

UCLouvain

Faculté de Médecine

Dépistage du cancer du sein :

comprendre les raisons influençant le
choix de prescription des médecins
généralistes pour les patientes âgées de
50 à 69ans.



Lecut Emeline

Promoteur : Dr Capacchi Marie

Travail de fin d'études dans le cadre du master complémentaire en Médecine Générale

Année académique **2021 - 2022**

Table des matières

Remerciements	5
Abstracts.....	6
Liste des abréviations.....	7
1. Introduction.....	8
2. Méthodologie	10
2.1 Méthodologie de la recherche bibliographique.....	10
2.1.1 Stratégie de consultation de la littérature.....	10
2.1.2 Les mots-clés.....	10
2.1.3 Résumé des sources retenues pour la réalisation du travail	11
2.1.4 Elaboration de la question de recherche	10
2.2 Méthodologie de réponse à la question de recherche.....	11
2.2.1 Type d'étude	11
2.2.2 Sélection des sujets.....	11
2.2.3 Taille de l'échantillon	12
2.2.4 Mode de recueil des données.....	12
2.2.5 Analyse.....	12
2.2.6 Ethique	13
3. Résultats.....	13
3.1 Présentation de l'échantillon	13
3.2 La prescription des médecins généralistes, une équation aux multiples variables	13
3.2.1 Le dépistage du cancer du sein : Qui fait le premier pas ?	13
3.2.2 Le poids des habitudes sur la prescription.....	15
3.2.3 Besoin de certitudes pour dompter l'inquiétude	16
3.2.4 L'expérience personnelle et professionnelle	17
3.2.5 La prescription en fonction de l'avis d'expert.....	18
3.2.6 L'opinion publique du Mammotest	19

3.2.7 Faire un choix à condition de connaître les options	20
3.2.8 La confiance c'est la base.....	21
3.2.9 Un problème de budget	21
3.2.10 La logistique du résultat.....	22
3. Discussion	23
3.1 Analyse des résultats.....	24
3.2 Forces et faiblesses de l'étude	29
3.3 Concrètement pour la pratique des médecins généralistes	30
4. Conclusion	32
Bibliographie	34
Annexe 1 : Détails de la méthodologie de la recherche bibliographique	36
Annexe 2 : Grille d'entretiens semi-dirigés	40
Annexe 3 : L'Ancrage dans le matériel	41
Annexe 4 : Formulaire GEIMG et décision.	44

Remerciements

Je remercie ma promotrice, le Docteur Capacchi Marie pour son accompagnement au cours de ces dernières années, ses encouragements ont été précieux pour la réalisation de ce travail. J'ai une pensée toute particulière pour le regretté Docteur Capacchi Pierre qui m'a également soutenue ces dernières années.

Je remercie mes confrères et consoeurs avec qui j'ai eu l'occasion de travailler pour les échanges enrichissants. Particulièrement le Dr El Mabrak Mehdi pour ses conseils avisés.

Je remercie tous les médecins généralistes qui ont participé à l'étude ainsi que Dr Goddart Dominique pour le temps qu'ils m'ont consacré afin de mener à bien ce projet.

Je remercie Axel pour l'équilibre qu'il m'a apporté durant cette période de travail intense, ainsi que mes parents pour leur soutien inconditionnel depuis toujours.

Abstracts

Introduction

En Belgique, les recommandations pour le dépistage du cancer du sein, consistent en la réalisation d'une mammographie bisannuelle chez les patientes âgées de 50 à 69ans inclus. Pour ce faire, le Programme de dépistage propose la réalisation du Mammotest. Participer à un dépistage organisé offre des garanties de qualité, efficacité, équité et accessibilité. Pourtant, en Wallonie, le taux d'adhésion au Programme de dépistage du cancer du sein est très faible. La majorité du dépistage se fait actuellement par dépistage individuel via la prescription des médecins généralistes ou des gynécologues.

But et méthode

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés avec des médecins généralistes exerçant dans le Hainaut. Elle a pour but de comprendre les raisons motivant les médecins généralistes à prescrire un dépistage opportuniste plutôt qu'un Mammotest aux patientes âgées de 50 à 69ans. Comprendre les principes intervenant dans ce choix de prescription permettra de pointer les lacunes existantes dans l'organisation du dépistage et soumettre des pistes de solutions. Pour ce faire, les résultats obtenus seront discutés avec une sénologue.

Résultats et discussion

Dix éléments intervenant dans le choix de prescription des médecins généralistes pour ce dépistage se sont dégagés. On y retrouve : les habitudes, la façon dont le sujet est abordé en consultation, l'avis des spécialistes, l'anxiété, la confiance, l'expérience, l'opinion et les connaissances des médecins concernant le Mammotest, le coût des examens et la gestion du résultat.

Conclusion

Chaque élément semble être plus ou moins important selon chacun des médecins interrogés. La plupart des arguments avancés en faveur du dépistage opportuniste relève de l'ordre du subjectif. Le dépistage du cancer du sein en médecine générale est un sujet connu de tous et pourtant son organisation et son fonctionnement restent méconnus de certains médecins. Un travail d'information envers les médecins et les patientes est absolument nécessaire.

Mots-clés

Cancer du sein, médecine générale, dépistage organisé, dépistage opportuniste

Liste des abréviations

TFE : Travail de fin d'études

KCE : Centre fédéral d'Expertise des soins de santé

OMS : Organisation mondiale de la Santé

SSMG : Société de Scientifique de Médecine Générale

CCR : Centre Communautaire de Référence pour le dépistage des Cancers

CDLH : Cebam Digital Library for Health

PICO : Patient Intervention Comparaison Outcome

MeSH : Medical Subject Headings

GEIMG : Groupe d'éthique interuniversitaire pour la médecine générale

DMI : Dossier médical informatisé

My PeBS : My Personal Breast Screening

RMG : Revue de la Médecine Générale

1.Introduction

Qui ne connaît pas une sœur, une mère, une tante ou une amie touchée par le cancer du sein ?

Selon l'OMS le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes en Europe et dans le monde. Une femme sur douze sera touchée par un cancer du sein (1) au cours de sa vie et 75% des cas surviennent après 50ans. (2)

Au cours de ma pratique clinique, j'ai été confrontée au diagnostic d'un cancer du sein avancé chez une patiente de 64ans n'ayant plus fait de dépistage depuis de longues années. Ce cas représentait pour moi un échec quant à notre devoir de médecin généraliste en termes de prévention. Par ailleurs, j'ai également été confrontée à de nombreuses patientes me demandant une prescription pour aller passer leur « mammographie et échographie annuelle » parce que le gynécologue ou ancien médecin traitant leurs avait toujours recommandé de faire comme ça. Entre ces deux situations extrêmes, je me suis alors aperçue des lacunes qu'il y a en matière de prévention du cancer du sein dans nos pratiques.

Après une brève revue de la littérature sur le dépistage du cancer du sein, certaines questions ont émergé, elles seront détaillées par la suite. La méthodologie de recherche dans la littérature est consultable dans la partie méthodologie de ce travail.

La prévention du cancer du sein est un vaste domaine de discussion, les recommandations ne sont pas les mêmes selon les populations de femmes étudiées ou les pays. Même si le dépistage se veut de plus en plus personnalisé pour chacune des femmes, les Guidelines actuelles se basent sur différentes tranches d'âge (3). Les recommandations établies dont nous allons parler dans ce travail concernent des femmes sans facteurs de risque pour le cancer du sein hormis l'âge. En effet, nous ne parlerons pas des patientes avec antécédent familial à un âge précoce ou multiple, porteuses d'une mutation génétique ou avec un antécédent personnel de cancer du sein. Rappelons également que le dépistage concerne des patientes asymptomatiques, il est essentiel de faire la distinction entre un examen de dépistage et un examen diagnostique (4).

En Belgique, le Programme de dépistage du cancer du sein (= dépistage organisé) existe depuis 2001 et est financé par les entités fédérées. Il propose la réalisation d'un Mammotest tous les deux ans pour les femmes âgées de 50 à 69ans inclus. Pour la bonne compréhension de la suite de ce travail, un bref rappel sur le Mammotest est indispensable.

Qu'est-ce donc le Mammotest ? Il s'agit de l'examen de référence du Programme de dépistage du cancer du sein en Belgique. Toutes les femmes âgées de 50 à 69ans sont systématiquement invitées par courrier de façon bisannuelle à réaliser une mammographie de dépistage. Cet examen s'effectue dans des centres agréés et consiste à prendre plusieurs clichés de mammographie digitalisée. Il est entièrement gratuit pour la patiente. Les résultats bénéficient d'une double lecture afin d'éviter les faux négatifs. Cela signifie que les résultats sont lus par un premier radiologue et ensuite envoyé à un centre de relecture où un second radiologue analyse les clichés sans connaître la conclusion du premier lecteur. Si les deux avis divergent, un troisième lecteur tranchera pour le résultat final (5). Les résultats parviennent à un médecin référent, désigné par la patiente, de façon électronique, et si le résultat est pathologique un courrier est également envoyé. Ce courrier comporte un talon-réponse à renvoyer afin de certifier que la patiente a bien été avertie de la nécessité de faire une mise au point complémentaire. Les médecins peuvent également prescrire le Mammotest.

Le dépistage, s'il est bien mené, permet de diagnostiquer le cancer à un stade débutant, ce qui a un impact bénéfique sur les traitements (conservateurs) et la mortalité. Pour répondre à des objectifs de santé publique, le dépistage doit répondre à des critères de qualité mais aussi obtenir un taux de participation suffisamment élevé. Il est avancé que si 70% de la population cible participait au dépistage organisé, cela permettrait de diminuer de 30% la mortalité du cancer du sein (5). Au contraire, un dépistage inapproprié comporte des risques pour les patientes qui y sont soumises (ex : faux positifs et anxiété qui en découle, faux négatifs, cancers radio-induits...). C'est pourquoi, actuellement, il n'est pas recommandé de dépister systématiquement les patientes avant 50ans.

En Wallonie, le taux de participation au dépistage organisé par le CCR est inférieur à 10% (5). En effet, en Wallonie 47% des femmes ont encore recourt au dépistage opportuniste via une mammographie classique et/ou échographie (5). En Flandre le taux d'adhésion est bien plus élevé, près de 44% des femmes ont recours au Mammotest (5). Précisons que par dépistage opportuniste, nous entendons tout autre examen d'imagerie réalisé en dehors du programme de dépistage de masse mis en place par le CCR.

Ces chiffres interpellent, pourquoi si peu d'adhésion en Wallonie ? Quelles sont les raisons expliquant le choix de prescription des médecins généralistes wallons pour leur patientes âgées de 50 à 69ans ? Il semblerait que le type de prescription soit fortement lié aux habitudes

de dépistage opportuniste existant avant la mise en œuvre du programme de dépistage organisé, ainsi qu'à une certaine méconnaissance de celui-ci (2). Cependant, mieux comprendre les raisons motivant la prescription des médecins généralistes wallons permettrait de soulever des pistes pour améliorer l'adhésion au programme de dépistage des patientes cibles, et l'optimiser.

Ce TFE aura donc pour objectif de comprendre les raisons motivant les médecins généralistes (du Hainaut) à prescrire un dépistage opportuniste plutôt qu'un Mammotest aux patientes âgées de 50 à 69ans et ouvrir la réflexion sur comment faire évoluer le dépistage positivement.

Il est évident qu'un énorme travail reste à faire pour améliorer le dépistage du cancer du sein en médecine générale et ce travail a pour but d'y amener son humble contribution.

2. Méthodologie

2.1 Méthodologie de la recherche bibliographique

2.1.1 Stratégie de consultation de la littérature

Nous avons décidé de réaliser une brève revue de la littérature sur le thème de la prévention du cancer du sein en médecine générale. Les recherches dans la littérature ont été effectuées à partir de la CDLH et des différents niveaux de littérature, en date du 16 septembre 2021 :

- Littérature quaternaire (KCE, CisMef, SSMG)
- Littérature tertiaire (Cochrane, Minerva)
- Littérature secondaire (Embase)
- Littérature primaire (PubMed études originales)
- Littérature grise

Pour consulter les détails de la réalisation de cette recherche vous pouvez vous référer à l'annexe 1 en fin de ce travail

2.1.2 Les mots-clés

Nous avons adapté les mots clés de la recherche en fonction des différents moteurs de recherche consultés.

Les MESH utilisés pour la recherche Pubmed sont les suivants :

- Breast Neoplasms
- Mass Screening

- General Practitioners

Pour consulter les détails des mots clés utilisés et l'élaboration des MESH, vous pouvez vous référer à l'annexe 1 en fin de ce travail.

2.1.3 Elaboration de la question de recherche

Cette brève revue de la littérature a permis l'émergence d'un questionnement et l'élaboration d'une question de recherche clinique plus précise.

Dans un premier temps nous avons pu constater que les guides de bonne pratique sur le dépistage du cancer du sein (KCE, SSMG) sont nombreux et facilement accessibles. Ils recommandent tous pour les patientes âgées de 50 à 69ans la réalisation d'une mammographie de dépistage tous les 2 ans. Pourtant, les chiffres émergeant du dernier rapport du CCR (5) mettent en évidence un faible taux d'adhésion au programme de dépistage organisé en Belgique, et encore plus particulièrement en Wallonie. Ce rapport montre également que beaucoup de patientes réalisent des examens en dehors de ce programme sous prescription de leur médecin généraliste ou gynécologue. Face à ces observations, nous avons centré notre recherche sur cette dualité observée entre dépistage organisé et opportuniste. Quelles sont les raisons expliquant le choix de l'un plutôt que l'autre ?

PubMed révèle plusieurs articles mais la plupart sont des études françaises s'intéressant principalement aux connaissances et caractéristiques des patientes participant aux différents types de dépistage. Un cahier de prévention de la SSMG (2) a interrogé certains professionnels de la santé sur le sujet, certaines hypothèses de réponse s'en dégagent mais il ne s'agit pas d'une étude à proprement parler.

Cette discordance entre les recommandations et ce qui s'observe en pratique, ainsi que l'absence d'élément de réponse et d'étude disponibles sur cette problématique, ont fait émerger la question de recherche suivante :

“Quelles sont les raisons motivant les médecins généralistes à prescrire un dépistage opportuniste (mammographie et/ou échographie) plutôt qu'un Mammotest pour le dépistage du cancer du sein aux patientes âgées de 50 à 69ans ?”

Nous avons établi cette question de recherche à l'aide de la méthode PICO :

P : Quelle est la population cible ? Les médecins généralistes

I : Quelle est l'intervention ? Un dépistage opportuniste pour le dépistage du cancer du sein chez les patientes âgées de 50 à 69ans.

C : Quel est le comparateur ? Un Mammotest pour le dépistage du cancer du sein chez les patientes âgées de 50 à 69ans.

O : Quel est le but ? Objectiver les raisons motivant la prescription

2.2 Méthodologie de réponse à la question de recherche

2.2.1 Type d'étude

Comme méthode d'investigation, nous avons opté pour la réalisation d'une étude qualitative. Cette approche nous permet d'aller plus en profondeur de la question posée. Le but de ce travail est d'objectiver les raisons motivant la prescription des médecins généralistes concernant le dépistage du cancer du sein, afin d'en comprendre les enjeux pour faire évoluer le dépistage.

L'étude se base sur des entretiens individuels semi-dirigés avec des médecins généralistes exerçant dans le Hainaut. Un guide d'entretien (annexe2) établi préalablement à l'aide des éléments de la recherche de la littérature est utilisé comme support à la réalisation des entretiens. Le guide sert de fil conducteur à la discussion, il se compose de plusieurs thèmes à partir desquels ont émergé différentes questions. Le guide d'entretien a évolué au cours des entrevues afin de faire ressortir le matériel nécessaire à ce travail.

Les résultats de l'étude seront ensuite discutés avec une sénologue¹, Dr Goddart Dominique, sa vision d'experte permettra d'ouvrir la réflexion et d'éclaircir certains points concernant ce dépistage.

2.2.2 Sélection des sujets

Critères d'inclusion

Les sujets inclus dans l'étude sont des médecins généralistes pratiquant une médecine générale « tout venant », et installés dans le Hainaut.

¹ L'entretien avec la sénologue est retranscrit intégralement à la fin du document nommé « Retranscriptions des entretiens » accompagnant ce TFE.

Critères d'exclusion

Les médecins ne pratiquant pas la médecine générale ou les généralistes spécialisés dans un type de pratique médicale spécifique (prévention, nutrition, médecine du sport...) ne sont pas inclus dans l'étude. Ainsi que les assistants en formation de médecine générale.

Mode de recrutement

Dans un premier temps, le recrutement des médecins s'est effectué via un mail diffusé par les cercles de garde du Hainaut. Nous avons, dans un second temps, sélectionné par réseau direct des médecins afin de diversifier au mieux les caractéristiques (sexe, âge, type de pratique) des répondants.

2.2.3 Taille de l'échantillon

Nous nous sommes basés sur le principe de saturation des données pour déterminer la taille de l'échantillon, tout en ajoutant à ce principe le facteur temps imparti pour la réalisation de ce travail. En effet, le neuvième entretien n'a pas apporté d'élément de réponse nouveau à la question de recherche, les différentes idées exprimées avaient déjà émergé lors des précédentes entrevues. En ce sens, nous tendons à respecter ce principe.

2.2.4 Mode de recueil des données

Les entrevues se sont déroulées de manière individuelle en face à face aux cabinets respectifs des médecins généralistes interviewés. Les interviews se sont déroulées du 14 décembre 2021 au 8 février 2022. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone pour ensuite être retranscrits intégralement, le consentement du répondant a été demandé oralement avant le début de chaque entretien. La durée des entretiens varie entre 13 à 30 minutes.

2.2.5 Analyse

Après retranscription intégrale au mot à mot de chaque entretien, nous avons choisi d'utiliser la méthode d'analyse des données par catégories conceptualisantes. Cette méthode d'analyse permet de favoriser une réflexion pour sa pratique et a été réalisée de façon manuelle. En voici les étapes : nous nous sommes tout d'abord ancré au matériel collecté grâce à la micro-analyse au mot à mot et la production d'énoncé phénoménologiques (annexe 3). Nous avons ensuite préparé la conceptualisation grâce à des lectures répétées des entretiens pour finalement procéder à une analyse descriptive. A partir des thèmes attribués au matériel, nous avons pu établir des catégories s'articulant entre-elles.

2.2.6 Ethique

Le dossier de l'étude a été soumis au groupe d'éthique interuniversitaire pour la médecine générale en septembre 2021. Les membres du GEIMG ont décidé à l'unanimité que le projet d'étude ne nécessitait pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique de l'UCL (annexe 4).

Nous avons veillé à garder l'identité des participants entièrement confidentielle. Les enregistrements des entretiens ont été sauvegardés sur un ordinateur dont seul l'auteur de l'étude en avait l'accès. Les renseignements personnels donnés dans les interviews ont été rendus anonymes lors de la retranscription et nous assurons la destruction intégrale des enregistrements après délibération de ce travail par le Jury.

3. Résultats

3.1 Présentation de l'échantillon

	SEXE	ANNEES DE PRATIQUE	TYPE DE PRATIQUE
M1	Féminin	3	Groupe
M2	Féminin	5	Groupe
M3	Féminin	3	Solo
M4	Féminin	4	Solo
M5	Masculin	35	Groupe
M6	Masculin	30	Groupe
M7	Masculin	41	Solo
M8	Féminin	12	Solo
M9	Féminin	26	Groupe

Tableau1 : Profils des médecins répondants

3.2 La prescription des médecins généralistes : une équation aux multiples variables.

3.2.1 Le dépistage du cancer du sein : Qui fait le premier pas ?

L'initiative du dépistage peut venir aussi bien de la patiente que du médecin généraliste. On remarque que les différentes manières dont le dépistage est abordé en consultation sont déterminantes pour le type de dépistage qui sera prescrit.

✓ UNE DEMANDE DE LA PATIENTE

La demande de dépistage du cancer du sein par la patiente se fait sous forme d'une demande de prescription d'examen.

M1 : « Parfois elles viennent juste pour ça, enfin pour avoir leur papier mais je suppose qu'on en parlera un peu plus loin. »

La demande de dépistage par les patientes a certaines conséquences, elle donne l'impression aux médecins que les patientes prennent leur santé en main, et pourtant ce n'est pas le cas pour toutes.

M3 : « Je dirais que la demande vient plus souvent des patientes que du médecin finalement et donc on a l'impression que la plupart des femmes le font alors qu'il y a peut-être à côté des femmes chez qui on ne fait pas le dépistage alors qu'on devrait le faire. »

M8 : « Alors soit elles viennent avec leur demande mais souvent alors ce sont les mêmes qui viennent avec leur demande. Et celles qui ne veulent pas trop le faire elles ne me posent pas de question donc je suis obligée d'aller vers elles en disant 'dites et votre mammo ?'. »

La demande de dépistage par la patiente renvoie aussi le médecin généraliste à un manquement de sa fonction.

M2 : « Ça va mais juste à chaque fois je me sens coupable quand c'est le patient qui vient m'en parler parce que je me dis que j'aurais dû y penser. »

✓ **UN MEDECIN GENERALISTE PRO ACTIF**

Les médecins généralistes s'assurent que leurs patientes soient en ordre au niveau du dépistage du cancer du sein. Ils posent la question ou le rappellent systématiquement lorsqu'ils voient les patientes.

M8 : « Euh ben c'est quelque chose dont je reviens dessus chaque année pour chaque patiente, c'est dans le dossier donc j'y reviens dessus ça c'est certain. »

M5 : « Donc ça je le rappelle dès que j'en ai l'occasion en consultation. »

M5 : « Tu leur dis 'c'était quand votre dernier dépistage ?' 'Euh l'année passée' et puis tu regardes et il y a déjà deux ans, parce que le temps passe tellement vite, les gens perdent ça de vue. »

Il s'agit là d'un rôle central du médecin généraliste concernant ce dépistage.

M1 : « *Et c'est ça qui est bien parfois, c'est d'avoir du temps dans les consultations, pour pouvoir repasser en revue toute la prévention. La prévention c'est un des premiers rôles du médecin traitant pour soigner ses patients. »*

Le rôle actif qu'exerce le médecin généraliste dans ce dépistage se révèle être dépendant de sa gestion du temps.

M1 : « *Mais parfois quand moi j'ai le temps dans une consultation, les personnes qui viennent juste pour des ordonnances ou ce genre de choses je fais le tour des préventions. »*

M3 : « *[...] c'est vraiment souvent la demande en fin de consultation 'Ah Docteur vous voulez bien me prescrire ma mammographie ' et puis au final on a déjà pris 20min à régler la plainte principale et donc on ne fait pas revenir le patient pour ça parce qu'il a juste envie de son papier. »*

M2 : « *[...] oui en été on a le temps de penser à la prévention comme il fait plus calme mais la plupart du temps je trouve qu'on n'a pas vraiment ce temps-là. »*

3.2.2 Le poids des habitudes sur la prescription

Le type de prescription pour le dépistage du cancer du sein est influencé par les habitudes qu'ont pris les patients au cours des dernières années. Ces habitudes semblent elles-mêmes liées aux habitudes du médecin traitant ou du gynécologue qui a prescrit les dépistages précédents.

✓ DE LA PATIENTE

M3 : « *[...] ça m'est déjà arrivée de proposer aux patientes 'Tiens vous me demandez une mammographie mais pourquoi vous ne faites pas le Mammotest ?' mais en général la patiente est ancrée là-dessus, elle fait sa mammographie et elle n'a pas envie de changer. »*

M4 : « *C'est vrai qu'une fois, je voulais juste faire une mammographie classique, et la patiente m'a dit : 'mais d'habitude on fait l'échographie avec...'. Bon, je l'ai quand même prescrite parce qu'elle le faisait tout le temps et je me suis dit bon voilà, je vais pas vraiment changer ses habitudes mais... Je pense que ce n'est peut-être pas forcément nécessaire de faire à chaque fois les deux. »*

✓ DU MEDECIN

M8 : « Alors, je demande toujours une mammographie avec plus ou moins une échographie chaque année. »

M9 : « Oui c'est quelque chose que je...je demande très régulièrement à toutes mes patientes. Je sais bien que vous dites sans antécédents mais à 50ans je dis voilà il faut bien faire mammographie et échographie. »

M1 : « [...] elles font ça depuis des années avec leur médecin généraliste et elles n'arrivent pas à changer donc je represcris des bilans sénologiques. »

✓ **DU SPECIALISTE**

M3 : « Alors je vais donner un exemple : moi j'ai une patiente à qui j'avais proposé le Mammothest mais elle m'a dit 'ah mais c'est ma gynécologue elle veut que je fasse mammographie et échographie, c'est elle qui me propose ça chaque année et je ne veux pas changer' [...] »

3.2.3 Besoin de certitudes pour dompter l'inquiétude

Une des grandes inconnues influençant le choix de prescription est l'anxiété. Aussi bien du côté du médecin que du côté de la patiente.

M1 : « Peut-être aussi pour me rassurer moi car certaines patientes sont tellement anxiogènes, tellement inquiètes de ça, elles ont entendu une copine qui... Elles arrivent parfois à partager cette anxiété alors je me dis on se rassure une fois et on peut le faire. Donc oui il y a peut-être ce côté-là, pour se rassurer soi-même et être sûr qu'il n'y a quand même pas quelque chose. »

Face au stress d'un éventuel cancer, la multiplication des différents examens rassure.

M1 : « [...], en tout cas les patientes que j'ai elles ont l'habitude de faire leur bilan sénologique (échographie, mammographie, palpation) et c'est très difficile de leur dire que JUSTE la mammographie ce sera suffisant. Elles ont besoin de tout ça pour être rassurées, [...] »

M4 : « Mais c'est vrai que par habitude, je pense, je les prescris tous les 2. Et surtout quand c'est quelqu'un que tu ne connais pas trop, je me dis autant qu'il fasse mammographie et échographie au complet parce qu'on ne sait jamais. Après tu vas me dire... C'est peut-être parce que j'ai peur de passer éventuellement à côté de quelque chose [...] »

Multiplier la fréquence des examens semble multiplier les chances de dépister à temps.

M5 : « *Donc ce qui m'intéresse c'est quand même que ma patiente, que, lui donner un maximum de chance d'être dépistée en temps et en heure. [...] Oui ça me paraît trop long, surtout qu'il peut toujours y avoir des lésions entre deux dépistages et même quand on les fait une fois par an donc voilà. »*

M8 : « *Oui ou une sur deux, au moins une année mammographie et puis la suivante échographie pour au moins avoir quelque chose tous les ans. »*

Ce concept est à nuancer car réaliser des examens n'est pas sans risque.

M7 : « *[...] On s'est rendu compte qu'une femme de 50 ans avait quand même encore une espérance de vie assez longue et que donc d'un point de vue rayonnement ça impliquait quand même une certaine dose de rayon... Donc on s'est dit qu'avec 2 ans et avec un examen clinique intermédiaire c'était bien. »*

M6 : « *Ne pas non plus surmédicaliser quoi hein, parce que les gens leurs mettre ça dans la tête après on a un peu les effets secondaires de la prévention. »*

3.2.4 L'expérience personnelle et professionnelle

Les expériences professionnelles vécues aux cours de leurs années de pratique influencent la manière de faire des médecins généralistes.

M7 : « *[...], j'ai quand même détecté quelques cancers du sein comme ça, juste en faisant une imagerie. Alors je ne sais pas si j'étais dans les guidelines ou pas, mais ce qui est sûr c'est que j'avais bien fait de la demander. »*

M8 : « *A partir de 40ans. Et j'aime déjà bien demander un cliché avant 40ans ou ne fut-ce qu'une échographie pour déjà avoir un point de départ et à partir de 40ans tous les ans. Je n'attends pas 50ans. - Et justement pour quelle raison ? - Parce que j'ai eu trop de mauvaises blagues. »*

Le vécu personnel/familial des médecins influence également leur manière de prescrire.

M3 : « *[...], notamment une de mes maitres de stage qui avait des antécédents familiaux de cancer et qui disait 'oh mais c'est mieux la mammographie, il y a plus de clichés et puis on sait compléter par l'échographie si besoin donc c'est plus fiable' donc j'avais un maitre de stage qui avait l'habitude de prescrire plus parce qu'elle avait elle-même peur de passer à côté de quelque chose. »*

3.2.5 La prescription en fonction de l'avis d'expert

Les médecins généralistes accordent de l'importance aux avis des différents intervenants spécialistes de ce dépistage, qu'ils soient radiologues, sénologues ou gynécologues.

M5 : « *Ben disons que je vais tenir compte de l'avis du radiologue, si le radiologue dit voilà c'est une patiente éligible pour le Mammotest parce que les seins ne sont pas denses, alors ça j'en tiendrai compte pour la fois suivante mais au départ je prescris toujours les deux et j'attends son retour.* »

M6 : « *Il y a aussi les sénologues, les radiologues qui font l'examen, voilà qu'ils indiquent sur leur protocole à refaire dans 2 ans. Ils ne l'indiquent pas toujours quoi, ou conseiller tous les ans si c'est nécessaire.* »

M6 : « *Et surtout à mon avis, que les sénologues et que les gynécologues en parlent aux patientes également, que dans ce cadre-là, c'est suffisant et il ne faut pas faire plus. Insister pour dire que c'est valable comme test quoi. Enfin moi je ne suis pas gynéco donc s'ils disent non ce n'est pas valable ok alors c'est normal qu'il n'y a pas beaucoup de prescription.* »

Les médecins généralistes comptent sur l'expertise des radiologues pour compléter le bilan si c'est nécessaire afin d'avoir une prise en charge rapide pour les patientes.

M6 : « *[...] je prescris un bilan sénologique ou la mammographie avec si nécessaire l'échographie selon le radiologue. Donc ça c'est à l'appréciation du radiologue. Ce que je fais de plus en plus maintenant quand même.* »

M3 : « *Oui par exemple et même s'il a un doute à l'échographie il peut peut-être même déjà aussi envoyer vers l'IRM. Eventuellement s'il voit un kyste malin il pourrait déjà programmer la ponction. Il me semble que ça pourrait donc aller plus vite que le Mammotest* »

Pour les patientes, l'avis des spécialistes semblent primer sur celui des généralistes et les gynécologues ne semblent pas promouvoir le Mammotest.

M6 : « *Et puis finalement j'ai l'impression que de la part des gynécos, ça n'a pas été très bien suivi. Ils redemandent souvent de refaire un bilan sénologique. Évidemment quand le spécialiste insiste là-dessus, nous comme généraliste, on a du mal de revenir en arrière.* »

M9 : « Mais maintenant je vois bien que, soit les sénologues, elles disent vu la densité ça peut être fait tous les 18mois ou alors ça peut être tous les 2 ans et donc en général elles respectent bien ça. »

M3 : « [...] donc là c'était clairement la gynécologue qui n'avait pas parlé du mammotest et donc la patiente avait l'habitude de faire comme ça et elle avait un peu plus confiance en la gynécologue que nous. »

3.2.6 L'opinion publique du Mammotest

Les avis des médecins généralistes divergent concernant le Mammotest.

Certains sont convaincus.

M6 : « Pour moi, je trouvais que c'était positif et pas trop d'irradiations sur le long terme, surtout quand on commence à se faire des mammographies depuis enfin relativement jeune quoi, il y a quand même une accumulation de rayons. »

M1 : « Moi je suis pour, mais du côté des patientes elles sont très sceptiques. »

Certains sont réfractaires.

