surpoids). De même, cette même consultation permettrait de traiter des thèmes de la sphère gynécologique et de la sexualité à un âge où la ménopause peut induire des difficultés dans la vie quotidienne.

- *« Parce que la mammographie c'est 50 ans... donc c'est l'âge un peu... donc de réaborder un peu juste... ouais, lors de cette consultation, tout ce qui est gynécologique quoi » (5).*
- *« Parce que 50 ans… […] Il n'y a pas que le cancer du sein qui m'inquiète, il y a autre chose… L'obésité, c'est important » (1).*

Certains internes souhaitaient une consultation après mammographie.

Certains internes regrettaient l'absence de consultation après la mammographie. Celle-ci permettrait d'aborder le DOCS, les résultats, le vécu des patientes, mais elle favoriserait également le suivi, le lien médecin-patient et elle permettrait de redire les messages de prévention. Ainsi, les internes estimaient que, bien que les médecins généralistes aient peu de place dans le déroulement du DOCS, ceux-ci cherchaient à aborder ce thème une fois la mammographie réalisée. De plus, une consultation spécifique avant ou après le dépistage *« ça peut laisser une porte ouverte » (8).*

- *« Après, pour les résultats, je pense que c'est nécessaire […] Parce que je pense qu'il faut leur expliquer les résultats et puis nous ça nous permet d'avoir le suivi »(3).*
- *« C'est plus pour la prévention, leur dire comment faire. Même si la mammographie est normale, qu'elles continuent à palper quand même de temps en temps au niveau des seins... » (2).*

Quel était l'avis des internes concernant les ROSP ?

Pour les internes, les ROSP favorisaient le suivi des patients.

Les internes mettaient en avant l'importance des ROSP dans le suivi des patients. En effet, les actes de prévention en médecine générale semblaient parfois être peu mis en œuvre. Cependant, avec les ROSP, les internes relevaient que certains médecins prenaient plus de temps lors des visites systématiques sur des sujets de prévention et de dépistage. C'est également ce qui a été remarqué concernant le DOCS.

- *« C'est plus pour que les patients soient suivis sur ce plan là. […] C'est une incitation pour nous, médecins généralistes, d'en parler plus pendant la consultation… » (2).*
- *«Si ça peut permettre à certains médecins, bah, d'y penser plus, oui, de se mettre un petit rappel dans leur logiciel… »(8).*

Pour les internes, les ROSP valorisaient le travail du médecin généraliste.

Pour les internes, les ROSP étaient un moyen de valoriser le travail du médecin par une rémunération spécifique. Les ROSP entraient ainsi dans une logique d'amélioration des pratiques professionnelles. Néanmoins certains internes émettaient des doutes sur l'évolution réelle des pratiques induites par les ROSP. Ainsi, les internes adhéraient à la revalorisation des actes de prévention mais ils regrettaient l'absence de mesure d'aide à l'atteinte de ces objectifs.

- *« C'est une façon pour les autorités de revaloriser certains actes. Sinon ils ne seraient pas faits… […] C'est plutôt une revalorisation, une certaine forme de reconnaissance pour motiver… mais je pense que peu importe… ça changerait pas énormément grand-chose… » (6).*
- *«Mais si on n'y arrive pas, il faut nous aider à y arriver et pas juste…. nous dire que… qu'on n'aura pas les… je sais pas combien c'est d'ailleurs… » (3).*

Pour les internes, les ROSP étaient une contrainte.

Les internes pouvaient se sentir contraints et infantilisés devant le manque de confiance des autorités sanitaires dans leur capacité de suivi de leurs patients. D'autre part, les internes ressentaient une perte de leur liberté de pratique. Ils craignaient également, avec les ROSP, l'entrée dans une médecine systématisée qui ne prendrait plus en considération la spécificité de chaque patient.

- *« Ils contrôlent un peu ce qu'on fait quoi… C'est surtout ça le souci » (2).*

- *« Je ne trouve pas ça bien. Ça fait qu'on n'est plus libre dans notre pratique… quelque part c'est une perte de liberté dans notre pratique quoi… » (4).*
- *« Moi j'ai quand même une crainte par rapport au fait que le ROSP soit trop systématique dans beaucoup de domaines parce qu'il y a toujours le côté adapté à chaque patient. Il y a quand même cette ambivalence-là. Donc je n'ai pas envie que ce soit trop généralisé » (8).*

Pour certains internes, les ROSP posaient des problèmes éthiques.

Certains internes craignaient que les médecins incitent à la participation au DOCS uniquement pour obtenir une rémunération complémentaire. De plus, pour ces internes, une rémunération sur un objectif de santé scientifiquement débattu était éthiquement gênante. Les internes estimaient ainsi qu'il était nécessaire de s'assurer en priorité de l'intérêt du DOCS pour les patientes. Certains internes préféraient ainsi une revalorisation des consultations qui prennent du temps, plutôt qu'une revalorisation sur des objectifs chiffrés remis en question.

- *« Faire des mammographies pour enfin… pour avoir une rémunération sans… sans savoir si réellement ça apporte vraiment quelque chose moi… moi ça me dérange quand même […] Je trouve que du coup il peut y avoir des déviances quoi… enfin des effets pervers… » (9).*
- *« Je pense, il vaut mieux… 'fin … valoriser le travail en général et pas juste… ouais revaloriser les consultations, le … ou alors revaloriser si il y a des consultations qui prennent plus de temps… plutôt que sur ces objectifs qu'on essaie de suivre au mieux» (3).*

Les internes se questionnaient sur l'impact du médecin généraliste sur les décisions des patientes.

Les internes estimaient que, de par l'organisation du DOCS, les médecins généralistes avaient peu d'impact sur la décision de participation des femmes. Ils remettaient ainsi en question leur capacité à influer sur les choix des patientes au cours d'une consultation.

- *« Comme il y a peu d'influence du médecin traitant dans le circuit finalement… elles reçoivent leur papier et après c'est elles qui décident sans forcément qu'il y ait d'information, qu'elles soient au courant des bénéfices ou des risques. Donc à ce moment-là, nous on a peu d'impact sur leur choix » (7).*
- *« Qu'est-ce qu'a le médecin comme finalement, comme action sur ces actions de dépistage ? » (1).*

Comment les internes percevaient-ils la notion de dimension collective des dépistages ?

Comment les internes définissaient-ils la dimension collective ?

Pour les internes, la dimension collective correspondait à la participation d'une population entière à une mesure de santé publique, afin de dépister ou prévenir une maladie grave chez quelques individus. Cette dimension collective nécessitait une participation de l'ensemble de la population cible. Les internes estimaient cette dimension collective acceptable, à condition que la maladie concernée soit curable et que la procédure demandée à la population ne soit pas trop invasive.

- *« On fait participer tout le monde pour une maladie grave mais que la façon de participer est pas trop… invasive, perturbante… » (8).*
- *« Il fallait que ça soit… qu'on détecte la maladie, que la maladie soit possiblement curable sinon ce n'est pas la peine, donc euh… même si au final on ne tombe que sur quelques cas » (9).*

Plus particulièrement en ce qui concerne la mammographie, certains internes estimaient que le DOCS était adapté.

- *« J'me dis que sauver deux vies comparé à l'irradiation chez certaines femmes qui n'auront pas forcément des conséquences, ça peut quand même être utile » (2).*

Il s'agissait pour les internes d'une question de bien commun et de responsabilité.

Les internes voyaient cette dimension collective comme une responsabilité de chaque femme envers l'ensemble des femmes. Néanmoins, les internes pensaient que les femmes n'étaient pas intéressées par cette notion de dimension collective. Pour eux, leur préoccupation était leur propre risque de cancer.

- *« C'est une action de santé publique, finalement ce n'est pas la santé individuelle qui est au cœur de ces actions, c'est vraiment la santé de groupe on va dire ça comme ça… […] une notion de détachement, de bien commun on peut même dire » (1).*
- *« Après, tout est dans la dimension collective la notion de solidarité, 'fin l'implication pour une cause qui a l'air bonne » (8).*

Pour certains internes, il y avait une forme d'irresponsabilité et d'impersonnalité sous-jacente à la dimension collective.

D'autres internes voyaient dans le DOCS une forme d'irresponsabilité médicale. En effet, pour eux, le dépistage organisé, de par l'absence de relation médecin-patient, ne permettait pas la prise en charge du patient dans sa globalité et sa spécificité.

- *« Une forme d'irresponsabilité […] C'est comme un cas clinique quoi… […] Si tu veux tu n'as pas la dimension que tu as avec ton patient »(1).*

Certains internes pensaient qu'il y avait une part de manipulation de la population par les grandes instances de santé afin de favoriser la peur du cancer et ainsi d'inciter à la participation au DOCS.

- *« Quand il y a une collectivité, on crée une certaine inquiétude » (6).*
- *« Ça veut dire qu'on leur laisse pas le choix parce que ça a été décidé au niveau national, au niveau des santés publiques que… plus personne n'a le choix de faire ce qu'il veut. » (3)*

Comment était perçu le DOCS par la population selon les internes ?

Les internes estimaient que les femmes connaissent bien le DOCS.

Les internes estimaient que les femmes connaissaient bien le DOCS et qu'ainsi la mammographie était un sujet facile à aborder. De même, les internes évoquaient qu'après plusieurs participations au DOCS, les femmes ne se posaient plus de question car elles connaissaient déjà les bénéfices et les risques de cette procédure.

- *« Elles savent qu'il y a ce risque-là et elles l'abordent assez facilement, donc c'est vrai que c'est un sujet que l'on peut aborder bien avec elles… » (8).*
- *« Après, c'est souvent des femmes qui ont déjà eu une, voire plusieurs… et qui savent un peu comment ça se passe… et qui… finalement qui posent peu de questions par rapport à l'examen lui-même… sur ses avantages et ses inconvénients » (7).*

Les internes pensaient que les femmes étaient « contre informées » par la publicité.

Pour certains internes, les femmes étaient fortement incitées à participer au DOCS par le biais des campagnes publicitaires nationales. Les internes regrettaient ainsi que la décision de participation au DOCS par leurs patientes soit induite par les médias. De plus, ils reprochaient à ce message de n'être qu'incitatif, sans proposer une remise en question du DOCS. De même les internes se sentaient régulièrement en difficulté pour mettre en place une information complète sur ce dépistage, compte tenu des idées préconçues apportées par ces campagnes publicitaires.

- *« Octobre rose avec des rubans, des happenings dans la France, etc… Donc quelque part, ce sont des mesures, voilà, incitatoires destinées au grand public pour se faire dépister […] Après, le message peut être confus auprès des femmes, parce que, finalement c'est, je trouve, que le cancer du sein est relativement médiatisé » (9).*
- *«En même temps, il y a une telle propagande publicitaire sur le dépistage du cancer du sein euh… que du coup… bah euh, l'information elle est difficile à mettre en place […] On voit aucune information qui dise « faut-il faire le dépistage ? »…. […] si on les informe en leur disant faut faire le dépistage, bah ils le font quoi… » (4).*

Quelles étaient les raisons de non-participation au DOCS selon les internes ?

Différents motifs de non-participation au DOCS étaient évoqués par les femmes selon les internes. Il leur semblait que certaines femmes imaginaient une manipulation des participantes par les radiologues, et ce, dans un but lucratif. D'autre part, les internes ont remarqué que les femmes aux bornes des âges ciblés par la mammographie participaient moins au DOCS. En effet, les femmes en âge de débuter le dépistage étaient encore actives professionnellement et elles avaient des enfants à charge. Il leur était donc difficile de dégager du temps pour le DOCS. De plus, ces femmes se sentaient en bonne santé. A l'inverse, pour les internes, les femmes de plus de 70 ans présentaient une démotivation pour le dépistage.

- *« Le radiologue a voulu faire une IRM. Et du coup la patiente a pas du tout accepté parce qu'elle avait l'impression que le radiologue voulait se faire du blé sur son dos. » (6)*
- *« Souvent aux alentours de 50 ans c'est des personnes qui… qui sont plutôt encore en bonne santé, qui travaillent, qui ont pas forcément le temps, qui ont encore des enfants qui sont… pas jeunes mais… collège, lycée. Qui prennent encore pas mal de temps. » (7).*
- *« A partir de 70 ans, quand elles entraient encore dans le dépistage, mais voilà elles avaient plus envie d'entendre parler de tout ça… » (8).*

Pour les internes, la peur du cancer était la principale motivation des femmes.

Les internes ont remarqué que la principale motivation des femmes pour participer au DOCS était la peur du cancer, de la maladie et de la mort. De plus, cette peur s'intensifiait lorsqu'il y avait un antécédent de cancer du sein dans la famille ou l'entourage. D'autre part, certaines femmes refusaient de participer au DOCS, car elles craignaient un résultat positif et préféraient ne pas y être confrontées.

- *« Pourquoi est-ce qu'ils veulent un dépistage ? Alors souvent, c'est parce qu'il y a un antécédent dans la famille […] « Parce que moi je connais des gens qui ont eu des cancers, donc euh, voilà, j'aimerais bien être sûre de ne pas en avoir. » » (2).*
- *« Des femmes à qui j'ai proposé et que c'était un refus catégorique. Voilà… Bah on a essayé de discuter, effectivement de leur faire montrer le but hein, de l'examen... mais voilà, souvent c'était la crainte bah de découvrir quelque chose en fait… l'envie de pas savoir… » (5).*

Pour les internes, les examens complémentaires étaient importants pour les femmes.

Les internes ont remarqué que certaines femmes regrettaient que le dépistage s'arrête à 74 ans et elles se sentaient démunies lorsqu'elles n'étaient plus invitées à y participer. De plus, les internes

estimaient que pour de nombreuses femmes l'utilisation d'examens complémentaires était nécessaire et anxiolytique.

- *« Elles se demandent pourquoi ça s'arrête à 74ans. Et après qu'est-ce qu'on fait ? » (1).*
- *« Je pense que beaucoup de femmes reposent aussi beaucoup sur les examens complémentaires... […] On sait que ça va pas apporter beaucoup d'informations… mais euh… ça apporte quand même une réassurance auprès de la patiente » (7).*

Discussion

Cette étude a exploré les représentations des internes de médecine générale concernant le DOCS. Elle a révélé que ceux-ci trouvaient le DOCS facilitant dans leur pratique quotidienne. Néanmoins, les internes étaient sensibles aux différents problèmes éthiques posés par ce dépistage, et ce d'autant plus face à la polémique actuelle sur la balance bénéfice/risque. Ils étaient en effet divisés dans leur adhésion aux bénéfices espérés du DOCS. Ainsi, ils disaient que leur rôle en tant que médecin généraliste était principalement l'information ainsi que le suivi clinique des femmes.

Discussion sur la méthode

La petite taille de l'échantillon (9 entretiens) était à prendre en compte dans le degré de généralisation des données extraites de cette étude. De plus, l'un des biais était que les interviewés participaient à l'étude sur le mode du volontariat. Il ne leur était pas demandé de spécifier leur motivation quant à leur participation. De plus, l'enquêteur était l'égal des interviewés. Il était donc important de prendre en compte les biais introduits par la présence du chercheur, en particulier la peur d'être jugé par un pair. Il existait également un biais d'interprétation puisque l'analyse n'a été effectuée que par une seule personne qui est également l'enquêteur. Par conséquent, il n'y a pas eu de triangulation de l'analyse afin de renforcer la validité interne de l'étude.

A notre connaissance, ce travail était le premier à explorer le point de vue des internes de médecine générale concernant le DOCS. Cependant, quelques articles concernant les représentations des femmes et des médecins généralistes ont été retrouvés lors des recherches bibliographiques. Les données issues de ces recherches bibliographiques ont permis une mise en corrélation avec les représentations des internes. Dans notre étude, les échantillons ont été suffisamment variés, ce qui a permis, par la grande diversité de réponses de couvrir la problématique. Ainsi, la saturation des données a pu être atteinte. De plus, l'enquêteur étant l'égal des internes, le dialogue et les confidences ont pu en être facilités.

Discussion sur les résultats

Comme nous l'avons précisé plus haut, les internes s'accordaient pour affirmer que le DOCS facilitait leur pratique. En effet, la lettre d'invitation limitait les oublis de prescription. Elle permettait également une information simple et rapide ; de plus, si le généraliste souhaitait aborder le DOCS, cette lettre pouvait être le point d'entrée pour discuter de ce dépistage, ainsi que des autres. Elle

permettait également à chaque femme, quel que soit son niveau socio-économique, d'avoir accès à un examen que les internes estimaient efficace et simple. De même, dans une étude, 90% des médecins interrogés déclaraient que le DOCS était pour eux un « dispositif de qualité et simple » (14). Les internes avaient ainsi l'impression que les médecins généralistes pouvaient se décharger d'une partie de leur responsabilité en se reposant sur le DOCS. C'est également un sentiment qui était ressorti d'une enquête auprès de généralistes, où ceux-ci avouaient trop s'appuyer sur cette organisation (15).

Néanmoins, les internes se questionnaient sur certains aspects éthiques du DOCS. D'une part, ils estimaient que les femmes étaient influencées dans leur décision par les campagnes publicitaires nationales de promotion du dépistage du cancer du sein. De même, une étude a montré que pour 77% des femmes, le principal vecteur d'information concernant le DOCS était les médias (16). En effet, ces campagnes incitatives ne pousseraient pas les femmes à un discernement quant à leur participation au dépistage. Cette réflexion devrait pourtant s'articuler autour de valeurs d'autonomie du patient et se décliner au niveau des principes généraux d'organisation du programme et des différentes étapes de la procédure (17). Ce principe est en voie d'acceptation et de mise en place grâce à l'évolution progressive du discours des agences nationales de santé qui prônent de plus en plus la nécessaire information des femmes. Ces instances incitent effectivement aujourd'hui à une information claire et loyale des patientes et non plus à une incitation aveugle (18).
D'autre part, avec les ROSP, les internes craignaient l'entrée dans une médecine encadrée avec une perte de leur liberté d'exercice. Cette crainte était retrouvée vis-à-vis du DOCS chez 31% des médecins interrogés dans une étude (15). De plus, cette rémunération était gênante pour les internes. En effet, il paraissait éthiquement discutable de subordonner une augmentation tarifaire des médecins à l'atteinte d'objectifs de santé publique sur le taux de participation des femmes au DOCS (19). Il en est également de même pour l'ensemble des ROSP. Ainsi, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estimait contraire à la déontologie les clauses d'intéressement des médecins. Le risque était une perte de l'indépendance professionnelle et une altération de la relation de confiance qui lie le médecin à son patient (20).
Concernant la polémique actuelle sur le DOCS, les internes étaient mitigés et perdus. En effet, les diverses publications qui paraissent concernant la balance bénéfice/risque en lien avec le DOCS se contredisent. Les internes étaient donc perplexes face à leur rôle d'information compte tenu des avis en opposition au sein des experts. Ainsi, certains internes étaient persuadés de l'efficacité absolue du dépistage, car celui-ci permettait une détection précoce des cancers du sein ainsi qu'une prise en charge rapide, qui favoriserait une diminution de la mortalité. Il en était de même pour la majorité des généralistes interrogés dans une étude de l'INCa, où 78% de ces médecins étaient tout à fait convaincus de l'efficacité du DOCS (14). D'autres internes, cependant, remettaient en question le

DOCS : inconvénients, risques, sensibilité, efficacité réelle sur l'allègement des traitements, intérêt d'une prise en charge lourde sur une femme asymptomatique, mais surtout gain sur la mortalité. De même, et bien que les médecins généralistes ne semblaient pas faire de lien entre le problème des sur-diagnostics et le DOCS (14), ceux-ci étaient 40% à se déclarer prêts à un plus grand investissement dans le DOCS (21) et ils étaient 51% à se dire prêts à modifier leur prescription (21) si l'efficacité du DOCS en terme de diminution de la mortalité était prouvée. Ainsi, pour la majorité des internes, il était essentiel de garder, dans leur pratique, un regard critique sur les recommandations. Le Haut Conseil de Santé Publique conseillait d'ailleurs de rester ouvert à d'éventuelles remises en question des pratiques habituelles obéissant aux standards de soins (22). Les internes s'accordaient sur le fait que c'était à la patiente de prendre la décision libre et éclairée de participer ou non au DOCS. D'ailleurs, une étude avait estimé que les notions de sur-diagnostic et de sur-traitement étaient accessibles aux femmes (23).