M7 : « Alors moi je n'aime pas trop le Mammotest, (rires) j'avoue. Parce qu'une mammographie au moins s'il y'a quelque chose, le radiologue fait tout de suite l'échographie. Tandis que le Mammotest... Déjà les gens doivent attendre le résultat, puis ils doivent revenir pour entendre dire 'Ah il faudrait faire ça encore en plus', donc ils doivent retourner, de nouveau prendre un rendez-vous et attendre. Je trouve que la procédure est un peu lourde donc moi je fais plutôt des mammographies à ma demande. »

M5 : « Euh... C'est mieux que rien mais ça reste quand même, je vais dire, il y a la double lecture mais je pense qu'il y aura toujours une différence par rapport à un sénologue que je connais bien et averti. Il y aura toujours une différence de qualité je pense et on sait bien que le but d'un dépistage c'est de trouver la lésion la plus petite possible. »

D'autres émettent des doutes.

M9 : « Je pense qu'ils ont fait quand même aussi beaucoup de progrès donc ce n'est pas non plus comme si des gens qui avaient fait un Mammotest et qu'on avait rien vu du tout puis finalement après on tombe sur une tumeur. Je vais pas dire que... J'ai l'impression des fois que c'est un peu moins précis mais c'est peut-être une fausse idée de ma part hein. »

Cependant, c'est un examen qui n'est pas connu de tous.

M2 : « Pour moi le Mammotest c'est mammographie plus échographie mais la fréquence je ne sais pas, j'imagine que c'est tous les 2 ou 3 ans aussi. »

M4 : « L E : Et justement tu évoquais le Mammotests, est-ce que tu sais m'expliquer son fonctionnement ? En quoi ça consiste ? M4 : Non, pas vraiment je t'avoue. »

3.2.7 Faire un choix à condition de connaître les options

Comme explicité dans le concept précédent, le Mammotest ainsi que ses tenants et aboutissants ne sont pas toujours connus de tous. Et on constate que le médecin généraliste n'utilise pas dans sa pratique quelque chose dont il ne connaît pas les modalités.

M9 : « Non en général moi je prescris des mammographies et échographie, en général c'est plus souvent à ce moment-là certains centres qui mettent « Vous savez elles sont dans les conditions éligibles pour avoir un Mammotest » et voilà, mais euh sinon je sais qu'il y a une double lecture parce que ça ils le notent en général, ou s'il y a quelque chose de pathologique ou même il mette voilà il y a bien eu une double lecture. Mais c'est plus dans ce sens-là. Mais sinon je ne sais pas très bien comment ça fonctionne non. »

Les médecins généralistes sont favorables à recevoir plus d'informations sur le Mammotest.

M4 : « [...] je me dis peut-être plus pour les nouvelles générations d'informer plus par rapport à ce Mammotest parce que j'ai l'impression que les gens ne savent pas trop ce que c'est. Et comme ils ont toujours fait une mammographie et une échographie ben... »

M8 : « Non, il faut mieux informer les médecins traitants sur le fait qu'on puisse nous même prescrire un Mammotest. »

Le dépistage du cancer du sein est un sujet dont on ne parle pas assez souvent.

M9 : « [...] ce n'est pas un sujet qui revient souvent, je pense qu'on a l'impression que comme c'est quelque chose d'assez connu et bien on n'en parle pas spécialement. »

Les médecins généralistes sont favorables à recevoir plus d'informations sur le dépistage du cancer du sein, et principalement de la part des autorités de la santé.

M6 : « Je crois que ce serait bien de recevoir de l'INAMI ou de la Communauté française ou de la région, une information supplémentaire. Ou des cercles de médecins généralistes également. Des petits rappels ou des petites mises à jour comme ça. »

3.2.8 La confiance c'est la base

Dans leur pratique, les médecins généralistes accordent beaucoup d'importance à la relation de confiance.

Il y a la confiance entre le médecin généraliste et les autres intervenants du dépistage.

M5 : « On préfère quand même toujours je pense aussi confier la patiente à un cabinet de radiologie que l'on connaît, dont on connaît la qualité. Evidemment les sénologues aussi font des Mammotest mais ça reste quand même... Enfin c'est une question de confiance comme toujours en médecine finalement. »

M9 : « Mais, en fait j'ai l'impression, c'est un peu comme pour l'histoire de l'Hemoccult, j'ai l'impression des fois euh... voilà je serais plus rassurée en tout cas moi de faire une mammographie et écho mammaire. »

Mais aussi la relation de confiance entre le médecin généraliste et la patiente.

M7 : « Moi je trouve qu'il vaut mieux conscientiser les gens pour qu'ils aillent chez leur médecin traitant [...] Déjà, il y a un examen clinique, c'est quand même... [...] C'est déjà un premier point voilà, et il y a un contact qui est établi aussi. Je crois que pour la relation de confiance, c'est important aussi. »

3.2.9 Un problème de budget

Le coût du dépistage peut-être un élément déterminant pour la patiente.

M7 : « Oui c'est sur invitation systématique et gratuit, alors ça, ça plait beaucoup quand c'est gratuit. C'est vrai que c'est un critère très important dans la région [...] »

M9 : « Alors celles qui ont un peu plus de difficulté financière elles vont me dire 'écoutez je préfère faire le Mammotest parce que c'est remboursé' voilà. »

Même si le médecin est informé, c'est important d'en discuter avec la patiente pour qu'elle le soit aussi.

M3 : « Le cout aussi je pense que c'est important d'expliquer que le dépistage est gratuit parce que parfois il y a des patients qui ont un peu peur ou qui n'osent pas de demander, en général on va d'abord faire son examen et puis on reçoit sa facture. »

Le critère budgétaire n'impact pas toujours la prescription des médecins généralistes.

M8 : « Oui mais après il faut dire aussi que je n'ai pas une patientèle fort défavorisée non plus. Donc c'est aussi une chance de pouvoir prescrire alors qu'elles ne sont pas remboursées. »

3.2.10 La logistique du résultat

Pour les médecins généralistes, une variable importante concernant les examens de dépistage, c'est la gestion des résultats. L'opinion du médecin généraliste sur un type d'examen est fonction de la manière dont le résultat de cet examen lui parvient et doit être géré.

M8 : « [...] en général elles reçoivent les infos chez elles, le font et euh... Mais je trouve que les résultats ce n'est pas toujours facile. Ça n'arrive pas toujours correctement dans le DMI, ouais c'est bof. »

M7 : « Je ne sais pas si c'est un point négatif, mais le problème c'est que voilà, on reçoit un résultat, on n'a pas forcément vu la patiente... On ne l'a peut-être plus vue depuis six mois ou depuis un an... on peut avoir perdu ses coordonnées qui peuvent avoir changé »

M3 : « Mais ce que j'apprécie vraiment c'est qu'on ait une obligation d'informer le centre qu'on a bien informé la patiente du résultat. Ça c'est quand même bien fait. »

Le résultat devrait être facilement accessible par le médecin généraliste et le gynécologue.

M3 : « Je trouve que déjà ça serait chouette que si on prescrit une mammographie le résultat devrait d'office arriver chez le médecin traitant ET chez le gynécologue peu importe de qui l'a demandée. »

3 Discussion

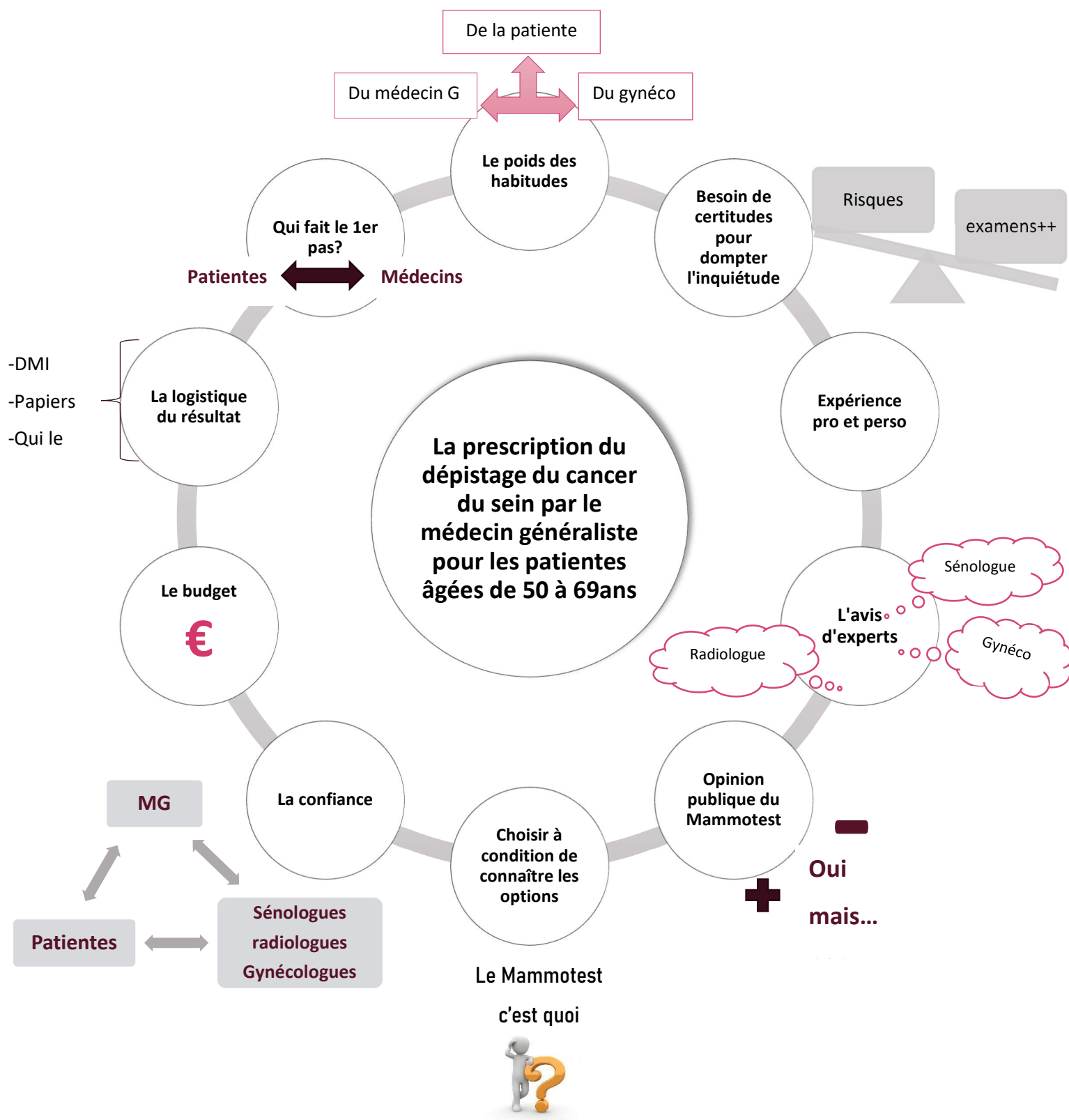


FIGURE 1: SCHÉMA DE MISE EN RELATION DES RÉSULTATS

3.1 Analyse des résultats

La prescription des médecins généralistes pour la prévention du cancer du sein chez leurs patientes âgées de 50 à 69ans se révèle être une équation aux multiples inconnues. Comme schématisé ci-dessus, nous avons relevé au total **dix concepts intervenant dans ce choix de prescription**. Nous allons, dans la discussion qui suit, les expliquer afin de mieux les comprendre. L'expertise du Dr Goddard Dominique, sénologue aux Centres hospitaliers de Jolimont, permettra d'enrichir la discussion.

Tout d'abord, nous observons que **la manière dont ce dépistage est abordé** en consultation conditionne déjà l'examen qui sera prescrit par le médecin. En effet, si c'est la patiente qui interpelle le médecin généraliste pour avoir sa prescription d'examen, le médecin prescrira selon la demande de la patiente. Beaucoup de patientes interpellent leur généraliste de cette façon pour le dépistage. L'un des risques liés à cette pratique est de croire que les patientes sont assidues dans le dépistage, alors qu'au final c'est loin d'être le cas pour toutes. Il est évident que certaines patientes échappent au dépistage si un rappel systématique n'est pas fait par le médecin généraliste. Informer et éduquer les patientes à la prévention nécessite un certain investissement en termes de temps. Parfois, en fonction de la période ou du déroulement de la consultation, le médecin ne dispose pas de ce temps. Pourtant, on remarque que si le médecin généraliste aborde lui-même la question du dépistage, il le fait généralement à un moment propice lui permettant d'effectuer pleinement son rôle.

Nous constatons que les patientes ont **l'habitude** d'effectuer un type d'examen bien précis depuis de nombreuses années, elles prennent même parfois leur rendez-vous avant d'avoir la prescription de leur médecin. A l'origine des habitudes de la patiente, se trouvent tout d'abord les habitudes du médecin généraliste ou du gynécologue qui la suit depuis toutes ces années. Parmi tous les interviewés, nous remarquons que chaque médecin a sa manière de procéder en termes de fréquence et de type d'examen. Rappelons qu'en Wallonie, les habitudes sont clairement en faveur du dépistage opportuniste, très peu de Mammotest sont réalisés (5). Dr Goddard D. relève deux éléments pouvant expliquer l'ancrage au dépistage opportuniste : « [...] comme il y a du dépistage individuel qui se fait dans la quarantaine, après les dames elles

ont un peu de mal évidemment à changer de système et donc ça, c'est un biais aussi [...] ». En effet, beaucoup de médecins ou gynécologues instaurent un dépistage avant 50ans, or avant 50ans il n'est pas possible de réaliser de Mammotest. Un autre élément à l'origine de cet ancrage pourrait être l'existence du dépistage opportuniste avant même l'apparition du Mammotest, Dr Goddart D. explique : *« Mais il y a des grosses réticences, et par rapport à la Flandre aussi. Parce que là, il n'y avait pas de dépistage individuel avant, ils ont commencé d'emblée avec le Mammotest. [...] Ici, on avait quand même toute une culture de dépistage individuel avant ».* Cette hypothèse expliquerait également pourquoi le taux d'adhésion est largement supérieur en Flandre comparé à la Wallonie. Parmi les répondants, nous constatons également que chez les médecins ne prescrivant pas de Mammotest, les jeunes sont plus enclins à envisager de modifier leurs habitudes en faveur du Mammotest comparé aux médecins ayant plus d'années d'expérience.

Un autre élément conditionne fortement la prescription de ce dépistage : **l'anxiété**. Les médecins s'accordent à dire qu'un cancer dépisté précocement diminue la mortalité et morbidité pour la patiente, et ils recommandent le dépistage dans ce but. Nous observons qu'une grande crainte, aussi bien du côté de la patiente que du médecin, est celle de louper un cancer débutant. En ce sens, multiplier les examens et leur fréquence rassure les médecins et les patientes. L'un des dangers à cette façon de procéder réside dans la surmédicalisation. Le dépistage n'est pas sans effet secondaire, il faut aussi tenir compte de l'exposition aux rayons lors de la réalisation de mammographies répétées. Le KCE ne recommande pas d'associer systématiquement une échographie à la mammographie(5), elle peut être responsable d'actes invasifs parfois inutiles tels que des ponctions ou biopsies. Dr Goddart nous rappelle par ailleurs que l'examen principal du dépistage est bel et bien la mammographie, même si l'échographie semble beaucoup rassurer les patientes : *« Oui, oui, et ça aussi par rapport à l'échographie, comme on regarde vraiment, ils ont l'impression que ça c'est vraiment le truc principal. Ils n'imaginent pas que, enfin, on fait la mammographie avant, mais ils croient que vraiment, le vrai diagnostic c'est l'échographie, mais non la base c'est la mammographie. [...] Je ne ferai jamais une échographie à l'aveugle comme ça sans avoir vu les clichés avant donc... mais c'est parce qu'on est plus proche d'elle quoi, on a l'impression qu'on fait plus ».*

Nous remarquons aussi que les médecins généralistes avec de nombreuses années de pratique s'appuient sur leurs expériences passées de dépistage pour confirmer ou au contraire adapter leur façon de procéder. Nous remarquons donc le rôle déterminant que joue **l'expérience** dans ce dépistage. Au-delà de l'expérience professionnelle, le médecin généraliste est influencé par son expérience personnelle. En effet, il s'agit d'hommes et de femmes avec parfois eux-mêmes des antécédents ou des proches touchés par le cancer du sein. Les médecins généralistes touchés personnellement de près ou d'un peu plus loin par le cancer du sein, semblent également vouloir maximiser les examens effectués.

Les médecins interrogés se montrent sensibles à **l'avis des différents spécialistes** intervenant dans ce dépistage. Ils se montrent d'ailleurs favorables à recevoir des informations très précises dans les protocoles des radiologues ou des sénologues quant à la fréquence recommandée des futurs dépistages selon le résultat des clichés. Les patientes aussi tiennent compte de ces recommandations pour le renouvellement de leur dépistage. Le Mammotest ne semble pas être un examen recommandé par les gynécologues aux patientes. C'est une constatation que font les médecins généralistes, et certains se demandent d'ailleurs pourquoi les gynécologues n'encouragent pas en ce sens. D'autant plus que leurs avis d'experts a un poids considérable aux yeux des patientes. Beaucoup de médecins trouvent important de pouvoir laisser le radiologue juger de la nécessité ou non de réaliser une échographie en complément à la mammographie. La possibilité de permettre au radiologue de réaliser immédiatement une échographie en cas de doute, n'est pas une procédure possible lors du Mammotest. En effet, la patiente devra être convoquée dans un second temps si un complément aux clichés s'avérait nécessaire. C'est notamment une des raisons expliquant l'opinion négative de certains médecins à propos du Mammotest.

L'opinion des médecins concernant le Mammotest n'est pas unanime, c'est pourtant un élément crucial pour son adhésion ou non. Certains médecins se montrent très favorables, d'autres sont plus sceptiques. Il semble y avoir un manque de confiance, des doutes sont émis sur la qualité de cette procédure. Pourtant le programme de dépistage répond aux exigences des recommandations européennes, de nombreux contrôles de qualité sont effectués aux différentes étapes du processus (5). Dr Goddard D., sénologue, nous a aussi confirmé le gage de qualité qu'implique le Mammotest : « *Voilà donc, parce que parfois les gens pensent que*

c'est vraiment un dépistage au rabais ou parce que c'est gratuit donc ça ne vaut rien. Ben non, non, non, les clichés c'est les mêmes, les radiologues c'est les mêmes ! ».

Au-delà de ceux qui sont pour ou qui sont contre, nous constatons que le Mammotest n'est pas connu de tous. Pour certains médecins, même si le nom semble vaguement évoquer quelque chose, son fonctionnement reste parfois tout à fait inconnu. **Le manque de connaissance** du Programme de dépistage organisé est évidemment un frein majeur à son adhésion. Certains ne savent pas du tout de quel examen il s'agit, et d'autres n'en connaissent pas les modalités exactes. Un médecin était d'ailleurs étonné d'apprendre qu'il pouvait lui-même prescrire ce Mammotest. Ces constatations mettent en évidence les lacunes de communication entre les organisateurs de ce programme et les médecins de terrain. C'est aussi un élément mis en évidence lors d'une étude française concernant l'information du dépistage organisé auprès des médecins et des patientes (6). La plupart des médecins généralistes se montrent pourtant favorables à recevoir plus d'information sur le sujet. Outre le Mammotest, tous les médecins généralistes s'accordent à dire que le dépistage du cancer du sein est un sujet dont on ne parle pas assez. Même si les campagnes de dépistage sont utiles pour le grand public, les médecins souhaiteraient recevoir des informations plus précises telles que des rappels de Guidelines ou mise à jour de la part des autorités officielles de la santé.

Comme toujours en médecine, **la relation de confiance** est primordiale dans le choix du dépistage. Le médecin généraliste à l'habitude de travailler avec un réseau qu'il connaît bien et en qui il a confiance. C'est pourquoi certains préfèrent référer leur patiente vers un sénologue qu'ils connaissent bien plutôt que de lui dire de réaliser un Mammotest qui semble plus impersonnel. La relation de confiance entre le médecin et la patiente est un élément important pour convaincre la patiente de réaliser un examen. Cette relation de confiance se construit au fil des consultations. La confiance est d'autant plus importante lorsqu'il s'agit de la poitrine. Comme le rappelle la sénologue, la poitrine est une partie du corps particulière : *« C'est vrai que là il y a une question de personnalisation aussi, les gens viennent... enfin ce n'est pas comme si on va faire une radio du genou, ben on fait une radio de genou on ne sait pas qui va la lire mais on fait une radio du genou, la seno c'est un peu*

différent quoi. [...] Dès que ça touche au sein il y a un pathos pas possible quoi, et ça a toujours été comme ça et c'est difficile de sortir de ça ».

Parfois, la prescription du médecin généraliste est influencée par **le coût de l'examen prescrit** mais ça n'est pas toujours le cas. Certains médecins rappellent qu'il est tout de même important d'en avertir la patiente, ce qui n'est pas toujours fait. Contrairement à ce qu'on pourrait attendre, le Mammotest semble parfois avoir plus de succès dans des régions plus aisées économiquement que d'autres plus défavorisées, Dr Goddart D. témoigne : « *C'est étonnant parce que donc je travaille sur un centre à Braine-l'Alleud aussi, et donc au départ historiquement je me dis 'Braine-l'Alleud par rapport à la région du Centre, les gens vont être plus intéressés à faire le Mammotest gratuit par ici que là-bas' et bien, pas du tout ! J'en ai plein à Braine l'Alleud, j'en ai plein plein plein ! On remplit régulièrement !* ». Nous constatons aussi cette observation dans le rapport du CCR, où les taux de participation au Mammotest par province s'élèvent à 8,2% en Brabant Wallon comparé à 6.2% en Hainaut sur la période 2009-2017(5). Le critère budgétaire semble donc avoir une importance plutôt relative dans le choix de prescription finale.

La façon dont le résultat d'examen parvient au médecin généraliste est un critère important. Actuellement il semble primordial que le résultat arrive directement dans le DMI du médecin généraliste. L'un des inconvénients du Mammotest est de recevoir des résultats de patientes qui parfois sont perdues de vue, ou dont les coordonnées ont peut-être changé. D'autres médecins apprécient les contrôles mis en place pour la vérification de la transmission des résultats en cas de Mammotest positif. Dr Goddart rappelle également que si le médecin ne donne pas suite aux résultats positifs, la patiente sera contactée directement : « *Et alors si le médecin n'a pas répondu, après ils envoient à la patiente aussi* ».

On constate que les freins à l'adhésion du Mammotest cités dans le cahier de prévention de la SSMG (2) se confirment dans les résultats de notre étude. Il s'agit notamment du manque de soutien des spécialistes, des habitudes, du manque de connaissance concernant le Mammotest, l'impression que le Mammotest est moins performant ou le fait que le radiologue ne puisse pas compléter par une échographie immédiatement. Une autre étude (7) confirme également l'importance de l'opinion personnelle des médecins généralistes

concernant le dépistage organisé pour son adhésion. Notre étude a également pu amener des éléments de réponse supplémentaires. En effet, elle a montré que le choix de prescription pour le dépistage dépendait également de la manière dont celui-ci est abordé en consultation. Ainsi que de la capacité à faire face à l'anxiété et aux doutes. Dans cette optique il est important de rappeler qu'aucun examen ne peut exclure avec 100% de certitude un cancer. Dr Goddart D. nous interpelle d'ailleurs face aux limites des clichés : *« Il y a parfois des cancers qui sont, enfin parfois des gros cancers mais qui adhèrent aux plans profonds et qu'on ne parvient pas à attraper sur les clichés. Donc on peut très bien avoir un examen tout à fait négatif avec un gros cancer juste à côté. Donc c'est vraiment hyper important, de vraiment motiver, enfin si les patientes font un Mammotest, il faut qu'elle... idéalement que leur médecin traitant les examine de temps en temps ou leur gynécologue »*. Il est donc essentiel de rappeler que l'examen clinique des seins est indispensable pour le dépistage, qu'il soit fait par le médecin généraliste, le gynécologue ou le sénologue, il faut s'assurer qu'il soit fait.

3.2 Forces et faiblesses de l'étude

Le point fort de cette étude réside dans le choix de sa méthodologie. Le but de l'étude n'est pas d'établir un inventaire des raisons en faveur de l'un ou de l'autre examen. Le but est de comprendre un phénomène complexe qu'est la prescription des médecins généralistes pour le dépistage du cancer du sein, et le meilleur moyen pour ce faire est l'approche qualitative.

Il est évident que cette étude comporte certains biais. Notamment dans le recrutement des répondants, ils ont été sélectionnés pour la plupart via un réseau de connaissances directes. De plus, quatre médecins sur les neufs ont cinq ans ou moins d'années de pratique en médecine générale.

La qualité des interviews est aussi à nuancer. En effet, rappelons qu'elles ont été réalisées auprès de médecins généralistes, et il est indéniable que le temps est une denrée très précieuse dans le quotidien d'un médecin généraliste. D'autant plus encore en période hivernale et de gestion de crise Covid Omicron.

De plus, mener un entretien semi dirigé est une compétence à part entière et nous ne pouvons prétendre à maîtriser parfaitement ce savoir-faire dès le premier essai.

3.3 Concrètement pour la pratique des médecins généralistes

Il est essentiel de se rappeler que *tout examen de dépistage devrait être réalisé dans le cadre d'un dépistage organisé pour offrir des garanties de qualité, d'efficacité, d'équité et d'accessibilité, mais aussi afin de diminuer au maximum les effets négatifs inhérents à tout type d'examen* (5). Le Mammotest répond à ces exigences, il permet un dépistage de masse qui n'est pas possible avec la réalisation de bilans sénologiques. L'un des problèmes majeurs constatés dans le système de soins de santé actuel est l'allongement des délais d'attente pour les rendez-vous et bilans. Les plannings sont surchargés et le personnel manque, Dr Goddart nous le confirme, les délais de rendez-vous actuels sont extrêmement longs pour les mammographies de dépistage et poursuivre de cette façon, c'est risquer de perdre en termes de qualité de prise en charge. Le Mammotest quant à lui est un examen facilement reproductible qui ne nécessite pas la présence d'une sénologue au moment de sa réalisation, Dr Goddart D. nous explique :

« [...] si elles font un Mammotest, nous on n'a pas besoin d'être là et donc on peut ouvrir des vacations avec juste une technicienne qui fait les Mammotests. Nous après, c'est vite lu, moi je fais ça en fin de programme et s'il y'a quoi que ce soit la mise au point on ne va pas la remettre en décembre hein, elle sera faite dans la semaine la mise au point. [...] si on veut vraiment avoir une grosse couverture de la population, on est obligé de passer par là, parce qu'on n'est pas assez ! Donc c'est vraiment important, c'est vraiment un tri quoi mais c'est pour ça qu'il faut quand même l'examen clinique, voilà, il faut des garde-fous autour. [...] il faut être honnête, ce n'est pas 100% d'équivalence hein, mais la différence elle n'est quand même pas... Il faut raisonner en santé publique quand même, et voilà, ça n'est vraiment pas un examen au rabais, c'est un tri quoi. C'est vraiment un premier tri et c'est hyper important. [...] on pourrait vraiment se concentrer sur les mises au point et ça, c'est plus efficace au niveau médical quoi ».

Le Mammotest est l'examen de référence recommandé pour le dépistage du cancer du sein chez les patientes âgées de 50 à 69ans sans facteurs de risque associé, il semble avoir un réel intérêt pour notre pratique et devrait être plus largement utilisé. Comprendre les raisons expliquant le faible taux d'adhésion au programme de dépistage organisé est une première étape nécessaire pour faire évoluer les choses. Comme le rappelle une étude (8), il est primordial d'impliquer davantage le médecin généraliste dans ce dépistage organisé si on veut qu'il soit une réussite. Comme certains médecins interrogés l'ont souligné, il faudrait

encourager un contact entre la patiente et son médecin traitant pour promouvoir ce dépistage. Provoquer un contact permettrait ainsi d'encourager la réalisation d'un examen clinique mais aussi de renforcer la relation de confiance nécessaire à ce dépistage.

Face au poids des habitudes, il sera plus évident de proposer le Mammotest aux patientes n'effectuant pas encore de dépistage. Comme le confirme une étude française (8), l'un des freins majeurs à l'adhésion des patientes au dépistage organisé est l'instauration d'un dépistage avant 50ans par le gynécologue. Pour pallier à ce problème il aurait été intéressant de pouvoir réaliser des Mammotest avant l'âge de 50ans, ce qui n'est actuellement pas le cas.

En ce qui concerne l'avenir, une étude internationale myPeBS (9) est en cours, et elle a pour but de comparer une stratégie de dépistage personnalisée en fonction du risque individuel de chaque femme par rapport à la stratégie actuelle de dépistage. La date d'achèvement de cette étude est estimée à 2025.

Pour rappel, il existe différents outils à la disposition des médecins généralistes pour les aider dans leur pratique, la RMG a notamment publié dans le périodique de septembre 2019 un algorithme d'aide au dépistage pour les médecins généralistes (10):

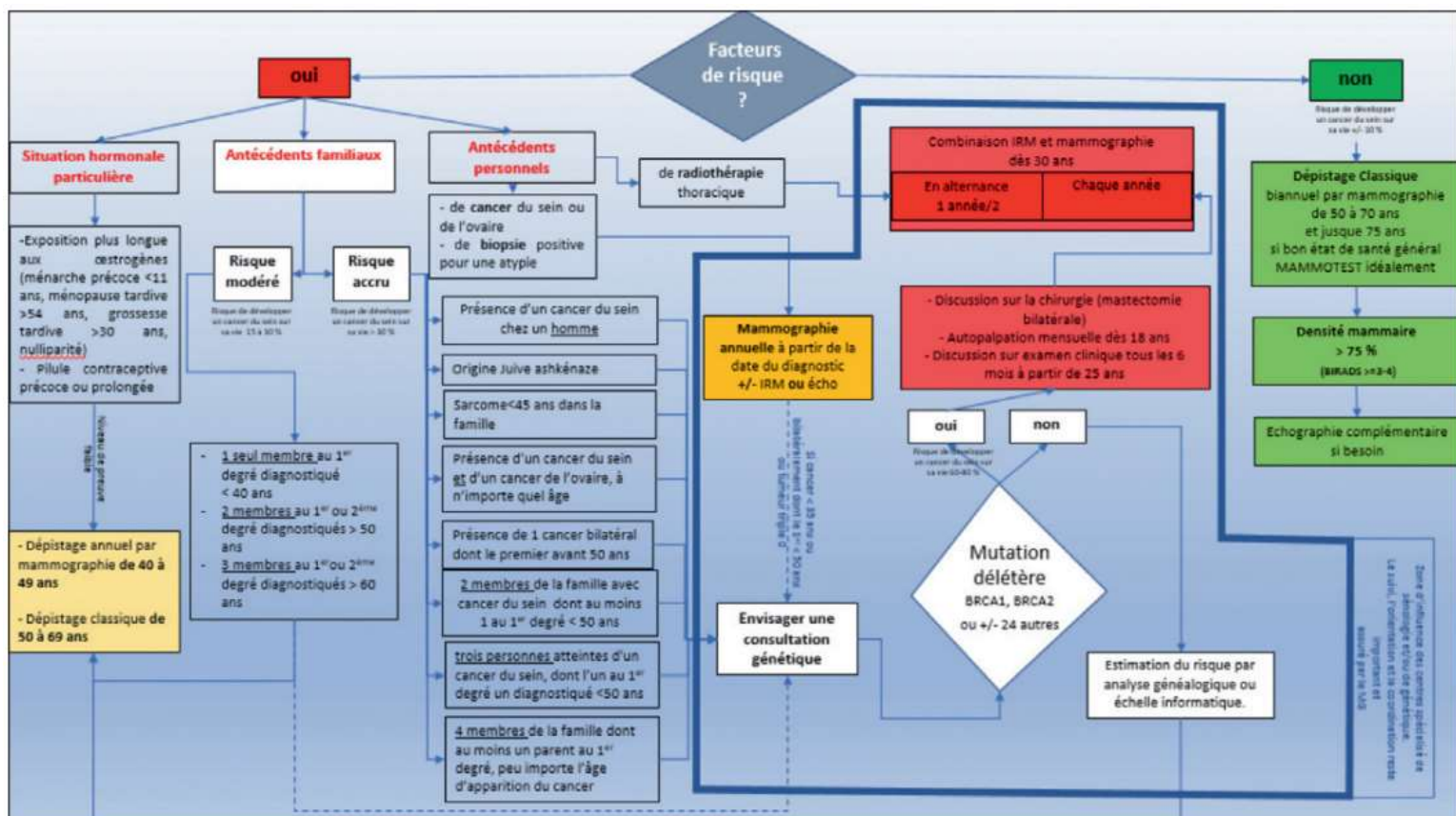


FIGURE 2 ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE DU DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN À L'ATTENTION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

4 Conclusion

A travers cette étude, nous avons pu objectiver dix concepts intervenant dans le choix de prescription des médecins généralistes (du Hainaut) pour le dépistage du cancer du sein des patientes âgées de 50 à 69ans sans facteur de risque :

- La manière dont le sujet est abordé en consultation
- Les habitudes de dépistage de la patiente et des médecins
- L'anxiété face au cancer et la gestion du doute
- L'expérience personnelle et professionnelle concernant le cancer du sein
- L'avis des spécialistes impliqués dans le dépistage du cancer du sein
- L'opinion du médecin généraliste à propos du Mammotest
- Les connaissances du médecin généraliste concernant les Guidelines et le fonctionnement du Mammotest
- La relation de confiance entre les différents intervenants du dépistage et la patiente
- Le coût des examens
- La manière dont le résultat parvient au médecin et sa gestion

Ces concepts semblent avoir plus ou moins de poids dans le choix du type de dépistage selon les différents médecins interrogés. Dans la littérature ainsi que dans cette étude, nous remarquons que l'un des facteurs les plus influant semble être le poids des habitudes. Il est très compliqué de changer les habitudes de dépistage des patientes. En ce sens, cibler les patientes de 50ans ou plus ne réalisant pas encore de dépistage, et les inciter à participer au Programme organisé pour leur premier dépistage est décisif pour les années suivantes. Les jeunes médecins ont certainement aussi un rôle à jouer dans ce changement d'habitudes, et ils semblent y être réceptif.

Cette étude a montré que les arguments avancés par les médecins généralistes en faveur du dépistage opportuniste relèvent principalement de ressentis, d'impressions ou de croyances. Finalement, le seul fait objectif cité par les médecins généralistes à l'encontre du Mammotest, est l'impossibilité de compléter l'examen par une échographie dans le même temps si cela s'avérait nécessaire. En pratique, cet élément ne serait pas aussi problématique si la filière des mises au point n'était pas surchargée par les bilans sénologiques de dépistage. Les mises au point diagnostiques pourraient ainsi être réalisées dans de meilleurs délais et conditions.

On constate également un manque évident de communication sur le Programme de dépistage du cancer du sein. Bien que le dépistage du cancer du sein soit un sujet connu de tous, les informations concernant son organisation ne le sont pas. Il est primordial d'informer davantage les médecins et les patientes sur le fonctionnement du dépistage organisé. L'implication des généralistes est indispensable pour mener à bien le dépistage. Les médecins généralistes souhaiteraient d'ailleurs recevoir plus d'informations sur le sujet de la part des autorités de la santé.

Même si l'avenir s'orientera certainement vers un dépistage de plus en plus personnalisé, actuellement, le Mammotest reste à promouvoir dans notre système de soins de santé.

Ce travail n'a exploré qu'une infime partie du vaste sujet qu'est le dépistage du cancer du sein. L'un des aspects du dépistage qui pose question est certainement l'âge auquel il faut le débiter. Les recommandations internationales varient beaucoup sur ce sujet. L'American Cancer Society recommande par exemple un dépistage annuel entre 45-55ans, et au-delà un dépistage bisannuel (11). Il serait intéressant, à l'avenir, de se pencher sur l'intérêt d'étendre le dépistage organisé aux patientes âgées de 45 à 74ans en Belgique.

Bibliographie

1. Cancer du sein [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé. 2021 [cité 24 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
2. Gruber P, Jonkheer P, Trefois P. Cahier prévention, le dépistage du cancer du sein [Internet]. Société Scientifique de Médecine Générale; [cité 24 avr 2022]. Disponible sur : https://www.ssmg.be/wp-content/images/ssmg/files/Cahiers_de_prevention/am7.pdf
3. Kohn L, Mambourg F, Robay J. Dépistage du cancer du sein: messages en support d'un choix informé | KCE [Internet]. KCE Centre d'Expertise Fédéral Français. 2014 [cité 24 avr 2022]. Disponible sur: <https://kce.fgov.be/fr/publication/report/d%C3%A9pistage-du-cancer-du-sein-messages-en-support-d%E2%80%99un-choix-inform%C3%A9>
4. Garmyn B, Govaerts F, Peremans L. Dépistage du cancer du sein Recommandation de bonne pratique Validée par le CEBAM en mars 2016 Traduite par la SSMG en août 2016 avec le soutien du SPF Santé Publique [Internet]. 2016 [cité 24 avr 2022]. Disponible sur: https://www.ssmg.be/wp-content/images/ssmg/files/Recommandations_de_bonne_pratique/SSMG_cancerdusein_RBP.pdf
5. de Foy T, Candeur M, Coppieters Y. Dépistage organisé du cancer du sein en Région wallonne. Activités de dépistage 2007-2017 [Internet]. 2019 [cité 24 avr 2022]. Disponible sur: https://www.ccref.org/pro/pdf/publications/CCR_depistage_cancer_sein_rapport_2007-2017_visualisation.pdf
6. Dujoncqoy S, Migeot V, Gohin-Pério B. Information sur le dépistage organisé du cancer du sein : étude qualitative auprès des femmes et des médecins en Poitou-Charentes: Santé Publique. 1 déc 2006;Vol. 18(4):533-47. DOI: 10.3917/spub.064.0533
7. François G, Van Roosbroeck S, Hoeck S, Markovskaia E, Van Hal G. A pivotal role for the general practitioner in a mixed mammographic screening model. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. avr 2012;60(2):150-6. DOI: 10.1016/j.respe.2011.09.008
8. Ferrat E, Le Breton J, Djassibel M, Veerabudun K, Brixi Z, Attali C, et al. Understanding barriers to organized breast cancer screening in France: women's perceptions, attitudes, and knowledge. Fam Pract. 1 août 2013;30(4):445-51. DOI: 10.1093/fampra/cmt004
9. Flamant P. Le projet - MyPeBS [Internet]. 2017 [cité 24 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.mypebs.eu/fr/le-projet/>
10. Henrion D, David C. Algorithme de prise en charge du dépistage du cancer du sein à l'attention des médecins généralistes. RMG. sept 2019;(365):6-11.

11. Espié M. La mammographie entre 40 et 50 ans. La Lettre du sénologue. juill 2016;(73):10-38.
12. Mambourg F, KOHN L, Robays J. Dépistage du cancer du sein: quelle(s) information(s) pour les femmes ? RMG. avr 2014;(312):17-22.
13. Duport N. Characteristics of women using organized or opportunistic breast cancer screening in France. Analysis of the 2006 French Health, Health Care and Insurance Survey. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. déc 2012;60(6):421-30.
DOI: 10.1016/j.respe.2012.05.006
14. Didier H. La prévention du cancer du sein : quelle place lui accordent les médecins généralistes en consultation ? Ressentis – Obstacles – Pistes de solutions. UCLouvain; 2019.

Annexe 1 : Détails de la méthodologie de la recherche bibliographique

- La littérature quaternaire (NIVEAU 4)

Nous avons effectué une recherche sur le site du KCE (Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé) : « dépistage cancer du sein » et consulté le FOCUS sur le cancer du sein (3).

Nous avons réalisé une recherche sur CisMef en indiquant "cancer du sein dépistage" dans la barre de recherche, 194 ressources sont trouvées, en ajoutant le filtre "Belgique" nous obtenons 22 résultats. Parmi ces derniers, nous avons sélectionné les guides de pratiques cliniques et articles pertinents sur base des titres et abstracts. Nous avons exclu les articles ciblant les femmes de plus de 70ans, présentant un risque élevé ainsi que tous ceux abordant le dépistage spécifiquement en région bruxelloise. Nous avons éliminé l'article renvoyant à un rapport du KCE pour cause de doublon. Nous avons retenu finalement 4 sources supplémentaires provenant de la SSMG (2) (4) (10) (12).

- La littérature tertiaire (NIVEAU 3)

Nous avons également effectué une recherche avancée sur Cochrane Library en indiquant « Breast cancer » AND « mass screening » en recherchant les variations de mots associés à ces termes. Nous avons obtenu 3 revues Cochrane mais aucune n'est pertinente pour mon travail (hors sujet, articles de plus de 20ans). Nous avons réalisé une recherche sur Minerva en utilisant la recherche sur base d'un mot dans le titre, référence, résumé ou conclusion : « cancer du sein ». J'ai obtenu 15 articles et 11 analyses brèves sur le sujet. Un seul concerne l'intérêt du dépistage bisannuel chez les femmes de 50 à 69ans mais cette étude jugeant l'efficacité du programme de dépistage en Norvège n'est pas pertinente pour notre travail.

- La littérature secondaire (NIVEAU 2)

Pas d'accès à la base de données Embase ou Medline.

- Littérature primaire (NIVEAU 1)

Pour établir notre équation de recherche sur Pubmed, nous avons réalisé un **plan concept**, en voici les étapes :

- a) Définir simplement son sujet** : La prévention du cancer du sein en médecine générale.
- b) Isoler les principaux concepts** :

Concept #1	Concept #2	Concept #3
Cancer du sein	Dépistage	Médecine générale

c) **Rechercher les termes équivalents** pour les différents concepts (synonymes et traduction)

Néoplasie mammaire	Prévention secondaire	Médecins généralistes
Néoplasie du sein		Généraliste
Tumeur mammaire		Première ligne de soins
Tumeur du sein		Médecins traitant
Breast neoplasm	Screening	General practitioner
Breast tumor	Early detection	Treating physician

d) **Relier les différents concepts** entre eux avec des opérateurs

	Concept #1	Concept #2	Concept #3
	Cancer du sein	Dépistage	Médecine générale
OR / OU ↓	Néoplasie mammaire	Prévention secondaire	Médecins généralistes
	Néoplasie du sein		Généraliste
	Tumeur mammaire		Première ligne de soins
	Tumeur du sein		Médecin traitant
	Breast neoplasm	Screening	General practitioner
	Breast tumor	Early detection	Treating physician
	→ ET / AND		

Nous avons effectué une recherche sur Pubmed des termes Mesh principaux associés à ces concepts, en voici le résultat :

MESH Concept#1	MESH Concept#2	MESH Concept#3
Breast Neoplasms	Mass screening	General Practitioners

- **Equation de recherche :**

(breast neoplasms) AND (mass screening) AND (general practitioners)

Nous avons indiqué cette équation de recherche dans la barre de recherche avancée Pubmed et j'y ai ajouté quelques filtres :

- ✓ Articles de 2005 jusqu'à 16 septembre 2021.
- ✓ Full texte

Nous obtenons 33 articles.

Nous avons éliminé sur base des titres tous les articles traitant du cancer du sein mais qui ne s'intéressaient pas particulièrement au dépistage ni à la médecine générale (ex : traitement). Nous avons aussi éliminé les articles traitant de catégories de patientes ne concernant pas mon travail (ex:>74ans ou femmes présentant un risque élevé de cancer du sein). Nous avons éliminé ensuite tous les articles traitant du dépistage au sens large pour nous concentrer plus précisément sur ceux abordant soit le dépistage organisé soit le dépistage opportuniste ou les deux.

Avec cette façon de procéder nous avons au final retenu 4 articles pertinents pour notre travail en se basant sur le titre et l'abstract (6) (8) (7) (13).

- **La littérature grise**

Nous avons consulté MGTFE afin de voir les TFE déjà réalisés sur le sujet, un TFE a été réalisé sur : « La prévention du cancer du sein : quelle place lui accordent les médecins généralistes en consultation ? » par une consœur (14).

Nous avons également consulté le site officiel de l’OMS (1) et du CCR, j’y ai trouvé le rapport d’activité de 2007 à 2017 concernant le dépistage organisé du cancer du sein en région Wallonne (5).

Annexe 2 : Grille d'entretiens semi-dirigés

Phase d'introduction :

Le thème de mon TFE concerne le dépistage du cancer du sein et je m'intéresse plus particulièrement à la prescription du dépistage par les médecins généralistes chez les femmes appartenant à la tranche d'âge 50-69ans.

Phase de début d'entretien :

L'entretien sera enregistré et retranscrit pour la réalisation du travail de manière anonyme et l'enregistrement sera détruit une fois le travail réalisé. J'interroge des médecins généralistes travaillant dans le Hainaut, de tout âge et de type de pratique variée.

Phase de réponse :

Thème 1 : POSITIONNEMENT

- Pouvez-vous vous présenter ? (Âge, années d'expérience, pratique solo/groupe, rural...)
- Est-ce que la prévention du cancer du sein est un thème avec lequel vous vous sentez à l'aise ? Si non, pourquoi ?
- Quelle place prend la prévention du cancer du sein dans votre pratique ?
- En général est-ce vous qui abordez le sujet ou les patientes ? Pour quelles raisons ?

Thème 2 : GUIDELINES ET INFORMATIONS

- Que pouvez-vous me dire sur les recommandations actuelles en Belgique concernant le dépistage du cancer du sein ?
- Pensez-vous être bien informé sur le sujet ? Aimerez-vous avoir plus d'information sur ce sujet, si oui sous quel format.
- Que connaissez-vous du Mammotest ? Pouvez-vous m'expliquer son fonctionnement ?
- Qu'en pensez-vous ?
- Qu'en pensent les patientes d'après vous ?

Thème 3 : PRESCRIPTION

- Parlez-moi de vos habitudes en matière de prescription concernant le dépistage du cancer du sein.
- Quels examens prescrivez-vous à vos patientes âgées de 50 à 69ans pour le dépistage ? (Mammographie, mammographie + échographie, Mammotest...)
- Quelles sont les raisons motivant ce choix de prescription ? En voyez-vous d'autres ?
- Pensez-vous qu'il s'agit de la meilleure façon de faire ? Pourquoi ?
- Quel serait le meilleur examen à prescrire selon vous ?
- Pour quelles raisons ne prescrivez-vous pas de Mammotest (ou échographie) ?
- Comment vous sentez vous par rapport à vos prescriptions ?
- (Quelle évolution au niveau de ce dépistage avez-vous observé durant vos années de pratiques ? que ce soit au niveau des recommandations ou de vos prescriptions. Pouvez-vous m'en dire plus ?)

Thème 4 : PERSPECTIVES

- Pouvez-vous me donner votre ressenti par rapport à la manière dont est actuellement organisé le dépistage du cancer du sein en Wallonie ?
- D'après vous quel devrait être le rôle du médecin généraliste dans ce dépistage ?
- Comment faire pour améliorer ce dépistage selon vous ?

Phase de conclusion :

- En Wallonie le taux d'adhésion au programme de dépistage par Mammotest est très faible (>10%), selon vous quelles en sont les raisons/pourquoi ? Comment y remédier ?
- Y a-t-il quelque chose sur le sujet que vous souhaitez ajouter ou qui n'a pas été abordé ?

Annexe 3 : L’Ancrage dans le matériel

Micro-analyse mot-à mot :

« J’essaye d’éduquer les patientes »

Eduquer :

Instruire

Faire faire à l’autre ce que l’on souhaite qu’il fasse, façonner son comportement.

Inculquer la bienséance à quelqu’un.

Patiente :

Toute personne qui consulte son médecin.

Les personnes atteintes d’une maladie.

Quelqu’un en attente d’un soin quel qu’il soit (médical, de bien-être, ...).

Désigne une personne qui n’est pas pressée, capable d’attendre calmement.

Enoncés phénoménologiques

Entretien 1 :

« Mais parfois quand moi j’ai le temps dans une consultation, les personnes qui viennent juste pour des ordonnances ou ce genre de choses je fais le tour des préventions. J’aborde la question pour voir où elles en sont. »

Enoncé 1 : Quand il me reste du temps lors d’une consultation, je fais un état des lieux sur les différents dépistages que devraient faire le patient.

« Je pense qu’il faudrait que je revoie, notamment pour pouvoir mieux expliquer aux patientes et les convaincre de s’orienter vers le Mammotest plutôt qu’un bilan sénologique. »

Enoncé 2 : Je ne connais pas suffisamment les tenants et aboutissants du Mammotest que pour pouvoir expliquer aux patientes qu’il est plus approprié qu’un bilan sénologique.

« Du côté des patientes elles sont très sceptiques, en tout cas les patientes que j’ai elles ont l’habitude de faire leur bilan sénologique (échographie, mammographie, palpation) et c’est très difficile de leur dire que JUSTE la mammographie ce sera suffisant. »

Enoncé 3 : C’est très compliqué d’expliquer aux patientes qu’un examen moins complet que celui qu’elles font actuellement est suffisant pour dépister correctement le cancer du sein.

« Peut-être aussi pour me rassurer moi car certaines patientes sont tellement anxiogènes, tellement inquiètes de ça, elles ont entendu une copine qui... Elles arrivent parfois à partager cette anxiété alors je me dis on se rassure une fois et on peut le faire. Donc oui il y a peut-être ce côté-là, pour se rassurer soi-même et être sûr qu'il n'y a quand même pas quelque chose. »

Enoncé 4 : Certaines patientes ont peur qu'on loupe une anomalie et me transmette cette peur alors je prescris un examen pour être certaine qu'il n'y ait rien, pour me rassurer face à la peur de louper quelque chose d'anormal.

Entretien 2 :

« Je ne vais pas moi-même dire au patient « est-ce que vous êtes en ordre ? » ... Ce n'est pas moi qui lance le sujet. Si le patient me pose la question je sais répondre, je sais leur dire quoi faire. »

Enoncé 1 : Je sais renseigner le patient s'il me demande quel dépistage il doit faire mais je ne prends pas l'initiative d'en parler avec lui.

« Moi j'aurais plus tendance... enfin je ne suis pas gynéco et j'imagine que si on recommande la mammographie c'est que c'est le plus efficace mais moi j'aurais plus tendance, si je devais m'écouter je prescrirais plus des échographies. Ce n'est pas irradiant, mais c'est vrai que c'est opérateur dépendant... mais c'est vrai que si je n'écoutais pas tout ce qui est recommandé j'aurais vraiment plus tendance à prescrire une échographie. »

Enoncé 2 : Je fais confiance aux recommandations mais je pense que l'échographie serait un meilleur examen selon moi, car il n'est pas irradiant.

« À chaque fois je me sens coupable quand c'est le patient qui vient m'en parler parce que je me dis que j'aurais dû y penser. Je n'y pense pas suffisamment. »

Enoncé 3 : Je ne pense pas assez au dépistage, quand le patient m'en parle je me sens coupable de ne pas y avoir pensé avant.

« Je trouve que c'est notre rôle en tant que médecin généraliste mais c'est vrai qu'on n'est pas... Je trouve qu'on n'a pas vraiment le temps, oui en été on a le temps de penser à la prévention comme il fait plus calme mais la plupart du temps je trouve qu'on n'a pas vraiment ce temps-là. »

Enoncé 4 : La prévention est le rôle du médecin généraliste mais en pratique la surcharge de travail fait qu'on n'a pas le temps qu'il faudrait pour le faire.

Annexe 4 : Formulaire GEIMG et décision.

PDF du formulaire GEIMG.

Le but de la démarche est de permettre d'identifier s'il est nécessaire ou pas de soumettre, avant la rédaction du TFE, un dossier à un des trois comités d'éthique universitaires :

- le comité d'éthique hospitalo-facultaire universitaire de Liège
- le comité d'éthique hospitalo-facultaire UCLouvain
- le comité d'éthique hospitalo-facultaire Erasme – ULB

Chercheur

Docteur Lecut Emeline.

Email : emeline.lecut@student.uclouvain.be

Gsm : 0486943875

Candidat en master de spécialisation en MG à l'UCL.

Tuteur

Docteur Capacchi Marie .

Email : capacchi_marie@hotmail.com

Gsm : 0475215191

TFE en Médecine générale

Travail de fin d'étude dans le cadre d'un master de spécialisation en médecine générale.

Concernant la prévention du cancer du sein, quelles sont les raisons motivant les médecins généralistes (dans le Hainaut) à prescrire un dépistage opportuniste plutôt qu'un mammothest au groupe cible de femme à qui le dépistage est recommandé (50-69ans)?

Discipline dont relève l'étude : Médecine générale. Etude universitaire non commerciale.

Année académique de présentation du TFE : 2021-2022.

Objectif du TFE (question de recherche) : Je souhaite réaliser mon TFE sur base de la structure I (Introduction) M (Méthodologie) R (Résultats) AD (Discussion). L'introduction comportera le fruit de ma réflexion sur le thème de la prévention du cancer du sein et des questionnements qui ont émergé sur le sujet au cours de mes recherches bibliographiques.

Je vais particulièrement m'intéresser aux raisons poussant les médecins généralistes à prescrire un dépistage opportuniste (mammographie + échographie ou mammographie seule) versus un mammothest. Pour répondre au mieux à cette question, la méthodologie la plus appropriée est d'effectuer une étude qualitative. Je compte effectuer des entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes recrutés par mail. Je ciblerai les médecins généralistes exerçant dans le Hainaut. A travers cette étude je souhaite objectiver les raisons motivant la prescription des médecins généralistes en terme de dépistage du cancer du sein. Ce qui permettrait de mieux comprendre les raisons du faible taux d'adhésion au mammothest en Wallonie. Comprendre permettra certainement d'éclairer des pistes d'avenir pour optimiser l'adhésion à ce dépistage pour les patientes concernées.

Domaines exclusifs du TFE

S'agit-il UNIQUEMENT de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, SANS CARACTERE DELICAT comme, par exemple, des antécédents de burnout, conflits professionnels graves, assuétudes, ...) ?

Oui

S'agit-il EXCLUSIVEMENT d'une enquête sur l'organisation matérielle de soins (organisation d'un cabinet ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion de flux de patients, comptabilisation de journée d'hospitalisation, coût de soins, ...) ?

Non

S'agit-il EXCLUSIVEMENT d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, enquête sur les réseaux sociaux, ...), par exemple, sur les habitudes sportives, alimentaires, etc., sans caractère intrusif ?

Non

S'agit-il EXCLUSIVEMENT d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ?

Non

S'agit-il UNIQUEMENT d'une revue bibliographique ?

Non

Description de la méthodologie utilisée pour le TFE

Quelle méthodologie sera utilisée pour le TFE ?

une recherche qualitative

Dans le cas d'une recherche littérature,

- Quels mots clés seront utilisés ?
Sans objet
- Dans quels types de littérature ?
Sans objet
- Quels critères d'inclusion/d'exclusion ?
Sans objet
- Quelle période (x dernières années) ?
Sans objet
- Full-text/abstract, ... ?
Sans objet
- Autres précisions ?
Sans objet

Dans le cas d'une recherche qualitative,

- Quel public cible ?
Des médecins généralistes
- Quels outils seront utilisés (enquête, focus group, interviews, entretiens semi-dirigés) ?
entretiens semi-dirigés
- Quel type d'analyse sera mise en œuvre (théorisation ancrée, ...) ?
méthode inductive
- Quels moyens d'enregistrement et d'anonymisation seront utilisés ?
Dictaphone avec retranscription anonymisée des interviews, destruction des enregistrement une fois le travail réalisé.

Dans le cas d'une recherche quantitative,

- Quel public cible ?
Sans objet
- Quelle est la méthode de recrutement ?
Sans objet
- Quel est le type d'échantillonnage ?
Sans objet
- Quelles sont les procédures d'analyse ?
Sans objet
- Quelle est la procédure d'anonymisation ?
Sans objet

S'il s'agit d'un travail assurance qualité,

- Quel public cible ?
Sans objet
- Décrivez le type de travail assurance qualité
Sans objet

S'il s'agit d'une recherche-action,

- Quel public cible ?
Sans objet
- Décrivez le type de recherche-action
Sans objet

S'il s'agit d'une autre méthodologie,

- Quel public cible ?
Sans objet
- Décrivez cette autre méthodologie
Sans objet

S'agit-il d'une recherche clinique (PICO) ?

Oui

- Quelle est la population cible ?
Des médecins généralistes.
- Quels sont les critères d'inclusion/exclusion ?
Inclusion: les médecins généralistes exerçant dans le Hainaut.
- Quelle est l'intervention ?
Objectiver les raisons motivant la prescription d'un dépistage opportuniste au femmes de 50-69ans par les médecins généralistes
- Quel est le comparateur ?
comparé à la prescription d'un mammothest
- Autres précisions ?
Le but secondaire de ce travail étant de soulever des pistes pour optimiser le dépistage du cancer du sein.

Étude sur un médicament

L'étude porte-t-elle sur l'expérimentation d'un médicament ou encore des changements de doses, des changements d'heure de prise, une dé-prescription, ... ?

Sans objet

Si OUI, compte tenu des données disponibles actuellement, estimez-vous que l'expérimentation est de nature à entraîner un risque ?

Sans objet

Si OUI, décrivez le risque de l'expérimentation :

Sans objet

Si NON, justifiez en quoi l'expérimentation n'entraîne pas de risque :

Sans objet

Étude sur un dispositif médical

L'étude porte-t-elle sur un dispositif médical ?

Sans objet

Si OUI, expliquez comment le dispositif est utilisé dans l'indication du fabricant ?

Sans objet

Recherche auprès de personnes

Allez-vous mener une étude auprès de personnes ?

Sans objet

Si OUI, quel en est le (les) public(s) cible(s) ?

Sans objet

Si OUI, quelle(s) type(s) de méthodologie allez-vous utiliser pour cette recherche auprès de personnes ?

Sans objet

Si OUI, avez-vous prévu un document de consentement éclairé pour les personnes participantes ?

Sans objet

Si OUI, la confidentialité et l'anonymisation des données de l'étude seront-elles mentionnées et assurées ?

Sans objet

Si OUI, décrivez comment vous allez garantir la protection de la vie privée des participants à l'étude ? Précisez les mesures prises.

Sans objet

Si OUI, quelle sera la date de début de l'étude prévue auprès des personnes ?

Sans objet

Si OUI, quelle sera la date de fin de l'étude prévue auprès des personnes ?

Sans objet

Questions spécifiques

L'étude est-elle destinée à être publiée dans une revue (hors www.mgtfe.be) ?

Sans objet

L'étude est-elle interventionnelle chez des patients ? Allez-vous tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur ?

Sans objet

L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc....) ?

Sans objet

L'étude comporte-t-elle des interviews d'enfants mineurs d'âge ?

Sans objet

Si OUI, avez-vous prévu un document de consentement éclairé pour les parents ou les tuteurs des mineurs concernés ?

Sans objet

Y-a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ?

Sans objet

Y-a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, ...) ?

Sans objet

Responsabilités et engagements

Je confirme que les informations fournies dans ce document sont correctes.

Je pense que cette étude pourra être menée dans le respect du protocole et des principes de la "Déclaration d'Helsinki", des "Bonnes Pratiques Cliniques" et de la législation belge relative à la protection de la vie privée des patients et des participants et aux expérimentations sur embryon/sur la personne humaine/sur le matériel corps humain.

Je m'engage à exercer mes responsabilités de chercheur principal pour cette étude. L'investigateur porte toute la responsabilité administrative et pratique de l'organisation locale d'un projet de recherche clinique. Cette responsabilité est à la fois médicale (paramédicale) et légale. Elle s'exerce vis-à-vis du tuteur, de l'institution, du participant et du Comité d'Ethique.

J'ai pris les mesures requises pour assurer la protection des participants que je recruterai pour cette étude. Ceci signifie notamment :

- qu'aucune donnée d'identification ne sera accessible à des tiers.
- qu'aucune association de données pouvant permettre la ré-identification des participants ne sera accessible à des tiers.
- que les fichiers informatiques, les documents papiers, les documents audio, les documents vidéo contenant les données récoltées seront protégés des utilisations abusives.

Décision du GEIMG finalisée électroniquement le 11/09/2021

ULiège (Vanmeerbeek Marc) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

UCL (Lamy Dominique) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

ULB (Kacelenbogen Nadine) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

Suivi à donner à la décision du GEIMG

Comme les avis correspondent à 3 « A », le GEIMG décide que le projet de TFE ne nécessite pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique de l'université concernée.

Retranscriptions des entretiens semi-dirigés avec les médecins généralistes :

Entretien1 :

L E: Donc voilà, j'effectue mon TFE sur la prévention du cancer du sein et je m'intéresse plus particulièrement au dépistage du cancer du sein chez les patientes âgées de 50 à 69ans sans facteur de risque particulier. Depuis combien de temps pratiques-tu la médecine générale ?

M1: 3ans et 2mois

L E: Quel type de pratique ? C'est une pratique de groupe, pas une maison médicale mais des indépendants qui travaillent ensemble. Vous êtes à combien ?

M1: 3 patrons et 2 assistants.

L E : Est-ce que le thème de la prévention du cancer du sein est un thème avec lequel tu te sens à l'aise dans ta pratique ?

M1: Oui assez.

L E: Justement, quelle place cela prend au niveau de ta pratique ? Est-ce qu'en général c'est toi qui aborde le sujet ou est-ce que c'est les patientes qui le font?

M1: Un peu des deux, je vais dire que les patientes l'abordent... Parfois elles viennent juste pour ça, enfin pour avoir leur papier mais je suppose qu'on en parlera un peu plus loin. Mais parfois quand moi j'ai le temps dans une consultation, les personnes qui viennent juste pour des ordonnances ou ce genre de choses je fais le tour des préventions. J'aborde la question pour voir où elles en sont.

L E: Ok très bien. Est-ce que tu connais les recommandations actuelles au niveau de la prévention du cancer du sein, pour le dépistage des patientes de 50 à 69ans ?

M1: Alors de 50 à 69ans je pense que l'on recommande le Mammotest qui est gratuit avec double lecture, et un contrôle par bilan sénologique s'ils voient une anomalie. Et alors pour les personnes à risque (donc antécédents chez un parent du 1^{er} degré ou personnel) on recommande de faire un bilan sénologique mais là je ne suis pas sûre à 100 %.

L E: Et à quelle fréquence ?

M1: Tous les 2ans pour le Mammotest je pense et pour le bilan sénologique chez une personne lambda (enfin ce qui n'est pas recommandé) c'est tous les 2ans aussi. Et les patientes à risque c'est tous les ans. Enfin je pense.

L E: Et justement, est-ce que tu penses être bien informée sur le sujet ?

Le dépistage réduit à la demande d'un papier

Aborder le dépistage selon le temps et le motif de la consultation

Le Mammotest tous les deux ans en première intention

Bilan sénologique si plus de risque ou anomalie détectée

Mieux connaître le Mammothest pour mieux l'expliquer et convaincre la patiente.

M1: Je pense qu'il faudrait que je revoie, notamment pour pouvoir mieux expliquer aux patientes et les convaincre de s'orienter vers le Mammothest plutôt qu'un bilan sénologique.

L E: Est-ce que tu sais m'expliquer en quoi consiste le Mammothest ?