Concernant leur rôle dans le DOCS, les internes estimaient qu'il s'agissait prioritairement d'une mission d'information auprès des femmes. Celle-ci permettrait une participation plus sereine au DOCS ainsi qu'un choix éclairé. Les médecins généralistes étaient également 60% à estimer avoir un rôle primordial dans le dépistage du cancer du sein (14). Celui-ci était avant tout cité par presque tous les généralistes comme un rôle d'information puis de soutien en cas de résultat positif (15). Le groupe de réflexion éthique de l'INCa inscrivait qu'il s'agissait pour le médecin de convaincre sans contraindre, il préconisait également une information plus équilibrée sur l'efficacité du dépistage et sur les dommages qu'il était susceptible de provoquer, sur le droit des femmes de refuser de participer au DOCS ou aux examens complémentaires proposés (24). Cette information est d'autant plus importante que diverses études ont montré une carence importante de connaissance des femmes sur le DOCS. Elles seraient 92% à surestimer son efficacité (25), 68% à penser que le dépistage empêche de contracter un cancer (26) et dans une étude, les femmes de 50 à 69ans, soit la population cible, ne seraient pas mieux informées (25). De plus, dans une étude, les femmes étaient 42% à penser que la décision de participation au DOCS revient au médecin et elles étaient 45% à penser qu'il doit s'agir d'une décision partagée (27). Pourtant les internes étaient divisés, certains pensaient qu'une relation de confiance bien établie favorisait l'acceptation de participation au DOCS, mais d'autres doutaient de l'impact réel que pouvait avoir le médecin sur le choix final des patientes. De plus, les internes se sentaient en difficulté pour mettre en place une information claire face aux campagnes publicitaires incitant au dépistage.

D'autre part, les internes ont soulevé quelques modifications qu'ils souhaiteraient voir dans le DOCS. En effet, les internes se sentaient peu impliqués dans le dépistage du cancer du sein. Ils en venaient à se demander quelle était la place des médecins généralistes dans le DOCS. Ce sentiment était également retrouvé chez 28% des médecins généralistes qui disaient se sentir exclus du DOCS ; de

même, ils sont 45% à attester qu'ils proposeraient davantage le DOCS s'ils se sentaient plus impliqués dans le processus (21). En effet, de par son organisation, les internes avaient remarqué que les femmes ne venaient pas spontanément en consultation pour évoquer le DOCS. Une étude auprès de généralistes a également retrouvé ce résultat, où l'abord du thème du DOCS à la seule initiative de la patiente était exceptionnel (2% des cas où le dépistage était abordé lors d'une consultation) (15). Il existait donc un sentiment partagé par les internes et les médecins de dévalorisation du rôle du médecin généraliste via le DOCS (15).

Certains internes étaient donc intéressés par l'apparition d'une consultation « pré-mammographie », au moins pour les premiers dépistages. Celle-ci permettrait de rendre au généraliste sa place dans ce dépistage, en libérant du temps pour informer les patientes. En effet, les internes comme les généralistes déploraient le manque d'information des patientes du fait de leur manque de temps surtout quand les questions arrivaient en fin de consultation (17). Les internes voyaient ainsi cette consultation comme un temps privilégié pour aborder également tous les problèmes liés à la sexualité, les cancers et facteurs de risques associés à l'âge des patientes. D'autre part, dans une étude, 70% des médecins interrogés souhaitaient un temps privilégié après la mammographie pour expliquer les résultats aux patientes (15) ; c'est également une demande qui a été formulée lors des entretiens individuels de cette étude. Les internes souhaitaient aussi que soit instaurée une fiche d'information à remettre à leurs patientes à la fin de cette consultation pré-mammographie, afin que ces femmes puissent réfléchir de nouveau aux informations délivrées sur le DOCS.

La mise en œuvre d'une telle perspective mériterait que soit réalisée une étude auprès des femmes de 50 à 74 ans, afin de déterminer quelles pourraient être leurs attentes vis-à-vis de cette consultation (informations souhaitées sur les dépistages, questions qu'elles voudraient aborder, le poids, la sexualité, les autres cancers, le vieillissement, etc…). Cette consultation pourrait ainsi être une porte ouverte pour les femmes, leur offrant la possibilité d'aborder l'ensemble de leurs questionnements dans cette phase de péri-ménopause.

Ainsi, malgré leur désir d'informer au mieux leurs patientes et de reprendre leur place au sein du DOCS, les internes avaient des doutes quant à l'information qu'il était juste de délivrer. Il serait donc nécessaire de mettre en place des formations spécifiques afin de les aider à déterminer quelle information est à mettre en place auprès des femmes. Les deux tiers des généralistes interrogés dans une étude déclaraient également ressentir un certain besoin en matière de formation sur le cancer du sein (15).

Conclusion

Cette étude avait pour objectif d'étudier les représentations des internes de médecine générale concernant le dépistage organisé du cancer du sein.

Il en ressort que, de manière générale, les internes appréciaient de pouvoir se reposer sur l'organisation du DOCS pour faciliter leur pratique. Néanmoins, ils regrettaient de ne pas se sentir inclus dans le dépistage organisé du cancer du sein. En effet, la plupart ne visualisaient pas quelle était la place attribuée aux généralistes dans ce dépistage. Malgré cette ambivalence, les internes rejoignaient les médecins pour évoquer leur envie de s'investir plus dans le DOCS. Ils estimaient que leur rôle était avant tout un devoir d'information des patientes, ayant pour vocation l'élaboration d'une décision médicale partagée. Pour cela, certains internes souhaitaient que soit mise en place une consultation dédiée à la santé de la femme en début de ménopause où le DOCS pourrait être abordé. Celle-ci permettrait de favoriser l'information des femmes, mais aussi de redonner aux généralistes leur place dans ce dépistage.

D'autre part, il existe actuellement de nombreuses polémiques parmi les experts concernant la balance bénéfice/risque en lien avec ce dépistage. Les internes étaient, en effet, mitigés concernant l'intérêt du DOCS pour les patientes et hésitaient quant à l'information à délivrer. Les doutes actuels qui entourent ce dépistage compliquent la pratique des médecins généralistes. Il serait donc peut-être utile de mettre en place des formations spécifiques pour les médecins généralistes afin de les aider à déterminer quelle information doit être faite auprès de leurs patientes.

Finalement, il semble urgent d'offrir aux professionnels de santé de première ligne les moyens, en termes de temps et de connaissances, qui leur permettront d'apporter à leurs patientes tous les éléments nécessaires à une décision éclairée quant à leur participation au dépistage organisé du cancer du sein.

Bibliographie

1. Institut National du Cancer. Les cancers en France - Edition 2014. 2015 févr p. chapitre 1 « Epidémiologie des cancers » / 1.10 Epidémiologie des cancers du sein.

2. Belot A, Grosclaude P, Bossard N, Jougla E, Benhamou E, Delafosse P, et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. Rev Epidemiol Sante Publique. juin 2008;56(3):159-75.

3. InVS. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2013-2014 [Internet]. [cité 12 sept 2015]. 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

4. Arrêté du 2 mai 2007 portant approbation de l'avenant n° 23 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. (103):7826. mai 3, 2007.

5. Weedon-Fekjær H, Romundstad PR, Vatten LJ. Modern mammography screening and breast cancer mortality: population study. BMJ. 2014;348:g3701.

6. Ciatto S, Ambrogetti D, Bonardi R, Catarzi S, Risso G, Rosselli Del Turco M, et al. Second reading of screening mammograms increases cancer detection and recall rates. Results in the Florence screening programme. J Med Screen. 2005;12(2):103-6.

7. Schou Bredal I, Kåresen R, Skaane P, Engelstad KS, Ekeberg Ø. Recall mammography and psychological distress. Eur J Cancer. mars 2013;49(4):805-11.

8. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database Syst Rev. 2013;6:CD001877.

9. Zahl P-H, Maehlen J, Welch HG. The natural history of invasive breast cancers detected by screening mammography. Arch Intern Med. 24 nov 2008;168(21):2311-6.

10. Elmore JG, Barton MB, Moceri VM, Polk S, Arena PJ, Fletcher SW. Ten-year risk of false positive screening mammograms and clinical breast examinations. N Engl J Med. 16 avr 1998;338(16):1089-96.

11. Haas J, Kaplan C, McMillan A, Esserman LJ. Does Timely Assessment Affect the Anxiety Associated with an Abnormal Mammogram Result? Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine. 1 juill 2001;10(6):599-605.

12. Gøtzsche PC, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? Lancet. 8 janv 2000;355(9198):129-34.

13. CNIL - Commission nationale de l'informatique et des libertés. Loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

14. Institut National du Cancer. Médecins généralistes et dépistage des cancers. 2011 juin p. 20.

15. Ferley J-P, Da Silva E. Le dépistage du cancer du sein en médecine libérale - Enquête auprès des généralistes et des gynécologues de Rhône-Alpes. Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. CAREPS. juin 2003;120.

16. Renard V, Brodbeck M. Les motifs de non-participation au dépistage organisé du cancer du sein. Exercer. 2012;(100 (suppl 1)):8-9.

17. Papin-Lefebvre F, Moutel G, Duchange N, de Montgolfier S, Sancho-Garnier H, Jullian O, et al. Dépistage organisé du cancer du sein en France : pour une optimisation de l'information. Rev Epidemiol Sante Publique. avr 2014;62(2):109-17.

18. Haute Autorité de Santé. La participation au dépistage du cancer du sein des femmes de 50 à 74ans en France. 2011 nov p. 210.

19. Junod B, Begué-Simon A-M. Éthique du dépistage du cancer du sein. Médecine. 1 févr 2008;4(2):75-9.

20. Organisation mondiale de la santé. Programmes nationaux de lutte contre le cancer: politiques et principes gestionnaires. Genève, Suisse; 1996. xix+139 p.

21. Attali C, Medioni M, Dubois C, Renard V. Enquête d'opinion sur le dépistage du cancer du sein chez les généralistes de l'Essonne. Exercer. 2008;(103):83-98.

22. Junod B, Massé R. Dépistage du cancer du sein et médicalisation en santé publique. Sante Publique. juin 2003;15(2):125-9.

23. Romestaing P, Roux P. Surdiagnostic, surtraitement : mais qu'en pensent les femmes? In: Cancer du sein : surdiagnostic, surtraitement. Springer Paris; 2012. p. 189-92.

24. Institut National du Cancer. Ethique et dépistage organisé du cancer du sein en France. Boulogne-Bilancourt; 2012 oct.

25. Gigerenzer G, Mata J, Frank R. Public knowledge of benefits of breast and prostate cancer screening in Europe. JNCI J Natl Cancer Inst. 2 sept 2009;101(17):1216-20.

26. Domenighetti G, D'Avanzo B, Egger M, Berrino F, Perneger T, Mosconi P, et al. Women's perception of the benefits of mammography screening: population-based survey in four countries. Int J Epidemiol. oct 2003;32(5):816-21.

27. Chamot E, Charvet A, Perneger TV. Women's preferences for doctor's involvement in decisions about mammography screening. Med Decis Making. août 2004;24(4):379-85.

Annexes

Annexe 1: Trame d'entretien

Me présenter : Nadia LUCAVEI BOURGEAIS interne médecine générale 5ème semestre

Est-ce que tu acceptes que nos propos soient enregistrés ?

Bien sûr l'ensemble sera anonyme.

1) Racontez moi la dernière fois que vous avez prescrit un acte de dépistage ?

Question de relance

- Et les dépistages organisés qu'en pensez-vous ?
- Et pour les cancers gynécologiques ?
- Si le cancer du sein n'est pas abordé posez la question

2) Que pensez-vous de la « prescription » de la mammographie dans le cadre du DO par le biais de la lettre d'invitation ?

3) Que pensez-vous de la rémunération des médecins sur objectif de santé par rapport au taux de participation au DO du cancer du sein ?

4) Pour vous la dimension collective dans le dépistage cela vous évoque quoi ?

5) Avez-vous des difficultés en consultation par rapport au dépistage du cancer du sein ?

Questions de relance

- Les patientes vous posent elles des questions ?
- Est-ce que vous abordez la notion de bénéfice /risque ?
- Comment vous situez vous dans la justification de ce dépistage
- Quelle est votre attitude si la patiente ne veut pas le faire ?

6) Est-ce que vous avez des choses à ajouter ?

Âge ?

Semestre ?

Stage de niveau 1 effectué ou non ?

Annexe 2 : Verbatims

Entretien n°1

Entretien du 09/01/2014

Est-ce que tu veux bien me raconter la dernière fois que tu as prescrit un acte de dépistage ou la dernière fois que tu as abordé le dépistage avec un de tes patients ?
La dernière fois ça devait être en niveau 1, parce que je… je suis docteur… (Rires)
Félicitations !!
Et donc c'était en niveau 1 puisque je n'ai pas fait de SASPAS. Ça concernait le dépistage du cancer colorectal. Comme ce n'était pas ma patientèle les patients recevaient directement le nécessaire à la maison et venaient avec. Il y avait également le nécessaire dans le cabinet du médecin. Ça s'est passé des plus simplement. J'ai remis le test et j'en ai aussi gardé un pour pouvoir regarder comment c'était fait.
Qu'est-ce que tu penses globalement des dépistages organisés ?
Ce que j'en pense… euh… Sur l'action du dépistage organisé… Comment dire… (Silence). Moi je travaille… enfin, j'estime qu'on a plus que de travail dans le dépistage on devrait d'abord se focaliser sur la prévention de manière globale et pas que en donnant des vaccins, parce que c'est essentiellement ça, mais en fait ce n'est pas que ça. Par rapport au dépistage moi je pense qu'il y a plus de choses à faire avec les actions de prévention plus que de dépistage. Ceci dit avec le dépistage comme il est organisé, bah c'est… voilà, il correspond à des mesures de santé publique qui sont justifiées en l'occurrence. Avec les critères de Wilson si je me souviens bien ? Donc oui, c'est quelque chose de facilité qui de plus est bien entré dans l'esprit des gens. Bon, ils savent ce que c'est la plupart le dépistage, même si il faut toujours expliquer un petit peu, surtout pour l'Hemoccult II® parce que… Moins pour la mammographie parce que ça ne se déroule pas de la même manière. Mais sûrement même. Mais voilà, c'est quelque chose d'assez encré, d'assez facile à faire. Très facile même finalement et qui a l'avantage de faire venir les gens chez le médecin à partir d'un certain âge pour ceux qui n'y vont pas systématiquement… C'est un peu vaste comme question aussi…
Oui c'est le but.
C'est très vaste hein ? Que dire d'autre ? Oui ça peut faire venir les gens chez le médecin, ce qui est bien aussi. Bon voilà c'est… L'inconvénient avec le dépistage c'est qu'on diagnostique une maladie à l'état où elle n'a pas encore d'expression clinique mais pour en revenir à la prévention, quand par exemple sur une mammo on découvre une image suspecte on sait qu'elle pousse depuis 8 ans quoi. Au moins.
C'est ça.
Donc c'est pour ça que le dépistage c'est bien mais la prévention qui peut être faite dans beaucoup de domaines que ce soit les pathologies cancéreuses ou autres mais en amont il y aurait encore plus d'impact, je crois plus disons au, je trouve plus mon mot là… au… fin bon bref la prévention plutôt que le dépistage. Bon peut-être d'autres choses qui reviendront… Mais…
Alors justement, tu disais que le dépistage c'était bien parce que c'était une façon de plus de faire venir les gens chez le médecin, qu'est-ce que tu penses de la façon dont se passe le dépistage du cancer du sein avec la mammographie ?
Ah oui où ce n'est pas forcément le médecin, c'est ça ?
Oui, en fait c'est une lettre d'invitation qui est directement envoyée aux patientes ; qu'est-ce que tu penses de la façon dont est organisé finalement le dépistage du cancer du sein par le biais de cette lettre d'invitation sans recours au médecin ?
Oui, sans contact médical, avec le cancer colorectal c'est différent.
Oui.
… Euh… Oui, ça pourrait mériter que ça passe par le médecin. Alors si je me souviens bien ils reçoivent la lettre, ils vont dans un centre de dépistage, ils passent leur mammo, il y a une double lecture par le radiologue, il y a un compte-rendu envoyé au médecin et à la patiente, c'est ça, ils renseignent. Donc il y a quand même un lien avec le médecin traitant… Bah si dans le cadre du dépistage on découvre

quelque chose, le médecin traitant est au courant. La question c'est, est-ce que ça doit passer par le médecin traitant ou pas ?
Oui c'est ça.
Bah, je ne sais pas… Qu'est-ce qu'on en attendrait finalement ? Qu'est-ce que le patient en attendrait de cette consultation chez le médecin traitant ? « Je viens parce que je dois venir pour le dépistage ou j'ai été invité à me présenter à vous pour le dépistage ». Ce serait éventuellement l'occasion d'une consultation supplémentaire. Un acte en plus (23euros…) (Rires). Mais non, non, dans le cadre du dépistage, non, c'est une question de masse qui peut être fait par des centres référents, de même qu'on pourrait se poser la question pour le cancer colorectal, sans faire intervenir le médecin traitant.
(Silence)
En fait dans le cadre du cancer colorectal, l'intérêt du médecin traitant, c'est aussi d'attester qu'il n'y a pas nécessité d'une coloscopie mais plutôt du test Hemoccult II®.
Ce qui est expliqué quand même dans les notices, si je me souviens bien (rires), mais oui, c'est vrai, ça a cet avantage. Effectivement…
(Silence)
Et t'avais peut-être quelque chose à rajouter sur cette question ?
Oui, bah oui, la consultation en plus qui permet de faire le point sur autre chose. Parce que 50ans… c'est ça ?
Oui à partir de 50ans… rires
Hein… (rires), il n'y a pas que le cancer du sein qui m'inquiète, il y a autre chose… L'obésité, c'est important ! (Rires !!)
Oui, c'est un facteur de risque de cancer
Oui, de beaucoup beaucoup de cancers : seins, poumons, reins, œsophage. Je crois que c'est les 4 qui ont été montrés.
Le côlon ?
Le côlon, oui, mais après c'est surtout les viandes carnées. La prochaine campagne, ce serait limiter à 500g par semaine la viande rouge pour éviter le cancer colorectal.
Comme quoi, j'en apprends ! (Rires)
Donc voilà, éviter la coloscopie. (Rires)
Que penses-tu de la rémunération des médecins par rapport aux objectifs de santé en ce qui concerne les dépistages ?
Alors, rappelle-moi, la rémunération, c'est une consultation ?
A la fin de l'année, la sécurité sociale va regarder le pourcentage de patients ayant fait leur dépistage sur la patientèle du médecin traitant ; si le médecin se rapproche des objectifs de santé publique il reçoit une rémunération supplémentaire.
Mouais... non… non… non je… non je, c'est pareil pour les… enfin. Quand on l'a, on est content je vais dire mais une rémunération supplémentaire, c'est comme les prescriptions génériques, c'est non, je … Moi je n'aurais pas mis ça comme pour forcer les gens à… bah, pour forcer les médecins à stimuler finalement. Qu'est-ce qu'a le médecin comme, finalement, comme action sur ces actions de dépistage. Qu'est-ce que le médecin peut influer sur la volonté ou non d'un patient à se faire dépister ou quand il le voit en consultation. Bon il faut y penser, sinon, si il le voit jamais, parce que ça arrive qu'on a un patient lambda qui vous a pris comme médecin traitant il y a 10 ans et qu'on voit jamais. C'est un peu… je ne sais pas pourquoi ils ont décidé de faire ça. Ils doivent avoir des arguments. Non ?
C'était, je pense, à la base pour motiver les médecins à inciter à faire le dépistage.
Mouais dommage d'en arriver là. S'ils y croient vraiment, ils le feraient non ?
Hum hum.
Moi voilà, moi, les actions de dépistage, c'est vrai que si les patients viennent pour le demander... bah je le ferais. Est-ce que j'y penserais systématiquement, c'est moins sûr. Voilà. Bon je penserais à faire un examen… C'est l'inconvénient des dépistages de masse, finalement, nous on est surtout là pour les dépistages individuels, pour des questions connaissant l'histoire de la patiente, de la famille, ses antécédents, ses craintes, ses questions. C'est plus là notre rôle, plus que sur le dépistage de masse, qui sont finalement plutôt… Dans l'absolu ne nécessite même pas de contact médical. Un exemple tout bête… Les frottis… ça se fait au laboratoire aussi. Il n'y a pas forcément besoin… C'est des actions qui sont un peu dénuées de relation avec le patient… (Silence)… C'est bien ça ? (Rires)