M1: Je pense que c'est une simple mammographie qui va être relue par deux laboratoires ou des professionnels des soins de santé et s'il y a une anomalie il transfère le résultat au médecin traitant qui doit avertir la patiente qu'elle doit aller un peu plus loin dans le bilan. Ça m'est arrivé que deux fois d'avoir des résultats de Mammothest donc...

L E: Et justement, que penses-tu du Mammothest ?

Le bilan sénologique par habitude.

M1: Moi je suis pour, mais du côté des patientes elles sont très sceptiques, en tout cas les patientes que j'ai elles ont l'habitude de faire leur bilan sénologique (échographie, mammographie, palpation) et c'est très difficile de leur dire que JUSTE la mammographie ce sera suffisant. Elles ont besoin de tout ça pour être rassurées, elles font ça depuis des années avec leur médecin généraliste et elles n'arrivent pas à changer donc je represcris des bilans sénologiques.

Besoin de faire un bilan sénologique complet pour rassurer la patiente.

L E: Oui donc au niveau de tes habitudes de prescription, tu prescris plutôt mammographie toute seule ou mammographie + échographie ?

Il y a parfois beaucoup de mammographie avant 50ans.

M1: Bilan sénologique le plus souvent, donc mammographie + échographie. J'essaye quand même, enfin j'ai des patientes qui sont très jeunes et qui viennent et qui ont déjà fait beaucoup de bilan sénologiques donc des mammographies, elles ont 45ans et en fait ça fait 10ans qu'elles font des mammographies. Celles-là j'essaye réellement de leurs dire stop, s'il n'y a pas de facteur de risque ni d'antécédent ce n'est pas avant 50ans. Généralement elles ont du mal puisqu'elles viennent avec cette demande-là alors ce que je fais c'est que j'accepte de le prescrire une dernière fois mais tout revient normal, pas de kyste ni rien alors on attend les 50ans pour le faire, il n'y a pas lieu de le faire avant.

L E: En général est ce que tu sais qui a initié ça, est ce que c'est le gynécologue ou l'ancien médecin traitant ?

M1: Les deux, j'ai remarqué que beaucoup de gynécologues prescrivaient très tôt mais aussi des médecins traitants.

L E: Donc tu prescris plus des bilans sénologiques tu m'as dit, peux-tu me citer les raisons qui motivent ta prescription ?

La patiente réclame son bilan sénologique.

M1: La demande de la patiente. Si c'était moi qui instaurait le dépistage pour une première fois, là je n'ai pas encore eu l'occasion, j'orienterais plus vers le mammothest en premier s'il n'y a pas de facteur de risque. Moi j'ai déjà prescrit des bilans sénologiques mais quand j'ai une palpation inquiétante, et que ce soit avant ou après 50ans. Mais pour

de la prévention pure et simple c'est vraiment la demande de la patiente qui fait que je prescris ça.

L E: Est-ce qu'il y a d'autres raisons qui penchent dans la balances tu penses ?

Le bilan sénologique pour se rassurer face à l'inquiétude de la patiente.

M1: Hum ça demande réflexion... Peut-être aussi pour me rassurer moi car certaines patientes sont tellement anxiogènes, tellement inquiètes de ça, elles ont entendu une copine qui... Elles arrivent parfois à partager cette anxiété alors je me dis on se rassure une fois et on peut le faire. Donc oui il y a peut-être ce côté-là, pour se rassurer soi-même et être sûr qu'il n'y a quand même pas quelque chose. Je pense que ce n'est pas une bonne raison pour le faire mais il y a aussi ce côté-là. Donc je pense que c'est la demande de la patiente et pour aussi faire plaisir à la patiente qui est en demande et aussi pour se rassurer par rapport à l'inquiétude de la patiente.

L E: Penses-tu qu'il s'agit de la meilleure façon de faire ?

M1: Non (rires), clairement non. Intellectuellement parlant je pense que prescrire des bilans sénologique s'il n'y a pas d'indication, juste en prévention chez une personne qui n'a pas d'antécédent ça n'a pas d'intérêt. Si le mammothest est recommandé c'est qu'il a prouvé son efficacité.

L E: D'après toi quel serait le meilleur examen à faire et à quelle fréquence alors ?

M1: Dans la prévention du cancer du sein ?

L E: Oui.

Important d'éduquer les patientes à l'auto-palpation mammaire.

M1: L'autopalpation des patientes, j'essaye d'éduquer les patientes à s'auto palper les seins. Elles me regardent toutes d'un air bizarre quand je leur dis « est-ce que vous vous palper les seins de temps en temps, c'est important de connaître votre poitrine. Donc ça je pense que c'est déjà la première chose et à tout âge. La deuxième chose, entre 50 et 69ans essayer de respecter les guidelines avec le mammothest, je pense que c'est un bon compromis.

Palpation + Mammothest à l'âge requis est un bon compromis.

L E: Quel devrait être le rôle du médecin généraliste d'après toi ?

Important de prendre du temps pour éduquer les patients à la prévention.

M1: Très important, il est très important dans l'éducation des patientes. Et c'est ça qui est bien parfois, c'est d'avoir du temps dans les consultations, pour pouvoir repasser en revue toute la prévention. La prévention c'est un des premiers rôles du médecin traitant pour soigner ses patients. Donc si c'est l'éducation du patient, leur apprendre que c'est entre 50 et 69ans, leur apprendre qu'il ne faut pas faire trop de radio... donc si le médecin traitant est très important. Je trouve même que le rôle du gynécologue dans ce principe là l'est un peu moins. Je pense que c'est plutôt « vite vite » je prescris et j'ai

autre chose à penser alors que le médecin traitant il peut dédier des consultations à ça.

L E: Comment penses-tu que cela pourrait être amélioré (la prise en charge des patientes 50-69ans pour le dépistage du cancer du sein)?

Il faut ré-informer les médecins généralistes sur le Mammotest.

Ouvrir la discussion et informer les patients concernant la prévention.

M1: Alors déjà premièrement informer, ré informer, les médecins traitants, vieux comme jeune, de l'utilisation du Mammotest et de son indication. Avoir des panneaux dans la salle d'attente qui en parle, des informations à partager aux patientes via des flyers, donc là je parle coté patiente, au niveau de l'éducation de la patiente. Faire des consultations spécifiquement dédiées à la prévention, il y en a qui le font mais c'est vrai que souvent on est plus dans du curatif, le patient est là et on n'a pas le temps ça passe à la trappe. Je pense qu'on pourrait ouvrir des plages de consultation spécifiquement pour la prévention. Informer, en discuter, ouvrir la discussion avec le patient, par exemple « tiens est-ce que vous avez déjà pensé à ça » voilà si vous voulez je vous donne les informations et si vous voulez revenez vers moi. Du côté des praticiens je suis sûr que c'est sûrement déjà proposé mais il faudrait qu'on cherche des e-learning ou ce genre de chose sur le Mammotest. Maintenant je suis sûr qu'il y a des petites subtilités que je ne connais pas. Ou organiser des GLEMS ou DODECA autour de ce sujet-là pour se remettre tout ça clairement en tête et essayer d'éviter de tomber comme moi dans le cercle vicieux infernal des bilans sénologiques à la demande des patientes. Il faut essayer de rester fort sur ses convictions pour pouvoir aller dans le sens de la santé de la patiente et non dans le sens du poil j'ai envie de dire.

L E: Comme tu travailles en groupe, est-ce que tu as l'impression que tes confrères ont le même ressenti ?

Prendre le temps d'informer les patientes sur le Mammotest.

M1: En fait, beaucoup de mes patients sont leurs patients à la base, et c'est vrai que je pense que ça vient un peu de mes plus anciens confrères, je pense que ça vient un petit d'eux cet ancrage de bilan. Je ne suis pas certaine, ça vient peut-être du gynécologue aussi mais en tout cas j'ai déjà vu qu'il y avait des prescriptions et je pense qu'ils ont un petit peu le même cycle que moi de prescrire sans aller plus loin et prendre du temps à expliquer que le Mammotest existe et qu'il est très bien. Mais on n'en a jamais discuté.

L E: Tu parlais des GLEMS et e-learning sur le sujet, est-ce que c'est quelque chose dont tu entends parler ?

M1: Tu veux dire les GLEMS en tant que tel ou la prévention du cancer du sein ?

L E: Oui je veux dire les GLEM ou e-learning abordant spécifiquement la prévention du cancer du sein.

M1: Sur Excellensis je pense qu'on peut trouver facilement sur le cancer du sein. Par contre GLEM depuis 3ans je n'en ai pas eu sur le sujet.

L E: Y-a-t-il quelque chose que tu souhaiterais ajouter sur le sujet ?

M1: Non je pense que j'ai dit tout ce que j'avais à dire.

L E : Merci !

Entretien 2 :

L E: Je m'intéresse au dépistage du cancer du sein chez les patientes âgées de 50 à 69ans sans facteur de risque particulier. Depuis combien de temps pratiques-tu la médecine générale ?

M2: Assistanat compris ou sans ?

L E: Oui assistanat compris.

M2: J'ai commencé mon assistanat en octobre 2017 donc 4ans

L E: Est-ce une pratique de groupe ?

M2: C'est une association, on est quatre. On partage les patients et ma collègue à un assistant.

L E: Avez-vous des visites à domicile ?

M2: Surtout des consultations mais oui quelques domiciles, entre 2 et 5 sur le temps de midi.

L E: Est-ce que le dépistage du cancer du cancer du sein est un thème avec lequel tu te sens à l'aise ?

M2: Je pense que oui mais c'est vrai que je n'ai pas tendance euh ... je ne vais pas moi-même dire au patient « est-ce que vous êtes en ordre ? »... Ce n'est pas moi qui lance le sujet. Si le patient me pose la question je sais répondre, je sais leur dire quoi faire.

L E: Donc en générale c'est la patiente qui aborde le sujet ?

M2: Oui.

L E: La place que prend ce dépistage dans tes consultations/ta pratique ?

M2: Pas grand-chose...

L E: Au niveau des recommandations actuelles en Belgique pour les patientes âgées de 50 à 69ans, que peux-tu me dire sur ce qui est normalement recommandé ?

M2: Je sais juste qu'on conseille de faire une mammographie, c'est tous les 3ans, enfin 2 ou 3ans ? Je ne retiens jamais. C'est mammographie d'emblée et c'est contrôlé par une échographie si besoin mais j'avais retenu que ça n'était pas les deux d'emblée d'office.

L E: Est-ce que c'est un sujet justement sur lequel tu as l'impression d'être bien informée ?

M2 : Oui, je doute juste à chaque fois entre 2 ou 3 ans donc ça c'est à moi d'aller relire mais oui autrement j'ai l'impression que c'est un sujet sur lequel on a quand même pas mal d'informations.

L E: Ok, concernant le mammothest est-ce que tu connais son fonctionnement ?

Je ne fais pas de rappel systématique à la patiente concernant le dépistage du cancer du sein.

La méconnaissance du
Mammotest.

M2: Ça c'est plus dans certains... euh ... j'avoue que moi j'associe ça plus a des cliniques privées qui font d'office « mammographie et échographie » et j'ai le souvenir qu'en cours on nous déconseillait de faire d'office tout ça.

L E: Donc pour toi le mammotest ça consiste en quoi ?

M2: Pour moi le mammotest c'est mammographie + échographie mais la fréquence je ne sais pas, j'imagine que c'est tous les 2 ou 3ans aussi.

L E: D'accord, euh, et est-ce que justement les patientes te parlent du type d'examen (mammotest, échographie, mammographie) ?

Pour le dépistage je
prescris ce que la patiente
à l'habitude de faire.

M2: Non en générale les patientes me disent juste je dois recontrôler mes seins et alors c'est moi qui leur demande ce qu'elles font d'habitude comme examen parce que voilà sans savoir si... je sais que certaines patientes font d'office échographie en fonction du type de seins. Et donc je demande ce qu'ils font d'habitude et j'avoue que je represcris ce qu'ils ont l'habitude de faire.

L E: Et en général quel est l'examen qui revient le plus souvent ?

M2: Plus mammographie.

L E: Uniquement mammographie et pas l'échographie alors ?

M2: Oui.

L E: Et à une fréquence ? 2 ou 3ans ou tous les ans en général ?

M2: C'est vrai que ceux qui m'en parlent ça à l'air d'être quand même des patientes qui le font plus souvent que nécessaire. Ca dépend, c'est vrai qu'il y a de tout. En moyenne je dirais tous les 2ans.

L E: Et toi au niveau de tes habitudes de prescription, peux-tu m'en parler un peu plus ? Qu'as-tu le plus l'habitude de prescrire ?

Manque de temps pour la
prévention à cause de la
surcharge de travail.

M2: Dans cette tranche d'âge-là c'est vraiment uniquement mammographie mais j'avoue que ça m'arrive pour les plus jeunes de prescrire échographie. Donc au-delà de 40ans mammographie et en dessous de 40ans échographie. Mais c'est vrai que je n'ai pas... en fait on est tellement débordé par d'autres choses qu'il n'y a pas vraiment la place pour la prévention non plus. J'y pense rarement.

L E: Et est-ce que penses que c'est le meilleur examen (mammographie) ?

M2: Moi j'aurais plus tendance... enfin je ne suis pas gynéco et j'imagine que si on recommande la mammographie c'est que c'est le plus efficace mais moi j'aurais plus tendance, si je devais m'écouter je prescrirais plus des échographies. Ce n'est pas irradiant, mais c'est vrai que c'est opérateur dépendant... mais c'est vrai que si je n'écoutais pas tout ce qui est recommandé j'aurais vraiment plus tendance à prescrire une échographie.

L E: Et échographie seule ou avec mammographie ?

M2: Échographie seule.

L E: Et pour quelles raisons à part l'irradiation ?

Echographie mieux que la mammographie car pas d'irradiation.

M2: Donc pas irradiant et parce que... enfin c'est peut-être moi qui me trompe mais je me dis toujours que si la mammographie est anormale généralement on contrôle par une échographie donc c'est que l'échographie est peut-être plus précise et donc au final j'ai toujours envie de prescrire l'échographie en premier. C'est pour tout ça que chez les jeunes je n'hésite pas je prescris échographie.

Sentiment de culpabilité face à l'oubli de rappel du dépistage au patient.

L E: D'accord, c'est ça. Comment tu te sens par rapport aux demandes de prescriptions des patientes ?

M2: Ça va mais juste à chaque fois je me sens coupable quand c'est le patient qui vient m'en parler parce que je me dis que j'aurais dû y penser. Je n'y pense pas suffisamment. Mais sinon j'ai l'impression qu'au niveau connaissances et informations ça va quand même... mais c'est vrai que ce qui est embêtant c'est le double message : ce qui est recommandé c'est la mammographie ça je le sais bien et puis on a tous les gynécologues qui ont plutôt tendance à recommander mammographie + échographie et donc c'est difficile parce qu'alors les patientes veulent les deux.

La discordance entre ce que prescrivent les gynécologues (mammo et echo) et les recommandations (mammothest) compliquent la prescription.

L E: Les patientes demandent souvent les deux ?

M2: Ça arrive, c'est vrai que moi je pose la question vous faites mammographie ou échographie habituellement alors là elles me disent « oh ben mettez les deux ».

Faire le maximum d'examen rassure les patientes.

L E: Pour quelles raisons à ton avis ?

M2: Ça les rassure je pense de se dire on va faire le plus possible.

L E: Je regarde un peu les questions que je n'ai pas abordées. Est-ce que tu penses que ce serait intéressant d'avoir plus d'informations (folders, e-learning) la dessus ?

M2: Oui c'est vrai que les e-learning c'est bien et j'avoue que les folders je suis fan (rires), pour les patients ça appuie toujours ce qu'on dit si on peut leur donner un petit folder qui reprend ce qu'on a dit c'est toujours bien. Et pour y penser plus facilement aussi.

L E: D'après toi dans la prévention du cancer du sein ou devrait se situer le médecin généraliste, son rôle. Est-ce que c'est quelque chose plutôt à laisser au gynécologue ?

La prévention du cancer du sein est le rôle du médecin de 1^{ère} ligne.

M2: NON je pense que tout ce qui est prévention c'est notre rôle, déjà il y a beaucoup de patientes qui ne vont pas voir de gynécologue parce qu'elles n'aiment pas et puis c'est trop compliqué d'avoir rendez-vous aussi. Je trouve que c'est notre rôle en tant que médecin

généraliste mais c'est vrai qu'on n'est pas... Je trouve qu'on n'a pas vraiment le temps, oui en été on a le temps de penser à la prévention comme il fait plus calme mais la plupart du temps je trouve qu'on n'a pas vraiment ce temps-là.

L E: Est-ce que tu verrais des pistes de solutions pour l'améliorer justement ? Des idées ?

M2: Qu'il y ait plus de médecins généralistes déjà. Peut-être que les gynécologues n'hésitent pas à rappeler aux patientes que côté prévention c'est nous qui assurons le suivi.

L E: Une meilleure interaction entre spécialistes et médecins généralistes alors ?

M2: Oui une meilleure collaboration entre les gynécologues et médecins généralistes. Mais je crois que c'est à nous à faire l'effort d'y penser.

L E: Est-ce qu'il y a autre chose sur le sujet que tu souhaites ajouter que je n'ai pas abordé ?

M2: Oui je ne sais pas si ça sort du sujet mais on dit toujours de faire le dépistage jusque 69ans, je sais bien qu'une des raisons c'est parce qu'après souvent c'est des cancers qui évoluent moins vite mais j'ai souvent des patientes en super santé qui ont entre 70 et 80ans à qui je le prescris encore pourtant je ne suis plus dans les recommandations. Donc j'ai un peu l'impression de faire à ma sauce et ce serait bien qu'il y ait des choses claires établies parce que pour les femmes en bonne santé je me doute qu'il y a encore un intérêt à continuer mais quel examen, à quelle fréquence etc. J'ai aussi beaucoup de patiente à 40 ans qui s'en inquiètent donc je me demande si ce ne serait pas bien d'avancer le dépistage à 40 ou lieu de 50ans et justement en faisant plutôt échographie que mammographie pour les patientes entre 40 et 50ans.

L E: Est-ce que tu as l'impression que beaucoup de patientes dans cette tranche 40-50ans ont déjà un dépistage instauré régulièrement ?

M2: Non quasiment aucune donc moi quand elle me pose la question en général je prescris une échographie comme ça je me dis on a un point de repère aussi si plus tard on a un doute avec un kyste ou quoi. Donc quand elle me pose la question j'avoue je prescris une échographie parce que ça ne peut pas faire de tort, ce n'est pas irradiant. J'ai peu de patiente qui avant 50ans ont déjà fait une mammographie sauf si évidemment il y a des antécédents familiaux.

Il faut suffisamment de médecins de 1ère ligne pour assurer une prévention correcte.

Entretien 3

L E: J'effectue mon TFE sur la prévention du cancer du sein et je m'intéresse plus particulièrement à la prescription des médecins généraliste concernant le dépistage du cancer du sein chez les patientes âgées de 50 à 69ans, sans facteurs de risques particuliers ou antécédents. Je vais tout d'abord te demander de te présenter (âge, années d'expérience, type de pratique...)

M3: Voilà donc moi j'ai 28ans, j'ai fait 3ans d'assistanat et là c'est la première année où j'exerce, je suis en pratique solo, en médecine urbaine.

L E: Est-ce que la prévention du cancer du sein est un thème avec lequel tu te sens à l'aise ?

La prévention du cancer du sein, sujet bâclé en fin de consultation.

M3: Hum c'est une question à laquelle je dirais ni oui ni non. Oui parce que c'est une question qui revient souvent sur la table après c'est vrai que c'est quand même quelque chose qui ressort plutôt en fin de consultation, on y prête pas beaucoup de temps donc dire que je maîtrise... un petit peu comme toutes les préventions... oui je sais ce qu'il faut faire mais après en pratique est-ce qu'on fait bien chez tout le monde, pas certain !

L E: Ok, et à ton avis à cause de quelles raisons ?

La prévention du cancer du sein se fait souvent sous forme d'une demande de prescription d'examen en fin de consultation.

M3: Pour moi la première raison qui me vient à l'esprit c'est vraiment souvent la demande en fin de consultation « Ah Docteur vous voulez bien me prescrire ma mammographie » et puis au final on a déjà pris 20min à régler la plainte principale et donc on ne fait pas revenir le patient pour ça parce qu'il a juste envie de son papier. Et puis on n'y pense pas spécialement chez la femme concernée dans la tranche d'âge concernée, on n'y pense pas forcément. Oui c'est les deux raisons qui me viennent comme ça en tête.

L E: Au final au niveau de ta pratique quelle place prend cette prévention du cancer du sein ?

L'oubli chez les patientes cibles.

M3: Disons qu'on prescrit souvent des examens parce que les femmes le demandent mais ce n'est pas forcément moi qui l'initie souvent. Après clairement c'est important, ça devrait même l'être plus. Je dirais que la demande vient plus souvent des patientes que du médecin finalement et donc on a l'impression que la plupart des femmes le font alors qu'il y a peut-être à côté des femmes chez qui on ne fait pas le dépistage alors qu'on devrait le faire.

L E: Oui donc en général c'est plutôt la patiente qui aborde le sujet en consultation?

Beaucoup de patientes demandent spontanément la prescription pour réaliser leur dépistage du cancer

Les patientes qui n'en parlent pas échappent à ce dépistage.

M3: Oui souvent parce qu'elle fait son dépistage annuel ou biennuel en fonction de la patiente, et elle a déjà pris son rendez-vous et elle a

besoin de son papier. Le plus souvent ça se passe comme ça pour la prévention.

L E: Au niveau des recommandations actuelles en Belgique concernant le dépistage du cancer du sein, est-ce que tu sais m'expliquer un peu tout ce que tu sais ?

M3: Alors au niveau du dépistage du cancer du sein, ben déjà c'est très important puisque c'est un des premiers cancers qui touche la femme. Il y a des traitements efficaces donc ce serait un peu dommage de ne pas faire de prévention... euh... en théorie le dépistage il se fait entre 50 à 69ans tous les deux si je ne dis pas de bêtises. On doit proposer le Mammotest avec une double lecture, en pratique moi je vais dire que ce n'est pas celui qui est souvent prescrit, on va plutôt faire mammographie avec plus ou moins échographie mais en théorie on devrait plutôt proposer le mammotest, c'est un dépistage qui est gratuit. Je dirais aussi que chez certaines femmes, s'il y a plus de risques lié à des antécédents familiaux on proposera un dépistage plus tôt avec d'autres examens mais là c'est plus souvent le gynécologue qui va le faire.

En pratique le mammotest n'est pas souvent prescrit.

L E: Et justement concernant le mammotest tu peux m'expliquer un peu son fonctionnement ?

M3: Donc le mammotest c'est l'équivalent d'une mammographie mais il y a moins de clichés si je ne dis pas de bêtises. Il y a une double relecture par un deuxième médecin, c'est complètement gratuit pour la patiente et ça se fait tous les deux ans.

L E: Et qu'en penses-tu de ce mammotest ?

M3: Ah ben moi je trouve que c'est super bien, ça m'est déjà arrivée de proposer aux patientes « Tiens vous me demandez une mammographie mais pourquoi vous ne faites pas le mammotest ? » mais en général la patiente est ancrée là-dessus, elle fait sa mammographie et elle n'a pas envie de changer. Après moi quand j'ai des patientes qui viennent parler dépistage et que ça vient sur la table parce qu'elles viennent par exemple faire un petit vaccin je vais proposer le mammotest mais ça reste quand même une minorité.

L E: Ok et à ton avis justement pourquoi les patientes n'ont pas envie de choisir cette option ?

M3: Alors je vais donner un exemple : moi j'ai une patiente à qui j'avais proposé le mammotest mais elle m'a dit « ah mais c'est ma gynécologue elle veut que je fasse mammographie et échographie, c'est elle qui me propose ça chaque année et je ne veux pas changer » donc là c'était clairement la gynécologue qui n'avait pas parlé du mammotest et donc la patiente avait l'habitude de faire comme ça et elle avait un peu plus confiance en la gynécologue que nous. Et parfois c'est aussi le médecin généraliste, en tant qu'assistante les 3 dernières

La mammographie est ancrée dans les habitudes de la patiente.

Mammographie et échographie sont demandées par le gynécologue.

Prescrire plus d'examen pour se rassurer.

Changer les habitudes de pratique prend du temps et l'énergie, ce qu'on n'a pas toujours.

années, ben c'était parfois aussi le maitre de stage qui disait « je vais plutôt prescrire une mammographie », notamment une de mes maitres de stage qui avait des antécédents familiaux de cancer et qui disait « oh mais c'est mieux la mammographie, il y a plus de clichés et puis on sait compléter par l'échographie si besoin donc c'est plus fiable » donc j'avais une maitre de stage qui avait l'habitude de prescrire plus parce qu'elle avait elle-même peur de passer à côté de quelque chose. Et donc les patientes avaient l'habitude, on arrive dans une pratique déjà bien ancrée et on ne prend pas la peine de le changer et puis on n'a pas forcément le temps non plus pour le faire.

L E: Et justement au niveau de toutes ces recommandations concernant le dépistage, est-ce que tu as l'impression d'être bien informée sur le sujet ?

M3: Je dirais oui et non, on a les infos, on les a eu à un moment donné, après je me rappelle bien m'être fait un petit mémo avec tous les dépistages et leur fréquence (colon, col etc...). Alors oui on a l'information mais quand on en a besoin on ne l'a plus forcément en tête. Après personnellement ça fait longtemps que je n'ai plus eu de rappel, je vais dire des autorités supérieures de la santé, sur le sujet.

L E: Est-ce que tu aimerais recevoir plus d'informations sur le sujet ?

M3: Plutôt des rappels « tiens n'oubliez pas ça chez vos patientes... » Pour les âges par exemple.

L E: Et sous quel format ?

M3: Ne serait-ce qu'un petit mail, après c'est vrai qu'on en reçoit déjà beaucoup mais s'il est succinct ça va. Un peu comme ce que l'on peut retrouver sur les sites internet mais juste en petit rappel par mail. Il y a le papier même si ce n'est pas écologique, ça fait encore des papiers à lire mais je pense que certains médecins préféreraient un petit courrier. Mais dans tous les cas quelques chose de très bref parce qu'on a déjà tellement d'informations à traiter au quotidien. Ou pourquoi pas dans les programmes informatiques, on a des pop-up sur tellement de chose, donc un petit pop-up « attention votre patiente à plus de 50ans pensez à ce dépistage ». Maintenant plus on multiplie les pop-ups plus ça complexifie les choses. En tout cas il faut quelque chose de très rapide.

L E: Peux-tu me parler de tes habitudes personnelles pour la prescription du dépistage chez les femmes âgées de 50 à 69ans ?

M3: Comme je disais tout à l'heure, soit les patientes elles viennent et elles ont déjà leur rendez-vous, elles veulent juste leur papier de mammographie plus ou moins écho même si souvent c'est plutôt les deux. Donc là en fin de consultation je prescris. Après pour une patiente qui vient juste pour son check-up annuel, qui vient pour discuter de ça, même si c'est plus rare mais c'est déjà arrivé alors je

Un bref rappel des autorités supérieures de la santé sur le sujet serait le bienvenu par exemple par mail.

Quand la patiente vient pour un check-up et qu'elle ne réalise pas encore de dépistage je prescris le Mammothest.

leur explique un petit peu en quoi c'est bénéfique, enfin voilà j'explique un petit peu comment ça se passe et alors je prescris un mammothest. En général quand il n'y a rien qui a été initié auparavant et que c'est moi qui propose c'est bien accepté mais c'est vraiment une minorité.

L E: D'après toi quelles sont les raisons qui orientent plus une prescription que l'autre ?

La grande majorité des patientes demande la prescription de leur examen quand le rendez-vous de mammographie est déjà pris.

M3: C'est vraiment ça, c'est vraiment si la patiente à sa demande. Dans 95% des cas c'est vraiment la patiente qui me dit en fin de consultation « Ah Docteur j'ai besoin de ma prescription pour ma mammographie parce que j'ai mon examen qui est prévu ». Maintenant si la demande ne vient pas d'elle je vais proposer le mammothest. Parfois on est aussi dans des âges un peu plus jeunes, hors dépistage, par exemple à 40ans, c'est pas des âges pour faire des mammographies alors là je leur conseille de faire un contrôle chez le gynécologue en demandant bien à la gynécologue de catégoriser le risque pour voir s'il y a nécessité de faire une échographie ou une IRM, à voir en fonction du risque.

L E: A part la demande de la patiente, est-ce qu'il y a d'autres raisons auxquelles tu penses qui te motive à prescrire mammographie/échographie plutôt que mammothest?

L'anxiété et les plaintes de la patientes me poussent à prescrire un bilan plus complet par sécurité.

M3: Si c'est un dépistage pur et simple non mais maintenant s'il y a des plaintes associées c'est complètement différent. Si la patiente me dit qu'elle a une gêne ou quoi alors je vais examiner, et si j'ai un doute avec une adénopathie ou une masse alors clairement je demanderai les deux. Si la patiente est fort anxieuse et dit qu'elle a souvent des douleurs ou quoi aussi alors je vais plus facilement aller vers mammographie avec l'échographie aussi pour avoir une double sécurité. Mais si on est dans du dépistage j'ai aucune raison de demander mammographie et échographie. Mais comme je l'ai dit précédemment il y a certains médecins qui ont peur parce qu'eux même sont à risque, et vont être conforté dans l'idée de demander mammographie et échographie plutôt que le mammothest parce que ça leur semble plus fiable. Moi j'ai déjà eu aussi le cas d'une patiente à haut risque, ma maitre de stage m'avait dit de demander mammographie et échographie car il y avait un risque qu'on trouve quelque chose et alors dans ce cas le radiologue aurait directement fait la ponction si c'était le cas alors qu'avec le mammothest ça n'aurait pas du tout été le cas.

Si le médecin est lui-même à risque, il prescrit un bilan plus complet car ça lui semble plus fiable.

En réalisant une mammographie et échographie, le radiologue peut directement réaliser une ponction s'il y a urgence.

L E: Oui donc pour le délai de la prise en charge alors ?

M3: Oui mais au final c'est plutôt pour des patientes à haut risque.

L E: Donc si j'ai bien compris pour le dépistage des patientes âgées de 50 à 69ans sans risque particulier pour toi le meilleur examen c'est le Mammotest ?

M3: Oui. Mais que je ne propose pas malheureusement à toutes les patientes.

L E: Justement à cause des habitudes ?

M3: Oui beaucoup à cause des habitudes, soit du prescripteur médecin généraliste ou du prescripteur gynécologue. Après il y a peut-être des raisons géographique aussi, je pense que les mammotest ne peuvent pas se faire partout mais je ne connais pas plus de détails. Je pense que la mammographie est plus accessible. Ça n'a jamais été un frein pour moi personnellement mais je pense que ça pourrait l'être.

L E: Par rapport à toutes ces prescriptions comment te sens tu ?

Mal à l'aise face à la demande de prescription de mammographie lorsqu'on n'a pas de données dans le dossier sur les résultats ou dates d'exams antérieures.

M3: Parfois je me sens mal à l'aise, quand c'est des patientes qui viennent pour juste me demander une mammographie avec ou pas échographie, parce que déjà je ne sais pas toujours pour quoi ni depuis combien de temps elle n'a pas fait cet examen. Alors j'essaye de questionner un peu la patiente, mais encore une fois c'est en fin de consultation et elle ne sait plus trop mais me dit que ça doit être fait maintenant... Donc oui parfois je suis vraiment très mal à l'aise parce que je ne sais pas si c'est un suivi parce qu'on a trouvé quelque chose par exemple des kystes qu'il faut suivre ou si c'est simplement le dépistage classique. Parfois quand on cherche dans le dossier on trouve la réponse, mais pas toujours mais donc oui moi ça me pose des soucis pour savoir si l'examen est justifié ou non. Parce que quand on prescrit quelque chose c'est important de savoir pourquoi et de vérifier. Mais parfois le temps ne nous permet pas de le faire ou la réponse n'est tout simplement pas disponible.