Oui c'est super intéressant.
On parle souvent de dimension collective par rapport au dépistage organisé contrairement au dépistage individuel. Qu'est-ce que t'évoque cette notion de dimension collective ?
Dimension collective… euh… Ça m'évoque une forme de responsabilité. Euh… c'est une action de santé publique, finalement ce n'est pas la santé individuelle qui est au cœur de ces actions c'est vraiment la santé de groupe, on va dire ça comme ça… Et en même temps une forme d'irresponsabilité… (Silence)
Tu veux approfondir ?
Non, c'est euh… c'est comme si tu disais, tiens, je te demande de lire cette prise de sang… Oui, c'est comme un cas clinique quoi… Le calcium est un peu élevé, le cholestérol tiens… Le calcium non, il est normal, pourquoi elle l'a surligné… (Silence)... (Rires)… A moins que l'albumine soit dans les chaussettes… Mais bon voilà, et… Si tu veux, tu n'as pas la dimension que tu as avec ton patient. Donc forcément… Donc oui, une notion de détachement, de bien commun, on peut même dire. Mais donc, peut-être moins l'action du médecin traitant bien qu'il apparaît plus en relais qu'initiateur du dépistage de groupe.
Tu parlais d'irresponsabilité…
Non, j'ai dit irresponsabilité. Bah, il suffirait de revenir en arrière et l'effacer (rires). Non, j'ai dit irresponsabilité, boh non pas vraiment, mais euh… (Silence). Parce que t'as, bon, c'est comme le radiologue qui va lire une image il ne sait pas qui il y a derrière les images. Il n'a que les images. Peut-être pas irresponsabilité, mais le fait que ce ne soit pas personnifié c'est quelque chose de très attitré, et donc c'est vrai qu'on a moins de… peut-être que moi j'en aurais moins. C'est discutable
Je ne sais pas pourquoi j'ai dit ça. J'ai voulu employer un mot qui fasse bien et tout mais… (Rires)
Non, mais c'est intéressant… Quelles sont les difficultés que tu as déjà pu éprouver lors des consultations par rapport au dépistage du cancer du sein ?
Elles se plaignent que ça fasse mal, des fois. Euh… Si, si, elles se demandent pourquoi ça s'arrête à 74 ans. Et après, qu'est-ce qu'on fait ? Euh… Sinon, non, je n'ai pas souvenir… Il faut être honnête, j'en n'ai pas vu des tonnes. Mais dans mes souvenirs, non, mis à part les douleurs de la mammo. Qu'on ne connaît pas. (Rires)
Euh, voilà. Après, j'ai jamais eu de question sur les radiations par exemple. Je sais que des patientes refusent de se faire irradier tous les deux ans pendant quinze ans. Voilà il y en a qui n'aiment pas trop. Voilà.
Est-ce que tu as déjà eu des patientes qui refusaient de faire la mammo ?
Non… non.
Et tu as l'impression que les patientes viennent fréquemment te poser des questions sur la mammographie ?
Non. Je suis désolé. Pas de situation qui m'ait marqué. Autant des mammo… Mais pas dans le cadre d'une consultation. Mais plutôt avec des gens que je connais du coup. C'est peut-être une approche un peu différente avec des amis qui ont des familles à risques de cancer du sein. Mais sinon au cours d'une consultation, je n'ai pas souvenir. (Silence)
Ok. Alors comment est-ce que tu te situes dans la justification de ce dépistage ?
Euh… (Silence). Bah… (Silence). Je sais pas (Rires)… Je ne comprends pas cette question…
Dans le sens où, en ce moment, les gens sont un peu en bisbille à se demander si la mammo est toujours autant justifiée que ce qu'on pouvait penser à la base donc la question c'est plutôt, comment tu vois la mammographie ?
C'est ce que je te disais, je sais que je ne pense pas à la demander, ni à la rechercher. Une des raisons, même inconsciente, c'est qu'elle est là… Je suis assez autonome. J'aime bien être autonome dans la prise en charge de mes patients et c'est vrai que moi je… en tout cas les actions de santé publique, tu vois… Pas la mammo mais… le frottis par exemple, bon, si elle veut le faire, une femme qui se présente pour avoir un frottis, je le fais, si elle me pose des questions, je lui parle plutôt de prévention. Surtout si c'est une gamine de 14 ans qu'ils veulent lui faire en même temps le… le…
Le gardasil ?
Le gardasil, tu vois, je ne vais pas… Parce que, pour le coup, on sort du cadre de la mammo, mais pour le vaccin contre le papilloma, si la gamine de 14 ans vient… En général, ils viennent avec une question.

Ce n'est pas comme la mammographie. Parce qu'il y a plus d'apriori autour des vaccins. Je vais plus lui dire, écoute, si tu ne veux pas le papilloma… évite de…
De papillonner…
Exactement… (Rires)
Et puis de recentrer plus sur autre chose qui, je pense, fait partie intégrante de notre fonction. Baizouiller à droite à gauche, c'est… (Rires)… en tout cas, chacun sa manière d'aborder les questions de prévention. Voilà, pour le cancer du sein, il y a peut-être moins de choses. L'alimentation joue un facteur très important. Si on regarde une cartographie de fréquence du cancer du sein, on peut se rendre compte que certaines régions sont touchées et d'autres pas. Et quand les populations migrent, enfin, c'est comme le cancer colorectal aussi, avec les Japonais qui ont migré aux Etats-Unis… des choses comme ça. Des facteurs exogènes qui sont, qui sont plus importants… En tout cas, pour les populations de masse du coup que les facteurs endogènes. Puisque ceux qui ont un facteur familial de cancer du sein ils vont passer par une phase différente du dépistage. Ils sont beaucoup plus surveillés, de manière plus précoce.
C'était quoi la question ? (Rires)… Ah oui, comment je me positionne…
Euh bah. Non je… je ne me situe pas bien en fait. Je me situe plus dans les actions de prévention.
Voilà, mais ce n'est pas que ça. Faire tous les ans un bilan lipidique… je trouve ça un peu… Bah, je ne le ferais pas.
(Silence)
Mais ce n'est pas bien.
Non, mais après tout…
En fait, tu sais, tu vois les actions systématiques, il y en a quelques-unes qui sont plus importantes que d'autres. La première des choses c'est toucher et examiner ces patients. En tout cas, c'est comme ça que je travaille. Les peser est très important… (Rires)
Et donc voilà…
Est-ce que tu as des choses à ajouter ?
La question de thèse c'est quoi ?
Quelles sont les représentations des internes de médecine générale sur le dépistage organisé du cancer du sein par mammographie ?
Euh… sur les dépistages en général, je pense que j'ai assez dit. Sur le dépistage de la mammographie, on n'a beaucoup moins de contact avec ses patientes, du fait que ça ne passe pas par le médecin traitant. Voilà. Je ne sais pas si ça te suffira…
Est-ce que tu peux me dire ton âge : J'ai 30 ans depuis quelques jours
Eh bien, je te remercie.

Entretien n°2

Entretien du 12/01/2014

Est-ce que tu veux bien me raconter la dernière fois que tu as prescris un acte de dépistage ou la dernière fois que tu as abordé le dépistage avec un de tes patients ?
Euh.. Bah, la dernière fois, c'était pour la doc, un patient qui avait passé la cinquantaine et qui devait faire son test Hemoccult II®. Donc c'était la première fois pour lui et il avait reçu le papier donc il venait chercher son test. Il ne posait pas plus de questions que ça parce qu'il connaissait déjà, vu que sa femme l'avait déjà eu. Euh… donc, bon, j'ai quand même réexpliqué, mais il y avait pas d'antécédents particuliers dans sa famille, de cancer colorectal, et il le faisait parce que bah euh… dans le doute, et puis c'est un dépistage organisé, pour lui il se posait pas plus de questions. Donc euh, en gros voilà, je lui ai donné son test et puis voilà. Je lui ai un peu expliqué le principe, comment le faire et ce qu'on recherchait.
Donc finalement tu trouvais que c'était une consultation assez facile…
Là oui, en plus il venait pour son renouvellement et il avait amené son petit courrier.
Qu'est-ce que tu penses globalement des dépistages organisés ?
Euh… alors je sais qu'il y en a du coup pour les mammographies, le cancer colorectal, après pour la prostate il n'y en a pas vraiment mais beaucoup d'hommes viennent nous voir en nous demandant si on peut rajouter le PSA sur la prise de sang… « parce que moi je connais des gens qui ont eu des cancers, donc euh, voilà, j'aimerais bien être sûr de ne pas en avoir. » Donc là on leur explique que c'est pas forcément sur les PSA qu'on décide, 'fin qu'on voit si il y a un cancer ou pas, et que si il y a un cancer de toute façon il est très lent à se manifester et que, voilà, ça sert pas à grand-chose. Il y en a d'autres qui insistent quand même hein, pour l'avoir, donc voilà des fois on est un peu obligé de céder… on va dire, mais euh, je sais plus la question du coût !
(Rires)
Globalement que penses-tu des dépistages organisés ?
Ah euh, bah, que c'est pratique dans la prévention. En tout cas, ça permet aussi de parler de sujet… de cancer avec les patients. Après, on a quelques études en ce moment sur la mammographie par exemple, qui disent que ça sert pas à grand-chose et que c'est surtout sur la palpation des seins que les patientes, voilà, si il y a un cancer… qu'il y aura un signe clinique…
Hum hum
… et que, en faisant des dépistages par les rayons, par les… voilà… par la mammographie, on a peut-être plus d'effets indésirables ou d'effets qui pourraient provoquer justement des cancers, euh… par rapport… 'fin… c'est toujours le bénéfice/risque. Bon, le cancer colorectal, euh… 'fin c'est pratique quand même, le test n'est pas trop invasif… donc bah voilà, ça c'est un bon test je trouve… euh par rapport à la mammographie, 'fin j'en ai jamais faites, mais euh, on me dit que voilà le test…le… euh… la radio… la mammographie, où on écrase le sein c'est pas très agréable quand même…
(Rires)…
Voilà, donc c'est ce qu'elles me disent en général... mais bon, souvent on le fait quand même. Bon voilà.
Donc toi finalement par rapport au dépistage, quelle est ton impression générale ?
Bah je trouve que c'est bien, parce que ça permet de détecter des choses en amont… euh après euh… 'fin, c'est plus pour se rassurer aussi et se dire que pour le moment il n'y a rien et qu'on recontrôlera dans 2 ans. Après, ça dépend aussi des patients. Il y en a même qui veulent faire des mammographies avant l'âge ou d'autres… ouais qui se disent… enfin, je crois que là on doit parler plutôt des dépistages organisés… Mais oui, je trouve ça quand même bien qu'il y ait des dépistages organisés… Après pour les frottis je sais pas si il y a un… si il y a ou pas des dépistages nationaux organisés ?
Oui c'est pareil je crois, à partir de 25 ans.
Parce que ça, on n'a pas beaucoup de patientes qui viennent nous voir pour ça, après elles vont peut-être plutôt voir leur gynéco. Mais euh, c'est vrai que dans la consultation, j'essaie de le glisser aussi de temps en temps : « oui, est-ce que vous avez fait votre frottis ou »… parce que d'après les études, je crois que c'est aussi prouvé que ça a quand même des effets bénéfiques de découvrir quelque

chose… euh… quand c'est vraiment… euh … quand c'est une petite lésion ou… 'fin voilà, pouvoir prendre ça bien en charge et éviter les complications.

Tu parlais, euh, globalement des dépistages individuels, des personnes qui viennent un peu hors cadre pour demander un examen de dépistage. Qu'est-ce que tu leur réponds dans ces situations-là ?

Euh… alors, bah déjà je leur demande pourquoi. (Rires) !

Pourquoi est-ce qu'ils veulent un dépistage. Alors souvent c'est parce qu'il y a un antécédent dans la famille. Après euh… quand il y a des femmes qui demandent des mammographies et qu'il y a un antécédent, bah du coup j'accepte, voilà, volontiers parce que, voilà… après, même si elle n'a pas ressenti de masse ou de nodule au niveau du sein… Après, c'est vrai qu'il y en a d'autres qui viennent parce que justement elles ont vu quelque chose euh.. elles ont un doute parce que… lors de la douche, ouais, elles ont senti une petite masse, elles savent pas trop. Moi quand je ressens rien non plus, bah je leur fait quand même, parce que voilà quand elles ont ressenti quelque chose, euh fin, dans le doute il vaut mieux vérifier… après… ouais… voilà…

(Silence)…

Qu'est-ce que tu penses de la prescription de la mammographie dans le cadre du dépistage organisé, par le biais de la lettre d'invitation, sans nécessité de passage chez le médecin traitant ?

Euh… bah, on reçoit le résultat quand même... Après euh… voilà… 'fin euh, je pense que les patients sont aussi responsables et si ils trouvent… 'fin si ils voient qu'il y a un résultat qui est un peu bizarre sur la mammographie… euh, ils viendront voir le médecin traitant et puis euh, même nous, si on a le résultat si on trouve que c'est bizarre… 'fin, si on a un ACR 3, 4 et que... fin… bah voilà, on appelle le patient et on dit : « oui faudra quand même venir nous voir, on va peut-être redemander un avis… faire d'autres examens… »

Hum hum

Ouais, après, il faut qu'ils aient un médecin traitant… Pour…

(Rires)…

… pour que ce soit… que ce soit suivi quoi…

Après, la question c'était aussi finalement, plutôt avant qu'elles passent leur mammographie, où pour le cancer colorectal ou le col, elles viennent en consultation alors que pour la mammographie elles y vont directement.

Ahhhh… (Silence)

Bah, je sais pas trop en fait… C'est vrai que je n'avais pas trop réfléchi à la question… euh… mais la mammographie… 'fin, il serait venu, on aurait fait un examen au niveau des seins… Voir si il n'y avait pas… ouais une masse… leur expliquer aussi comment palper leurs seins… etc… mais… c'est vrai que c'est souvent les patientes, on les voit, voilà pour les choses aiguës, 'fin quand elles sont pas suivies au long cours. Le fait qu'elles fassent leur mammographie, ça permet quand même après, si elles viennent avec les résultats, d'en discuter. Après, je sais pas si elles font toutes ça, de revenir… mais oui… c'est vrai que… ouais je sais pas trop en fait. Elles pourraient venir avant pour en discuter, mais si elles viennent après, c'est un peu pareil, donc euh… c'est vrai que je sais pas trop…

(Rires).

Moi je préfèrerais quand même qu'elles viennent avant, mais… après, euh…. 'fin c'est plus pour la prévention, leur dire comment faire. Même si la mammographie est normale, qu'elles continuent à palper quand même de temps en temps au niveau des seins… voilà pour surveiller quoi… Donc … oui, en fait… je crois que je préfère quand même qu'elles viennent avant !

(Rires)…

Que penses-tu de la rémunération des médecins par rapport aux objectifs de santé, en ce qui concerne les dépistages ?

Euh… bah, c'est une incitation pour nous, médecins généralistes, d'en parler plus pendant la consultation… 'fin après, c'est plus pour que les patients soient suivis sur ce plan là. Euh… c'est pas une obligation non plus de le faire. Mais c'est vrai que c'est une prime je crois quand… quand t'atteins un objectif de distribution des Hemoccult II® ou un nombre de frottis… euh… Je trouve ça… 'fin, je trouve ça pas si mal en fait… parce que ça nous récompense entre guillemets. Mais bon, après… ils contrôlent un peu ce qu'on fait quoi… c'est surtout ça le souci ! (Rires)

Après, ça peut aller sur d'autres sujets… 'fin d'autres thèmes. Je sais pas trop comment ça va évoluer… Pour la rémunération de ce côté… oui, ça me pose pas de soucis. En tout cas, pour la prévention…
On parle souvent de dimension collective par rapport au dépistage organisé, contrairement au dépistage individuel. Qu'est-ce que t'évoque cette notion de dimension collective ?
(Silence)…
Euh… ben… je sais pas trop…
(Silence)…
Par exemple pour la mammographie… d'irradier tant de femmes pour retrouver peu de cancers ??
Oui, c'est un peu l'idée de la question…
Euh… Bah après… les femmes sont pas forcément obligées de faire la mammographie. Après, c'est sûr que c'est très conseillé. Enfin, que c'est conseillé par le dépistage… Euh… c'est vrai que… lors de la mammographie, on leur parle pas forcément des effets indésirables, euh, voilà de… la radiation que ça engendre, que… il y a des risques aussi, hein, forcément, avec… C'est un examen qui n'est pas si anodin que ça en fait, mais euh… comparé aux risques et aux bénéfices… euh… je sais pas si on pose la question aux femmes… Est-ce que elles, elles préfèrent faire la mammographie, même si elles pensent qu'il n'y a rien… Ou si elles préfèrent, 'fin… ne pas la faire et attendre qu'il y ait une masse… ou… je pense que ça dépend aussi des femmes. Après, je sais pas si elles ont toutes les explications sur ça… mais je crois que je m'embrouille un peu dans ce que je dis !
(Rires)!
Euh… après euh… 'fin dans la dimension collective… euh… j'me dis que sauver deux vies, comparé à l'irradiation chez certaines femmes qui n'auront pas forcément des conséquences, ça peut quand même être utile. Après, c'est vrai, il faudrait peut-être poser la question aux patientes à ce moment-là, quoi !
Hum hum
… de savoir si elles… euh 'fin, elles se, entre guillemets, sacrifieraient pour une petite dose de radiation, plutôt que de trouver un cancer chez une femme… Pouvoir le guérir... c'était ça la question ? J'ai pas une très bonne réponse…
Non c'est très bien !
Est-ce que tu as déjà rencontré des difficultés lors des consultations par rapport au dépistage du cancer du sein ?
Non… après voilà, comme il y a un courrier officiel, il y a pas de difficulté, sachant que c'est pas un examen super invasif, quoi… après je pense que c'est quand même rentré dans leur idée qu'il faut faire des examens pour détecter des choses en amont et que ça peut être utile pour eux… pour éviter d'avoir des maladies graves à un stade évolué quoi…
Hum hum… Donc finalement tu n'as pas rencontré trop de difficultés en consultations ?
Lors des consultations non… Pour l'instant, j'ai pas eu de refus, ni trop de questions compliquées. Elles ne posent pas beaucoup beaucoup de questions dessus finalement ! (Rires)
Est-ce que tu abordes des fois la notion bénéfice/risque quand les patients viennent te parler du dépistage organisé du cancer du sein ?
… Quelquefois sur les mammo on retrouve juste un nodule, qui est bénin, qui va… 'fin… qui va mener à l'écho, quelque fois à la biopsie, alors que finalement y'a pas grand-chose… Voilà là, c'est plus un truc invasif… euh… après euh… c'est vrai que souvent le dépistage a plus de bénéfice que de risque. Voilà, c'est pas super contraignant de faire une mammographie…Donc euh.. l'un dans l'autre il y a plus de bénéfice à retrouver quelque chose qui peut être guérissable… 'fin qui peut être soigné, plutôt que de rien faire…
Hum hum
… 'fin… et de risquer justement d'avoir une maladie évoluée…
Ok… Alors spécifiquement par rapport au dépistage organisé du cancer du sein, comment est-ce que tu te positionnes dans la justification de ce dépistage ?
(Silence)…
Bah, après on lit pas mal de trucs en ce moment. (Rires)… sur les mammographies... euh… Comment je me positionne ? Ça veut dire si je suis pour ou si je suis contre ?
… Pour faire court c'est un peu l'idée, mais en plus développé !
(Rires)

Bah ce que… oui, ça peut être utile je trouve de faire des mammographies à partir de 50 ans… Maintenant on lit plein de trucs disant… bah je l'avais déjà dit au début… bah que les cancers du sein sont le plus souvent retrouvés par la palpation manuelle des femmes… qui demandent ensuite une mammographie, parce qu'elles ont ressenti quelque chose… plutôt que sur le dépistage. Mais euh… voilà, le dépistage ça retrouve quand même quelques femmes… quelques cancers qui auraient pu être... 'fin, qui ont pu être pris en charge à temps vu que… voilà, si ils avaient laissé traîner ça. Peut-être que finalement elles l'auraient pas remarqué… donc c'est un peu… 'fin c'est compliqué comme question…. (Silence)…
Parce que oui, ça dépend des femmes en fait... Y'a des femmes à qui ça va sauver la vie et d'autres… voilà qui auraient pas… 'fin qu'on aurait pas embêtées avec ça et qui n'auraient pas eu de souci particulier non plus… C'est compliqué !! (Rires)
Et finalement, quand tu vois les femmes qui ont la cinquantaine et que vous évoquez la mammographie, est-ce que tu parles finalement de tout ça ?
Pas toujours… bah c'est vrai que c'est intéressant de discuter… mais euh… ouais… c'est vrai que je le fais pas toujours… humm… Quand elles me posent des questions sur la mammographie, je leur explique un peu, bah, comment ça se passe si elles l'ont jamais fait…et puis euh… ouais… ce qu'on peut retrouver, ce que ça peut engendrer… mais euh… c'est vrai que la mammographie, du coup finalement, j'ai pas eu beaucoup de consultations sur ça parce qu'elles y vont directement… Donc euh… voilà. J'en n'ai pas eu beaucoup beaucoup des patientes qui venaient pour ça. Il y en a une qui est venue parce qu'elle avait perdu son papier !
(Rires)
Elle avait besoin d'une ordonnance, mais dans le cadre de la Doc aussi. Mais c'est vrai que sinon j'en n'ai pas eu beaucoup à prescrire, hormis celles qui venaient spontanément parce qu'elles avaient ressenti quelque chose. Mais après, c'est vrai qu'on a beaucoup de résultats aussi dans les bios 'fin dans les… 'fin sur apicript avec toutes les mammo qui reviennent et finalement on ne connait pas les patientes, donc c'est juste écrit « à confronter à la clinique… (Rires)… Et contrôle dans deux ans ».. Donc y'a pas grand-chose !
Est-ce que tu as déjà eu une patiente qui ne voulait vraiment pas faire la mammographie ?
Euh… j'en n'ai pas eu… mais après, si j'en ai une, j'expliquerai tout ça, bah, que y'a des risques et des bénéfices. Bah, ça dépend aussi de ses antécédents s'il y a quelque chose dans la famille… Après, c'est son choix de faire un examen ou de ne pas le faire, donc euh... voilà, je ne pourrais que lui donner les informations. Après c'est à elle de faire son choix… voilà… Je suis pas forcément pour faire la mammographie à tout prix. Je pense que ça dépend de chaque patiente.
OK très bien… est ce que tu as des choses à rajouter ?
(Silence)…
Euh… y'a rien qui me vient pour l'instant… (Rires)
Ok ça marche

Age 26 ans
Semestre : j'ai terminé en novembre je suis remplaçante maintenant.

Entretien n°3

Entretien du 21 janvier 2015

Pour commencer, est-ce que tu peux me raconter ta dernière consultation qui concernait le dépistage organisé ?
Bah, la dernière fois qu'on m'a parlé de dépistage, c'est plus des connaissances qu'ils me demandaient… Pendant mon niveau 1, j'avais pas mal de dames qui venaient pour des FCV, mais c'était très routinier quoi, c'était des dames qui venaient pour…
(Silence)
Hum hum
Donc pour le… pour venir faire 'fin. La dernière dont je me rappelle, elle devait avoir une quarantaine d'années, elle venait pour son suivi gynéco et puis ça faisait déjà trois fois qu'elle reculait pour faire le frottis, elle voulait pas, elle avait ses règles ou c'était pas possible. Donc là, on l'a un peu forcée, du coup on a fait le frottis et puis voilà…
Ok, est-ce que c'est une consultation qui t'a posé problème ? Est-ce que tu as déjà ressenti des difficultés par rapport au dépistage organisé dans certaines consultations ?
Non, ça va… 'fin, à part que effectivement, les dames en général, il faut bien les pousser pour qu'elles veulent bien faire, pour qu'elles acceptent le frottis… sinon… non pas particulièrement.
D'accord… Et globalement les dépistages organisés tu en penses quoi ?
Bah je pense que c'est bien.
(Rires)
C'est important, c'est des choses qui permettent de dépist… de trouver des choses précocement, pour pouvoir les traiter. Je pense que c'est important. Et puis, c'est des actes qui sont peu invasifs et qui sont simples.
En ce qui concerne ma thèse, je m'intéresse plus particulièrement à la mammographie. Tu peux me dire ce que tu en penses spécifiquement ?
Je pense que c'est un des plus importants (Rires) !
C'est un qui n'est pas du tout remis en cause, comme les PSA ou les touchers rectaux… et la mammographie c'est démontré que ça retrouve plein de débuts de cancers… donc que c'est important… voilà, donc il faut réussir à les faire, mais c'est vrai que… c'est difficile d'y penser au bon moment et toujours… sans jamais oublier. Donc voilà.
Ok très bien. Euh… en fait pour les autres dépistages, les patients viennent nous voir et on a un peu une consultation dédiée au dépistage organisé en question. Pour ce qui en est de la mammographie, les patientes reçoivent une lettre d'invitation sans passage médical avant la mammographie.
Ouais… c'est… ça complique notre suivi, ça c'est sûr… ça évite des erreurs de notre part. 'fin, des oublis de notre part… le fait qu'ils reçoivent un courrier…
(Silence)…
Est-ce que tu penses qu'il y aurait une nécessité pour qu'ils reçoivent une lettre, comme pour le test Hemoccult II® mais qu'il y ait en plus une consultation dédiée chez le médecin ?
…
Non, je ne pense pas. Parce que c'est des patientes qui ont souvent déjà un certain âge, donc qui sont déjà suivies pour quelque chose ou au moins… 'fin, que de toute façon, le médecin va voir de toute façon au moins une fois par an. Si on arrive à tenir à peu près à jour et à leur demander à peu près à chaque fois, on doit pouvoir être capable de le faire sans avoir à provoquer une consultation en plus qui provoque des frais de santé en plus… c'est pas forcément nécessaire d'après moi.
Comparé à la mammographie, le test Hemoccult II® nécessite plus d'informations.
Donc finalement, pour toi, la consultation a pour intérêt d'expliquer le test en question. Et comme la mammographie est réalisée par le radiologue, il n'y a pas forcément besoin de passer par le médecin traitant.
Bah… faut… euh…. 'fin… si, par le passage par le médecin traitant… après, pour les résultats, je pense que c'est nécessaire.
Hum hum

Parce que je pense qu'il faut leur expliquer les résultats, et puis nous, ça nous permet d'avoir le suivi et vérifier qu'elles y soient allées sinon les pousser à y aller. Mais après la consultation pré-examen… pas forcément.

Ok… Tu sais aujourd'hui les médecins sont rémunérés en partie en fonction des objectifs de santé atteints. En l'occurrence on est rémunéré en fonction des taux de participation de nos patientes à la mammographie. Qu'est-ce que tu en penses ?

Je suis pas sûre que ce soit comme ça qu'il faille faire. On n'a pas besoin d'une carotte comme ça pour suivre nos patients correctement…

(Silence)…

Et que… après, j'ai pas d'idée particulière pour savoir comment est-ce qu'il faudrait que la rémunération soit mieux. Mais je pense vraiment que les médecins généralistes n'ont pas besoin d'une carotte pour euh… pour s'efforcer à suivre leurs patients comme de toute façon ils le feraient, donc… C'est comme ça que les gouvernements… c'est pour ça qu'ils ont créé ces rémunérations sur objectif de santé… Je pense que c'est pas la meilleure façon de faire… je pense il vaut mieux… 'fin … valoriser le travail en général et pas juste… ouais revaloriser les consultations, le … ou alors revaloriser si il y a des consultations qui prennent plus de temps… plutôt que sur ces objectifs qu'on essaie de suivre au mieux. Mais si on n'y arrive pas, il faut nous aider à y arriver et pas juste…. Nous dire que… qu'on n'aura pas les… je sais pas combien c'est d'ailleurs…

(Rires) !

Par rapport au cancer du sein et son dépistage, est-ce que tu as déjà eu des difficultés dans certaines consultations ?

Hum… sur le dépistage organisé, pas particulièrement, parce que c'est assez clair comment ça fonctionne. Donc je sais pas comment répondre. Après, pour le dépistage individuel… niveau palpation tout ça, c'est plus difficile pour moi de savoir si je palpe quelque chose d'anormal ou pas… Je pense que c'est l'expérience qui manque. (Rires)

Comment est-ce que tu te situes en tant que médecin par rapport au dépistage organisé du cancer du sein ?

(Silence)…

Oh… je sais pas !...

(Silence)

Motivationnelle… Pour motiver les gens à le faire.

Et justement par rapport à une femme qui n'a pas forcément envie de faire sa mammographie, qu'est-ce que tu vas lui dire pour la motiver ?

Oh, que c'est simple et, c'est pas totalement indolore, mais c'est pas si pénible que ça, que c'est pas du tout invasif, que 'fin, on peut leur dire, pour les personnes qui sont dans des situations de précarité, que c'est totalement remboursé et que c'est… ça permet de dépister vraiment beaucoup de choses et donc de guérir vraiment beaucoup de femmes. Alors que jusque-là le cancer du sein c'était très… ça avait une mortalité très importante… parce que justement depuis qu'il y a le dépistage il y a de moins en moins de mortalité. Donc voilà, c'est important.

Ok. Est-ce que tu abordes la question bénéfice/risque par rapport à la mammographie ?

Peu… (Rires)… parce que je … pour moi y'a… elle est tellement supérieure à zéro que je l'aborde pas avec les patients. Peut-être que je devrais… C'est vrai il y a l'irradiation et après… les difficultés psychologiques liées aux résultats si c'est pas bien encadré…

Quand on parle de dépistage organisé, on parle souvent de « dimension collective ». Qu'est-ce que ça t'évoque cette dimension collective ?

(Silence)…

Bah… dans ce cas-là je pense que les… (Silence)

Dimension collective, c'est pour réduire les risques au niveau de la population générale. Donc euh, dans le cadre du cancer du sein, les risques au niveau de la population générale c'est surtout majorer les frais de santé. Qu'y ait une femme qui décède plus jeune que la normale… Que ça n'a pas forcément d'importance collective, ça a de l'importance pour elle et pour sa famille, pour son entourage, mais pas collective. Donc dans ce cas-là, collectif, c'est plutôt réduire les frais de santé.

En fait, il me semble que dimension collective c'est aussi dire qu'on va faire le dépistage sur des milliers de personnes pour finalement ne retrouver que quelques cancers et ne sauver que quelques vies.
Bah c'est… c'est une condition nécessaire, sinon c'est impossible… sinon on ne détectera rien du tout, donc… donc… je sais pas, c'est obligatoire quoi.
Est-ce que c'est le genre de chose que tu vas aborder avec tes patientes ?
Non, pas particulièrement, je pense que ce qui les intéresse c'est plus leur cas… donc euh… non pas vraiment. J'aurais pas le temps sinon, dans mes consultations. Déjà que j'ai pas le temps… donc non pas trop.
Ok ça marche ! Est-ce que tu as des choses à rajouter par rapport au dépistage organisé ? La mammographie ?
(Silence)…
Là, comme ça… non, j'ai juste un peu discuté il y a peu de temps avec des radiologues. Je sais que pour eux c'est difficile, parce que c'est des lectures très compliquées et qu'ils savent qu'ils font beaucoup d'erreurs et que souvent rétrospectivement ils changent d'avis quand ils ont la mammographie d'après. Ça veut dire que même en la faisant à beaucoup de monde… que… y'a toujours des erreurs… et des faux négatifs, qui faut… et donc il faut pas se dire que parce qu'elle a fait sa mammographie il y a 3 mois, c'est sûr que il y a rien.
Hum hum.
Et que… si elle vient avec une plainte. Bah que si elle vient avec une plainte il faut quand même vérifier je pense.
Hum hum… et faux positif, faux négatif, c'est le genre de chose que tu évoques avec tes patientes ?
Hummm… non pas tellement… non… faut… non pas avant qu'elle la passe en tout cas. De toute façon... Comme de toute façon je vois pas l'intérêt de la consultation avant !
(Rires)
C'est vrai que ça pourrait être un intérêt de la consultation d'avant. Evoquer la dimension collective, les faux positifs et faux négatifs !
Hum hum.
Parce que finalement les faux positifs avec tous les examens qui peuvent en découler ça peut faire partie des risques finalement liés à la mammographie.
(Silence)…
Mouais mais est-ce qu'il vaut mieux pas… après, du coup, faudrait en parler plus aux femmes pour qu'elles puissent prendre leur décision, de savoir si elles veulent le faire ou pas…
Mais du coup qui peut en parler aux femmes si…
Si ce n'est nous ! oui. (Rires)
Je pense que ça dépend aussi des femmes qu'on a en face de soi. Je pense qu'il y en a beaucoup qui sont pas capables de comprendre et par contre, il y en a qui seraient capables de comprendre et que ça intéresserait… mais si… c'est très compliqué… parce que, si on leur parle de ça, et que du coup y'en a la moitié qui veulent plus faire le dépistage on perd la dimension collective et si on leur en parle pas… et si on décide de pas leur en parler pour ces raisons-là, c'est un petit peu… contraire à l'éthique quoi... Ça veut dire qu'on leur laisse pas le choix parce que ça a été décidé au niveau national, au niveau des santés publiques que… plus personne n'a le choix de faire ce qu'il veut.
Toi, c'est l'impression que tu as ? Que par rapport au dépistage on n'a plus la possibilité de faire ce que l'on veut ?
Bah… Nous personnellement on a une formation qui nous dit que c'est bien et que c'est important. Donc, on aurait envie que toutes nos patientes le fassent. Mais c'est vrai que du coup on a… enfin, moi en tout cas, et ça se voit dans les réponses que j'ai données depuis le début…. C'est que je les pousse dans un sens, dans le sens que moi je pense que c'est bien, sans forcément réussir à leur expliquer toutes les… tout le reste… donc c'est… plus on y réfléchit plus c'est dangereux !!
(Rires)
C'est ça !…
Je pense que… je suis pas sûre qu'il y ait beaucoup de monde qui se rende compte qu'on omet… 'fin qu'on fait exprès de pas leur en parler quoi. Et dans les plannings des médecins, avec plus en plus de

patients, il y aura de moins en moins de temps pour la place dans ce genre de… de consultation malheureusement.

Donc pour toi, le temps c'est quand même un gros frein pour évoquer tous les dépistages avec tes patients

Ouais pour rentrer… pour bien rentrer dans les détails, pour bien tout leur expliquer. Mais pas que les dépistages… Pour plein d'autres choses. Hein... pour bien tous leur expliquer les enjeux de tout ce qu'on leur propose de faire, euh… effectivement, c'est un souci.

Est-ce qu'il y avait autre chose que tu aurais voulu évoquer ?