L E: Est-ce que tu peux me donner ton ressenti par rapport à la façon dont le dépistage est organisé en Wallonie pour ces patientes âgées de 50 à 69ans ? Ainsi que par rapport au Mammotest ?

Le talon réponse à renvoyer concernant le résultat du Mammotest est quelque chose de positif.

M3: Ben c'est difficile parce qu'en fait je n'ai pas énormément de retour. J'ai déjà eu un courrier ou l'autre... Enfin je sais qu'on doit répondre à un courrier quand il y a une anomalie pour dire qu'on a bien informé la patiente et ça c'est quelque chose que je trouve très positif. Parce que c'est pas juste un courrier qu'on pourrait louper. Après je sais qu'il y a des sites internet très très bien fait et j'ai déjà renvoyé des patients vers ces sites, c'est CC quelque chose.... Il est dans mes favoris mais je ne le connais pas par cœur. C'est un site qui est très bien expliqué donc ça c'est bien.

L E: Oui le site du CCR

Informé plus les patientes concernant ce dépistage.

M3: Après peut-être plus d'information de cette prévention auprès des patientes serait chouette. Je pense notamment aux réseaux. Les gens lisent tellement n'importe quoi sur internet donc on pourrait y faire quelques petits rappels. Ou peut-être que c'est déjà le cas je ne sais pas.... Je ne suis pas au courant.

L E: D'après toi quel devrait être le rôle du médecin généraliste dans ce dépistage ?

Le rôle du MG est de

Le rôle du MG est d'informer correctement les patientes sur le cancer du sein et l'intérêt du dépistage.

Il est important d'informer que le dépistage est gratuit.

Il faudrait rappeler aux MG l'existence et le fonctionnement du Mammotest.

M3: Ben déjà repérer les femmes qui nécessitent ce dépistage, parce qu'il y en a certainement qui sont dans la tranche d'âge et critères cibles et qui ne le font pas. Soit par ce qu'elles ne viennent pas souvent ou qu'elles viennent déjà pour d'autres choses et que l'on ne prend pas le temps d'en parler. Les informer correctement sur pourquoi on le fait, que c'est un cancer qui est fréquent, qu'on a des traitements qui peuvent fonctionner. Que plus tôt on prend en charge la pathologie au mieux c'est parce qu'il y a des femmes qui ont très peur. Il y en a qui ne veulent pas faire le dépistage parce qu'elles ont peur qu'on trouve quelque chose et c'est important de les rassurer et de leur dire : « Mais il vaut mieux dépister la maladie tôt et pouvoir la prendre en charge que d'attendre qu'il y ait des symptômes et qu'on soit dans des stades plus avancés ». Donc ça c'est vraiment super important pour la pathologie oncologique en générale d'expliquer ça au patient, ça le rassure souvent quand même dans les démarches. Le coût aussi je pense que c'est important d'expliquer que le dépistage est gratuit parce que parfois il y a des patients qui ont un peu peur ou qui n'osent pas de demander, en général on va d'abord faire son examen et puis on reçoit sa facture. Donc vraiment le rôle de repérage, d'informer les patientes et un troisième rôle que je ne fais pas forcément... mais c'est de transformer des demandes de mammographie plutôt en mammothest vu qu'on a ça de disponible et qui fonctionne bien. Ça pourrait être intéressant de rappeler aux médecins que le mammothest existe, qu'il n'y a pas que la mammographie, et expliquer aussi la différence.

L E: Et concernant le fonctionnement actuel entre médecins généralistes et gynécologues, quels sont les rôles de chacun ?

Manque de retours de la part des gynécologues.

Peu d'examen clinique/palpation de la part des gynécologues.

M3: Oui là ça pose vraiment un gros souci, déjà parce qu'on n'a pas beaucoup de courrier des gynécologues donc on ne sait pas s'ils ont déjà proposé ce dépistage ou non. Et puis si la patiente est déjà suivie en gynécologie on se dit « bah le gynécologue l'a sûrement fait » alors que pas toujours. Ça m'arrive souvent d'avoir des patientes qui viennent pour une plainte mammaire, je les examine et je leur demande si elles font l'auto dépistage à la maison et elles me disent « mais oui, mais par contre vous savez mon gynécologue ne m'a jamais palpé la poitrine » et franchement ça pose question, c'est le rôle du gynécologue de faire ça aussi. C'est vrai que je ne fais pas de palpation s'il n'y a pas de plaintes, donc peut-être que les gynécologues pensent

que nous le faisons aussi d'office (rires). Mais clairement il y a un manque de communication, parfois on ne sait même pas qui va recevoir les résultats. Après je ne sais pas comment on pourrait améliorer les choses...

L E: Oui justement comment pense-tu qu'on pourrait optimiser ce dépistage ?

Développer un outil sous forme de carnet de dépistage que le patient garde en sa possession permettrait de l'autonomiser sur le sujet.

Un meilleur partage des données/résultats entre les différents intervenants de santé.

M3: Moi je me dis, après c'est juste une idée qui me passe par la tête là maintenant, mais pourquoi pas un petit carnet un peu comme on fait pour les vaccins où on inscrirait tel ou tel dépistage a été fait telle année. Comme ça le patient pourrait voir un peu où il se situe, comme pour les vaccins où on regarde et on se dit « ah bah ça fait 5ans que je ne suis plus vacciné je dois le refaire » et bien là on verrait « ah ça fait 2ans que j'ai fait mon dépistage du cancer du sein donc il est temps de le refaire. Parce que parfois même nous on ne sait plus trop le timing quand c'est le gynéco qui prescrit ou que le patient demande quand il doit le faire mais qu'on n'a pas de trace dans le dossier de quand ça a été fait la dernière fois... C'est vrai que si les patientes pouvaient avoir leur petite carte avec ces infos ça pourrait être chouette. Et puis je me dis que ça pourrait aussi autonomiser le patient pour ses dépistages, le stimuler à y penser et à revenir nous voir pour en parler. Enfin c'est juste une idée comme ça, mais en tout cas il faut un meilleur partage des informations. Je trouve que déjà ça serait chouette que si on prescrit une mammographie le résultat devrait d'office arriver chez le médecin traitant ET chez le gynécologue peu importe de qui l'a demandée. Maintenant on n'a pas toujours le référent pour chaque patient, il y en a qui voit 2 médecins généralistes et 3 gynécologues différentes et donc ça complexifie aussi les choses... Voilà, mais au moment où le patient fait son examen qu'on demande qui est le médecin traitant et qui est le gynécologue et envoyer d'office aux deux.

L E: Ok très bien, ça répond un peu à ma question suivante puisqu'en Wallonie le taux d'adhésion au mammothest est très faible, à peine 10%, par contre il y a des dépistages opportunistes (mammographie et/ou échographie) qui se font en parallèle et donc je me demandais qu'elles sont les raisons qui explique ça.

La disponibilité géographique des centres de mammothest est un frein.

M3: Oui donc c'est un peu tout ce que j'ai dit : le patient qui vient direct avec sa demande, l'habitude... L'habitude c'est difficile. Je pense que les lieux géographiques aussi jouent, je ne suis pas sûr que l'on puisse faire des mammothest partout où on veut. Et puis aussi cette possibilité qu'avec la mammographie ça puisse aller un peu plus vite si on découvre quelque chose d'anormal comparé au mammothest, puisqu'on est déjà chez le radiologue.

Possibilité de bilan complémentaire immédiat par le radiologue en cas d'anomalie à la mammographie contrairement au mammothest.

L E: Oui donc le fait qu'avec une simple mammographie, le radiologue puisse compléter directement par une échographie ?

M3: Oui par exemple et même s'il a un doute à l'échographie il peut peut-être même déjà aussi envoyer vers l'IRM. Eventuellement s'il voit un kyste malin il pourrait déjà programmer la ponction. Il me semble que ça pourrait donc aller plus vite que le mammothest, le mammothest ça me paraît quand même assez long vu qu'il y a l'examen, une première lecture, puis une deuxième, puis un courrier et puis seulement on doit recontacter la patiente. Après je ne sais pas si en pratique tout ça va vite ou pas quand il y a une anomalie, je n'ai jamais eu le cas. Mais ce que j'apprécie vraiment c'est qu'on ait une obligation d'informer le centre qu'on a bien informé la patiente du résultat. Ça c'est quand même bien fait.

L E: Ok, est-ce qu'il y a quelque chose que je n'ai pas abordé que tu souhaites ajouter sur la question ?

M3: Hum... je réfléchis encore aux freins pour le mammothest mais je pense que j'ai tout dit. C'est vraiment l'habitude et pas qu'on veuille mal faire. Maintenant c'est aussi difficile quand la patiente n'a pas 50ans d'expliquer qu'elle n'est pas dans les critères et que la radiation excessive ce n'est pas bon.. Mais on sort un peu du sujet. Je ne sais pas s'il y a quelque chose que tu veux que j'affine dans ce que j'ai dit ?

L E: Non c'est bien, merci beaucoup pour tes réponses.

Entretien 4

L E: Je réalise mon TFE sur la prévention du cancer du sein et je m'intéresse particulièrement à la prescription des médecins généralistes concernant ce dépistage pour les patientes âgées de 50 à 69ans sans facteurs de risque ni antécédent.

M4: Ok d'accord.

L E: Donc, voilà au tout début, je vais te demander de te présenter. Donc quel âge as-tu ? Quel type de pratique et depuis combien de temps ?

M4: Donc j'ai 28 ans, ma pratique, c'est la médecine générale en solo quoi ici actuellement ? Dans un village. Donc plutôt médecine rurale, je dirais. Je n'ai pas vraiment de spécialité particulière.

L E: Très bien. Est-ce que la prévention du cancer du sein est un thème avec lequel tu te sens à l'aise ?

Penser systématiquement à demander à la patiente où elle en est dans son dépistage.

M4: Oui, enfin, dans le sens où j'essaye d'y penser le plus souvent. Par exemple, si je vois une nouvelle patiente ou quoi, j'essaye de voir si elle a fait une mammographie ou une échographie. J'essaye d'y penser, mais à part la prescription de la mammographie ou de l'échographie. Je vais dire enfin je ne fais pas vraiment autre chose comme prévention. Le rendez-vous chez le gynécologue régulièrement quoi une fois par an ou tous les 2 ans que j'insiste.

L E: OK, quelle place prend la prévention du cancer du sein dans ta pratique tu dirais?

La prévention du cancer du sein prend peu de place dans les consultations finalement.

M4: Bah ça ne prend pas énormément de place finalement j'ai l'impression, parce que c'est juste avec la patiente à un moment, soit on discute du sujet ou alors tiens à un moment à une consultation, je me dis je vais peut-être demander une fois si elle a fait une échographie ou une mammographie récemment et si pas, je lui fais la prescription, simplement. Et après soit elle me téléphone pour les résultats, ou alors parfois elle va voir sa gynécologue genre un mois ou deux après donc alors à ce moment-là bah il fallait le résultat avec sa gynécologue quoi, donc ça ne prend pas beaucoup de temps.

L E: Et en général, justement, est-ce que c'est toi qui aborde le sujet ou est-ce que c'est la patiente qui en parle en premier ?

Quand le gynécologue oublie de faire la prescription les patientes viennent la réclamer.

M4: Les patientes qui ont l'habitude de faire le dépistage, qui sont bien au courant à partir de 50 ans jusque 69 ans, souvent, elles en parlent parfois d'elles-mêmes. Donc en disant « bah tiens docteur, je n'ai pas encore fait ma mammographie cette année » et donc c'est comme ça que je fais la prescription. Ou alors parfois c'est plus des dames qui ont

Le dépistage du cancer du sein sous forme d'une demande de prescription de la part de la patiente.

Après plusieurs passages en consultation je réalise qu'on n'a jamais abordé le sujet du dépistage mammaire.

été chez la gynécologue mais elle a oublié de faire la prescription, alors là elles reviennent vers moi en me demandant le papier. Et au final, c'est souvent quand même comme ça, parce qu'elles ont l'habitude ou alors parfois, quand je me dis après quelques fois « tiens on n'en a jamais vraiment parlé » alors à ce moment-là, j'évoque le sujet. Mais ouais c'est plus elles souvent j'ai l'impression qui aborde le sujet.

L E: Ok Très bien. Justement au niveau des recommandations actuelles en Belgique concernant le dépistage chez les femmes de 50 à 69 ans. Est-ce que tu sais m'expliquer un petit peu ce qui est normalement recommandé ?

Mammographie et échographie annuellement, mode de dépistage dépassé ?

M4: Ben je pense que normalement c'est quand même une fois par an, ou tous les 2 ans ? Je ne sais plus... Il faut faire une échographie et une mammographie, alors je sais qu'il y a aussi le Mammotest. Je ne sais pas ...Enfin je t'avoue que moi je fais encore souvent les échographies et mammographies une fois par an mais c'est peut-être un peu dépassé.

L E: Oui et donc au niveau des recommandations tu penses que c'est mammographie et échographie une fois par an ou une chose ?

M4: Normalement ça pourrait être juste une échographie je pense. La mammographie n'est pas obligatoire tous les ans non ? Il n'y a pas quelque chose comme ça ... ?

L E: On y reviendra après.

M4: Ou mammographie tous les deux ans ?

L E: Je préciserai un peu après.

M4: Haha oui ça m'intéresserait.

E L : Mais justement donc, est-ce que tu penses être bien informée ou pas sur le sujet ? Sur les recommandations/guidelines en termes de dépistage du cancer du sein ?

On ne reçoit pas d'information sur les recommandations de dépistage du cancer du sein.

M4: J'ai l'impression qu'on n'en parle pas vraiment. Moi je n'entends pas vraiment qu'on en parle énormément. Je trouve. Enfin je ne sais pas, je n'ai pas vraiment l'impression d'être hyper informée après, notamment par exemple des nouvelles recommandations... Je t'avoue que je n'ai pas été les voir non plus mais ...

E L: Mais est-ce que tu trouves que ce serait bien justement d'avoir/recevoir un peu plus d'informations sur le sujet ?

Des informations sous forme d'affiche ou folders seraient bienvenues.

Manque d'information sur le Mammotest.

M4: Bah oui, je pense peut-être une fois par an de recevoir, je ne sais pas, un flyer ou quoi avec les recommandations de l'année entre guillemets. Je trouve que ça, ce serait pas mal quoi. En fait, finalement, je n'ai jamais vraiment reçu les recommandations. Ou une affiche à mettre dans la salle d'attente ou quoi ce serait bien, comme ça pour les patientes et pour nous, ça permettrait de revoir les recommandations.

L E: Et justement tu évoquais le mammotests, est-ce que tu sais m'expliquer son fonctionnement ? En quoi ça consiste ?

M4: Non, pas vraiment je t'avoue.

L E: En fait, le mammotest normalement c'est une mammographie qui se fait, enfin c'est ce qui est recommandé normalement aux patientes de 50 à 69ans, ça se fait tous les 2 ans. Par contre ça prend moins de cliché qu'une mammographie classique et il y a une double lecture des résultats par deux radiologues différents. Et c'est un examen gratuit.

M4: C'est ça oui. Et donc ça c'est tous les 2 ans alors. Et la mammographie ?

L E: Ça c'est différent en fait, soit c'est le mammotest ou soit c'est la mammographie. La mammographie classique peut se faire dans n'importe quel centre où là il y a un seul radiologue qui regarde les clichés quoi.

M4: C'est ça.

L E: Donc justement toi en pratique, qu'est-ce que tu prescrites le plus en général ?

M4: C'est mammographie, et échographie.

L E: Souvent les 2 ?

M4: Les deux en même temps oui.

L E: Et à quelle fréquence ?

M4: une fois par an quoi.

L E: Et à ton avis, quelles sont les raisons, justement qui te poussent à prescrire ces examens ?

M4: Bah ici je trouve que... Allez, c'est vrai que en soit, je me dis parfois que c'est peut-être de trop de faire les 2 en même temps, qu'on

Je prescris mammographie ET échographie par habitude, même si c'est peut-être trop.

Bilan très complet pour se rassurer, peur de passer à côté d'un cancer.

Mammotest est moins irradiant.

pourrait à la limite ne faire que mammographie et échographie peut être chez les femmes plus à risques. Mais c'est vrai que par habitude, je pense, je les prescris tous les 2. Et surtout quand c'est quelqu'un que tu ne connais pas trop, je me dis autant qu'il fasse mammographie et échographie au complet parce qu'on ne sait jamais. Après tu vas me dire... C'est peut-être parce que j'ai peur de passer éventuellement à côté de quelque chose et qu'après, quand tu connais les patients et que tu sais qu'il a déjà fait les deux, peut-être c'est vrai que ce serait plus intéressant de faire tous les 2 ans peut être un mammotest qui est un peu moins irradiant.

L E: Est-ce que tu vois d'autres raisons aussi qui te pousse à prescrire l'échographie ? Même d'un point de vue de la patiente aussi, est-ce qu'elles sont demandeuses ?

Prescription de l'échographie face à l'insistance de la patiente

M4: Ouais, bah elles insistent toujours bien... C'est vrai qu'une fois, je voulais juste faire une mammographie classique, et la patiente m'a dit : « mais d'habitude on fait l'échographie avec... ». Bon, je l'ai quand même prescrite parce qu'elle le faisait tout le temps et je me suis dit bon voilà, je vais pas vraiment changer ses habitudes mais... Je pense que ce n'est peut-être pas forcément nécessaire de faire à chaque fois les deux. Je pense que ce serait mieux de compléter par une échographie quand on voit quelque chose d'anormal à la mammographie, ou éventuellement même par une IRM ou une ponction.

L'échographie n'est sûrement pas nécessaire à chaque fois mais les patientes ont l'habitude de la faire.

L E: Donc justement, d'après toi, tu penses que ce serait quoi le meilleur examen pour le dépistage du cancer du sein à prescrire au patient ?

M4: Je pense quand même la mammographie, maintenant, je trouve ça intéressant dans le Mammotest la double lecture. Enfin je sais pas si ça serait possible de le faire avec la mammographie ... Enfin, je pense que la mammographie est le plus complet entre mammographie, mammotest et échographie, maintenant l'IRM est encore plus complet et moins irradiant, enfin pas irradiant du tout. Mais bon on ne peut pas faire des IRM à tout le monde donc ouais je pense que la mammographie est quand même bien. Ou alors faire une mammographie une année et l'autre année un mammotest. Parce que le mammotest est moins irradiant si j'ai bien compris non ?

L E : Oui et c'est tous les 2 ans.

M4 : Oui donc tu vois peut-être alterner l'un et puis l'autre, tu vois faire mammographie et puis faire mammotest l'année d'après, c'est peut-être un peu moins irradiant pour la patiente au long cours et en même temps tous les 2 ans il y a ainsi quand même la mammographie qui est

L'IRM est le meilleur examen mais manque de disponibilité pour un dépistage de masse.

bien complète comme examen quoi. Et ne faire l'échographie que si vraiment il y a quelque chose d'un peu suspect à la mammographie.

L E: Ok

M4: Après c'est mon avis, je ne sais pas trop...

L E: Si si, c'est intéressant. Et euh... tu vois euh... d'autres raisons à, je veux dire à cette prescription de mammographie PLUS échographie ? A part donc les habitudes que tu as citées, la demande de la patiente au final et ses habitudes à elle aussi. Est-ce qu'en termes d'efficacité, de coût, ou autre... d'autres raisons te viennent à l'esprit ?

L'échographie est peu coûteuse et pas irradiante.

M4: Je pense qu'au niveau du coût une échographie ce n'est pas très cher. Enfin je pense, oui peut être moins cher que la mammographie. Et c'est vrai que ce n'est pas irradiant, donc c'est quand même mieux aussi. Moi je pense que l'échographie, pour moi elle est à mon avis un peu plus indiquée pour voir un kyste, le contenu du kyste ou enfin des choses plus sous cutanée ou quoi. C'est à ce moment-là que ce sera plus indiqué, pour compléter vraiment le bilan.

L E: Et donc au final le mammothest tu n'en prescribes pas, est-ce que c'est par manque d'information à son propos ou d'autres raisons ?

Les patientes ont du mal d'adhérer au Mammothest car elles ont l'habitude de faire autre chose. Si c'était instauré dès le commencement du dépistage ce serait plus facile.

M4: Oui j'ai l'impression quand même par manque d'information et euh... J'avoue du coup j'ai un peu du mal à imaginer, enfin je suppose que c'est du coup comme une mammographie mais juste quelques clichés comme tu disais donc ça c'est vrai que je ne savais pas trop que c'était finalement le même principe que la mammographie mais moins complet. Donc oui un peu de manque d'information de ce côté-là et parce que je pense que les patientes ont du mal à passer le cap aussi de ce mammothest. Une fois j'en avais quand même parlé je pense et la patiente n'était pas trop chaude, elle disait « oui mais je préfère faire une mammographie parce que je fais ça chaque année » et donc c'est vrai que je pense que peut être pour les générations qui vont arriver... Je pense que ce serait bien d'introduire éventuellement ce mammothest dans notre pratique et qu'on puisse faire cet examen-là, tous les 2 ans, comme ce qui est recommandé. Mais je pense que celles actuellement qui font le dépistage, qui ont peut-être 60 ans ou quoi, je pense qu'on ne changera pas beaucoup leurs habitudes. Enfin pour ma part, même s'il y a toujours moyen hein (rires).

L E: Et justement donc, par rapport à tout ça, est-ce que tu peux me donner ton ressenti par rapport à la manière dont est organisé actuellement le dépistage du cancer du sein en région wallonne ?

M4: Par rapport à quoi tu veux dire ?

L E: Je me demande quel est ton ressenti, justement par rapport à l'organisation de ce dépistage ?

M4: Par rapport à certains organismes ou de manière générale ?

L E: Oui enfin normalement les recommandations suggèrent de faire le mammoth, c'est normalement le dépistage organisé par la région, il y a également l'Hémocult par exemple pour le cancer du côlon. Donc je veux dire est-ce que tu penses qu'il est bien organisé ou quel est ton ressenti par rapport à cette gestion du dépistage ?

Le dépistage du cancer du sein est bien intégré par les femmes.

La collaboration entre gynécologues et médecins généralistes renforcent le dépistage.

Prise en charge immédiate et spontanée des centres hospitaliers lorsqu'une anomalie est détectée à la mammographie ou échographie.

M4: Je pense quand même que maintenant les gens sont quand même mieux suivis, je pense que c'est quand même un dépistage qui est rentré dans les mœurs pour les femmes je vais dire. Je pense aussi que les gynécologues, enfin c'est leur travail, mais je veux dire ils nous aident bien quand même de ce côté-là je trouve. Du coup il y a quand même la médecine générale et la gynéco pour essayer vraiment que les femmes soient bien suivies de ce côté-là. Et puis ben je trouve que dans les centres, peut-être pas tous les centres, mais dès que les femmes vont faire leurs examens dès qu'il y a un souci, c'est direct pris en charge donc déjà avec une ponction, une IRM, enfin je trouve que c'est bien organisé. Et puis il y a parfois des campagnes en plus. Après je me dis, mais c'est peut-être moi aussi, que ce serait peut-être bien d'avoir une petite touche de rappel plus par rapport aux recommandations, une fois par an quoi. Mais je pense que c'est relativement bien organisé quand même.

L E: Et justement, tu parlais donc du gynécologue qui aide dans ce domaine, au niveau de la place du médecin généraliste, toi, tu le situerais où du coup dans ce dépistage ?

La place du médecin généraliste équivalente à celle du gynécologue dans la gestion du dépistage du cancer du sein.

M4: Bah je trouve finalement un petit peu au même niveau quand même, parce que voilà, il y a certains gynécos qui vont peut-être plus y penser et d'autres un peu moins, et je pense pareil un peu pour nous. Finalement, certains médecins vont peut-être un petit peu plus y penser, d'autres un peu moins donc je pense que finalement ça s'équilibre quand même. Il y a vraiment des gynécos qui sont drillés, voilà dès qu'il voit la patiente, ils prescrivent même pour l'année d'après. Et puis certains qui vont peut-être pas le faire et dire voyez avec votre médecin traitant ou quoi et du coup bah après quand on voit la patiente, on le fait ou on y pense un peu plus tard. Je pense qu'on est plus ou moins égal.

L E: Euh... Je regarde un petit peu ce qu'on n'a pas encore abordé. Est-ce que tu as des idées justement pour optimiser un peu ce dépistage et cette prise en charge ?

M4: Je ne sais pas si les dames reçoivent parfois un courrier comme le cancer du côlon, je pense que oui quand même, enfin pas sûr.

L E: Normalement oui.

Les patientes ne parlent pas de l'invitation au mammothest qu'elles reçoivent.

Rappeler les recommandations en matière de dépistage pourrait aider à l'améliorer.

Convoquer la patiente à répétition par courrier ou mails et pas une fois unique.

Une affiche dans la salle d'attente pour stimuler.

M4: Oui le côlon quand même on entend souvent, maintenant j'ai l'impression qu'on entend moins une femme qui arrive en disant « Docteur, j'ai reçu une lettre pour le dépistage du cancer du sein », je trouve que ça c'est moins souvent par rapport au cancer du côlon. Maintenant ce qui pourrait aider, bah je pense que c'est de toujours continuer à stimuler les gynécologues et nous à faire ce dépistage et en nous rappelant un petit peu à chaque fois les recommandations ça je pense que ça peut aider. Après... Ouais je ne sais pas trop comment on pourrait... Peut-être à la limite envoyer des lettres à répétition parce que parfois les gens reçoivent une lettre et après, voilà sur le coup, ils se disent oui oui, puis bah finalement les années passent et ils n'ont peut-être rien fait. Donc oui peut être stimuler un petit peu de ce côté-là, par lettre ou par courriel je ne sais pas. Et que peut être le médecin traitant mette une affiche dans la salle d'attente, Je pense que ça important aussi mais j'en ai pas encore reçue donc j'en ai pas mis.

L E: OK, beh justement donc comme je le disais, en Wallonie, le taux d'adhésion au programme qui est normalement organisé est très faible. On atteint à peine 10%, il y a beaucoup d'exams qui sont faits en parallèle, donc mammographie/échographie mais qui ne rentrent pas dans le cadre de ce programme organisé. Pour toi, tu penses que c'est dû à quelles raisons ce faible taux d'adhésion à ce programme de dépistage ?

M4: Quand tu dis programme, tu veux dire faire un Mammothest tous les 2 ans.

L E: Oui c'est ça, la participation au Mammothest, comme l'Hémocult pour le cancer du côlon.

M4: Oui, je pense que c'est peut-être plus contraignant pour la patiente de devoir prendre rendez-vous, d'aller passer l'examen, d'aller rechercher les résultats. C'est quand même déjà un investissement pour la patiente je vais dire. Même si c'est gratuit ou quoi, mais voilà, elle doit prendre le temps d'y aller, que l'Hémocult entre guillemets c'est une bête analyse de selle, ça va quand même relativement plus vite. Donc la démarche à faire est peut-être un élément qui joue. Puis bah peut être oui, le manque un peu d'information éventuellement. Et peut-être aussi la peur des patientes, comme quand les patients refusent de faire une prise de sang par peur d'avoir des mauvais résultats. Ça

Refus de dépistage par peur de mauvaise nouvelle.

Les patientes qui ont des proches touchées par le cancer du sein sont plus demandeuses de faire le dépistage.

dépend peut être du niveau aussi social, du vécu de la patiente, si elle a des antécédents ou si dans sa famille il y a eu des cas... Ca va quand même aussi faire qu'elle va plus facilement être demandeuse ou pas de cet examen.

L E: Et comparé, justement aux patientes qui réclament leur mammo/écho tous les ans. À quoi ce serait dû je vais dire cette différence, de vouloir être en dehors de ce circuit préétabli au final ?

La stimulation initiale de la patiente à 50ans est décisive pour la réalisation ou non d'un dépistage régulier.

M4: Ben je pense que c'est parce qu'elles ne sont jamais rentrées dans le circuit directement et donc une patiente qui va direct être stimulée à 50 ans, son médecin traitant qui va lui rappeler, le gynéco qu'elle va aller voir chaque année ou quoi... Qu'elle pourra en discuter et de voir ce que c'est etc. Je pense qu'elle sera beaucoup plus régulière dans son suivi, qu'elle va se dire bah voilà, je l'ai fait une fois maintenant je fais tous les ans, qu'une autre qui n'aura pas forcément peut-être été informée, soit parce qu'elle est passée entre guillemets entre les mailles du filet, qu'elle n'a plus été voir sa gynéco depuis peut être quelques années... Que le médecin traitant l'a vue à d'autres occasions ou qui ne va pas souvent chez son médecin traitant, et la fois où elle vient on ne va pas forcément penser à lui en parler. Je pense que du coup bah elle ne le fait pas et finalement elle se retrouve à 60 ans qu'elle n'a encore jamais fait d'échographie ou mammographie quoi. Je pense que c'est peut-être plus ça, qu'il y en a certains qui sont vraiment dans leurs habitudes de faire ça chaque année et d'autres finalement...

L E: Oui donc si je comprends bien c'est vraiment ce qu'on initierait qui détermine ce que fera la patiente par la suite ?

M4: Oui oui. Le fait d'être, voilà chaque fois de faire la démarche de venir, d'avoir les résultats, mais je trouve que c'est plus stimulant pour la patiente.

L E: Et est-ce qu'il y a autre chose sur le sujet que je n'ai pas abordé auquel tu penses ?

Informé à propos du Mammostest les patientes et les médecins généralistes.

M4: Bah comment peut-être convaincre de patiente de passer au Mammostest, enfin, c'était un petit peu ta question tantôt, je me dis peut être plus pour les nouvelles générations d'informer plus par rapport à ce Mammostest parce que j'ai l'impression que les gens ne savent pas trop ce que c'est. Et comme ils ont toujours fait une mammographie et une échographie ben...

L E: Oui et que ce soit aussi bien du côté des patientes que des médecins alors ?

M4: Oui tout à fait.

L E: Et des gynécologues aussi ?

Les gynécologues prescrivent beaucoup de mammographie et échographie.

M4: Oui, oui parce que les gynécologues ils prescrivent aussi, enfin peut-être pas tous hein certainement pas, mais mammographie et échographie du coup bah nous qu'est-ce qu'on fait ? Bah on represcrit aussi mammographie et échographie. C'est bête, on devrait peut-être voilà essayer de changer un peu notre comportement par rapport à ça, mais les gynécos sont encore, je pense beaucoup aussi sur la mammographie et échographie.

L E: Et tu penses pour quelles raisons ?

Une mauvaise expérience dans le passé avec le Mammotest pourrait expliquer son manque d'intérêt aux yeux des gynécologues.

M4: Peut-être aussi par habitude, parce que eux je pense qu'ils sont quand même informés relativement bien, peut-être mieux que nous, ou pas je ne sais pas. Du coup oui je ne sais pas mais est-ce que c'est plus aussi par habitude, ou est-ce qu'ils ont déjà eu peut être des expériences qu'avec le mammotest ils ont loupé une fois un cancer ou je ne sais pas... voilà, qu'il y ait eu quelque chose comme ça, une mauvaise expérience avec le mammotest.

L E: Peut-être un manque de confiance aussi alors si je comprends bien?

Manque de confiance envers le Mammotest.

M4: Oui un manque de confiance au test, je ne sais pas, mais il y a des études je suppose qui ont été faites sur le mammotest s'il est recommandé. Mais oui voilà je pense que c'est ça.