Non… du coup, ça m'a rappelé cette conversation que j'avais eue la semaine dernière… mais c'est tout

Age 26ans
3ème semestre

Entretien n°4

Entretien du 22 janvier 2015

Alors est-ce que tu peux me raconter la dernière fois que tu as prescrit un acte de dépistage ou la dernière consultation qui concernait un dépistage organisé ?
Euh… alors, euh c'était un frottis… du coup c'était hier d'ailleurs. En fait j'ai examiné la patiente et en fait, je lui avais demandé si elle avait des problèmes gynéco, des brûlures vaginales et, en fait, en l'examinant j'avais quand même l'impression d'avoir une petite lésion au niveau du col… et du coup euh… je lui ai proposé de faire le dépistage et, en fait, ça faisait un moment qu'elle ne l'avait pas fait, donc du coup bah voilà… on l'a fait…
Ok… Est-ce que c'est une consultation qui t'a posé problème d'une façon ou d'une autre ?
Par rapport au dépistage ?
Oui…
Euh non… j'ai jamais eu vraiment de difficultés… en général les gens euh… le font, le font, le font bien… quand on leur explique en quoi ça consiste… non, ils le font assez régulièrement. Alors ça m'est arrivé par contre d'avoir des patientes qui ne l'avaient jamais faite… euh… notamment j'avais une patiente qui était, humm… euh… euh je crois qu'elle était martiniquaise… en fait, elle avait jamais eu d'examen gynéco, elle avait déjà eu un enfant, elle n'avait jamais fait de frottis… Donc du coup, je lui ai proposé d'en faire un. Elle a accepté aussi. En fait, je pense que quand on accepte… quand on informe les gens correctement on… 'fin, ils comprennent et le font sans problématique. J'ai eu juste une fois une patiente qui ne l'a pas fait, mais dans un contexte un peu particulier. Elle était enceinte, donc en début de grossesse… et euh… je lui ai proposé de faire le dépistage. Et en fait, je crois qu'elle appréhendait l'examen. Je crois qu'elle n'en avait jamais fait non plus. Et donc du coup, elle avait peur que ça influe sur sa grossesse donc elle n'a pas voulu le faire…
Hum hum.
Mais après, elle le fera après… donc y'a pas de… 'fin voilà, c'était un refus… mais plutôt … c'était pas vraiment un refus.. mais plutôt…
Reporter l'examen après la grossesse…
Voilà, elle a reporté l'examen.
Ok… Moi, ma thèse c'est un peu plus par rapport à la mammographie et le cancer du sein.
Okay…
A ton sens, qu'elle est la place du médecin généraliste dans le dépistage du cancer du sein ?
… Elle est pas évidente…
(Rires)
Moi je la trouve pas très facile, parce que en fait… euh… euh… on sait que… 'fin, maintenant il y a quelques études qu'ont montré qu'en fait le dépistage du cancer du sein ne montrait pas de… n'avait pas d'incidence sur la mortalité. Euh… et qu'au contraire c'était même… euh… c'était même plutôt… 'fin même plutôt délétère, puisqu'on faisait des mastectomies aux femmes… euh… délabrantes… avec un… des effets indésirables, des effets sur l'esthétisme… euh les effets psychologiques, qui sont quand même difficiles à vivre… et que finalement, ça n'avait pas vraiment de résultat sur la mortalité…
(Silence)…
Donc, du coup, moi je… je… j'ai du mal à me positionner par rapport à ça… Ça m'est pas encore arrivé d'être en situation d'expliquer le… 'fin, la mammographie… euh… voilà, donc la position est un peu difficile du coup parce que en même temps il y a une telle propagande publicitaire sur le dépistage du cancer du sein euh… que du coup… bah euh l'information elle est difficile à mettre en place.
Humhum…
Parce que les gens ont déjà des idées préconçues. 'fin qui sont, qui sont… faites par la télévision, par les pubs… 'fin voilà.
Hum hum.
Même à la radio on entend des choses sur le dépistage aussi… donc euh... donc voilà, faut faire avec, en même temps il faut pas... 'fin, il faut laisser le patient choisir… Donc voilà, mais je pense qu'il faut qu'on les informe quand même… que maintenant c'est un peu mitigé… ou controversé. Voilà…

Hum hum… tu penses que tu parviendrais à aborder cette question avec tes patientes au cours d'une consultation ?
Alors euh... j'ai… pour l'instant, ça m'est jamais arrivé de me retrouver en situation mais… oui je pense que si… si ils me demandaient ou si ils me posaient des questions à propos des dépistages... Je pense que oui… je leur donnerais un peu de doc… 'fin… 'fin voilà. Après j'ai pas encore recherché… Je crois que Prescrire fait une fiche patient sur la mammographie… il me semble… je suis pas sûre... 'fin, mais voilà. Je leur donnerais aussi un support euh… pour leur expliquer un petit peu et qu'ils puissent le lire à la maison aussi surtout.
Ok…
Et réfléchir quoi.
Hum hum…
(Silence)
Qu'est-ce que tu penses de la prescription de la mammographie par le biais de la lettre d'invitation, sans nécessité de passage préalable par le médecin traitant ?
C'est pratiquement tous les patients que je vois en fait… sauf que c'est un peu… je trouve que c'est pas forcément… 'fin ça a des côtés positifs et des côtés négatifs… Le côté positif… bah, c'est qu'en fait...bah c'est dépistage de masse, donc du coup, tout le monde a la lettre, tout le monde y pense et tout le monde le fait. En gros voilà… ça permet d'y penser et de pas oublier personne… euh… voilà… alors que… Mais par contre, du coup, ça limite un peu la prise en charge parce qu'on peut pas vraiment en discuter… puisque les patientes souvent ils viennent, ils ont déjà fait leur mammographie, parce qu'ils ont déjà leur papier avec eux… par la sécu justement et donc du coup… euh… je pense que ce qu'il faudrait faire c'est, à la limite… c'est faire, euh… plutôt que de leur dire de faire le dépistage… de leur dire d'aller voir leur médecin traitant pour discuter du dépistage… Ça pourrait être une solution… par exemple
(Silence)
Un peu comme le test Hemoccult II® ? Où ils reçoivent la lettre d'invitation, mais ils doivent aller voir leur médecin pour… euh…
Ça c'est bien… voilà… exactement… ça c'est plutôt bien. Où là on doit leur donner tout le petit matériel et tout ça… et du coup, on peut en discuter… ne serait-ce que parce qu'il y a des patients qui sont inquiets aussi. Qui savent pas très bien à quoi ça correspond… Donc je pense qu'il y a besoin d'une information…
Et s'il existait une consultation « pré-mammographie », quels sont les sujets que tu aimerais aborder avec tes patientes ?
Bah… alors euh… pfiou… les sujets que j'aimerais aborder avec les patientes. Bah déjà leur demander qu'est-ce qui les inquiète, pourquoi elles veulent faire le dépistage. Et puis après, c'est surtout la patiente qui guide la consultation… Donc je pense qu'au fur et à mesure, les questions vont… si on laisse la place aux patientes de pouvoir s'exprimer, elles vont poser des questions spontanément. Après, comme je te le disais, je leur laisse la fiche d'information, je leur explique les avantages et les inconvénients de ce test… bah voilà, pour qu'ils puissent eux-mêmes prendre la décision… et savoir si oui ou non ils vont le faire quoi…
Hum hum.
Sinon, tu sais, les médecins sont rémunérés sur « objectifs de santé » et…
Ouais…
… en particulier pour le taux de participation de leur patientèle à la mammographie… Est-ce que tu peux me dire ce que tu en penses ?
(Rires)… Je trouve ça nul !!!
(Rires)
Parce que du coup ça met… ça met en… 'fin, je trouve que c'est pas du tout adapté… qu'ils sont encore dans le « à fond dans le dépistage du cancer du sein », alors que maintenant c'est controversé… Donc euh… la rémunérer c'est inciter à la faire… donc euh… non… non, je ne trouve pas ça bien. Ça fait qu'on n'est plus libre dans notre pratique… quelque part c'est une perte de liberté dans notre pratique quoi…
Hum hum… en même temps elle est encore fortement recommandée par la HAS…
Tout à fait, en même temps la HAS elle n'a pas forcément que des bonnes idées…

(Rires)
'fin, il faut… il faut… il faut essayer de critiquer les recommandations de la HAS… parce qu'elles sont pas toujours basées sur des grades… 'fin, comment dire… 'fin sur des hauts grades… des fois c'est des grades C… 'fin voilà… Bon je pense qu'il faut aussi... même si effectivement faut quand même se référer aux recommandations, faut aussi quand même mettre un doute et essayer de les critiquer, parce que je pense que y'a… la médecine évolue de toute façon donc… faut faire et défaire… voilà…
Ok… une autre question… tu sais, quand on parle « dépistage organisé », on parle souvent de dimension collective liée à ce dépistage. Qu'est-ce que cela représente pour toi ?
Le but du dépistage c'est de toucher le maximum de population… donc je pense que c'est pour ça le dépistage collectif… c'est-à-dire que c'est pour tout le monde pareil… y'a pas de… c'est pas adapté, euh… aux antécédents ou aux… 'fin, ou au passé médical de la personne. Ca vise la population générale. Je pense que ça veut dire ça collectif…
…
Pour moi « dimension collective » ça représente plutôt proposer le dépistage à un maximum de personnes pour dépister quelques cancers…
Hum hum…
Bah… pff… je trouve que c'est… 'fin, je sais pas… je sais pas trop… Mais trouver un cancer… est-ce que déjà la personne va mourir de ce cancer plus rapidement ou moins rapidement si il avait été dépisté ou pas… C'est surtout ça la question…
Hum hum.
Parce que après, le trouver d'accord… mais après… 'fin voilà, je sais pas si ça a vraiment… je sais pas trop comment me positionner par rapport à ça… parce que je me pose plutôt la question de, d'accord c'est bien de le trouver, mais qu'est-ce qu'on en fait après ?
Hum hum.
Si on n'a pas de traitement… 'fin, on a des traitements… mais est-ce que ça justifie ? 'fin y'a certaines études qui ont montré que ça n'avait pas d'incidence sur la mortalité… 'fin voilà… je sais pas trop après… peut-être que les traitements améliorent les… comment dire… le quotidien des patients… mais je suis pas sûre non plus parce que c'est des traitements qui sont lourds… euh… 'fin, voilà. Et puis après, comme je te le disais il y a aussi l'esthétisme. J'ai vu des gens… une fois qu'on a un cancer, on rentre dans une dimension qui est quand même… qui est quand même difficile à vivre pour le patient, l'entourage… ça implique aussi pour la sécu… fin y'a plein de… y'a plein de choses finalement… est-ce qu'il est vraiment réalisable ce dépistage ? Je sais pas…
Hum hum.
Est-ce que tu as l'impression que la mammographie c'est un examen adapté pour le dépistage du cancer du sein...
Bah, je suis pas sûre… après, c'est un examen qui… qui n'est pas… 'fin qui est presque pas douloureux, qui est facile à faire, qui est reproductible… 'fin comme tout… selon la définition du dépistage… alors après, j'ai pas de proposition pour faire autre chose… mais…
(Silence)…
Ce serait perfectible ?
(Rires)…
Probablement… Mais la question vraiment qu'il faut se poser c'est est-ce qu'il faut vraiment faire un dépistage ? Mais bon…
(Silence)…
Après, je suis pas sûre que ce soit quelque chose que les femmes aujourd'hui soient prêtes à entendre…
Ah bah oui… complètement… ça c'est parce que… bah, déjà la maladie fait peur… fin, c'est une maladie grave. C'est une maladie qui fait mourir… donc effectivement par rapport à cette dimension-là, elle prend une place importante. C'est normal… après euh… je pense que si on… 'fin si… effectivement, après c'est à la patiente de décider, mais avec les… les… 'fin, tout ce qu'il y a comme information autour, on voit aucune information qui dise « faut-il faire le dépistage ? »…. 'fin, ils disent « faut faire le dépistage », donc forcément les gens… c'est… ils écoutent quoi… si ils n'ont pas la connaissance médicale et ils essayent de… de… si on les informe en leur disant « faut faire le dépistage » bah, ils le

font quoi… Après, moi je sais que je connais des collègues qui expliquent aux patientes les données qu'on a actuellement. Et en fait, ça arrive qu'il y ait des patientes qui font pas le dépistage…
Hum hum.
Voilà… mais après, j'ai pas la réponse à la question… Je ne sais pas s'il faut le faire ou pas... tout ce que je sais c'est que maintenant c'est controversé et y'a des doutes sur le dépistage.
Hum hum… ok.
Est-ce que ça t'est déjà arrivé d'avoir des patientes qui refusaient la mammographie ?
Non, non, ça m'est jamais arrivé… Non, j'ai jamais eu de patiente qui ne voulais pas faire son dépistage.
Hum hum.
Ok, eh bien je crois qu'on a fait le tour des questions… Est-ce que tu as des choses à rajouter ?
Euh non, pas spécialement… non

Age : 28 ans
6ème semestre

Entretien n°5

Entretien du 26 janvier 2015

Pour commencer est-ce que tu peux me raconter la dernière fois qu'au cours d'une consultation vous avez parlé dépistage avec un patient ?
Bah ça va remonter à longtemps du coup… euh… bah voilà je demande aux gens quand ils sont dans la cible si leur médecin, parce que je fais des remplacements, donc si leur médecin… 'fin si ils ont déjà fait leur mammographie, de quand date la dernière, le dernier frottis… 'fin voilà quoi. Pour les autres, si leur médecin leur fait le toucher rectal pour le cancer de la prostate… voilà je leur demande et puis si c'est pas fait je leur en parle et je leur propose de le faire.
Ok… tu peux me parler de la dernière consultation dont tu te souviennes ?
Bah… ça va remonter… c'est… c'est trop loin. Parce que là je suis à l'hôpital donc… je n'ai pas d'exemple en particulier.
Et globalement les dépistages organisés qu'est-ce que tu en penses ?
Je pense que c'est une bonne chose… une bonne chose parce que effectivement c'est prouvé que plus on dépiste autour, plus… on arrive à … 'fin à temps pour soigner la lésion avant que ce soit trop… trop grave. Après avec le risque qu'on dépiste des choses qui finalement seraient peut-être bénignes aussi… toujours pareil… non, non moi je suis plutôt pour. Plutôt pour. Ça permet de prendre les choses à temps
Et plus spécifiquement par rapport aux cancers gynécologiques, est-ce que tu as un point de vue particulier ?
Non… pas de point de vue en particulier… bah c'est pour tout… pour tous les dépistages pareils. A partir de 50 ans…
Ok ça marche. Tu sais par rapport à la prescription de la mammographie dans le cadre du dépistage organisé
Hum hum
C'est une lettre d'invitation, les femmes elles y vont directement sans passer par le médecin traitant…
C'est vrai…
(Silence)
C'est vrai que je ne m'étais pas fait la réflexion mais effectivement c'est ça !
(Rires)
Effectivement c'est ça… bah euh… de toutes façon il faut… frottis elles sont obligées de venir, Hemoccult II®… pff… ça pourrait être fait aussi je pense directement comme la mammographie et puis après le risque c'est que les gens ils reçoivent le papier, le mettent de côté et puis qu'on ne pense pas à leur en reparler. Et puis finalement c'est bien aussi d'en rediscuter… au moins la première fois… en reparler, leur expliquer quel est le… le but… comment ça va se passer puisque voilà quand tu reçois la lettre chez toi tu ne sais pas trop comment ça va se passer… ça peut être angoissant aussi. Les gens ne vont pas forcément y aller.
Donc finalement pour toi une consultation avant d'y aller ça serait intéressant pour les femmes au moins la première fois
Ouais au moins la première fois pour leur expliquer comment ça va se passer. Plutôt que de recevoir le papier et d'aller directement prendre rendez-vous. J'pense qu'on… pour la première fois c'est quand même bien qu'on leur explique comment ça se passe… Après une fois que c'est fait, elles peuvent recevoir… elles connaissent le principe et peuvent y aller spontanément.
Et mis à part le « comment ça se passe » est-ce que tu auras d'autres choses à aborder avec tes patientes lors de cette consultation dédiée au dépistage du cancer du sein ?
Boh ça permet de refaire le point sur… sur tout… 'fin sur… sur les antécédents dans la famille, de reparler un peu gynéco… contraception aussi si y'a encore besoin… ménopause… 'fin d'aborder plein de choses. Parce que la mammographie c'est 50 ans… donc c'est l'âge un peu… donc de réaborder un peu juste… ouais lors de cette consultation tout ce qui est gynécologique quoi.

Ok. Et la notion de bénéfice/risque par rapport à la mammographie, est-ce que c'est quelque chose que tu pourrais aborder ?
Bénéfice/risque ??
Hum hum
C'est-à-dire ?
Par rapport à la mammographie, est-ce que tu estimes qu'il y a des risques à effectuer une mammographie dont la patiente devrait être informée ?
Bah oui comme je disais tout à l'heure le risque c'est de découvrir quelque chose qui est peut-être bénin et qu'on va aller traiter de façon un peu invasive… 'fin de faire des biopsies… voilà. Mais après c'est comme tous les examens
(Silence)
En fait la notion de faux positif ?
Ouais voilà la notion de faux positif… Donc on peut effectivement leur en parler. Leur dire qu'on peut découvrir des images qui finalement sont peut-être bénignes mais… on sait pas comment ça évolue.
Ok… tu sais les médecins sont rémunérés sur « objectif de santé »
Ouais
… et en particulier par rapport au nombre de femmes de leur patientèle ayant effectué leur mammographie.
Hum hum…
Est-ce que tu as un avis sur la question ?
Moi je ne suis pas trop pour ce… cette rémunération… justement au nombre de mammo faites… même tout court pour l'hémoglobine glyquée… les objectifs… je pense qu'il faut le faire… la ça fait un peu on force la main pour faire cette mammographie. Y'a des gens qui veulent pas le faire donc c'est plus pour informer… au nombre mammo faites… je ne suis pas trop pour cette rémunération
Hum hum…
Pour l'information des gens… après on ne peut pas forcer les gens à faire leur mammographie quoi.
Hum hum
Après qu'on ait une rémunération pour informer les gens et pas pour l'acte mammo en tant que tel.
Donc plutôt une rémunération sur une consultation ?
Ouais…
Sur la première consultation qui pourrait avoir un forfait spécifique ?
Voilà pour prendre le temps de leur expliquer et de les informer… plus ça…
Ouais c'est une bonne idée
(Rires)
Une rémunération spécifique sur une consult
Ouais... voilà
Souvent par rapport au dépistage organisé on parle de « dimension collective » est-ce que tu peux me dire ce que ça t'évoque ?
Notion de dimension collective… (Silence)… bah c'est comme tout c'est une question d'argent
(Rires)
C'est une question d'argent… après… ouais… je trouve que c'est pas… je pense pas très agréable comme examen la mammo... mais y'a pire… et puis euh… ce n'est pas comme une coloscopie où euh… où finalement y'a pas de risque vital pour les gens à faire une mammographie… si ça peut en découvrir quelques-uns… euh… moi je crois que c'est… c'est plus l'aspect financier finalement qui va contre…
Hum hum… L'aspect financier, c'est-à-dire ?
Bah on va, on va… les mammographies ça va coûter cher finalement. Effectivement on va faire beaucoup de mammographies pour en dépister finalement peu. Et que… c'est plutôt sur cet aspect-là que l'autorité va… va râler entre guillemets en disant que voilà ça rapporte… euh ça coûte beaucoup d'argent pour finalement dépister peu de cancers. Mais finalement un cancer évolué ça coûte aussi cher…
Hum hum
Donc non non comme c'est pas un examen très invasif… moi je trouve que c'est… bah on ne dit pas aux gens d'aller faire une biopsie… ou… donc y'a pas de risque.

Ok… est-ce que tu as déjà eu des difficultés en consultation par rapport au dépistage organisé du cancer du sein ?
Ouais... j'ai des… des femmes à qui j'ai proposé et que c'était un refus catégorique. Voilà… Bah on a essayé de discuter, effectivement de leur faire montrer le but hein de l'examen... mais voilà, souvent c'était la crainte bah de découvrir quelque chose en fait… l'envie de pas savoir… plus que pour le frottis…
Hum hum
Je trouve… la mammographie ça fait quand même plus peur aux femmes que le frottis. Il y en a beaucoup qui sont dans le refus.
(Silence)
Donc finalement ton impression c'est que si les femmes refusent c'est parce qu'elles ont peur qu'on puisse découvrir quelque chose ?
Ouais…
Elles préfèrent rester dans le déni ?
Oui… en tout cas c'était mon ressenti.
Et toi c'était quoi tes arguments pour… euh…
Bah c'était tout ce que j'ai dit. De découvrir les choses au plus tôt justement. Pour pouvoir agir au plus vite et pour qu'il y a pas de traitement très invasif que ce soit juste une … un traitement local en enlevant la masse suspecte et éviter qu'on arrive au stade avancé avec rayons, chimio…
Et tu arrives à les convaincre en général ?
Non ! (Rires)
Je n'ai pas réussi… mais après je les ai vues qu'une fois aussi. Donc c'est vrai c'est peut-être quelque chose qui se créer sur le long terme quoi, et une confiance où on arrive petit à petit à leur en reparler à chaque consultation et…
Hum hum
Mais là sur une consultation... non j'ai pas réussi ; après je ne crois pas... peut-être quelles sont allées le faire mais je crois pas.
Et par rapport justement au dépistage du cancer du sein, comment est-ce que tu te situes par rapport à sa justification ?
Je pense qu'il est justifié, le cancer du sein est quand même très fréquent et… bah ça évolue vite et le… voilà j'en ai plusieurs dans mon service ça fait quand même beaucoup de dégâts et non je trouve que c'est quand même bien de… non de faire ce dépistage.
Donc tu es dans le absolument justifié ?
Ah oui oui oui
D'accord
Est-ce que tu as d'autres choses à rajouter par rapport à la mammographie ?
Non, finalement toutes les femmes qu'on voit qui ont eu un cancer du sein y'a rarement eu juste une tumorectomie quoi quand tu les écoutes y'a déjà eu le curage minimum… 'fin l'ablation du sein, le curage voire la chimio, la radiothérapie… donc tu te dis finalement on est peut-être déjà arrivé à un stade trop tard avec la mammo et euh…
Hum hum
Juste celles qui ont eu une tumorectomie, y'en a pas tant que ça finalement
D'autant que les études ont montré que quand on détectait un cancer à la mammographie il évoluait déjà depuis 6 à 8 ans… donc finalement
Ouais ouais… non c'est vrai qu'en y repensant y'a beaucoup de patientes qui ont comme antécédent un cancer du sein donc elles ont déjà tout… elles ont eu le traitement hyper invasif
Hum hum…
Après elles s'en sont sorties tant mieux mais… ouais ça fait réfléchir… mine de rien c'est la spécialité que tu fais jamais quand tu es dans un service… la gynéco... euh… c'est rare quoi… tu fais un petit peu de tout le reste et la gynéco quand t'en as besoin bah t'envoies au gynéco… du coup tu réfléchis pas trop dessus quoi.
Et dans tes rempla t'en vois un peu de la gynéco ?

Ouais ouais j'en ai fait un peu mais c'était plus des femmes jeunes pour leur frottis ou renouvellement de leur contraception… plus âgées pour mammo… souvent elles viennent pour le renouvellement et puis c'est « oh au fait j'ai fait ma mammo c'était normal vous avez dû avoir le compte rendu… » Point.
Hum hum… Oui c'est vrai que finalement les femmes ne parlent pas beaucoup de leurs seins je trouve…
Non… c'est vrai… et puis au moment du frottis je ne pense pas que ce soit fait systématiquement. Et puis pour la contraception pareil. On est censé le faire au moins une fois pour le renouvellement de la contraception mais… y'en a qui sont maligne… elle le glisse comme ça en fin de consultation ou elles viennent pour autre chose et elles nous disent « au fait il me faudrait aussi ma pilule »…
Hum hum
Y'en a beaucoup je trouve comme ça… qui « shuntent » comme ça un petit peu. Non vous pouvez pas m'examiner c'est pas la bonne semaine… ouais qui « shuntent » un peu comme ça l'examen gynéco…
Et du coup la palpation des seins ?
… et comme ça la palpation des seins

Age : 27ans
6ème semestre

Interviewé n°6

Entretien du 30 janvier 2015

Pour commencer est-ce que tu pourrais me raconter la dernière fois que tu as parlé du dépistage organisé lors d'une consultation ?
Ah… ok… ben la dernière consultation… 'fin qui a abouti sur un acte de dépistage ça remontait en novembre… octobre, novembre… et en fait donc euh… comme d'habitude les patients viennent pour un motif donné et finalement à la fin de la consultation ils sortent le papier notamment celui du dépistage du cancer colorectal… à la fin de la consultation…
(Rire)
Donc du coup euh… bah on n'a pas forcément tout le temps d'expliquer parce que… forcément en fin de consultation… bah on donne le papier… voilà… par contre habituellement quand les personnes viennent spécifiquement pour ça, on prend le temps d'expliquer complètement les différents dépistages… voilà…
Hum hum
Souvent c'est quand même en fin de consultation quand on s'y attend pas…
(Silence)
Plus spécifiquement par rapport aux dépistages des cancers gynécologiques, est-ce que tu as déjà eu à les aborder lors d'une consultation ?
Bah par rapport aux cancers gynécologiques, notamment le dépistage du cancer du col de l'utérus… bah moi je suis souvent gêné par rapport à ce genre de consultation… D'abord parce que j'ai pas l'habitude de faire les frottis et parce que dans notre formation à Tours on a malheureusement… on n'a pas eu la possibilité de faire la pédiatrie et la gynéco en même temps pour pouvoir s'entraîner à faire deux trois trucs. Donc je suis un peu gêné surtout quand les gens voient que je fais des remplacements… lorsque les patients viennent pour ça… bon je leur explique comment ça se passe dans la théorie et je leur demande de reprendre contact avec leur… comment ça s'appelle… leur médecin ou dans un labo.
Donc finalement tu renvoies assez facilement et tu ne fais pas tes frottis toi-même.
Bah non parce que… j'ai pas… je me sens pas à l'aise pour le faire… et puis les patientes de toute façon pour un premier rendez-vous, quand ils savent que c'est… non… et deux quand c'est pas leur médecin habituel, ils prennent même pas rendez-vous pour ça. Donc j'ai pas l'occasion… pour aborder ce genre de choses c'est vrai…
Hum hum
Et du coup le cancer du sein, est-ce que c'est un sujet que tu abordes avec tes patientes ou bien est-ce que c'est également un sujet que tu préfères ne pas aborder ?
Euh non, j'en parle. Je le dis souvent à l'occasion d'une prescription de pilule ou d'un renouvellement de pilule ou… voilà à l'occasion d'un problème gynécologique… voilà je leur en parle je leur demande c'était quand la date de leur dernier frottis et je leur dis qu'il faut envisager d'en refaire un… avec leur médecin… (Rire)
Et pour ce qui en est de la mammographie ?
Bah… bah souvent les patients ils ne passent pas par les… ils ne passent pas par nous pour faire faire ce dépistage… du coup on en parle très rarement, sauf quand c'est positif… quand les résultats de mammo sont positifs. Donc… non on n'en parle pas. Ils reçoivent directement les convocations chez eux… et donc du coup voilà, on leur parle que quand c'est positif… le résultat.
Hum hum
Et justement par rapport à la façon dont la mammographie est prescrite ; est-ce que tu trouves que cette lettre d'invitation sans passage par le médecin traitant c'est une façon adaptée de prescrire ce dépistage ?
Ben… je pense que c'est une façon qui permet en fait aux autorités de toucher le plus de gens possible. Parce que s'il fallait passer par le médecin traitant, je pense qu'il y aurait peut-être moins de dépistage qui serait fait… je pense…
Hum hum

Alors tu vois par exemple le test Hemoccult II®, les gens reçoivent leur lettre pour réaliser le test mais ils doivent passer chez le médecin traitant pour le récupérer. Officiellement c'est l'occasion d'une consultation un peu dédiée au dépistage. Est-ce que tu penses que pour la mammographie il y aurait un intérêt à réaliser ce genre de consultation avant la réalisation de l'examen ?

Ok. Bah pour cela les tests Hemoccult II® en pratique on se rend compte comme je viens de le dire que en fait les patients ils viennent pas en consultation spécifiquement pour ça. Donc c'est souvent en fin de consultation qu'ils te sortent le papier pour que tu leur donnes le… le… le kit. Du coup on ne prend pas forcément non plus le temps d'expliquer bah le fonctionnement du dépistage… et on ne prend pas non plus le temps de le faire. Et il y a beaucoup de patients qui sortent la convocation… mais… euff… où c'est écrit d'en parler au médecin et tout ça… mais euh… je que pense, en ce qui concerne le cancer du sein le fait que les patients reçoivent directement la convocation ou qu'elles aillent voir directement le radiologue… ça change… pour moi ça change pas grand-chose en pratique. (Silence)

Hum hum

Ok. Tu sais sinon, les médecins sont rémunérés sur « objectifs de santé » et en particulier pour le nombre de patientes ayant fait leur mammographie de dépistage. Est-ce que tu peux me dire ce que tu en penses ?

Euh… bah on se… bon cette rémunération en fait ça concerne pas que le cancer du sein… ça concerne d'autres paramètres… oui, je pense que c'est une façon pour les autorités de revaloriser certains actes. Sinon ils ne seraient pas faits… je pense que c'est une revalorisation ouais. Voilà… parce que souvent en médecine générale les actes de prévention… euh… je trouve que c'est pas… on pourrait mieux faire. Dans les actes de prévention au niveau des tests.

Mais du coup est-ce que tu penses que c'est un mode de rémunération qui est adapté ou est-ce que tu penses qu'il y aurait un autre mode de revalorisation des actes de dépistage/prévention possible ?

Euh bon adapté… je pense que… je pense que ça peut motiver certains médecins pour euh… pour faire ce genre de mesures de dépistage. Mais en général, avant même qu'existent ces rémunérations sur objectif de santé, y'avait déjà des médecins qui essayaient de faire suivre les actes de dépistage. Donc bon, je pense que c'est plutôt une revalorisation, une certaine forme de reconnaissance pour motiver… mais je pense que peu importe… ça changerait pas énormément grand-chose…

Hum hum

Ok. Alors sinon dans les dépistages de masse, on parle souvent de « dimension collective »… qu'est-ce que tu comprends dans cette expression ?

Bah en fin de compte « collectif »… je… je pense que effectivement il y a de plus en plus d'études qui montrent que dépister systématiquement certains cancers à des stades très précoces n'est pas forcément une… un gage d'amélioration de la qualité de vie. On crée… quand il y a une collectivité, on crée une certaine inquiétude et après… on met en place… on se sent obligé en tout cas de mettre en place des traitements… qui peuvent être agressifs et avoir un retentissement négatif sur la qualité de vie. Alors que le patient, si on n'avait pas fait le dépistage, si on ne l'avait pas traité, il aurait eu une meilleure qualité de vie.

Hum hum

Je pense que les dépistages collectifs, pour certains cancers, ça peut… mais pas tous les cancers.

Et par rapport au cancer du sein, tu as un avis particulier ?

Bah par rapport au cancer du sein… euh… moi je vois… parfois il y a des gynécologues qui font des mammographies enfin des mammo-écho à des femmes qui ont juste 40 ans alors que les recommandations c'est 50 ans... du coup… et parfois on retrouve des cancers chez ces…. chez ces populations… mais comme je le disais tout-à-l 'heure certains cancers c'est peut-être pas intéressant de faire un dépistage organisé sans… sans description des caractéristiques propres des patients. Pour le cancer du sein je trouve que c'est toujours… c'est plutôt pas mal ouais de le faire.

D'accord… Est-ce que toi tu as déjà eu des difficultés en consultation par rapport au dépistage organisé du cancer du sein ?

Euh oui… justement il y a pas longtemps il y avait une femme… qui avait quel âge ? On va dire la soixantaine qui s'était… qui a fait le dépistage organisé et puis le radiologue a dit que y'avait un doute

et le radiologue a voulu faire une IRM. Et du coup la patiente a pas du tout accepté parce qu'elle avait l'impression que le radiologue voulait se faire du blé sur son dos. Et elle est venue me voir pour savoir si il fallait faire une IRM ou pas… je pense qu'il y avait eu un problème de communication avec le radiologue… du coup j'ai coupé la poire en deux. Bah… j'ai dit qu'il fallait voir d'abord un spécialiste en la matière pour savoir si oui ou non il y avait nécessité à réaliser une IRM… voilà. Donc voilà c'est une difficulté que j'ai eue. Et je voulais pas non plus… je ne voulais pas… mal parler du radiologue… (Rire)

Ouais…

Donc voilà j'ai préféré couper la poire en deux. J'étais embêté sur la question des suites à donner par rapport à ça. Mais moi ça m'a un peu étonné…

Est-ce que la notion de bénéfice/risque c'est quelque chose que tu abordes par rapport au dépistage du cancer du sein ?

La notion de… euh… j'aborde… j'aborde moins cette notion par rapport au cancer du sein. Mais par contre par rapport au cancer de la prostate oui j'aborde cette notion.

Est-ce que tu estimes qu'il y a des risques à faire ce dépistage ?

Des risques… euh des risques non… à part le risque d'inquiétude lorsqu'il y a un résultat… comment on appelle… un résultat un peu douteux… sinon… à part ça… non…

Quand tu parles de résultats douteux tu parles de…

… bah de… de faux positifs qui peuvent induire l'inquiétude… voilà…

humhum… Et c'est quelque chose que tu abordes avec tes patients cette notion de faux positif ?

Non… puisqu'ils ne passent pas par le médecin avant de faire leur mammo… Par contre quand ils ramènent le résultat… enfin souvent… souvent, j'ai remarqué souvent les radiologues leur expliquent directement… J'ai l'impression que les radiologues leur expliquent directement les résultats et leur proposent d'autres examens… parfois les radiologues interprètent avec une échographie en plus de la mammo, parfois les radiologues... j'ai l'impression qu'ils s'auto-prescrivent l'écho en plus de la mammo… donc euh… je pense que le radiologue leur explique directement.

Hum hum

Est-ce que tu penses qu'il y aurait un intérêt à expliquer le risque de faux positif avant de passer la mammographie ?

Je pense qu'il faut en parler si on a l'occasion d'en parler… sauf qu'on n'a pas l'occasion d'en parler avant qu'elles aillent passer l'examen. Ouais faudrait en parler mais on n'a pas l'occasion de le faire.

Hum hum. Et comment est-ce que tu te situes par rapport à la justification de ce dépistage ?

Bah… bah y'a un dogme qui dit qu'il faut… qu'il faut repérer les maladies très tôt pour pouvoir les traiter et éviter… éviter que cette maladie apporte des conséquences plus graves. Ça c'est un dogme : repérer les maladies très tôt pour pouvoir les traiter… et que les chances de réussite des traitements soient augmentées. Par rapport à ce dogme-là, moi je mettrais quand même un bémol. Parce que je me dis ; ce n'est pas parce qu'on diagnostique très tôt une maladie qu'il faut… que le traitement est justifié… voilà.

Ok… et si la patiente ne veut pas faire sa mammographie ou son dépistage, quelle est ton attitude ?

Bah… déjà j'essaie de comprendre pourquoi. Quelles sont ses craintes, quelles sont ses motivations… et puis après j'essaie de lui expliquer… bah voilà, je laisse la porte ouverte… J'insiste pas, je respecte, en essayant de comprendre la réalité de la patiente, les craintes. En essayant d'expliquer les bénéfices et puis après je laisse la porte ouverte…

Ok… Je crois qu'on a fait le tour des questions

Est-ce que tu as des choses à rajouter par rapport au dépistage du cancer du sein ?

Bah non… Des fois je me demande ce qui pousse certains gynécologues à demander une mammographie dès 40 ans en dehors de tous facteurs de risque familiaux ou personnels. Je pense qu'ils doivent avoir leurs raisons.

Ok

Age 29ans
Fin de l'internat en novembre

Entretien n°7

Entretien du 09 février 2015

Pour commencer est-ce que tu veux bien me raconter la dernière consultation où le thème c'était dépistage organisé ?
Euh… dépistage organisé… Alors je t'avouerai que ça fait un moment… Mon dernier stage en médecine générale c'était y'a un an. La actuellement je suis en gériatrie… donc euh… Dire le dépistage organisé c'était plutôt… hier en fait sur ma garde. J'ai une dame qui est venue… qui est venue simplement pour une gêne ophtalmo…
Hum hum
Avec sensation de grain de sable. Et qui à l'examen ophtalmo avait un ulcère. Du coup on fait le quick test il est négatif… « Ah ça fait un moment que vous êtes pas allée voir votre médecin ! Ça serait de remettre à jour vos vaccinations et en même temps refaire le point sur tout ce qui est dépistage notamment le frottis… ». En général si les vaccinations sont pas à jour le reste n'est pas à jour non plus….
(Rires)
Donc euh… bon… Je t'avouerai qu'elle n'était pas hyper enthousiaste…
(Rires)
Mais voilà, c'était un peu une sorte de pied dans la porte… premier pas quoi pour aborder le sujet. En disant « vos vaccinations sont pas à jour, il faudrait revoir la chose et aussi si possible revoir les choses à côté… enfin refaire le point quoi. »
Ok du coup c'est une consultation qui s'est bien passée ?
Euh… oui elle était dubitative… mais je pense qu'elle y sera un petit peu obligée notamment pour son problème ophtalmo… Donc je lui ai dit de prendre rendez-vous avec son ophtalmologue. Mais s'il y avait un souci de revoir son médecin traitant. Ça va permettre de la remettre un peu dans le circuit quoi… avec un évènement aigu quoi.
Ok. Et par rapport au dépistage organisé des cancers gynéco c'est quoi ton ressenti par rapport…
Le truc c'est que juste avant d'être en gériatrie je suis passée aux urgences gynéco… donc j'en ai vu quelques-uns des cancers. Notamment des cancers du sein…. En fait aux urgences gynéco on ne voyait pas les stades précoces de cancer du sein… On les voyait qu'à un stade évolué… Mais des trucs euh… enfin des histoires de chasse quoi. Après les cancers du col on faisait quand même des frottis assez fréquents… non. Après les résultats… on est tombé sur quelques résultats qui étaient pathologiques mais après ce n'était pas nous qui faisions la… la suite quoi. On faisait le frottis, on avait le résultat et après on prenait un rendez-vous pour elles auprès d'un gynécologue…
Ok… est-ce que tu peux me dire globalement ce que tu penses des dépistages organisés ?
Alors euh… bah pff… alors qu'est-ce que j'en pense ? Deux minutes de réflexion…
(Silence)…
Après euh… moi je pense que c'est bien. Après il faut que ce soit des gens dans le circuit… enfin des gens qui aient l'habitude de consulter leur médecin fréquemment. Souvent aux alentours de 50 ans c'est des personnes qui… qui sont plutôt encore en bonne santé, qui travaillent, qui ont pas forcément le temps, qui ont encore des enfants qui sont… pas jeunes mais… collège, lycée
Hum hum
… Qui prennent encore pas mal de temps. Donc je pense que c'est dur de les avoir ces personnes-là. Si ce n'est la personne comme mon problème ophtalmo quoi. Mais après… une fois que… que les gens ils sont dans la volonté de soins, qu'ils ont des consultations avec leur médecin traitant régulières, je pense que c'est facile d'aborder la chose et facile de la faire accepter… l'idée de faire des tests en prévention. Après on peut toujours se poser la question des tests… Est-ce qu'ils sont bien ou pas… mais… en général c'est fait pour être peu invasif donc ça c'est quand même pas mal. Donc en termes de bénéfice c'est quand même mieux.
Ok… euh… et plus particulièrement par rapport au cancer du sein dépisté par mammographie est-ce que tu as un avis particulier ?

Comme la plupart des internes, tu sais, je lis « Prescrire »... donc c'est vrai qu'ils sont quand même un peu dubitatifs quant au fait de… de la balance bénéfice risque en faveur du bénéfice quoi… Après ça a un côté rassurant. Même si j'ai fait un peu de gynéco, franchement, aller palper un cancer du sein alors qu'il est entre guillemets infra clinique ou à un stade nodulaire… je ne suis pas sûre d'y arriver. Après il y a des dames qui ont des adénofibromes. Après c'est élastique, ce n'est pas dur, ça colle pas au plan profond mais bon… ça reste très relatif. Des vrais cancers en stade précoce qui sont vraiment durs pierreux, j'en n'ai pas… j'en n'ai presque jamais senti. Donc si un cas se présentait à moi et que voilà… je suis pas sûre d'arriver à diagnostiquer juste sur la palpation mammaire. Donc la mammographie a un côté rassurant dans le fait que ça… c'est… entre guillemets ça ne repose pas entièrement sur nous.