L E: Très bien, merci beaucoup pour tes réponses.

M4: De rien.

Entretien 5

L E: Tout d'abord, est-ce que tu peux te présenter au niveau du type de pratique/années d'expérience ?

M5: Oui, donc T. E. j'ai 35 années d'expérience. Donc ici c'est une pratique de groupe avec assistant et associé.

L E: Ok, est-ce que la prévention du cancer du sein est un thème avec lequel tu te sens à l'aise au niveau des consultations ?

M5: Oui oui.

L E: Quelle place justement ça prend au niveau de la consultation en général ?

M5: J'essaye de vérifier que la patiente a fait son dépistage mammaire en temps et en heure, enfin dans les délais. Moi je suis encore assez partisan d'une fois par an mais ce n'est plus dans les critères actuels je pense que maintenant c'est une fois tous les 2ans. Donc on parle de dépistage ? Pas de l'investigation d'une lésion découverte à la palpation ?

L E: Non dépistage et principalement chez les patientes âgées de 50 à 69ans auxquelles je m'intéresse.

M5: Donc ça je le rappelle dès que j'en ai l'occasion en consultation.

L E: En général est-ce toi qui aborde le sujet ou est-ce la patiente qui en parle ?

M5: Non en général c'est moi qui aborde le sujet.

L E: Justement, concernant les recommandations actuelles en Belgique, est-ce que tu sais m'en dire plus sur ce qui est normalement recommandé ?

M5: Je pense que l'on privilégie d'abord le Mammotest, la patiente reçoit une invitation tous les deux ans. Mais moi j'ai encore tendance à prescrire mammographie + échographie, et plutôt une fois par an et pas tous les deux ans.

L E: Et pour quelles raisons justement cette prescription?

M5: Beh pour ne pas, enfin il y a quand même toujours les lésions qui sont dans l'intervalle des deux ans du dépistage donc, enfin moi je dis toujours je soigne un patient et je ne fais pas de la médecine épidémiologique. Donc ce qui m'intéresse c'est quand même que ma patiente, que, lui donner un maximum de chance d'être dépistée en temps et en heure.

L E: Donc l'intervalle de temps de deux ans semble trop long ?

Rappel systématique du dépistage en consultation.

Il y a toujours des lésions d'intervalles entre deux dépistages.

Dépister tous les ans donne plus de chance à la patiente d'être dépistée à un stade précoce.

M5: Oui ça me paraît trop long, surtout qu'il peut toujours y avoir des lésions entre deux dépistages et même quand on les faisait une fois par an donc voilà.

L E: Et par rapport à l'échographie, quelles sont les raisons surtout qui te motivent à prescrire l'échographie en plus de la mammographie ?

Prescription d'un bilan complet dans un premier temps et puis ajustement des examens pour le dépistage prochain en fonction du retour du radiologue.

M5: Ben disons que je vais tenir compte de l'avis du radiologue, si le radiologue dit voilà c'est une patiente éligible pour le mammothest parce que les seins ne sont pas denses, alors ça j'en tiendrai compte pour la fois suivante mais au départ je prescris toujours les deux et j'attends son retour. Mais c'est sûr que l'échographie s'adresse plus à des patientes plus jeunes et il y a des patientes dont les seins sont bien lisibles à la mammographie

L E: A part l'intervalle des deux ans, est-ce qu'il y a d'autres freins à la prescription du mammothest ?

Le Mammothest est moins performant/qualitatif qu'un bilan chez un sénologue.

M5: Euh... C'est mieux que rien mais ça reste quand même, je vais dire, il y a la double lecture mais je pense qu'il y aura toujours une différence par rapport à un sénologue que je connais bien et avertis. Il y aura toujours une différence de qualité je pense et on sait bien que le but d'un dépistage c'est de trouver la lésion la plus petite possible.

Le Mammothest n'est pas ancré dans les habitudes des patientes.

L E: Ok, et d'un point de vue des patientes, elles, le Mammothest est-ce qu'elles en parlent ? Est-ce qu'elles ont l'air au courant ?

Si le Mammothest n'est pas adopté par la population c'est peut-être en lien avec l'opinion négative de certains médecins à son sujet.

M5: Le Mammothest elles n'en parlent pas facilement, ce n'est pas encore vraiment ancré, pourtant ça fait quelques années maintenant que ça existe. On a l'impression que le message n'est pas entièrement passé dans la population mais évidemment si tous les médecins disent comme moi ça ne saurait pas passer non plus (rires).

L E: Pour avoir un dépistage optimal, vu que le but est de dépister au mieux les patientes, d'après toi ce serait quel examen et à quel fréquence ? Qu'est ce qui devrait être fait pour que ça soit optimal ?

Le Mammothest moins irradiant mais moins complet qu'un bilan sénologique.

M5: De toute façon quand tu envoies chez un sénologue, le sénologue fait déjà un examen clinique en général, et je vais dire elle dispose du panel complet. Ils ont de bonnes machines (mammographes, échographes) et elle dispose de l'IRM en milieu hospitalier aussi. Enfin j'ai quand même l'impression qu'il y a quelque chose en plus que le Mammothest ; où là je ne pense pas qu'il y ait d'examen, le nombre de clichés est quand même limité, deux ou trois clichés... enfin il y a moins d'irradiations aussi mais bon.

L E: Oui donc au final ce qui semble le plus adéquat est un bilan chez un sénologue une fois tous les ans si je comprends bien ?

M5: Oui, oui c'est ce qui me rassure le plus et qui je pense doit rassurer le plus les patientes aussi.

Le bilan chez un sénologue est le bilan de dépistage le plus rassurant pour le médecin et pour les patientes.

Le dépistage du cancer du sein n'est plus remboursé que tous les deux ans et non plus tous les ans.

Meilleure qualité d'appareils et de formation des sénologues comparé à avant.

Le dépistage par Mammotest manque de personnalisation.

Compléter le mammotest par un examen clinique.

Rôle de rappel du médecin généraliste concernant ce dépistage.

Rôle de repérage des patientes plus à risque.

Manque de confiance aux intervenants réalisant le Mammotest.

L E: Au cours de tes années de pratique, quelles modifications as-tu observé concernant ce dépistage organisé? Ou par exemple sur ce qui se faisait avant et qui ne se fait plus actuellement ?

M5: Maintenant je pense il y a une question de coût aussi, ce n'est plus remboursé que tous les deux ans je pense. La sénologie s'est bien développée, la qualité des appareils, des sénologues aussi. Tout va vers le mieux. Bon maintenant je ne suis pas contre le Mammotest encore une fois c'est vrai qu'il y a quand même cette double lecture mais c'est moins personnalisé, c'est plus du dépistage de masse quoi.

L E: Est-ce que tu vois des options sur comment est-ce qu'on pourrait améliorer ce Mammotest ? L'optimiser ?

M5 : Peut-être y rajouter au minimum un examen clinique qui actuellement n'a pas lieu.

L E : Ok. Quel est le rôle du médecin généraliste dans ce dépistage d'après toi ?

M5 : C'est surtout je pense le fait de rappeler au patient qu'il doit penser à son dépistage. Tu leur dis « c'était quand votre dernier dépistage ? » « euh l'année passée » et puis tu regardes et il y a déjà deux ans, parce que le temps passe tellement vite, les gens perdent ça de vue. Penser aussi aux antécédents, mais là on sort un peu du cadre du dépistage mais en cas de cancers du sein dans la famille il faut penser à faire l'arbre généalogique, se demander aussi si le patient ne doit pas aller en génétique. Et justement dans les familles où il y a eu des cas de cancers encore penser d'avantage au dépistage et le commencer plus tôt que 50ans.

L E: Donc si je comprends bien, pour optimiser tout ça il faudrait que le dépistage qui se fait soit plus personnalisé, plutôt que le dépistage de masse au final?

M6: Oui tout à fait.

L E: En Wallonie le taux d'adhésion au mammotest est très faible (moins de 10%), donc je m'intéresse aux freins expliquant ce chiffre alors que les patientes reçoivent une invitation, et au final on ne le prescrit pas spécialement non plus.

M5: On préfère quand même toujours je pense aussi confier la patiente à un cabinet de radiologie que l'on connaît, dont on connaît la qualité. Evidemment les sénologues aussi font des mammotest mais ça reste quand même... Enfin c'est une question de confiance comme toujours en médecine finalement. Maintenant temps qu'on n'aura pas le couteau sous la gorge d'un point de vue prescription je pense que ça continuera, d'ailleurs les sénologues je pense au départ n'étaient pas entièrement chaud non plus pour le mammotest.

La surcharge de travail actuelle diminue l'attention portée à la prévention.

L E: Y a-t-il d'autres choses que je n'ai pas abordées et qui te semble importante sur le sujet ?

M5: Quand on parle du dépistage mammaire, en profiter pour rappeler aussi la visite gynécologique parce qu'il y a des femmes qui pensent qu'à partir d'un certain âge on ne doit plus y aller. Alors que ce n'est pas vrai. C'est l'occasion d'ouvrir le volet dépistage en tout cas et c'est sûr qu'avec les années ici qu'on a connues, avec la surcharge de travail que l'on a, on parle moins prévention.

L E: Très bien, merci.

Entretien 6 :

L E: Donc voilà, j'effectue mon TFE sur la prévention du cancer du sein et plus particulièrement sur la prescription des médecins généraliste concernant le dépistage. Mais je ne vais pas en dire plus sur mes intentions comme ça je ne vais pas biaiser vos réponse.

M6: Ok, ça va. J'ai vu une de tes collègues aussi il n'y a pas si longtemps que ça et c'est-ce qu'elle m'avait dit également.

L E: Oui, vous allez vous rendre compte au fur et à mesure. Donc, tout d'abord, si vous pouvez vous présenter : votre âge, le nombre d'années de pratique et le type de pratiques que vous exercez.

M6: Oui donc moi j'ai commencé en 1993, non non 1992 même. Voilà, je suis sorti en 1992. J'ai commencé à travailler ici sur **** à partir de 1993-1994. Voilà, pratique de médecine générale tout venant quoi, comme on faisait un peu avant quoi. Voilà donc je ne sais pas si t'avais encore une autre question ?

L E: Non, c'est bien, c'est pour un peu situer, voilà.

M6: Oui, et donc j'ai 54 ans.

L E: Ok, très bien merci. Concernant la prévention du cancer du sein, est-ce que c'est un thème avec lequel vous vous sentez à l'aise en consultation ?

M6: Je crois que oui, oui.

L E: Et justement, quelle place ça prend au niveau des consultations ou de votre pratique cette prévention du cancer du sein ?

M6: Ben avec le dossier informatisé, on sait regarder plus facilement les antécédents et en parler, vu que ça fait partie du module prévention à un moment donné dans le dossier médical informatisé, il y avait une partie qui était réservée à la prévention et donc c'était systématique quoi.

L E: Oui, il y a des petits rappels dans votre programme en fait qui se font à partir d'un certain âge ?

M6: Oui oui.

L E: Ok, et justement à partir de quel âge votre programme a tendance à mettre cette alerte ?

Rappel systématique
grâce au DMI.

M6: Je crois 50 ans oui, enfin c'est en rapport avec justement le dépistage de mammothest.

L E: Ok, est ce qu'en général c'est vous qui abordez le sujet avec vos patientes ? Ou ce sont-elles qui ont tendance à en parler en consultation ?

M6: Alors je vais dire les 2 quoi, à partir du moment où c'est vrai, il y a parfois des petites plaintes qui sont liées à ça, du dépistage ou on aborde certains cancers. Et bien je vérifie si effectivement, il y a un suivi au niveau mammographie et ou dépistage mammothest.

Demande de renouvellement de prescription pour bilan sénologique.

L E: OK, et il y a aussi une partie des patientes qui demande leur renouvellement de prescription ?

M6: Oui bilan sénologique.

L E: Justement, concernant les recommandations actuelles en Belgique, donc pour le dépistage du cancer du sein, est-ce que vous pouvez me dire ce qui est recommandé pour les patientes entre 50 et 69 ans.

M6: D'effectuer un mammothest tous les 2 ans.

Informé sur les recommandations mais moins le cas depuis quelques années.

L E: OK. Et donc par rapport à ces recommandations, pensez-vous être bien informé sur le sujet ?

M6: Je trouve qu'on a été bien informé tout au début. Je trouve qu'il y a peut-être moins d'informations quand même maintenant depuis 2 ou 3 ans.

L E: Quand vous dites au début, c'est au début de la mise en place du mammothest?

M6: Oui, oui tout à fait. Là il y a eu quand même pas mal de débats et puis ensuite ça s'est peut-être un petit peu effrité, il y a des rappels avec les campagnes avec le petit ruban rose, et Bleus pour le colon ? Je sais plus. Comment ils appellent ça ?

L E: Pour le cancer du sein c'est Think pink.

M6: Ouais, voilà c'est ça, je n'osais pas le dire.

L E: Et donc est ce que vous aimeriez recevoir à nouveau plus d'informations sur ce sujet ?

M6: Bah oui, en période de campagne, effectivement tu en reçois. C'est vrai qu'en dehors de ça t'en reçois moins mais je n'ai pas l'impression

Manque d'information des autorités médicales officielles concernant le dépistage du cancer du sein.

que la campagne c'est quelque chose de si officiel. C'est plutôt, j'ai l'impression, que c'est confié à des ASBL, mais bon ce n'est pas ça, elles font bien leur boulot mais je ne sais pas... pour moi ça a moins d'impact quoi.

L E: Oui, et donc ce serait mieux sous quelle forme au final que cette information circule ?

Besoin de rappel de la part des autorités médicales à propos du dépistage du cancer du sein.

M6: Je crois que ce serait bien de recevoir de l'INAMI ou de la Communauté française ou de la région, une information supplémentaire. Ou des cercles de médecins généralistes également. Des petits rappels ou des petites mises à jour comme ça. Je pense notamment comme on fait pour le diabète aussi avec le réseau local multidisciplinaire.

L E: Justement, concernant le Mammotest, est ce que vous pouvez m'expliquer son fonctionnement en principe ?

M6: Pour moi, ils font 2 clichés, une première lecture par un radiologue, puis une 2e lecture par un autre radiologue dans un autre centre. Voilà, et puis on reçoit le résultat avec une demande de classification et une demande d'un bilan complémentaire avec échographique ou pas en fonction.

L E: Et vous votre avis par rapport à ce Mammotest, comment vous le percevez-vous ?

Le Mammotest limite les irradiations.

Impression que le Mammotest n'a pas été suivi par les gynécologues.

C'est compliqué de recommander à la patiente quelque chose que le gynécologue ne recommande pas.

M6: Pour moi, je trouvais que c'était positif et pas trop d'irradiations sur le long terme, surtout quand on commence à se faire des mammographies depuis enfin relativement jeune quoi, il y a quand même une accumulation de rayons. Et puis finalement j'ai l'impression que de la part des gynécos, ça n'a pas été très bien suivi. Ils redemandent souvent de refaire un bilan sénologique. Évidemment quand le spécialiste insiste là-dessus, nous comme généraliste, on a du mal de revenir en arrière. Chez certaines, elles comprennent un peu, mais bon voilà. Alors je trouve qu'évidemment la proportion est minime par rapport, en tout cas pour moi, aux mammos et échos demandées de manière générale.

L E: Oui, on va y venir un petit peu après sur ce que vous prescrivez le plus souvent, mais donc d'un point de vue des patients, vous avez l'impression qu'elles le perçoivent comment ce mammotest ?

Parler dépistage est bien accueilli par les patientes.

M6 : Moi, je crois que le fait de parler des seins et du dépistage c'est positif, globalement bien accueilli.

L E: Mais vous trouvez qu'elles ont l'air d'être informées de ce moyen de dépistage ou elles n'en parlent pas beaucoup ?

Il y a déjà un suivi par le gynécologue avant de recevoir l'invitation pour le Mammotest donc c'est souvent mis de côté.

M6: Alors tout un temps oui parce qu'elles reçoivent également, comme dans le cadre du cancer du côlon, la possibilité de le faire. Bon, elle le demande mais souvent comme il y a déjà un suivi par le gynéco celui-ci est un peu mis de côté étant donné que la sensibilité des gynécos pour ce mammotest n'est pas très très importante.

L E: Ouais, et donc justement, vous, dans vos habitudes de prescription en générale, vous prescrivez quel examen pour le dépistage ?

Si elles sont suivies par le gynécologue je prescris un bilan sénologique.

M6: Je parle du mammotest, mais si elles ont déjà eu précédemment un bilan sénologique complet et qu'elles vont voir le gynéco par après, alors je prescris un bilan sénologique ou la mammographie avec si nécessaire l'échographie selon le radiologue. Donc ça c'est à l'appréciation du radiologue. Ce que je fais de plus en plus maintenant quand même.

Je laisse l'échographie à l'appréciation du radiologue.

L E: Oui d'accord et donc c'est vraiment plutôt par habitude au final, suivant les habitudes du gynécologue aussi si je comprends bien.

M6: Oui, sauf chez celles qui n'ont plus été voir le gynéco depuis un petit temps et qui rentre dans les critères de dépistage sans facteurs de risque au niveau familial. À ce moment-là, je prescris un mammotest.

L E: OK, d'accord.

M6: Mais encore une fois, ça devient minime parce que bon voilà...

LE: Et justement, pour vous, quelles sont les raisons qui motivent ce choix ? Donc vous avez un peu parlé des irradiations après est-ce qu'il y a d'autres raisons qui motivent cette prescription ?

La double lecture du Mammotest est rassurante.

M6: Bah moi j'aime bien la double lecture, même s'il n'y a que 2 clichés. Je trouve que c'est quand même beaucoup plus rassurant et je crois que statistiquement, il y a quand même eu des dépistages très positifs. Voilà et puis il ne faut pas très longtemps non plus. Enfin, je crois pour les radiologues, ça peut être fait rapidement. Et puis les radiations, surtout, je trouve que pour la patiente c'est mieux, il faut voir l'intérêt aussi de la patiente et je crois que c'est ça. Ce n'est pas non plus trop trop traumatisant.

Limiter les irradiations pour l'intérêt de la patiente.

L E: Oui ok. Et justement, en parlant du délai en général ça suit assez rapidement les résultats ?

M6: Oui, ça oui.

L E: Toute la procédure suit assez bien une fois que la patiente l'a passé ?

M6: Oui, une fois que c'est enclenché la procédure suit.

L E: Ok très bien, et justement, quand vous prescrivez une échographie, qu'est-ce qui motive cette prescription ? C'est pour quelle raison que vous ajoutez l'échographie en fait ?

L'échographie intéressante s'il y a des symptômes.

M6: Symptôme supplémentaire, douleur, gêne, possibilité de détecter des kystes... voilà.

L E: Oui donc si elles sont tout à fait asymptomatiques, à ce moment-là, vous n'avez pas tendance à la prescrire ?

M6 : Non, oui voilà.

Besoin de l'appui des gynécologues pour favoriser le Mammotest.

L E : Et d'après vous, quelle serait la meilleure façon de faire au final pour ce dépistage ?

Besoin d'un consensus clair pour faire un dépistage valable.

M6 : Mais moi, je crois que dans le cadre du dépistage, ce serait d'avoir un peu plus d'appui de la part des gynécologues pour favoriser le mammotest. Qu'il y ait un consensus plus général avec pas 36 interprétations du système si on veut faire valablement du dépistage. Après effectivement ce que je fais le plus souvent c'est mammographie et plus échographie si nécessaire à l'appréciation du sénologue. Voilà.

L E : Ok, très bien. Et justement, au cours de de vos années de pratique, avez-vous vu des modifications dans cette prescription ? Est-ce que avant on prescrivait plus d'une certaine façon ? Est-ce que ça a évolué ?

Au plus il y a eu de sénologues au plus on a fait d'échographies.

M6 : Bah au début on faisait, je vais dire que la mammographie, et puis au fur et à mesure on a ajouté l'échographie mammaire. Au plus, il y a eu de radiologues qui se sont spécialisés en sénologie, on a un peu plus étendu. Au point de départ, il n'y avait que des radiologues, je vais dire tout venant. Et donc ceux-là, ils étaient centrés sur la radiographie, mammographie, ils faisaient des échos, mais pas vraiment pour un sein sauf s'il y avait vraiment un kyste, sauf s'il y avait vraiment du liquide ou une indication ou un abcès ou quelque chose comme ça. Mais sinon oui, ensuite quand les sénologues sont arrivés on a étendu évidemment l'indication de l'échographie.

L E: Et c'était tous les 2 ans aussi avant ?

M6: Oh non, certains faisaient ça tous les ans.

L E: Et ça, votre avis à ce sujet, tous les 2 ans ça vous paraît bien ?

Je fais confiance aux recommandations.

M6: Je ne suis pas épidémiologiste donc je suis les recommandations que l'on me donne mais pour moi, je crois que ça me paraît bien oui, chez quelqu'un qui n'a pas de problème encore une fois pour ne pas accumuler des rayons.

L E: Oui bien sûr.

Attention aux effets secondaires du dépistage et la surmédicalisation.

M6: Ne pas non plus surmédicaliser quoi hein, parce que les gens leur mettre ça dans la tête après on a un peu les effets secondaires de la prévention.

L E: Et justement, donc on en a un peu parlé avant, il faudrait un appui supplémentaire des gynécologues pour renforcer l'adhésion au dépistage. Mais vous vous trouvez, enfin je vais dire, quel est votre ressenti par rapport à la manière dont est organisé en Wallonie le dépistage? Voilà ce dépistage est censé être sur base de l'invitation que reçoivent les patientes au mammothest tous les 2 ans. Votre ressenti par rapport à cette organisation au final?

Avertir le médecin généraliste de l'envoi de la convocation pour un meilleur suivi/rappel.

M6: Ce qui serait peut-être bien, c'est que le généraliste reçoive une information via son DMG quand la patiente reçoit la demande du mammothest. Oui parce qu'elles reçoivent l'invitation au mammothest mais nous on n'est pas toujours au courant et donc les gens le mettent sur le côté ou ne le lisent pas ni rien. Donc ce serait peut-être intéressant, que justement on nous signale quand on leur envoie leur convocation, que nous on voit : « convocation envoyée dans le dossier » ce qui permet, quand elles viennent en consultation de leur dire « Ah, vous avez reçu une convocation, vous l'avez déjà fait ou pas ? » Alors on le verra si ça a été fait, je suppose qu'on reçoit un lien, mais c'est un moyen aussi de leur rappeler à nouveau ce système.

L E: Oui donc impliquer plus le médecin généraliste dans ce recrutement plutôt que simplement les invitations ?

M6: Oui bien sûr, le lancer chez les patientes mais ensuite on n'y pense pas toujours. C'est peut-être justement une invitation à le faire, en plus de ce qu'on a déjà dans le programme informatique parce que bon, faut être quand même attentif dans le programme informatique, ce n'est pas mis dans les tâches... on pourrait, mais il faut que je l'encode moi-même.

L E: Ok.

Il faudrait que les sénologues et radiologues précisent sur les protocoles si on peut se contenter du Mammotest ou non.

M6: Ça serait peut-être bien de le faire. Bon, alors oui, je dirais qu'il n'y a pas seulement le gynécologue qui doit être impliqué, dans le sens de dire plutôt mammotest que le reste. Il y a aussi les sénologues, les radiologues qui font l'examen, voilà qu'ils indiquent sur leur protocole à refaire dans 2 ans. Ils ne l'indiquent pas toujours quoi, ou conseiller tous les ans si c'est nécessaire.

L E: Ok, oui c'est vrai qu'on voit souvent dans les protocoles « A refaire à la fréquence habituelle, tous les ans ». Je ne sais pas si vous l'avez aussi souvent dans les protocoles que vous recevez ?

M6: Oui, c'est ça donc ça serait peut-être plus utile qu'ils indiquent tous les 2 ans ou pourquoi tous les ans.

L E: Oui c'est ça, un petit peu plus de clarté de ce côté-là.

Besoin d'uniformiser les pratiques entre sénologues.

M6: Oui, d'uniformisation aussi entre les différents sénologues.

L E: Oui ok, oui au final en Wallonie, on se rend compte que le taux d'adhésion au mammotest c'est à peine de 10%. Après, il y a toute une partie de dépistage qui s'appelle opportuniste, donc bilan sénologique ou mammo/écho qui se fait. On atteint du 40% de ce côté-là, donc c'est vrai que mon TFE c'est plus dans le but de m'intéresser à pourquoi au final on prescrit si peu de mammotest. Est-ce qu'il y a des raisons justifiant ça. Tout ça dans le but d'arriver justement à optimiser un petit peu ce dépistage et de le rendre plus efficace.

M6: Oui ce serait bien utile.

L E: Mais donc voilà, si vous voyez d'autres raisons qui expliqueraient ce frein/ cette si faible prescription de mammotest ? Ou de raisons expliquant ce faible taux d'adhésion au programme, peut-être que ce n'est pas l'examen en lui-même qui fait ça mais la manière dont c'est géré ?

Peur que le Mammotest ne soit pas aussi performant que le bilan sénologique pour dépister un cancer.

M6: Peut-être les gens se disent aussi « oui, on ne va faire que 2 clichés... » Et ce ne sera pas suffisant pour moi. On va louper quelque chose par rapport à un bilan sénologique complet.

L E: Oui par crainte alors ?

Besoin d'informations et d'explications de la part des spécialistes pour augmenter la confiance au Mammotest.

M6: Oui donc peut être avoir plus d'informations. Et surtout à mon avis, que les sénologues et que les gynécologues en parlent aux patientes également, que dans ce cadre-là, c'est suffisant et il ne faut pas faire plus. Insister pour dire que c'est valable comme test quoi. Enfin moi je ne suis pas gynéco donc s'ils disent non ce n'est pas valable ok alors c'est normal qu'il n'y a pas beaucoup de prescription.

Besoin de l'avis du spécialiste pour savoir si c'est valable ou pas.

Promouvoir l'auto-palpation.

Rassurer et expliquer pour convaincre au Mammotest

L E: Il y a un autre point que vous souhaitiez ajouter et que je n'ai pas abordé sur le sujet qui vous semble important ?

M6: Peut-être dire aux patientes que ce n'est pas douloureux, mais je crois qu'ils le font dans leurs invitations. Ce n'est pas un examen invasif ni douloureux, mais oui, alors l'explication de ce qu'on va faire parce que certaines demandent ou encore une fois disent je n'ai pas l'impression que ça soit suffisant comme examen de dépistage. Peut-être aussi réapprendre à s'examiner, l'auto-examen chez les patientes également en fonction du cycle. On n'insiste plus beaucoup là-dessus, c'est vrai.

L E: Oui on n'en parle pas souvent.

M8 : Ouais maintenant, est-ce que c'est valable ou pas, est-ce que c'est du temps perdu. Ça, je suis pas non plus spécialiste, voilà.

L E : Ok, merci pour vos réponses.

Entretien7

L E: J'effectue mon TFE sur la prévention du cancer du sein et je m'intéresse plus particulièrement à la prescription des médecins généralistes dans ce domaine concernant les patientes âgées de 50 à 69 ans sans facteur de risque ni antécédent particulier. Je ne vais pas en dire plus sur mes intentions tout de suite comme ça les réponses ne seront pas biaisées. Tout d'abord est ce que vous pouvez vous présenter, donc le nombre d'années d'expérience, votre âge et le type de pratique que vous exercez.

M7: Donc maintenant j'ai 66 ans et j'ai 40 ans... non 41 ans de pratique. Et c'est une pratique en solo de médecin généraliste.

L E: D'accord, très bien, euh, est-ce que la prévention du cancer du sein est un thème avec lequel vous vous sentez à l'aise au niveau de votre pratique ?

M7: Oui, oui assez.

L E: Quelle place justement prend cette prévention au niveau de vos consultations ?

Vérification
systématique du
dépistage à chaque
consultation.

M7: Quelle place... euh... C'est à dire que à chaque consultation, je voyais enfin je vérifiais quand même si les femmes avaient subi un dépistage, oui, effectivement.

L E: En général, c'est vous qui abordez le sujet ?

M7: Oui

L E: Oui c'est ça, ou c'est les patientes qui vous en parlent ?

M7: Non, c'est moi qui aborde le sujet en général.

L E: C'est ça, un rappel systématique donc. Vous ciblez les patientes en fonction de de leur tranche d'âge ou autre chose ?

M7: Oui, certainement, et des facteurs de risque aussi. Mais enfin donc, ici, on est bien dans les personnes qui n'ont pas de facteurs de risque vous m'avez dit ?

L E: Oui, c'est ça, et les patientes de 50 à 69 ans.

M7: Ouais, c'est ça.

L E: Au niveau des recommandations actuelles, justement pour le dépistage de ces patientes, est-ce que vous pouvez me dire ce qui doit se faire normalement en Belgique ?

M7: Donc les guidelines ?

L E: Oui voilà.

Examen clinique mammaire 1x/an et mammographie tous les 2ans à partir de 50ans.

M7: Euh... ça je ne sais pas si je les respecte vraiment, moi je veille à avoir un examen clinique une fois par an et je demande quand même une imagerie tous les 2 ans.

L E: Oui ok

M7: Après c'est ma façon de travailler et je ne sais pas si ça correspond aux guidelines.

L E: Oui ça on y reviendra justement après sur quelle imagerie et pour quelles raisons...

M7: Alors, moi à partir de 50 ans je demande une mammographie.

L E: Oui, avec une échographie aussi ou pas spécialement ?

L'échographie en fonction de la palpation.

M7: Alors... euh... ça dépend un peu si je sens quelque chose d'anormal ou pas à la palpation. Si l'examen clinique est négatif...

L E: Donc plutôt simplement mammographie si je comprends bien ?

M7: Ça dépend un peu de la lecture des clichés aussi.

L E: Oui donc selon le radiologue, selon le commentaire du radiologue sur la mammographie ?

M7: Oui voilà.

L E: Ok, et à quelle fréquence ?

M7: Donc tous les 2 ans.

L E: Et vous prescrivez mammographie ou Mammotest ?

La procédure du Mammotest est lourde et prend du temps pour compléter le bilan.

M7: Alors moi je n'aime pas trop le Mammotest, (rires) j'avoue. Parce qu'une mammographie au moins s'il y'a quelque chose, le radiologue fait tout de suite l'échographie. Tandis que le Mammotest... Déjà les gens doivent attendre le résultat, puis ils doivent revenir pour entendre dire « Ah il faudrait faire ça encore en plus », donc ils doivent retourner, de nouveau prendre un rendez-vous et attendre. Je trouve que la procédure est un peu lourde donc moi je fais plutôt des mammographies à ma demande.

L E: Oui, donc les raisons motivant votre prescription, ce sont surtout les délais de procédure si je comprends bien.

M7: Oui, tout à fait, oui.

L E: Il y a d'autres raisons à ce choix ?

L'attente/le délai du bilan complémentaire en cas de Mammotest positif est difficile à vivre psychologiquement pour la patiente.

M7: Bah psychologiquement aussi, je pense que, s'il y a quelque chose je crois que les femmes aiment bien être rassurées tout de suite, ce que je comprends. Si on leur dit non « Ah non je ne peux pas faire d'échographie parce que je n'ai pas la demande, vous devez revenir

dans un mois »... Psychologiquement c'est quand même difficile à vivre si on sait qu'il y a une anomalie.

L E: Oui, oui, c'est vraiment le délai qui pose problème.

M7: Oui, dans la région, oui.

L E: Et dans la manière justement dont il est organisé, par exemple pour la convocation, ce genre de choses est-ce que vous y voyez aussi d'autres inconvénients ?

Le médecin généraliste court-circuité par l'invitation au Mammotest.

M7: Non, là ça ne me dérange pas, mais... On est un peu court-circuité mais enfin ça on a l'habitude (rires). Oui, mais bon, ça, ça ne me dérange pas vraiment, c'était plus le côté pratique des choses.