Hum hum

Ca repose sur un circuit, sur au moins deux radiologues qui lisent leurs choses… et… au pire si c'est pathologique elle est dans le circuit il faut faire une biopsie sous échographie. Donc ça a un côté rassurant par rapport à ça. Par rapport au fait qu'on … souvent on peut mettre en doute ses compétences par rapport à une capacité précise qui est… dépister juste sur la palpation un cancer du sein… je pense.

Donc finalement pour toi la mammographie c'est plutôt une réassurance pour pallier à nos incompétences cliniques…

Ouais…

Et pour les femmes quel est l'intérêt à ton sens?

Je pense que beaucoup de femmes se reposent aussi beaucoup sur les examens complémentaires... par rapport à notre discussion tout à l'heure… sur l'échographie par exemple lors des fausses couches. C'est un peu le même principe. On sait que ça va pas apporter beaucoup d'informations… mais euh… ça apporte quand même une réassurance auprès de la patiente. Moi ça m'est arrivé aussi en gynéco… une gamine de 17 ans qui venait emmenée par sa maman parce qu'elle avait mal au sein et qu'elle avait senti une boule… Il y avait quand même une faible probabilité… le cancer était quand même peu probable surtout que la clinique était quand même très rassurante… Mais la maman a insisté… insisté… : « Faudrait pas faire une imagerie et tout ça… » Bah non pas forcément… alors j'ai passé une demi-heure à expliquer comme quoi les rayons X c'était pas très bon… plus c'est jeune moins c'est bon… et bon au final j'ai quand même craqué pour faire une échographie en disant… « Là je craque mais après il vaut mieux… me laisser tranquille, vous le demandez plus pendant au moins 10 ans ! »

(Rires)

En plus y'avait pas d'antécédent ni rien… Voilà c'était aussi… ça faisait partie d'une demande mais ça faisait aussi partie d'une vraie réassurance pour moi… Donc disons qu'ils ont gagné et moi aussi quoi… après euh... je pense aussi que la mammographie c'est quand même utile. Après est-ce qu'il faut forcément tous les 3 ans ?

Tous les 2 ans…

(Rires)… Oui à chaque fois je confonds avec le frottis… mais euh… après est-ce qu'il ne faudrait pas espacer à 3 ans ? Histoire de coupler frottis/mammo ensemble histoire que ce soit un peu plus… avoir des étapes parce que là à chaque fois on se perd, on oublie... enfin bref…

(Silence)

Est-ce que tu as déjà eu des consultations qui étaient axées sur le dépistage organisé du cancer du sein ?

Euh… pas vraiment… C'était vraiment plutôt autour du dépistage du cancer du côlon… Mais cancer du sein en soi spécifiquement… non… En général ça fait partie du vaste cadre des dépistages en général… après euh… elles demandent des informations de base : à quoi ça sert ? Qu'est-ce qu'on risque de trouver ? Si on trouve quelque chose qui n'est pas normal, qu'est-ce qu'il va arriver par la suite ? Et euh… etc etc… globalement c'est les grandes questions et à l'occasion ça peut être le déroulement de l'examen. Mais en général c'est souvent des femmes qui ont plus de 50 ans largement la soixantaine…

Hum hum

Est-ce que quand tu abordes la mammographie avec tes patientes tu évoques les bénéfices/risques de cet examen?
(Silence)…
Euh… j'avoue que pas beaucoup… En général je reste un peu dans les clous en disant ça fait partie des dépistages… c'est pour trouver si il y a un cancer du sein et… je me cantonne à ça... pas vraiment sur le côté invasif euh… peut-être qu'on va trouver quelque chose d'anormal, peut-être qu'on va faire une biopsie et peut-être que ce sera rien et vous risquez de cogiter…
Hum hum
Donc c'est vrai je leur parle pas de cette partie-là. Après c'est souvent des femmes qui ont déjà eu une voire plusieurs… et qui savent un peu comment ça se passe… et qui… finalement qui posent peu de questions par rapport à l'examen lui-même… sur ses avantages et ses inconvénients.
Euh… alors tu sais par rapport à la prescription de la mammographie, elle se fait directement par la lettre d'invitation qu'elles reçoivent chez elles sans passage par le médecin traitant… Qu'est-ce que tu en penses de ce mode de prescription ?
Alors effectivement on peut… mais enfin… ça reste une consultation chez le médecin, t'as pas envie de payer 23€ pour t'entendre dire « ah bon vous n'avez pas de question, vous voulez faire votre mammographie, bah allez y hein… je suis contente de vous avoir vue quand même ». Dans le principe je suis d'accord c'est bien de pouvoir parler de la mammographie et tout ça... mais une consultation spécifique pour ça… enfin c'est quand même une consultation que tu payes... si t'as pas beaucoup de sous à côté… Enfin moi personnellement ça me ferait chier d'aller voir mon médecin juste parce que j'ai mon papier, que je veux aller le faire et je suis obligée d'aller le voir mais je n'ai pas vraiment envie de la voir... tu vois ?
Hum hum
Voilà… après... je pense que souvent les personnes qui ont des questions elles le couplent à autre chose. Elles ont un autre motif de consultation et puis à un moment « ah mais j'ai... j'ai reçu mon truc pour la mammographie est-ce que vous… j'ai des questions est-ce que vous pourriez me répondre ». Je pense que c'est plus naturel comme ça. Après elles le font pas toutes. Après avoir une consultation rien que pour parler de la mammographie… les premières fois oui après je pense que ça perd beaucoup de son intérêt. Une fois que c'est bien expliqué théoriquement y'a pas besoin de réexpliquer. Des fois y'en a qui prennent plus de temps pour comprendre. Après une fois c'est déjà pas mal. Après à la limite en même temps donner une petite feuille d'information quoi… histoire qu'il y ait un truc papier pour quelles recogitent ça tranquillement chez elles ou dans la salle d'attente avant de faire la mammographie.
Hum hum
Avec justement les avantages, les bénéfices… ce serait peut-être plus simple vraiment que faire à chaque mammographie une consultation auprès du médecin traitant en systématique quoi.
Ok. Tu sais les médecins sont rémunérés sur objectifs de santé. La mammographie en fait partie, qu'est-ce que tu en penses ?
Euh… bah ça reste toujours… les rémunérations ça… y'a des trucs logiques et y'a des trucs aberrants, clairement… après, c'est… c'est toujours… bah y'a des médecins qui ont tendance à être un peu « free style », après y'en a qui sont plus dans les recommandations. Donc ça permet de recadrer un peu les « free style ». Quand j'étais en niveau 1 j'avais un prat qui était un peu free style, qui aimait bien les anti-inflammatoires et les antibiotiques… en même temps patientèle assez âgée... donc les antibiotiques ça pouvait se justifier… mais finalement il disait : « je m'en fous, clairement, je prescris beaucoup d'antibiotiques, mais je m'en fous »…
Ça a le mérite d'être clair !
(Rires)
Après y'en a beaucoup qui restent « très recommandations » et qui avaient leur pratique qui était tout à fait adaptée. Mais par contre qui se prenaient la tête sur l'administratif pour avoir leur rémunération. Là ça me semble un peu plus logique. Mais euh… ça me paraît logique en tout cas dans le schéma, le mode de penser.
Et par rapport à la mammographie en particulier ?
Alors, là on retombe sur la question que tu me posais. Est-ce qu'il faut qu'elles aillent voir leur médecin traitant ou pas ? Les informations c'est… comme il y a peu d'influence du médecin traitant

dans le circuit finalement… elles reçoivent leur papier et après c'est elles qui décident sans forcément qu'il y ait d'information, qu'elles soient au courant des bénéfices ou des risques. Mais à ce moment-là c'est elles qui décident. Donc à ce moment-là nous on a peu d'impact sur leur choix à ce moment-là. Donc théoriquement c'est aberrant. Dans ce cas-là. Parce que finalement on n'a… aucune action dans le processus de choix hormis si elles nous en ont parlé en amont… et c'est un truc qu'elles reçoivent de façon systématique… donc voilà…

Hum hum

On peut faire un peu de… faire un peu… enfin quand elles viennent pour un autre motif on peut faire « alors euh… votre mammographie… oh ce n'est pas bien hein… »

(Rires)

Ça peut peut-être les motiver mais j'ai quelques doutes la dessus… donc voilà…

Ok… quand on parle de dépistage on parle souvent de dimension collective. Qu'est-ce que ça t'évoque ?

Mais je l'ai jamais entendu en fait ce mot… Je pense que là c'est plus en terme de coût de santé… en terme d'économie de santé… Mouais, ça m'évoque rien comme ça…

Ok…

Après je pense que parfois ça mériterait que ça évolue un petit peu plus…mais euh… après entre celles qui sont pas du tout dépistées et qui arrivent avec une patate à la place du sein... après y'a des trucs aberrants tout le temps. En ce moment on avait au court séjour gériatrique une patiente de 101 ans qui avait manifestement un cancer du sein… Ils se posaient la question d'une hormonothérapie malheureusement au niveau des gynécos ils voulaient une biopsie… donc là au niveau avantages, risques… on est clairement dans le risque quoi… En plus elle se plaignait de rien, elle était indolore… l'intérêt de l'hormonothérapie… mais j'avais rien à dire... je ne suis que l'interne…

(Rires)

La limitation des soins ce n'est pas quelque chose… c'est assez difficile à aborder chez nous…

Je suis assez d'accord… Mais voilà quand on a un doute sur un truc clinique, on se dit « qu'est ce qui se passe ? » et on confirme finalement à la mammo et ça la met dans le circuit quoi. Moi je le vois plutôt comme un truc vraiment… la mettre dans un circuit tout taillé qui... finalement une fois que… finalement t'as pas grand-chose à dire finalement. Effectivement tu fais ta palpation, mais si y'a rien, elle suit son circuit mammo, t'as peu d'action finalement…

Hum hum

Et… ça a un côté un peu… je me déleste de… enfin « votre sein c'est un peu la collectivité qui s'en occupe… je suis là, vous inquiétez pas hein... euh je vérifie hein… mais… voilà ça repose pas entièrement sur moi. Du coup ça sera pas uniquement de ma faute si on ne l'a pas vu hein… »

(Rires)

Ok… est-ce que tu as déjà eu des difficultés en consultation par rapport au dépistage organisé du cancer du sein ?

Non. J'avoue c'est pas le sujet qui me pose le plus de problèmes… moi c'est plus le gardasil…

Rire

Tu as l'impression que les patientes viennent beaucoup en consultation pour parler de leur sein ?

Non… non… par rapport à d'autres sujets comme la… le frottis, qui finalement est quand même… y'a peu de gynécologues dans pas mal d'endroits ou des rendez-vous assez loin, c'est un sujet qui est plus facilement abordé. Parce que il y a prescription… il y a besoin d'une prescription ou c'est fait au cabinet et dans ce cas-là, la patiente a besoin du médecin quoi…

Hum hum

Mais la mammographie, finalement elle la fait elle-même donc on reçoit les résultats dans l'ordinateur… Donc oui c'est abordé dans le « c'était quoi les résultats ? Qu'est-ce que vous pouvez m'en dire ? » « C'était normal, ça va » et si c'était pas normal on parle un peu des prochains rendez-vous qui sont… qui sont pris quoi. Mais mis à part ça pas de réelles difficultés. De toute façon ça reste en libre choix de la patiente de le faire ou pas.

Hum hum

Comment est-ce que tu te situes dans la justification de ce dépistage…

(Silence)…

Théoriquement si on le fait c'est qu'il y a un avantage… Mais c'est une question un peu difficile à répondre notamment par mes lacunes sur les risques…
(Rires)
Euh pff… après c'est toujours dans le thème de la réassurance… se dire qu'il y a un truc… Effectivement c'est peut-être un peu abusif… les cancers du sein soit ça évolue très rapidement, soit ça évolue de façon assez lente. Si c'est très rapide je pense que la patiente elle peut se manifester ou nous on peut le voir cliniquement. Si c'est lent 2 ans… moi je trouve que c'est trop court. Personnellement…
Hum hum
Euh… moi j'espacerais bien… mais voilà… après avantages/risques… question difficile à répondre. Très difficile. Disons que si je suis un bon gentil médecin qui aime l'HAS… je dirais que oui
(Rires)
Je pense que ça doit être confronté à plus d'expérience. Plus d'expérience dans les consultations. Est-ce que ça convient aux patientes ? Moi je manque un peu de recul par rapport à ça. Au niveau expérience. Si je vois à long terme sur mes patientes il y a un réel avantage ou si je vois sur mes patiente que la majorité ce sont des faux positifs et qu'elles ont été embêtées pour rien… je changerai mon fusil d'épaule et j'adapterai… je changerai sur mon discours... Mais seulement… pour l'instant j'estime que je manque d'expérience pour juger avec suffisamment de recul.
Ok. Et est-ce que tu as déjà eu une patiente qui refusait de faire sa mammographie ?
Ce n'est pas un refus clair et net, c'était plutôt un « je m'en fous » tu vois là c'est un peu… tu mets un truc dans un coin de ton esprit et tu l'oublies parce que finalement ça fait pas partie des trucs « top urgents » donc c'est un peu ça.
Hum hum
Y'a pas de refus clair et net, c'est plus qu'elles oublient, elles y pensent pas… Il y a tellement de choses qui sont plus importantes… ce qui est pas… ce qui peut être tout à fait logique… mais pas de refus clair et net.

Age : 27ans
5ème semestre

Entretien n°8

Entretien du 11 février 2015

Alors pour commencer, est-ce que tu peux me raconter la dernière fois que tu as eu une consultation qui tournait autour du dépistage organisé ?
Alors euh… du dépistage organisé… euh… bah c'était par rapport au test Hemoccult II® en fait… Une patiente qui était venue… 'fin, c'était une consultation banale, c'était pour un autre motif et c'était vraiment… bah elle avait déjà pratiqué le test et elle venait juste pour le récupérer… C'était pas du tout le sujet principal de la consultation… donc euh…
Une consultation simple…
Ouais… ouais ouais
Par rapport au dépistage des cancers gynéco, est-ce qu'il y a des choses en particulier que tu souhaiteras évoquer ou qui t'ont marquée en consultation ?
Là comme ça… euh…
De but en blanc… ?
Oui (Rires)
Bah… pas plus que ça… (Silence)…
D'accord… globalement le dépistage organisé, qu'est-ce que tu en penses ?
Bah euh ça dépend duquel. C'est vrai que celui… 'fin, je pense surtout à la prostate où ça a été assez remis en cause ces derniers temps… Je lis un petit peu « Prescrire » aussi… donc c'est vrai que ben… pour ce qui est du dépistage… 'fin, de la mammographie, je trouve pour l'instant par rapport… 'fin, que c'est vachement ancré dans la vie des femmes, dans leur histoire, 'fin, elles savent qu'il y a ce risque-là et elles l'abordent assez facilement, donc c'est vrai que c'est un sujet que l'on peut aborder bien avec elles…. 'fin, moi pour l'instant je continue à croire en ce dépistage-là malgré tout et euh… 'fin, faut voir par rapport aux femmes que je vois en consultation. Après pour ce qui en est de la prostate, ben c'est vrai c'est souvent des consultations un peu compliquées avec des patients qui veulent à tout prix, 'fin, j'en n'ai pas eu tant que ça non plus, 'fin, qui veulent leur PSA donc il y a un quand même du coup des informations contradictoires et ça manque… J'ai peut-être un peu de mal avec certains patients à évoquer ça. Leur dire que c'est pas forcément systématique, surtout quand c'est rattaché à des histoires personnelles du vécu autour d'eux de patients qui ont eu un cancer... donc ça ; ouais j'aurais peut-être un peu de mal à évoquer ça avec eux… plus par rapport au dépistage du cancer de la prostate.
Tout à l'heure tu parlais des femmes pour qui le dépistage du cancer du sein c'était quelque chose de bien ancré et qu'elles en parlaient facilement ; tu as souvent eu des femmes qui venaient en consultation pour évoquer le cancer du sein ?
Euh… bah c'est-à-dire… bah ça va pas toujours être le premier motif de la consultation mais euh… disons que quand on va l'aborder c'est surtout quand c'est une consultation qui est tournée sur la gynécologie et que y'a quelqu'un dans la famille qui a fait la mammographie où elles vont facilement en parler en disant : « est-ce que je pourrais peut-être passer la mammographie, qu'est-ce que vous en pensez ? »
Hum hum.
Donc euh… Ouais quand on aborde les thèmes de gynécologie elles vont en parler assez facilement. Je trouve.
Donc finalement tu trouves que la consultation gynéco c'est l'occasion pour les femmes de poser leurs questions sur la mammographie. C'est ça ?
Ouais, ouais... et puis moi je me sens aussi peut-être plus à l'aise avec la gynéco parce que je fais aussi un DU de gynéco, donc c'est des questions qui m'intéressent aussi actuellement. Donc peut-être que je suis d'autant plus ouverte par rapport à ça et que du coup je fais peut-être en sorte... j'emmène tous les sujets autour de ça lors de cette consultation de gynécologie.
Tu disais tout à l'heure que tu « continuais à croire malgré tout à ce dépistage par mammographie » pourquoi ce « malgré tout » ?
Bah c'est toujours l'histoire de… de ces femmes chez qui on a fait des gestes, des euh... 'fin, des actes diagnostics invasifs pour finalement des choses qui n'étaient pas des cancers. Bah après c'est euh…

malgré tout c'est aussi… dans la famille j'ai aussi eu une histoire personnelle de cancer du sein et euh je pense qu'il y a aussi ça qui joue. Et euh… 'fin, je pense qu'on est tous marqués par notre histoire et je pense que notre façon de pratiquer la médecine est influencée par ça. Donc « malgré tout » c'est malgré... comme je disais je lis un peu « Prescrire ». Donc on en fait peut-être trop on va dépister trop... « malgré tout » par rapport à ça.