L E: Oui, OK. Et d'un point de vue des patientes, vous avez l'impression qu'elle vous en parle de ce Mammotest ? Qu'elles sont informées ou ce n'est pas quelque chose qu'elle demande ?

M7: Oui, certaine, mais ce n'est pas la majorité qui parle du mammotest.

L E: OK, d'accord. Oui, donc ça on en a parlé mais donc pour revenir un petit peu aux guidelines, est-ce que vous vous savez ce qui est normalement recommandé ?

M7: euh... Haha....

L E: Ce n'est pas une question piège, c'est juste....

M7: Je dois m'en rapprocher mais je sais que l'imagerie est remise en question, mais exactement non, j'avoue.

Pas informé des recommandations.

L E: C'est juste par curiosité que je pose cette question, pour justement voir si vous êtes informé et savoir si vous trouvez qu'on reçoit assez d'informations à ce sujet-là ou pas.

M7: Euh oui, mais enfin, ces informations varient aussi dans le temps donc... Et puis je crois que l'expérience personnelle joue aussi là-dedans. Parce que moi, j'ai quand même détecté quelques cancers du sein comme ça, juste en faisant une imagerie. Alors je ne sais pas si j'étais dans les guidelines ou pas, mais ce qui est sûr c'est que j'avais bien fait de la demander.

L E: Oui bien sûr.

M7: Bon voilà, je ne sais pas quels sont les guidelines, vous allez me l'apprendre.

L E: Oui, c'est à propos du mammotest, les guidelines recommandent normalement un mammotest tous les 2 ans pour les patientes âgées de 50 à 69 ans.

M7: Donc je n'en suis pas loin (rires).

L'expérience et les diagnostics passés établis confortent le médecin dans sa manière de prescrire.

La gratuité du mammothest est importante pour les patientes.

L E: Haha non, vous n'en êtes pas loin avec la mammographie. Euh donc voilà, et justement donc le mammothest, est-ce que vous sauriez me décrire son fonctionnement ? Un message, je n'en sais rien.

M7: Ah ça je n'en sais rien, ce n'est pas moi qui le fais, on reçoit juste un protocole.

L E: Oui bien-sûr mais je veux dire en quoi ça consiste, comment s'effectue le recrutement, son coût etc...

M7: Oui c'est sur invitation systématique et gratuit, alors ça, ça plait beaucoup quand c'est gratuit. C'est vrai que c'est un critère très important dans la région.

L E: Ok donc ça, c'est le point positif, contrairement au délai si je comprends bien.

M7: Je crois oui, le point positif pour les patients.

L E: Et justement, vous disiez que les guidelines évoluent dans le temps, au final, au cours de votre pratique, vous vous avez vu quoi comme modification de ce côté-là ? Au niveau du dépistage ?

Important de tenir compte de l'espérance de vie pour le danger des rayonnements cumulés des mammographies.

M7: Je pense que la fréquence des mammographies il me semble a diminué, avant on en faisait plus, c'était chaque année. On s'est rendu compte qu'une femme de 50 ans avait quand même encore une espérance de vie assez longue et que donc d'un point de vue rayonnement ça impliquait quand même une certaine dose de rayon... Donc on s'est dit qu'avec 2 ans et avec un examen clinique intermédiaire c'était bien.

L E: Oui donc ça tous les ans ?

M7: Oui ça tous les ans. En faisait comme ça je pense qu'on a quand même déjà un bon dépistage.

L E: Oui donc ça vous semble mieux de faire l'imagerie tous les 2 ans que tous les ans au final ?

M7: Bah oui, tenant compte du fait que c'est quand même chaque fois un rayonnement... Et je n'ai pas l'impression d'être passé outre d'un cancer avec cette technique-là, d'avoir perdu beaucoup de temps, je vais dire ainsi.

L E: Oui, OK.

M7: Si j'avais fait une mammographie tous les ans, je ne pense pas que j'aurais eu beaucoup de gain au point de vue traitement et au point de vue pronostic pour les cas qui étaient positifs.

L E: Ok. Très bien. Je regarde un peu ce que je n'ai pas encore abordé... Au niveau de l'échographie, ça, c'était vraiment en fonction de l'appréciation du radiologue pour vous ?

S'il y a une anomalie à la mammographie le radiologue complète immédiatement par une échographie.

M7: Oui s'il voit quelque chose à la mammographie alors il fait tout de suite l'échographie, ça me semble tellement plus facile.

L E: Vous en parliez un petit peu avant, mais est-ce que vous pouvez me donner votre ressenti par rapport à la manière dont est organisé le dépistage en Wallonie ? Vous disiez, on est un peu court-circuité, j'aimerais votre ressenti sur cette façon de procéder.

M7: Ah bah oui, parce que ce sont les gens eux-mêmes qui sont tout de suite convoqués. Donc nous, on n'est pas forcément au courant. On est juste au courant quand on reçoit le résultat.

C'est compliqué de devoir gérer un résultat pour une patiente que l'on n'a pas vue.

L E: Oui, et ça, c'est plutôt un point négatif pour ce dépistage ?

M7: Je ne sais pas si c'est un point négatif, mais le problème c'est que voilà, on reçoit un résultat, on n'a pas forcément vu la patiente... On ne l'a peut-être plus vue depuis six mois ou depuis un an... on peut avoir perdu ses coordonnées qui peuvent avoir changé, enfin, oui ce n'est pas l'idéal.

D'un point de vue logistique c'est parfois compliqué de contacter la patiente pour le résultat.

L E: Oui donc ce n'est pas la bonne manière de faire au final.

M7: Oui je trouve que ce n'est pas la bonne solution. On ne s'imagine pas le nombre de gens qui ont des numéros de téléphones privés maintenant.

L E: Oui, bien sûr.

M7: Et qui ne communiquent pas forcément leur numéro. Donc ce n'est pas toujours facile de contacter les gens, hein ?

L E: Non, bien sûr.

M7: Les médecins non plus, et les patients non plus (rires).

L E: Haha oui, c'est vrai. Et donc justement, par rapport à ça, comment est-ce que ce serait mieux d'organiser le dépistage d'après vous ?

M7: Moi je trouve qu'il vaut mieux conscientiser les gens pour qu'ils aillent chez leur médecin traitant.

L E: Oui

M7: Déjà, il y a un examen clinique, c'est quand même... Enfin je suis encore un vieux médecin, je trouve que l'examen clinique, c'est encore important.

L E: bien sûr, bien sûr.

M7: Voilà si on a un examen clinique qui est négatif en soi, c'est quand même déjà rassurant. C'est déjà un premier point voilà, et il y a un contact qui est établi aussi. Je crois que pour la relation de confiance, c'est important aussi.

L E: Oui, donc au final, que le dépistage soit plus personnalisé.

Pour faire du dépistage il faut conscientiser les gens à se rendre chez leur médecin traitant.

L'examen clinique est important pour le dépistage.

Pour établir une relation de confiance il faut un contact en consultation.

M7: Oui, voilà.

L E: Et ne pas avoir un dépistage de masse je vais dire par invitation, plutôt laisser ce rôle au médecin généraliste ?

M7: Oui, mais par contre il ne faut pas non plus que les gens échappent au dépistage parce qu'ils sont négligents, on voit beaucoup ça pour les Hémocults.

L E: Oui.

M7: Il y a très peu de gens qui le font et ça finalement c'est dommage parce que c'est quand même un examen très utile aussi.

L E: Oui, bien sûr.

Pour inciter les gens au dépistage un courrier est insuffisant, il faut les pousser à se rendre chez le médecin pour ça.

M7: Et le, et donc le fait d'envoyer un courrier souvent ce n'est pas suffisant. Je pense qu'il faut vraiment provoquer un contact avec le médecin pour induire ce genre de dépistage.

L E: Oui donc euh ?

M7: Bizarrement, les Flamands font beaucoup plus d'Hémocults que les Wallons.

L E: Oui, mais pareil au niveau du Mammotest au final.

M7: Oui aussi ?

L E: Oui dans les chiffres, il y a une plus haute participation en Flandre.

La Flandre fait plus de dépistage parce que les Flamands ont une meilleure relation de confiance avec le MG.

M7: C'est assez... Mais il semblerait que les Flamands ont plus de contacts aussi avec leur médecin généraliste, plus de confiance.

L E: ah oui ?

M7: Le « Latin », je vais dire, à plus tendance à consulter un spécialiste. Voilà, ça, c'est une question de mentalité.

Les Wallons se tournent plus vers des spécialistes que le MG.

L E: Oui donc il faudrait renforcer vraiment le lien de première ligne et...

M7: Oui je pense.

L E: ...Et axer des consultations prévention ?

M7: Oui je pense...

L E: Ok, très bien. Donc oui, voilà, je m'intéresse ici vraiment surtout aux raisons expliquant ce faible taux d'adhésion en Wallonie au mammotest, on atteint à peine 10%.

M7: Oui c'est peu hein.

L E: Oui, en Flandre c'est un petit peu plus haut, là, ça approche les 40%.

M7: Ah c'est beaucoup plus haut.

Parler plus du dépistage
et de son intérêt dans
les médias.

L E: Oui voilà donc je m'intéresse aux raisons qui font que ça ne prenne pas, je vais dire, et si c'est des raisons qu'on sait modifier ou des raisons justifiables ou ce genre de chose. Justement dans le but d'optimiser le dépistage pour les patientes et d'avoir quelque chose de plus efficace et de de plus adapté.

Je ne sais pas s'il y a quelque chose sur le sujet que je n'ai pas abordé, qui vous vient à l'esprit ?

M7: Non mais les médias jouent un rôle important dans tout ça aussi.

L E: Oui, il faudrait en parler plus ?

M7: Moi je pense, oui, et peut-être ré-insister sur le fait que beaucoup de cancers peuvent être guéris quand ils sont pris à un stade précoce. Parce qu'il y a des femmes qui ne veulent pas entendre parler de dépistage. Enfin, les hommes aussi.

L E: Et ça, justement, vous avez l'impression qu'on en parlait plus avant ? Je veux dire au début de l'instauration du Mammotest ou pas spécialement ?

M7: Non je ne pense pas, pas que je sache.

L E: C'est toujours resté le même ?

M7: Oui.

L E: Bon, très bien, merci pour vos réponses.

Entretien 8 :

L E: j'effectue donc mon TFE sur le thème de la prévention du cancer du sein et je m'intéresse particulièrement à la prescription des médecins généralistes pour ce dépistage chez les patientes âgées de 50 à 69ans sans facteurs de risque ni antécédent. Donc tout d'abord, est-ce que tu peux te présenter (âge, type de pratique, années de pratiques etc) ?

M8: Je suis A. G., j'ai 38ans. Je travaille seule mais avec une assistante, je suis installée depuis octobre 2012 ici à B.

L E: Est-ce que la prévention du cancer du sein est un thème avec lequel tu te sens à l'aise ?

M8: Oui.

L E: Quelle place prend cette prévention au niveau de ta pratique et de tes consultations ?

Rappel annuel systématique en consultation.

M8: Euh ben c'est quelque chose dont je reviens dessus chaque année pour chaque patiente, c'est dans le dossier donc j'y reviens dessus ça c'est certain.

L E: Oui donc en générale c'est plutôt toi qui aborde le sujet avec les patientes?

M8: Oui.

L E: Ce ne sont pas les patientes qui viennent avec leur demande ?

Certaines ne veulent pas le faire et donc il faut leur rappeler.

M8: Alors soit elles viennent avec leur demande mais souvent alors ce sont les mêmes qui viennent avec leur demande. Et celles qui ne veulent pas trop le faire elles ne me posent pas de question donc je suis obligée d'aller vers elles en disant « dites et votre mammo. ».

L E: Oui donc il faut les restimuler à chaque fois ?

M8: Oui il faut les restimuler.

L E: Au niveau des recommandations actuelles normalement en Belgique (GUIDELINES), est-ce que tu sais me dire ce qui est normalement recommandé pour ce dépistage ?

M8: Ben ce n'est pas tous les deux ans normalement ?

L E: Oui, et quel examen en principe ?

M8: Euh mammographie je pense tous les deux ans mais ce n'est pas du tout ce que j'applique (rires).

L E: Haha oui on va y venir après, là c'est pour situer un peu les infos. Par rapport aux Guidelines, est-ce que tu as l'impression d'être bien informée sur le sujet?

Manque d'information
sur les
recommandations.

M8: Non, plus.

L E: Et justement, est-ce que ce serait bien de recevoir plus d'informations sur le sujet ?

M8: Oui plus d'infos.

L E: Et sous quel format ?

Besoin de rappel par
mail ou via le DMI.

M8: Ben par mails, déjà par mail ou peut-être même via les logiciels informatiques, les DMI que l'on a, je pense qu'il doit y avoir moyen de faire des mises à jour. Des infos utiles de guidelines, via... mais bon c'est à travailler mais ce serait l'idéal.

L E: Oui c'est ça, on n'en parle pas assez pour l'instant si je comprends bien ?

M8: Je trouve que si on ne va pas s'y intéresser soi-même, on n'a pas vraiment d'infos.

Les résultats du
Mammotest ne sont
pas toujours
accessibles dans le
DMI.

L E: C'est ça. Est-ce que le Mammotest ça te parle ?

M8: Oui, elles le reçoivent, en général elles reçoivent les infos chez elles le font et euh... Mais je trouve que les résultats ce n'est pas toujours facile. Ça n'arrive pas toujours correctement dans le DMI, ouais c'est bof. C'est pour les résultats en fait. Quand elles vont chez Mme L. à M. j'ai d'office un retour mais sinon ce n'est pas toujours le cas.

L E: Oui donc els résultats ne suivent pas bien ?

M8: Je trouve que non, on n'a pas toujours accès facilement à ces résultats.

L E: Et le fonctionnement normalement du Mammotest, tu sais l'expliquer en deux mots ? A quoi ça consiste en fait, la procédure etc...

M8: Elles reçoivent une invitation, elles doivent juste prendre rendez-vous pour aller le faire et donner cette invitation.

L E: Oui et est-ce que tu sais si nous en tant que médecin généraliste si on peut prescrire ce Mammotest ?

M8: Euh... Moi si elles ne reçoivent pas pour faire le Mammotest je prescris une mammographie moi-même quoi.

Manque d'information
sur le Mammotest.

L E: Pour toi le Mammotest c'est l'équivalent de la mammographie ou il y a des différences ?

M8: Ah ben ça je ne saurais pas te dire, j'ose espérer que c'est la même chose (rires).

L E: Ok ça va, on en discutera après, c'est pour cerner un peu en termes d'informations où on se situe. Et justement maintenant on va parler de

tes habitudes de prescriptions, toujours pour les patientes de 50 à 69ans sans facteur de risque ni antécédent. Qu'est-ce que tu as l'habitude de prescrire pour le dépistage?

M8: Alors je demande toujours une mammographie avec plus ou moins une échographie chaque année.

L E: Le plus ou moins c'est selon l'appréciation du radiologue ?

M8: Oui du radiologue, parce que souvent s'ils ont... Si c'est un gros volume on ne voit pas toujours bien donc avec l'échographie parfois ça aide.

L E: Oui donc tu ne la demande pas d'office ?

M8: Oui je mets plus ou moins et c'est le radiologue qui juge si c'est à faire ou pas, maintenant ça dépend, s'il y a des calcifications, des kystes ou quoi alors là j'irai plus vite à l'échographie.

L E: Et quelle fréquence ? Je ne sais plus si tu l'as dit.

M8: 1 fois par an.

L E: A partir de 50ans ?

M8: A partir de 40ans. Et j'aime déjà bien demander un cliché avant 40ans ou ne fut-ce qu'une échographie pour déjà avoir un point de départ et à partir de 40ans tous les ans. Je n'attends pas 50ans.

L E: Et justement pour quelle raison ?

M8: Parce que j'ai eu trop de mauvaises blagues.

L E: Oui, des anciennes expériences ?

M8: Oui ou des très jeunes qui ont des cancers du sein.

L E: Oui dans la tranche d'âge 40-50ans ?

M8: Ah mais même moins que ça, 30-40ans même.

L E: Il y a d'autres raisons qui motivent cette prescription ?

M8: Ben les cancers du sein sont de plus en plus fréquents donc ne fut-ce que l'échographie ça débrouille déjà fort bien la situation. Ce n'est pas irradiant, pas invasif, ça ne fait pas mal et je pense qu'il vaut mieux prendre le plus tôt possible que d'attendre.

L E: Oui bien-sûr. Et en termes de coût ? Est-ce que ça joue aussi dans le choix d'examen prescrit ?

M8: Au niveau du budget ?

L E: Oui.

Mammographie +/-
écho une fois par an à
partir de 40ans.

Expériences passées
de cancers du sein
chez des patientes
jeunes.

M8: Ben je pose toujours la question mais elles préfèrent quand même le faire en général malgré le coût.

L E: Oui donc ce n'est pas un frein ?

Le budget n'est pas un frein mais patientèle aisée.

M8: Oui mais après il faut dire aussi que je n'ai pas une patientèle fort défavorisée non plus. Donc c'est aussi une chance de pouvoir prescrire alors qu'elles ne sont pas remboursées.

L E: Ok, d'après toi est-ce que c'est la meilleure façon de faire ou quel serait l'idéal pour ce dépistage ?

M8: En termes de fréquence ?

Le dépistage devrait être gratuit chaque année.

L E: Oui ou de manière de faire, de quelle façon procéder pour avoir un dépistage le plus optimal possible.

M8: Je trouve que déjà ça devrait être gratuit chaque année.

L E: Donc une mammographie gratuite chaque année ?

M8: Oui ou une sur deux, au moins une année mammographie et puis la suivante échographie pour au moins avoir quelque chose tous les ans.

L E: Et sinon en termes d'examens, ce qui te semble le mieux c'est mammographie et échographie si nécessaire ?

M8: Pour des patientes sans antécédent, et sans problème oui.

L E : Oui au final on parlait du Mammotest tout à l'heure, en fait on peut en prescrire si on le souhaite et c'est un examen qui est un petit peu différent de la mammographie. Il y a moins de clichés qui sont pris, mais il y a une deuxième lecture par un second radiologue. Donc il y a une double lecture, et puis oui le médecin est informé s'il y a une anomalie il doit en informer la patiente pour compléter le bilan et confirmer en renvoyant un talon réponse que la patiente a bien été mise au courant.

M8: Mais donc on est tenu au courant seulement s'il y a une anomalie ? Si tout va bien on n'a pas spécialement de retour ?

L E: Bonne question, mais je pense qu'on est sensé avoir un retour dans les deux cas.

M8: Ben moi je n'ai pas facile à avoir les résultats.

L E: Et surtout de façon informatique ou par courrier ?

M8: Parfois ça arrive par courrier papier et qu'en informatique je n'ai rien quoi.

L E: Ok, et les patientes elles en parlent du Mammothest ou pas spécialement?

M8: Qu'elles ont été le faire ?

L E: Non mais est-ce qu'elles ont l'air informées sur cet examen ? Est-ce que c'est quelque chose qu'elles demandent ? Qu'elles font ? Ou ça passe un peu à la trappe je vais dire.

M8: Souvent ça passe à la trappe hein.

L E: Et ça à ton avis c'est pour quelles raisons ? Quels sont les freins à l'adhésion du Mammothest?

Certaines patientent ne veulent pas faire le dépistage.

M8: Celles qui ne font pas le Mammothest sont en général celles qui ne veulent pas aller se faire photographier je vais dire. Et donc bah ça fait mal, ça prend du temps, il faut aller à l'hôpital, parfois on a peur du résultat... Elles font l'autruche.

L E: Et comparé au dépistage que tu prescris toi (mammographie +/- échographie), pour quelles raisons elles y adhèrent mieux ?

Un suivi tous les ans rassure les patientes pour la prise en charge.

M8: Ça les rassure dans le sens où s'il y a un suivi à faire ça se fait tout de suite, on ne doit pas attendre 2 ou 3ans ou qu'une grosse masse apparaissent.

L E: Donc la rapidité ?

M8: Oui la rapidité de la prise en charge c'est ça.

L E: Ok d'accord. Et au cours de tes années de pratique est-ce que tu as vu une modification dans ce dépistage ? Dans la manière dont on le fait ou autre.

Mauvaise évolution du dépistage car avant gratuit tous les ans et non tous les deux ans.

M8: Oui dans le mauvais sens puisqu'avant c'était tous les ans et maintenant c'est tous les deux ans si je ne me trompe pas.

L E: Oui c'est ça. Et c'est depuis combien de temps que ça a changé?

M8: Je dirais 5ans ?

L E: Oui je ne sais plus depuis quand exactement mais oui je pense aussi qu'avant c'était tous les ans.

M8: C'est comme les frottis de col hein, maintenant c'est tous les 3ans.

L E: Et ça d'après toi c'est uniquement pour des raisons budgétaires ? Ça n'a pas de justification médicale ?

Manque de confiance en ce dépistage, les ajustements sont faits pour raisons économiques et non pour la santé de la patiente.

M8: Oui purement économique. Enfin au niveau du col oui je pense que des études ont montré que tous les 3ans c'était suffisant dans le sens

où l'évolution est lente etc. Mais pour le sein je pense que c'est purement économique.

L E: Oui donc ça te paraît insuffisant d'être passé à tous les 2 ans ?

M8: Ah oui !

L E: Ok, oui ici je m'intéresse à la manière de prescrire parce je constate, et c'est décrit dans la littérature aussi, que le Mammotest a très peu d'adhésion, moins de 10% en Wallonie.

M8: Parce qu'on n'est pas assez informé.

L E: Oui donc déjà ça et que ce soit au niveau des patientes où des médecins on remarque que ça ne prend pas vraiment. Donc je m'intéresse aux causes expliquant ça, aux freins à ce Mammotest.

Le médecin devrait être informé dans son dmi de l'envoi de l'invitation au dépistage pour pouvoir le rappeler à la patiente quand il la voit.

M8: Ben je pense que le Mammotest le papier arrive directement chez le patient et donc je pense que si ça arrivait directement plutôt dans notre DMI et donc quand on la voit on dit voilà « Madame X on a reçu l'invitation au Mammotest, je pense que c'est le bon moment d'aller le faire etc », je pense qu'on aurait plus d'impact que juste recevoir un papier oui bon on le laisse là et c'est tout... C'est un peu comme l'Hémocult, les gens le reçoivent et ceux qui sont intéressés le font les autres s'en fichent et ça va à la poubelle quoi.

Rôle du médecin traitant central.

L E: Oui donc si je comprends bien c'est parce que le médecin traitant n'est pas impliqué dans ce dépistage ?

M8: Oui c'est ça, et c'est justement le rôle du médecin traitant.

L E: Ou, justement, quel est le rôle du médecin traitant dans ce dépistage ?

M8: Ah il est central !

L E: Et comparé au gynécologue ?

M8: Ben disons que le gynécologue, la patiente y a quand même moins accès qu'au médecin traitant et quand il y a un souci, on le réfère au gynécologue de toute façon.

L E: Oui donc en termes de dépistage d'abord c'est plutôt le généraliste qui gère ça ?

M8: Souvent le gynécologue il oublie de faire le papier donc c'est « demandez à votre médecin traitant il vous le prescrira » donc... forcément à un moment donné les gens ils ne demandent plus.

L E: On revient un petit peu sur ce qu'on avait dit, mais le dépistage organisé en Wallonie (donc le Mammotest) n'a pas beaucoup de participante et des raisons au faible taux d'adhésion, est-ce que tu

aurais des pistes d'idées sur comment faire en sorte que ce dépistage soit plus optimal ? Tu avais donc cité le rappel d'invitation dans le DMI, la gratuité tous les ans, d'autres idées ?

M8 : Oui et peut-être dans le courrier que le patient reçoit peut-être mettre le nom du médecin traitant. Parce que normalement avec les DMG, les mutuelles... enfin je ne sais pas qui envoie ça (les invitations), ou c'est l'AVIQ ? D'où vient cette invitation, c'est via les mutuelles ?

L E: Bonne question, il faut que je me renseigne je n'ai pas la réponse.

Impliquer le médecin traitant dans le recrutement et personnaliser les invitations en précisant le nom du MT dessus pour inciter la patiente à prendre contact avec.

M8: Parce que du coup si c'est via les mutuelles, comme les invitations covid, on a le DMG et donc on sait voir qui est le médecin traitant et dire « Voilà Mme X votre médecin un tel sera également averti que vous venez de recevoir cette invitation ». Une fois qu'il y a le nom du médecin traitant peut-être que ça peut plus motiver la patiente, elle va se dire « il est au courant que je l'ai reçu donc je vais peut-être aller le faire », un peu comme un contrôle, ou va peut-être plus vite prendre contact avec pour en parler et savoir quoi faire.

L E: Oui donc encore une fois ré-impliquer plus le médecin traitant dans la procédure.

M8: Oui oui.

L E: Ok, voilà, je ne sais pas si tu penses encore à des arguments qu'on n'a pas cités pour l'un ou l'autre examen ou manière de faire?

M8: Pour le dépistage ?

L E: Oui.

M8: Non pour le dépistage, non parce que les marqueurs tumoraux je ne les demande pas en dépistage, c'est que pour un suivi de cancer du sein. Les IRM c'est souvent pour des cas bien particuliers, en général des dames qui ont déjà eu des cancers du sein et qu'on suit. Donc on en revient à mammographie et échographie comme j'ai expliqué.

L E: Ok, il n'y a rien que tu souhaites ajouter sur le sujet ?

Informers les médecins sur le Mammothest et sa prescription.

M8: Non, il faut mieux informer les médecins traitants sur le fait qu'on puisse nous même prescrire un Mammothest parce que le coût doit être différent aussi alors de si on prescrit ça ou une mammographie tous les 2ans. Enfin elle va être remboursée mais je suppose que c'est encore différent.

L E: Oui le Mammothest est complètement gratuit.

M8: Oui donc il faut vraiment expliquer comment faire et l'instaurer dans le DMI, après peut-être qu'il y est déjà et que je ne les sais pas. Je vais d'ailleurs regarder après !

L E: Oui dans Medispring il y est.

M8: Ah oui je regarderai dans le mien.

L E: Merci beaucoup pour tes réponses.

M8: En tout cas c'est un sujet intéressant.

Entretien 9 :

L E: Je m'intéresse à la prévention du cancer du sein et principalement aux patientes âgées de 50 à 69ans, et qui n'ont pas d'antécédent ni facteur de risque. Tout d'abord est-ce que vous pouvez vous présenter ?

M9: Oui alors je suis le Docteur C., j'ai 50ans et en juin ça fera 26ans que je suis généraliste. Et j'ai fait un assistantat aussi comme toi, il y a 26ans j'étais du côté de B. et puis après je suis venue m'installer ici. On devait faire 2 années d'assistantat et de l'hôpital mais comme je n'ai pas voulu aller à l'hôpital j'ai dû faire deux et demi, et puis j'ai commencé à L. et quand on a eu la maison je me suis installée ici c'était plus facile aussi pour moi. Donc voilà je suis maître de stage depuis maintenant 15ans, j'ai déjà eu beaucoup d'assistants différents et une de mes avant-dernières assistantes est devenue mon associée et j'ai une autre assistante qui travaille aussi avec moi mais c'est une première année. Donc voilà.

L E: Très bien parfait. Est-ce que la prévention du cancer du sein est un thème avec lequel vous vous sentez à l'aise diriez-vous ?

Rappel régulier en consultations aux patientes concernées.

M9: Oui c'est quelque chose que je...je demande très régulièrement à toutes mes patientes. Je sais bien que vous dites sans antécédents mais à 50ans je dis voilà il faut bien faire mammographie et échographie. C'est la même chose pour tout ce qui est colonoscopie, j'essaye de leur rappeler, de bien sensibiliser je vais dire. Voilà.

L E: Donc oui c'est plutôt vous qui abordez le sujet plutôt que les patientes en général ?

Le dépistage est bien accepté par les patientes.

M9: Mais en général je trouve qu'elles sont quand même assez euh... ce n'est pas enfin ce n'est pas agréable bien-sûr mais ce n'est pas quelque chose de trop invasif donc en général elles veulent bien que une colonoscopie quand vous venez avec ça elles sont plus réticentes. Mais la mammographie et écho... en général c'est plus elles et quand elles sont suivies par le gynéco le gynéco rappelle aussi donc voilà c'est quelque chose que je trouve, en général les patientes sont bien régulières. Bon évidemment il y en a toujours quelques-unes...mais en général ce sont les mêmes qui ne vont pas non plus chez le gynécologue, ni chez nous alors à ce moment-là quand je la vois pour autre chose je dis « et votre mammographie » « Oh ça fait loooongtemps docteur » donc voilà c'est plus dans ce sens-là.

La plupart des patientes sont très régulières, d'autres ne vont pas chez le gynéco et ne font pas de dépistage donc il faut leur rappeler.

L E: Ok très bien. Au niveau des recommandations actuelles en Belgique est-ce que vous savez me dire ce qui est normalement recommandé ?

M9: Mais normalement elles ont à partir de 50ans, elles vont avoir le Mammotest.

L E: Oui.

M9: Et donc elles peuvent faire tous les deux ans et alors jusque 69 je crois que c'est ça. Et euh quoi d'autre... euh... qu'est-ce qu'il y a d'autre... Celles qui ont des antécédents je vais dire, il y a celles qui ont des antécédents mais ça ça ne rentre pas dans la question mais je pense qu'elles ont droit à un remboursement, de faire plus régulièrement. Parce que je sais que j'ai déjà du remplir des papiers et je sais que, enfin c'est pour être mieux remboursée. Mais sinon c'est le Mammotest à partir de 50ans.

L E: Oui c'est ça, et est-ce que vous trouvez être bien informée sur le sujet justement?

M9: Euh... bien informée... je ne sais pas, plus par les formations ou ce qu'on reçoit par exemple ?

L E: Oui par exemple, est-ce que vous trouvez que vous recevez suffisamment d'informations sur le sujet ? Ou est-ce que ce serait le bienvenu de recevoir des rappels ?

Des rappels sur le dépistage seraient les bienvenus.

M9: Je pense que ce serait bien de temps en temps de rappeler, par exemple pour l'histoire, voilà les fréquences... je pense que ça serait bien d'avoir enfin d'être un peu plus sollicité.

L E: Vous avez l'impression que c'est un sujet dont on parle déjà beaucoup ou... pas tellement au final ? Dans les GLEMS, DODECA, les mails...

C'est un sujet qui semble connu de tous donc on n'en parle pas.

M9: Les GLEMS ça fait... je trouve... euh ce n'est pas un sujet qui revient souvent, je pense qu'on a l'impression que comme c'est quelque chose d'assez connu et bien on n'en parle pas spécialement. J'ai l'impression que c'est plus dans ce sens-là.

L E: Oui, vous parliez donc du Mammotest, est-ce que vous savez m'expliquer un peu son fonctionnement ? En quoi ça consiste ?

M9: Non en général moi je prescris des mammographies et échographie, en général c'est plus souvent à ce moment-là certains centres qui mettent « Vous savez elles sont dans les conditions éligibles pour avoir un Mammotest » et voilà, mais euh sinon je sais qu'il y a une double lecture parce que ça ils le notent en général, ou s'il y a quelque chose de pathologique ou même il mette voilà il y a bien eu une double lecture. Mais c'est plus dans ce sens-là. Mais sinon je ne sais pas très bien comment ça fonctionne non.

Manque de connaissance sur le Mammotest.

L E: Ok pas de souci, et vous justement on va revenir après sur vos habitudes de prescriptions, mais le Mammotest vous en pensez quoi ?

Manque de confiance envers l'efficacité du Mammotest.