Ok… Par rapport à la prescription de la mammographie, qu'est-ce que tu penses du fait qu'elles reçoivent directement l'invitation chez elles sans passage par le médecin traitant ?
Euh… je pense que… y'a quelques années ça pouvait peut-être se comprendre par rapport au fait que les consultations notamment chez le gynécologue étaient plus faciles et que ça paraît être le premier référent par rapport à ces questions-là. Euh bah, là je trouve du coup que ça pourrait être une bonne chose qu'il y ait ce passage obligé chez le généraliste. Parce que ça permettrait justement de discuter de ça, de discuter de l'intérêt parce que certes comme je disais tout à l'heure c'est bien ancré dans l'histoire des femmes qu'il faut passer à partir d'un certain âge à la mammographie, mais finalement des fois on ne sait pas trop ce qu'on cherche, ce qu'on va voir à l'examen, comment ça se passe. Et justement peut-être que le passage chez le médecin généraliste avant ça peut permettre de... d'anticiper cet examen qui peut être… bah c'est pas anodin non plus, ce n'est pas agréable non plus… je pense. Bah voilà de parler de tout ça… voilà ça peut laisser une porte ouverte par rapport à ça.
Est-ce que tu peux me dire quel est ton point de vue sur la rémunération sur objectif de santé en ce qui concerne le taux de mammographies réalisées ?
Euh… ben pourquoi pas. Pourquoi pas parce que ça rejoint les autres objectifs… comme l'hémoglobine glyquée contrôlée tous les 3 mois. Si ça peut permettre à certain médecins bah d'y penser plus oui de se mettre un petit rappel dans leur logiciel… y'en a plein qui sont assez bien faits. (Rires)
Pourquoi pas. Après je ne dis pas que tout me convient là-dedans. Moi j'ai quand même une crainte par rapport au fait que le ROSP soit trop systématique dans beaucoup de domaines parce qu'il y a toujours le côté adapté à chaque patient. Il y a quand même cette ambivalence-là. Donc je n'ai pas envie que ce soit trop généralisé. Mais là sur... dans le cadre du dépistage organisé, oui pourquoi pas. Après c'est vrai j'en avais déjà parlé avec un médecin pour les… pour l'hémoglobine glyquée on leur fait l'ordonnance mais ils la font ou pas... du coup c'est contrebalancé… Je ne suis pas sûre qu'il existe une solution parfaite non plus quoi…
Alors tu sais dans le dépistage organisé on parle souvent de « dimension collective » qu'est-ce que ça t'évoque ?
(Rires)…
C'est une drôle de question… un peu vague et… euh… (Silence)
Tu ne vois pas ce que ça veut dire ?
Non…
En fait « dimension collective » ça signifie que l'ensemble de la collectivité doit réaliser le dépistage pour diagnostiquer et sauver entre guillemets quelques-uns.
Bah fin, c'est… oui c'est le principe du dépistage après si euh… on fait participer tout le monde pour une maladie grave mais que la façon de participer est pas trop… invasive, perturbante, ne remet pas trop en question beaucoup de choses… mais pourquoi pas. Après tout est dans la dimension collective la notion de solidarité, 'fin, l'implication pour une cause qui a l'air bonne. Mais voilà après, tout dépend de la manière de faire et ce qu'on demande aux gens de faire et de quelle façon on sera impliqué.
Et pour la mammographie est-ce que ça te semble adapté ?
Plutôt…
(Silence)…
Ok… est-ce que tu as déjà eu des difficultés en consultations concernant le dépistage organisé du cancer du sein ?
Hum, non je ne crois pas.
Tu trouves que les femmes posent beaucoup de questions spontanément sur le dépistage organisé, la mammographie ?

Non… spontanément non. Moi j'aime bien aller chercher la petite bête. Et c'est ça qui me plaît dans les consultations c'est euh parfois de… ben comme je disais voilà d'être ouverte et de… justement pour moi de poser des questions pour savoir ce que les gens ont compris et c'est souvent là qu'ils se rendent compte que voilà c'est... c'est l'habitude de voir ou de faire mais finalement on n'y connaît pas grand-chose… et donc non… Non spontanément il y a très peu de questions.

Tu as cette impression que les femmes ne connaissent pas grand-chose à la mammographie ?

Bah qu'elles ne connaissent pas grand-chose à la mammographie ou à l'examen en tant que tel… non… on a toujours une mère, une tante, une sœur qui l'a passé. Mais après sur… 'fin,... qu'est-ce qu'on va rechercher, qu'est-ce qu'on va découvrir un petit peu après, tout ce qu'il y a autour….

Hum hum.

Ok. Est-ce que tu abordes parfois la notion de bénéfice/risque par rapport à la mammographie avec tes patientes ?

Non… cette notion de bénéfice/risque… je l'aborde beaucoup par rapport au dépistage du cancer de la prostate. Peu dans le cadre du dépistage du cancer du sein parce que c'est un dépistage organisé… donc non…

Comment est-ce que tu te situes dans la justification de ce dépistage ?

(Silence)…

Question compliquée encore ?

(Rires)….

Oui pour moi le dépistage est justifié. Après c'est euh… non... oui !

Est-ce que tu as déjà eu des patientes qui refusaient de faire leur dépistage ?

Oui mais plutôt des personnes âgées. A partir de 70 ans quand elles entraient encore dans le dépistage mais voilà elles avaient plus envie d'entendre parler de tout ça…

Et toi c'était quoi ton attitude par rapport à ça ?

Bah, c'était juste de réexpliquer un petit peu l'intérêt de ce dépistage là et puis après si elles ne veulent pas de... de respecter son choix quoi. Mais juste avoir une explication à apporter supplémentaire.

Ok… est-ce que tu as des choses à rajouter ?

Après je n'ai pas non plus… tant de consultations que ça non plus… donc non…

Age : 27 ans
Semestre : internat fini depuis novembre

Entretien n°9

Entretien du 18 février 2015

Pour commencer est-ce que tu pourrais me raconter la dernière consultation où vous avez discuté « dépistage organisé » avec un patient ?
Dans une consultation ? Pff… bah maintenant ça date de pratiquement euh… un semestre et demi, c'est quand j'avais fait mon niveau 1. Je n'ai pas de consultation précise en particulier… euh… Je dirais que ça serait au moment de la remise du test Hemoccult II®
Hum hum
Pour le dépistage du cancer du côlon. Je me souviens en avoir fait plein. Mais une consultation en particulier, non… Mais je trouve que je me rappelle davantage de certains dépistages plus que d'autres. Voilà je me rappelle très bien des dépistages… des tests et des packs Hemoccult II® qu'on remettait au patient, maintenant concernant d'autres dépistages nettement moins. Notamment le cancer du sein, je ne me rappelle pas avec mon maître de stage en avoir parlé… euh... ni même celui du cancer de la prostate mais maintenant c'est un petit peu dépassé donc voilà. Non moi je me rappelle surtout de celui du cancer du côlon. Souvent les patients recevaient un courrier à leur domicile et venaient spontanément en nous disant : « voilà j'ai reçu ça ». Du coup on leur remettait le kit en leur donnant la marche à suivre… euh… voilà.
Tu avais l'impression que les patients venaient spécifiquement pour ce test Hemoccult II® ?

Certains oui, d'autres profitaient du passage chez le médecin traitant par exemple pour renouveler leur traitement pour nous dire « ah bah tiens j'ai reçu ça… » Mais moi j'ai le souvenir qu'il y en avait quelques-uns qui venaient juste pour ça justement. Du coup, ils avaient pris rendez-vous avec leur médecin traitant et on leur remettait.
D'accord.
Globalement les dépistages organisés, qu'est-ce que tu en penses ?
Je pense que c'est une bonne chose (rire)
Voilà, après le principe du dépistage c'est de prévenir quelque chose qui peut être potentiellement mortel par des moyens fiables sans que ce soit… voilà avec des moyens standardisés sans que ce soit trop inconfortable pour le patient. Donc moi je trouve ça bien. Je trouve que la démarche elle est bonne. Euh… maintenant effectivement, bon euh… c'est enfin, il y a toujours des sujets à controverse. Tout à l'heure je parlais du dépistage du cancer de la prostate… Longtemps on a eu le dépistage du cancer de la prostate avec les PSA, maintenant on se rend compte que c'est plus trop le cas. Voilà c'est une bonne chose mais d'un autre côté il faut aussi savoir rester dans la… comment dire… dans la…
Dans la critique ?
Voilà, dans la critique, parfaitement, c'est exactement le mot que je… ouais c'est ça…
(Silence)
Et tu as l'impression qu'il y a d'autres dépistages actuellement proposés qui serait critiquables ?
Euh, en ce moment c'est la mammographie qui a priori ne… ne… enfin, on irradierait plus qu'on ne trouverait quelque chose… Voilà. J'avoue n'avoir pas trop lu l'actualité médicale ces derniers temps. Donc voilà, je ne peux pas trop me permettre de… de… de donner un avis vraiment complet sur la question. Mais j'en ai entendu parler.
Hum hum.
Je sais qu'en ce moment ça pose question. Plus par rapport à l'irradiation, comme quoi effectivement finalement on fait… ou même on détecte des choses qui finalement n'évolueraient pas… ou je confonds avec le cancer de la prostate… mais euh je pense que c'était plus par rapport à l'irradiation… Mais très honnêtement, là je ne me suis pas tenue au courant dernièrement.
Et où est-ce que tu as entendu ces choses-là sur l'irradiation ?
En fait, j'ai eu un séminaire en novembre ou décembre sur la décision médicale en fait à un moment donné on travaillait en petits groupes et on parlait justement des dépistages. Donc voilà, on en avait parlé et ce qui se disait, enfin je n'ai pas tout en tête, mais c'est que du coup le dépistage par

mammographie, les souvenirs que j'en ai n'étaient pas forcément, enfin voilà… euh… pas forcément bénéfiques au final.

Hum hum… ok. Justement tout à l'heure tu parlais du test Hemoccult II® où les gens reçoivent la lettre pour passer chez le médecin et récupérer le kit, plus particulièrement par rapport à la mammographie, les femmes reçoivent directement la lettre et elles vont faire leur mammographie sans passer par le médecin traitant. Qu'est-ce que tu en penses ?
De ne pas passer par le médecin traitant c'est ça ?
Hum hum.
Eufff… (Silence)…
Je pense que c'est quand même mieux de passer par le médecin traitant. Mon propre cas est particulier parce que j'ai ma maman qui a eu un cancer du sein et elle a eu une tumeur qui était quand même assez grosse et euh quand elle m'en a parlé j'étais étonnée qu'un truc pareil se développe et voilà. Et en fait elle avait reçu les courriers de mammographie et enfin elle les avait reçus et elle n'y était jamais allée. Euh… je ne sais pas si le fait… bon… enfin… Je pense que si peut-être elle s'était présentée chez le médecin traitant, il aurait peut-être insisté sur l'importance… enfin je ne sais pas… Je t'avoue que là… c'est un peu particulier parce que moi dans mon histoire personnelle ma maman elle a reçu les courriers pour les dépistages au final elle a quand même eu une mastectomie. Bon, la question que je me pose toujours c'est est-ce que si on avait fait les mammographies on aurait détecté la tumeur plus tôt et dans ces cas-là avoir eu qu'une tumorectomie finalement. Je me pose la question. Et donc, je me dis si elle avait vu son médecin traitant enfin voilà qui l'aurait peut-être… enfin voilà peut-être que ça aurait été détecté plus tôt.
(Silence)…
Donc pour toi s'il y avait une consultation chez le médecin traitant ça aurait plutôt pour objectif l'incitation à réaliser la mammographie ?
Oui mais à condition que la mammographie elle apporte un réel bénéfice… Ouais… Voilà… mais sinon oui.
Tu sais les médecins ont des ROSP, le taux de mammographies en fait partie, qu'est-ce que tu penses de ça ?
Bah je trouve que c'est… moi je suis plutôt contre parce qu'au final, voilà, c'est comme pour les objectifs de diabète, de cholestérol, la question est la même pour la prévention primaire des statines qui est remise en question. On veut absolument faire du chiffre alors qu'on n'est pas sûr au final que ça apporte un réel intérêt au patient. Donc là faire des mammographies pour enfin… pour avoir une rémunération sans… sans savoir si réellement ça apporte vraiment quelque chose moi… moi ça me dérange quand même. Voilà.
D'un point de vue éthique ?
Ouais. Moi je reste dans l'idée que quand on fait un truc, parce que quand même ce n'est pas anodin d'envoyer des rayons chez quelqu'un, il faut qu'on en tire quelque chose et euh… et je trouve, enfin mon point de vue, ce n'est pas normal qu'on puisse faire des examens juste pour… enfin à tour de bras, juste parce que ça peut nous apporter quelque chose d'un point de vue financier. Même si dans un certain sens ça a été mis en place pour que ce soit incitatoire mais enfin, je trouve que du coup il peut y avoir des déviances quoi… enfin des effets pervers…
Hum hum ok.
Tu sais parfois on parle de dimension collective par rapport au dépistage, qu'est-ce que ça t'évoque ?
Qu'est-ce que ça m'évoque ? En gros ça veut dire qu'un dépistage doit toucher la plus large population possible. Voilà. Bah après, c'est vrai que quelque part on peut penser que c'est beaucoup de moyens engendrés. On a plus de chance en gros de tomber sur des négatifs que sur des positifs… donc euh... Après la question qui se pose c'est « est-ce que ça vaut le cout de détecter… de dépister ? » Euh… alors c'est ça… ça rentre dans la définition du dépistage il fallait… de mémoire il fallait que ça soit… qu'on détecte la maladie que la maladie soit possiblement curable sinon ce n'est pas la peine, donc euh… même si au final on ne tombe que sur quelques cas, pour moi en tout cas je pense que ça vaut le coup de le faire. Bah après c'est selon, moi je resterais assez ouverte sur… Bah voilà si un jour on nous dit que l'échographie mammaire serait plus efficace ou quoi voilà moi je tendrais toujours à prendre la

solution la plus acceptable avec le moins d'effets indésirables possible tout en apportant un bénéfice quoi.
Est-ce que tu as déjà eu des difficultés particulières en consultation par rapport au dépistage ?
Euh non… et puis très honnêtement je me rappelle pas avoir vu beaucoup de femmes venir… En effet je pense qu'elles se rendent directement en consultation... enfin en cabinet de radiologie ; du coup, vraiment je me rappelle pas en avoir… enfin, je me souviens pas en avoir vu donc je ne peux pas dire que j'ai eu des difficultés.
Alors, tu as déjà plus ou moins répondu à la question mais comment est-ce que tu te situes dans la justification de ce dépistage ?
Voilà, le dépistage il doit être déjà pas nocif enfin de préférence pour le patient tout en lui apportant un intérêt pour quelque chose qui peut être curable. Enfin, je réponds à la définition même de l'OMS, mais je trouve que c'est une bonne définition.
Et tu trouves du coup que la mammographie s'intègre bien dans cette définition ?
Euh… bah après c'est ce que je te disais, voilà en ce moment y'a des controverses et des débats donc euh… (Silence)… voilà je… voilà si ça prête matière à question il y a peut-être quelque chose effectivement qui peut être doit être amélioré quoi.
Et tu sais tout à l'heure tu parlais de l'irradiation et des faux positifs ou des cancers à minima. Est-ce que c'est le genre de chose que tu pourrais évoquer avec tes patientes ?
J'pense que oui. Euh… moi je pense que oui ! (Rires)
C'est vrai que ça me prend un peu de court parce que la situation s'est jamais présentée. Oui je pense que ouais… Je pense, en expliquant bien que bon bah voilà, l'examen voilà peut détecter quelque chose qui n'aurait pas pu évoluer. Donc voilà, mais ce n'est pas tranché comme question.

Et si tu avais une patiente qui refusait de faire son dépistage, comment est-ce que tu réagirais ?
Dans l'absolu elle a le droit hein… Je pense que chacun est libre de faire ce qu'il veut après il faut donner une information ; voilà on dit ce qu'il en est voilà ce que ça peut apporter etc… On peut en débattre tout simplement pourquoi elle le refuse et puis en discuter voilà ; après si elle reste sur sa décision moi je la respecte voilà je ne force pas en tout cas moi j'informe.
Et quelles sont les informations que tu donnerais à tes patientes ?
Que dans l'état actuel des choses effectivement le dépistage du cancer du sein passe par une mammographie, donc toutes les femmes à partir de 45 ans c'est ça ?
50…
50 c'est ça, font leur examen tous les deux ans, enfin en expliquant un peu la procédure, comment ça se passe, effectivement on reçoit des rayons on est susceptible de trouver des lésions qui peuvent être évolutives ou non… voilà enfin… vraiment expliquer un peu voilà les bénéfices les effets indésirables, le pour le contre, voilà
Hum hum.
Je fais un peu une réponse stéréotypée, comme on disait dans les ECN information loyale, claire…
Appropriée
… Appropriée (Rires) dans la mesure du possible voilà.
Ok.
Est-ce qu'il y a des choses que tu voudrais ajouter par rapport à la mammographie ?
Moi, du coup, je me rends compte que je ne suis pas à jour.
(Rires)
Ouais enfin… comme je disais j'ai vu dans ce séminaire qu'il y avait controverse actuellement, mais actuellement je suis un peu en dehors de tout ça, mais du coup ça me donne envie de savoir quelles sont les dernières recommandations sur le sujet sachant que c'est quand même un sujet d'importance hein le cancer du sein c'est quand même le premier cancer du sein chez la femme. Je ne me souviens plus de la prévalence mais on est quand même sur des chiffres assez élevés donc euh du coup le dépistage ce n'est pas anodin non plus il s'agit de dépister quelque chose qui est fréquent dans la population, pour lequel il y a des moyens thérapeutiques qui sont fiables, qui sont avérés etc… Donc voilà, je trouve que c'est une question qui est quand même drôlement importante. Donc voilà pour le moment je suis aux urgences mais quand je serais en SASPAS, je pense que je me pencherai davantage sur la question quoi.

Tu auras plus de temps !
(Rires)
Après le message peut être confus auprès des femmes parce que finalement c'est je trouve que le cancer du sein est relativement médiatisé. Je me rappelle… je crois qu'il y a une journée dédiée à ça…
Un mois
C'est ça un mois... octobre rose avec des rubans, des happenings dans la France, etc… Donc quelque part, ce sont des mesures, voilà, incitatoires destinées au grand public pour se faire dépister, où d'un autre côté voilà… les… au sein des scientifiques il y a controverse, donc voilà, je trouve que ça donne un message un peu brouillé pour les femmes, donc c'est vrai qu'au final on ne sait pas trop à quoi s'en tenir. Voilà.
(Silence)…
Ok merci

Age 28 ans
5ème semestre

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

Faculté de Médecine de TOURS

LUCAVEI Nadia épouse BOURGEAIS

83 pages – 1 tableau – 2 annexes

Résumé :
INTRODUCTION
Le cancer du sein est aujourd'hui, en France, la première cause de mortalité par cancer chez les femmes. Or, en France, depuis 2004, toute femme entre 50 et 74 ans, se voit proposer tous les deux ans une mammographie de dépistage dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein (DOCS). Néanmoins, celui-ci est actuellement soumis à controverse. Dans ce contexte, cette étude avait pour objectif de déterminer la représentation des internes de médecine générale vis à vis du DOCS.
MATERIEL ET METHODE
Une enquête qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été menée auprès des internes de médecine générale d'Indre et Loire. Neuf internes ont été interviewés entre janvier et février 2015. Après une retranscription intégrale, un codage par analyse thématique de contenu a été réalisé.
RESULTATS
La plupart des internes estimaient que le DOCS était une organisation simple, sur laquelle ils pouvaient se décharger d'une partie de leur responsabilité et qui facilitait leur pratique.
Néanmoins, bien que divisés sur l'intérêt du dépistage, ils s'accordaient sur le fait que la décision de participation revenait à la patiente une fois que celle-ci avait été informée des bénéfices et des risques attendus. Leur rôle d'information leur semblait ainsi primordial. Mais, les internes estimaient manquer d'occasions pour aborder le DOCS au point de penser ne pas avoir leur place dans ce dépistage. C'est pourquoi certains internes souhaiteraient voir instaurer une consultation dédiée à l'information des femmes avant la première participation au DOCS,
CONCLUSION
Les internes évoquaient leur manque d'implication et leurs doutes quant à l'intérêt du DOCS. C'est pourquoi ils souhaiteraient que soit mise en place une consultation dédiée à l'information sur le dépistage ainsi qu'une clarification des informations à apporter aux femmes. Selon eux, cela permettrait aux généralises de reprendre leur place au sein du DOCS et favoriserait l'élaboration d'une décision médicale partagée.

MOTS CLES : dépistage du cancer du sein, mammographie, internes, médecine générale, entretiens individuels.

Jury :
Président du jury : Madame le Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Membres du jury : Monsieur le Professeur et vice doyen Henri MARRET
Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH
Monsieur le Docteur Ken HAGUENOER

Date de la soutenance : mercredi 28 octobre 2015