Les patientes ne réclament pas de Mammotest sauf si difficulté financière c'est une bonne option.

M9: Mais, en fait j'ai l'impression, c'est un peu comme pour l'histoire de l'Hemoccult, j'ai l'impression des fois euh... voilà je serais plus rassurée en tout ça moi de faire une mammographie et écho mammaire. Même si je suis sûre que c'est fait correctement hein mais voilà je reconnais que je suis plus à dire aux patientes... Alors celle qui ont un peu plus de difficulté financière elles vont me dire « écoutez je préfère faire le Mammotest parce que c'est remboursé » voilà. Mais je pense que s'il y a vraiment un antécédent je vais leur dire « écoutez faites la mammographie et l'échographie par sécurité ». Donc voilà, je vais dire... Je pense qu'ils ont fait quand même aussi beaucoup de progrès donc ce n'est pas non plus comme si des gens qui avaient fait un Mammotest et qu'on avait rien vu du tout puis finalement après on tombe sur une tumeur. Je vais pas dire que... J'ai l'impression des fois que c'est un peu moins précis mais c'est peut-être une fausse idée de ma part hein.

L E: Oui, ça vous semble moins complet si je comprends bien ?

M9: Oui voilà c'est plus dans ce sens-là.

L E: Et les patientes elles en pensent quoi ? C'est quelque chose dont elles parlent le Mammotest ou pas spécialement ?

M9: Non.

L E: Elles préfèrent en général aussi faire mammo et écho vous avez l'impression ?

M9: Oui j'ai l'impression, oui.

L E: Ok, et justement au niveau de vos habitudes de prescriptions, vous pouvez m'expliquer un peu ce que vous prescrivez habituellement ?

M9: Ben en général, je demande, surtout à partir de 50ans, quand elles sont plus jeunes en tout cas en dessous de 30ans je ne demande jamais de mammo car les seins sont trop denses alors je demande plus écho. Et puis voilà, sauf s'il y a vraiment... Je vais dire allez entre 30 et 45ans ben là tout dépend un petit peu aussi s'il y a des antécédents ou pas mais à partir de 50ans souvent moi je demande mammo et écho.

L E: Oui, à quelle fréquence ?

M9: En général, parce que je sais que normalement ça doit être tous les deux ans mais souvent... il y en a certaines qui préfèrent être rassurées mais surtout si elles ont, lors d'un dépistage qu'on a vu qu'elles avaient quelque chose ou si la sénologue a dit il faut bien faire une fois par an, alors voilà. Mais maintenant je vois bien que, soit les sénologues, elles disent vu la densité ça peut être fait tous les 18mois ou alors ça peut être tous les 2 ans et donc en général elles respectent bien ça. Si on n'a

Faire tous les ans une mammo pour se rassurer.

La fréquence en fonction de la recommandation de la sénologue sur le protocole.

rien vu du tout et qu'il n'y a pas d'antécédent, mais quand je dis antécédents je veux dire par exemple si a 50ans elles le font et qu'on voit qu'il y a des kystes ou quoi et qu'on met que c'est à suivre, à ce moment-là elles vont bien faire une fois par an mais si on met que c'est tous les 18mois en général elles respectent bien les 18mois ou les 2ans. Mais je sais que normalement on peut faire tous les 2 ans parce que je sais bien que c'est quand même des rayons à chaque fois et ça ne sert à rien non plus de se faire irradier inutilement je vais dire.

L E: Oui, euh..., justement d'après vous quel serait le meilleur examen au final ? Est-ce que c'est la meilleure façon de faire ou est-ce que vous imaginez autre chose ?

M9: Ce que je vois maintenant qu'ils font quand même assez souvent aussi c'est de faire plus des IRM, mais je vois bien pour les gens chez qui on a vu un cancer du sein, ils demandent quand même plus des IRM mais je me dis peut-être faire plus ça ? Il y a aussi certaines dames quand elles ont des seins très très petits, je pense qu'elles ne font même pas de mammo à ce moment-là et ne font rien qu'écho. Je pense que ça leur fait super mal et donc des fois elles me disent « Non je ne fais pas ça, c'est bon je ne vais pas commencer, je veux bien faire une écho mais mammographie ça me fait horriblement mal » et voilà, je pense qu'à l'écho on voit de toute façon s'il y avait quelque chose, et c'est vrai qu'elles me disent « si j'avais quelque chose je le sentirais voilà je n'ai pas grand-chose du tout comme poitrine ». C'est pas beaucoup de personnes mais il y en a quand même quelques-unes c'est vrai qui n'ont vraiment pas grand-chose comme poitrine et donc l'échographie est suffisante. Mais... Je me dis est-ce que c'est mieux de faire une IRM à la place d'une mammographie ? Bon je ne sais pas qu'est ce qui est le mieux ? Qu'est ce qui détecte le mieux ?

LE: L'IRM est plus précise, mais pour un dépistage sur l'ensemble de la population ça n'a pas du tout été étudié au niveau coût, au niveau disponibilité.... Je pense que ce n'est pas encore possible de faire ça tout venant, mais c'est certain que c'est plus performant.

M9: Oui, oui parce que je vois bien que quand il y a vraiment un cancer ou n'importe quoi ils font faire de toute façon une IRM, mais bon c'est vrai que comme on fait déjà des IRM de plus en plus et bon...

L E: Oui c'est toujours la disponibilité le problème.

M9: Oui disponibilité et le coût, je me doute bien.

L E: Mais sinon oui actuellement ce qui est normalement recommandé pour les patientes de 50 à 69ans c'est le Mammotest, qui est gratuit tous les deux ans. Voilà. Mais ici je m'intéresse justement plus aux

raisons motivant justement plus une prescription qu'une autre. J'entends bien qu'au final la mammographie et l'échographie c'est pour se rassurer, est-ce que vous voyez aussi d'autres raisons qui font pencher de ce côté-là plutôt que du côté du Mammotest?

Le Mammotest semble moins qualitatif que le dépistage opportuniste.

M9: Je dirais non, c'est plus pour rassurer, je vais dire pour une question de qualité... J'avais l'impression voilà... je ne sais pas hein, je vais dire... C'est peut-être aussi une méconnaissance du Mammotest, c'est plus dans ce sens-là aussi en fait. Donc voilà, mais c'est vrai que je reconnais que je prescris plus mammographie et échographie que... de dire ben faite votre Mammotest quoi. Il y en a beaucoup qui font leur Mammotest sans rien nous demander je suis sûre et après je reçois le résultat et tout est bon quoi. Parce que de toute façon on le reçoit automatiquement par la poste quoi.

L E: Et vous disiez au court des années qu'ils se sont améliorés, justement quels sont les changements qu'il y a eu au court de vos années de pratique concernant ce dépistage ?

M9: J'ai l'impression que, les histoires de la double lecture, et puis je pense que ce sont des personnes qui ne font que ça, donc je pense qu'elles sont vraiment aptes à regarder aussi s'il y avait la moindre chose je vais dire et aussi je vais dire mettre bien voilà on a une suspicion.. et souvent ça s'est vérifié qu'il y avait quelque chose si le Mammotest est pathologique. On reçoit bien un papier, un peu comme les colono, disant il faut surveiller, il faut refaire des examens, et je vais dire, j'ai l'impression que... Les personnes qui lisent les Mammotest sont plus expertes qu'avant. J'ai ce sentiment là en tout cas. J'ai l'impression que ce sont plus en général des sénologues, je sais bien que ce sont aussi des radiologues mais avant je veux dire c'était des radiologues qui étaient peut-être pas habitués à lire. Maintenant j'ai vraiment l'impression que les Mammotest se font vraiment par des gens expérimentés. C'est peut-être une erreur de ma part.

La lecture des Mammotest semble de meilleure qualité qu'auparavant.

L E: Dans votre prescription à vous, au court de vos années de pratique, vous avez toujours fait comme vous faite actuellement ou avant vous faisiez différemment ?

M9: Non j'ai toujours fait comme ça.

L E: Et pour les femmes de 40 à 50ans vous prescrivez quelque chose ?

M9: Là c'est plus s'il y a des antécédents, alors je prescris aussi mammographie et échographie. Donc voilà.

L E: Oui, mais pas d'office avant 50 ans?

M9: Non pas d'office. S'il y a des antécédents ou alors qu'elles viennent si elles ont palpé quelque chose mais voilà. S'il y a une maman, une sœur ou quoique ce soit alors là je vais faire plus tôt mais sinon non parce qu'on sait que c'est à partir de 50ans, voilà.

L E: Ok très bien. Euh... C'est vrai qu'au niveau du dépistage qui est recommandé et la manière dont il est mené, est-ce que vous pouvez me donner un peu votre ressenti par rapport à ça ? Comment est-ce que vous le voyez et si vous voyez des ajustements à faire par rapport à ces campagnes de dépistage?

M9: De dépistage ? Ben en général il y a quand même, c'est une fois par un qu'on parle de l'histoire du cancer du sein hein ?

L E: Oui

Il faudrait parler plus souvent du dépistage du cancer du sein au public, min 2x/an.

M9: Je me dis ce qu'il faudrait peut-être faire c'est peut-être, si c'était possible, peut-être faire... enfin il y a déjà beaucoup de campagnes de plein de choses mais faire au moins deux fois par an. Je trouve que c'est pas mal quand même que les gens le reçoivent par la poste, comme ça ça leur fait aussi rappeler comme ça ils se disent « ah oui je dois faire mon Mammotest », ou s'ils ne veulent pas faire le Mammotest faire au moins une mammographie ou une écho, je vais dire. Je trouve que, je pense quand même que c'est bien suivi, honnêtement oui, oui.

L E: Ok, mais donc on pourrait en parler un petit peu plus si je comprends bien ?

M9: Oui voilà, le rappeler plus souvent.

L E: Ok, et d'après vous quel devrait être le rôle du médecin généraliste dans ce dépistage ?

Le rôle du MT est de rappeler le dépistage au décours d'une autre consultation.

M9: Je pense que c'est à nous peut-être à leur dire voilà quand elles ont 50ans, quand elles viennent pour autre chose dire voilà il ne faut pas oublier de bien faire votre Mammotest ou Mammo/écho si jamais. Je pense que c'est à nous aussi à leur rappeler quand on les voit, mais si elles sont en bonne santé elles ne vont pas venir spécialement... C'est peut-être pour une autre occasion de se dire ben voilà ou pour une nouvelle patiente par exemple en disant « est-ce que vous faites bien votre mammographie ou votre Mammotest ? ». Je pense que c'est à nous d'en parler quand on les voit, le rappeler, mais je vous dis souvent en général elles sont...

L E: Elles sont drillées au final ?

M9: Oui je trouve, oui.

L E: Et justement la place du médecin généraliste par rapport à ce Mammotest, le fait qu'elles reçoivent l'invitation sans passer spécialement par le médecin traitant vous en pensez quoi ?

M9: Oh moi l'important c'est la patiente, je ne commence pas à dire elles auraient dû passer par nous, non. De toute façon si elle a une question c'est vers chez nous qu'elle viendra donc voilà... L'important c'est que la patiente, je veux dire... allez... qu'elle soit prévenue, on peut le faire aussi mais si ça passe par un autre biais que nous je ne commence pas à dire il aurait fallu que, non !

L E: Ok très bien, des idées pour optimiser ce dépistage par rapport à maintenant?

Parler plus du
dépistage du cancer du
sein dans les médias.

M9: Peut-être je me dis, encore peut-être... Parce que les personnes au-delà de 50ans oui elles sont peut-être sur les réseaux sociaux mais le mieux je pense que c'est encore la TV je vais dire. Je sais que plus votre génération, vous être sur les réseaux sociaux et des choses comme ça, mais je me dis peut-être encore le redire voilà peut-être par le biais de la TV. Dire ben voilà il ne faut pas oublier qu'il y a le dépistage, voilà, je pense que ça ça peut aider, on peut mettre sur les réseaux sociaux hein mais je pense que les personnes au-delà de 50ans elles vont plus regarder la TV, elles vont plus se dire « Oh oui on en a reparlé », voilà pour les campagnes de dépistage peut-être deux fois par an. Je dirais plus comme ça. Bon après les courriers ce qui se passent c'est que ça revient quand même à un prix donc je vais dire... sauf celles qui reçoivent vraiment leur papier. Non moi je ne vois pas ce qui pourrait faire plus. Peut-être en parler un peu plus, au lieu de faire une fois par an peut-être dire allez deux fois par an comme ça les gens s'en rappellent aussi et...voilà.

L E: Oui, ok. C'est vrai qu'ici le but du TFE en fait c'est de faire ressortir un petit peu les raisons qui motivent à prescrire plutôt le Mammotest ou plutôt un dépistage en dehors de la filière qui est normalement recommandée. Parce qu'au final on se rend compte que le Mammotest il y a moins de 10% d'adhésion.

M9: Ah seulement ! C'est vraiment pas grand-chose hein !

L E: Oui, donc c'est pour ça que je m'y intéresse

M9: Et les mammo/écho combien ?

L E: Dans les 40% de dépistage à côté, donc ils appellent ça dépistage opportunistes, en dehors du Mammotest qui est prévu.

M9: Oui, oui.

L E: C'est un petit peu pour essayer...

Il reste une grande
partie des femmes
qui ne font rien du
tout.

M9: Donc ça fait quand même 50% de personnes qui ne font rien du tout!

L E: Oui...

M9: C'est quand même énorme, je n'avais pas l'impression...

L E: Oui mais après il y a comme vous le disiez tout à l'heure toutes patientes qui ne viennent pas forcément chez le médecin, ou pas du tout régulièrement donc...

M9: Oui ! Et puis il suffit par exemple que nous ça ne soit pas du tout la période ou qu'il y ait plein de trucs, qu'elles viennent pour un truc Covid et puis finalement... Mais c'est que si on l'a vu qu'une fois là on peut-être penser à faire...

L E: Oui c'est ça on va peut-être pas y penser la première fois.

M9: Je pensais qu'il y avait quand même plus de personnes tient. Je ne pensais pas que c'était si peu que ça.

L E: Vous voyez d'autres raisons justement à ce si faible taux d'adhésion au Mammotest ?

M9: Je ne sais pas pourquoi... Peut-être qu'elles se sentent en bonne santé et qu'elles n'ont pas d'antécédent. Je pense que celles qui ont des antécédents, ne vous tracassez pas elles le font.

L E: Oui je pense aussi.

M9: Mais celles qui sont en bonne santé elles se disent « Boh voilà Je ne sens rien, je m'auto-palpe », est-ce que c'est peut-être ça je ne sais pas... Je ne sais pas du tout.

L E: Oui ok.

M9: Non je ne sais pas parce que je vais dire quelque part c'est de la prévention mais bon il y a des gens... Il y a deux types de personnes, il y a des personnes qui vont se dire allez automatiquement voilà à ma date anniversaire je sais que je dois faire ma prise de sang, ma mammo... Et il y en a d'autres qui vont attendre que ça ne se passe pas bien, ils vont sentir quelque chose et ils vont dire « ah maintenant je consulte » je vais dire... Il y a des gens qui sont plutôt dans le préventif et il y en a d'autre qui vont être dans le curatif. Ils vont dire « Oh tant que ça va je laisse passer les choses ». Je crois que c'est plus dans ce sens-là en fait.

L E: Oui. Il y a autre chose sur le sujet que je n'ai pas abordé qui vous semble important ?

M9: Je n'ai pas l'impression... Euh... Non je ne vois pas d'autre chose, non je réfléchis... Non. Je ne sais pas vous dire autre chose.

Certaines patientes ne se sentent pas concernées par le dépistage.

L E: Merci beaucoup pour vos réponses.

M9: De rien ! Il n'y a pas de problème.

Retranscription de la discussion avec Dr Goddard D., sénologue à l'hôpital de Jolimont :

L E : Donc oui, tout d'abord, peut être m'expliquer un petit peu votre fonction ici, le rôle en tant que sénologue dans le service.

G D : Donc ici dans le service on ne s'occupe que du sein, donc c'est tout ce qui est diagnostic, dépistage et diagnostic du sein.

L E : Oui

G D : Donc il y a une partie dépistage, mais on a surtout une grosse partie mise au point, donc tous les symptômes, les biopsies, enfin tous les prélèvements. Toutes les mises au point pré opératoires et puis après les suivis post-op, donc il y a tout ça mais aussi après la partie dépistage. Donc ils sont envoyés soit par les gynécologues, soit par les médecins traitants ou alors des Mammotest.

L E : Oui, parfait, justement on va parler un petit peu de tous ces aspects. Donc justement, vous vous réalisez donc en tant que sénologue vous faites les examens qu'on vous adresse avec prescription ?

G D : C'est ça, alors là c'est, donc il y a dans les dames. Enfin la base idéalement pour le dépistage, idéalement c'est le Mammotest.

L E : Oui bien-sûr.

G D : Donc 50-69 ans, pour cette tranche là en tout cas.

L E : Oui, mais c'est cette tranche là que je cible dans mon travail et sans facteur de risque.

G D : Donc Mammotest, c'est 50-69ans asymptomatique. Ça c'est hyper important parce que parfois il y a des dames qui sentent quelque chose et elles avaient là le papier et elles viennent avec ça. Ça ça n'a pas lieu d'être parce que là, on a vraiment besoin d'un examen clinique, d'une échographie, enfin il faut vraiment le tout. Il y a parfois des cancers qui sont, enfin parfois des gros cancers mais qui adhèrent aux plans profonds et qu'on ne parvient pas à attraper sur les clichés. Donc on peut très bien avoir un examen tout à fait négatif avec un gros cancer juste à côté. Donc c'est vraiment hyper important, de vraiment motiver, enfin si les patientes font à Mammotest, il faut qu'elle... idéalement que leur médecin traitant les examine de temps en temps ou leur gynécologue. Enfin que quelqu'un de temps en temps pense à les examiner. C'est vrai que les gynécologues quand ils les envoient chez nous en dépistage où suivi onco, souvent, ils n'examinent pas parce qu'ils savent que nous on va le faire, mais si c'est en Mammotest, il faut vraiment qu'elles soient examinées c'est important. Donc, 50 69 ans asymptomatique et alors idéalement pas un suivi onco parce que voilà, là on doit quand même faire un peu plus. Maintenant la dame qui ne se fait pas suivre habituelle, enfin en Mammotest si elle vient avec son papier de Mammotest, on ne va jamais les refuser parce qu'elles ont eu un cancer auparavant, parce qu'elles font peut-être que ça.

L E : Oui donc c'est mieux que rien

G D : Voilà, c'est pour ne pas les exclure, c'est mieux que rien, donc c'est au moins il y a quelque chose. Et alors elles doivent toute façon donner un médecin référent. Donc il y a au moins une, enfin quelqu'un qui va avoir un œil sur elles quoi.

L E : Oui et ça justement pour les résultats, c'est la patiente qui cite à quel médecin elle veut que les résultats soient envoyés ?

G D : Oui, oui, ça il faut... En France, ce n'est pas comme ça, en France, c'est la patiente qui est responsable d'elle-même et ici il faut qu'il y ait un médecin référent à qui on envoie et qui voilà va être garant de la prise en charge si nécessaire.

L E : Oui ok, et ça ça peut aussi bien être le médecin traitant que le gynécologue ?

G D : Oui oui, et si maintenant elle donne le nom d'un ORL, on enverra chez l'ORL.

L E : Oui, c'est ça, c'est elle qui choisit.

G D : Voilà, c'est vraiment elle qui choisit. Donc, voilà, ça c'est vraiment important, donc ça c'est la base. À partir de là, s'il y a quoi que ce soit qu'on voit, on va rappeler, les gens vont être rappelés. Donc nous on est là comme premier lecteur, on envoie au centre de dépistage, il y a une 2e lecture et soit on est d'accord, soit on n'est pas d'accord. Si on n'est pas d'accord, il y a un 3e lecteur. Normalement le 2e lecteur il lit sans savoir ce que le premier lecteur a dit. Le 3e lecteur, lui il a, enfin, idéalement il regarde, il se fait son idée et puis il voit les avis des 2 autres et il tranche. Donc ça c'est comme ça que ça fonctionne donc c'est vrai qu'il y a l'avantage quand même d'une 2e lecture aussi et s'il y a quoi que ce soit, parfois c'est des bêtises hein mais là les gens sont rappelés. Et dans les gens qui sont rappelés il y a que... ça je dis toujours aux dames quand elles viennent comme ça pour une mise au point de Mammothest, je dis : 'Ne vous inquiétez pas, c'est que 1% des gens qui reviennent chez qui on va peut-être trouver quelque chose.

L E : Oui

G D : Donc voilà, c'est juste, je dis c'est juste pour vous montrer qu'on regarde correctement et qu'on vérifie les choses comme il faut. Voilà donc, parce que parfois les gens pensent que c'est vraiment un dépistage au rabais ou parce que c'est gratuit donc ça ne vaut rien. Ben non, non, non, les clichés c'est les mêmes, les radiologues c'est les mêmes. Donc voilà.

L E : Oui, et justement, si par exemple, un médecin traitant prescrit une mammographie de dépistage, donc sur son bon radio il indique : 'mammographie de dépistage' est-ce que là c'est le même que le Mammothest ? Ce qu'on fait comme cliché/démarche, ou est-ce qu'il y a une différence ?

G D : S'il met 'Mammographie de dépistage', à priori, elle vient pour une mammographie.

L E : Oui donc c'est différent.

G D : Oui et là si je trouve que l'écho est utile parce que les seins sont plus denses ou quoi, alors je vais faire l'échographie d'emblée.

L E : Oui donc là vous pouvez compléter

G D : Là je complète, s'il est écrit Mammothest, je fais un Mammothest point. Et il faut un autre papier. Là je n'ai pas le droit de faire autre chose que ça.

L E : Oui ok, c'est ça et donc dans le cadre d'une mammographie de dépistage. S'il y a cet intitulé là sur la demande, là il n'y a pas forcément de seconde lecture à ce moment-là ?

G D : Non, pas nécessairement, ça, parfois, dans certaines équipes il y a des choses organisées. Mais c'est vrai qu'honnêtement, on a déjà tellement de mal à assumer la base que...

L E : Oui bien-sûr.

G D : Voilà, ce serait encore des délais bien pire donc... Par contre ce que je fais parfois. Si j'estime que de toute façon je ne vais pas faire d'échographie, que ce n'est pas nécessaire, je peux transformer en Mammothest. Une dame qui est venue pour mammographie, si je vois que ben voilà... Alors j'explique je les examine enfin je suis là donc je ne vais pas dire 'ah non ça devient un Mammothest donc j'examine pas'. Donc je les examine et tout ça, mais je dis : 'Écoutez, je n'ai pas besoin d'échographie. Honnêtement. Je vous le fais passer comme Mammothest'. Voilà ça c'est une partie aussi pour leur faire comprendre qu'elles peuvent tout à fait faire ça aussi et donc voilà ça c'est permis. Parce qu'alors là moi je peux imprimer l'invitation du CCR.

L E : Oui

G D : Ça je peux l'imprimer moi-même et alors je le fais passer comme Mammothest et je dis bien qu'elles expliquent à leur médecin traitant, à leurs gynécologues. Voilà, parce que parfois ils mettent mammographie plus échographie, alors je dis 'écoutez je n'avais pas besoin de

l'échographie donc voilà comme ça, pour vous, c'est gratuit et voilà. Puis c'est une manière aussi d'inciter à faire le Mammotest.

L E : Oui oui, après on reparlera justement de ce Mammotest parce qu'au final on remarque qu'il n'y en a pas tellement qui le font. On discutera un petit peu de ça, mais en continuant dans les intitulés, si on met bilan sénologique à ce moment-là il y a l'examen clinique ?

G D : Alors, oui de toute façon, hors Mammotest, sauf si elles viennent dans la consulte et que finalement c'est un mammotest, mais je le fais quand même aussi, il y a toujours un examen clinique.

L E : Ok

G D : Donc même si on met mammographie point, il y a une anamnèse, un examen clinique et si j'ai besoin d'une échographie, je fais l'échographie. À l'inverse, s'il n'y a pas besoin de l'échographie et que c'est noté je ne ferai pas l'échographie. Bon, je lis quand même ce qu'on note parce que parfois, il y a quand même des choses utiles qui sont notées.

L E : Bien-sûr (rires)

G D : Mais je fais ce qui est nécessaire, parce qu'en plus parfois les dames vont chercher une demande, mais elles n'ont pas tout bien expliqué aux médecins traitants. Moi j'ai tout l'historique ici et je vois bien qu'elle vient pour un contrôle à 6 mois ou que... Enfin voilà j'essaie de comprendre pourquoi elle vient et je fais ce qui est nécessaire.

L E : Oui bien-sûr.

G D : Voilà donc ça, il ne faut pas trop stresser avec ce qu'il faut noter.

L E : Ok ça va. Bah oui donc, le Mammotest, moi le point de départ de mon travail, c'est justement parce que j'ai constaté dans les chiffres qu'on retrouve dans les rapports du CCR, c'est de l'ordre de moins 10 pourcents d'adhésion en Wallonie et donc je m'intéresse au pourquoi...

G D : Moins de 10% ils en sont à ça?

L E : Oui, en tout cas dans le rapport d'activité de 2007 à 2017, et en Wallonie c'est moins de 10% d'adhésion pour Mammotest.

G D : Oula, ça me paraît tellement peu ça.. Oui donc ça a chuté. C'est étonnant parce que donc je travaille sur un centre à Braine-l'Alleud aussi, et donc au départ historiquement je me dis 'Braine-l'Alleud par rapport à la région du Centre, les gens vont être plus intéressés à faire le Mammotest gratuit par ici que là-bas' et bien, pas du tout ! J'en ai plein à Braine l'Alleud, j'en ai plein plein plein ! On remplit régulièrement, enfin, j'en ai une trentaine par mois en tout cas.

L E : Oui donc on voit des grosses différences selon les endroits au final.

G D : Oh oui, mais je pense que ça dépend aussi des prescripteurs et de si les prescripteurs sont motivés. Ici dans l'hôpital, j'ai un peu de mal quoi à faire passer le message. Mais là par contre oui, ce que j'essaie de leur faire comprendre maintenant, là pour l'instant on a vraiment des gros délais. Oui, on a des gros délais, là pour l'instant en dépistage, on donne des rendez-vous en décembre.

L E : Ah oui !

G D : Donc c'est vraiment problématique. Avant, on avait toujours 2 mois, mais il y a eu le COVID, une maladie, un déménagement enfin il y a eu plein de choses qui font que voilà, on en est là. Mais j'essaie de leur expliquer que si les dames font un Mammotest, j'essaie d'expliquer au gynécologue que si elles font un Mammotest, nous on n'a pas besoin d'être là et donc on peut ouvrir des vacations avec juste une technicienne qui fait les Mammotests. Nous après, c'est vite lu, moi je fais ça en fin de programme et s'il y'a quoi que ce soit la mise au point on ne va pas la remettre en décembre hein, elle sera faite dans la semaine la mise au point.

L E : Ben oui c'est là aussi l'intérêt du Mammotest. Normalement, c'est de décharger la filière pour les mises au point diagnostiques.

G D : Mais c'est ça, c'est l'idée parce que si on veut vraiment avoir une grosse couverture de la population, on est obligé de passer par là, parce qu'on n'est pas assez ! Donc c'est vraiment important, c'est vraiment un tri quoi mais c'est pour ça qu'il faut quand même l'examen clinique, voilà, il faut des garde-fous autour. Mais c'est vraiment un bon tri. Quand le sein est trop dense, on va demander une échographie.

L E : Oui donc vous, vous êtes favorable à ce Mammotest?

G D : Oui, oui, oui, mais il faut être honnête, ce n'est pas 100% d'équivalence hein, mais la différence elle n'est quand même pas... Il faut raisonner en santé publique quand même, et voilà, ça n'est vraiment pas un examen au rabais, c'est un tri quoi. C'est un vraiment un premier tri et c'est hyper important.

L E : Oui et c'est le but d'avoir un dépistage pour tous.

G D : Oui un dépistage large, et alors plutôt que d'avoir des délais comme ça, moi je pourrais me concentrer sur les mises au point quoi. Il y a déjà assez de boulot avec les mises au point, mais les mises au point, on a du mal à les caser. Donc là on pourrait vraiment se concentrer sur les mises au point et ça, c'est plus efficace au niveau médical quoi.

L E : Oui c'est le but.

G D : Mais il y a des grosses réticences, et par rapport à la Flandre aussi. Parce que là, il n'y avait pas de dépistage individuel avant, ils ont commencé d'emblée avec le Mammotest.

L E : Ok

G D : Donc, historiquement, ils ont commencé avec ça et c'était comme ça. Ici, on avait quand même toute une culture de dépistage individuel avant.

L E : Oui les médecins avaient déjà leurs habitudes, la patiente aussi.

G D : Voilà et ça c'est difficile. Il y a un autre problème, c'est aussi les patientes qui commencent avant 50 ans. Parce qu'il y a quand même beaucoup, enfin le gros des cancers c'est 50-69ans mais 45ans on n'est pas tellement loin. Parce que là la courbe elle fait, c'est un truc comme ça. (courbe plate dans ces tranches d'âges). Le groupe cible, je dirais, c'est plus là qui l'est. Et au niveau des radiations aussi, c'est surtout avant 45 ans que le sein est plus sensible aux rayons. Parce que tout un temps on a parlé 50-69ans opposé à 40-49ans mais il y a 2 sous-groupes dans 40-49, et c'est vraiment intéressant de faire vraiment ce groupe 45-49ans, là ça vaut vraiment la peine de commencer.

L E : Oui donc ça vaudrait la peine aussi d'avoir le Mammotest alors pour cette tranche aussi.

G D : Oui, oui mais il y a des pays qui le font en Europe, je crois que c'est les pays-Bas.

L E : Et aussi pour l'âge de fin, en France, ils le font jusqu'à 74 d'office et ici non c'est selon l'appréciation de chacun.

G D : Mais le Mammotest dans tous les cas c'est 69ans hein.

L E : Oui le Mammotest c'est 69ans et après il y a peut-être quand même un intérêt à continuer.

G D : Oui et ça, ça pose parfois problème parce que sur les affiches, les gens voient, surtout au début, maintenant les gens le savent mieux mais les gens voient 69ans. Moi je me rappelle d'une dame de 72 ans qui arrivait avec une grosse boule, et elle me dit mais ça ne pouvait pas être ça vu qu'après 69ans il n'y a plus.

L E : Ah oui.

G D : C'est terrible, elle n'est pas venue à cause de ça. Parce que le message est mal passé quoi, donc ça, c'est vraiment dangereux. Donc je dis toujours, vous pouvez ne plus venir, mais sachez

que ça existe toujours. A 95 ans, ça existe toujours ! Ce qu'on dit maintenant, c'est que c'est intéressant de continuer un dépistage tant qu'on a 10 ans d'espérance de vie.

L E : Oui

G D : Donc, ça c'est quand même, parce qu'avant je disais, tant que vous tenez sur vos 2 jambes, ça vaut la peine de venir. Mais voilà, après c'est un peu délicat parfois de dire ça aux gens, mais pour le médecin traitant ça peut être un bon indicateur de dire, voilà, quelle est grosso modo l'espérance de vie... Et si la dame est grabataire, évidemment qu'on ne va pas l'embêter avec ça, mais il y a des petites mamies de 70-80ans qui sont toutes pimpantes.

L E : Oui bien sûr.

G D : Ce serait bête de passer à côté de quelque chose qu'on pourrait encore voire tôt et plus jeune, que si on attend, elles auront 5 ans de plus, ça sera plus gros, le traitement sera plus lourd, elles seront plus âgées et avec plus de comorbidités. Donc voilà, ça vaut quand même la peine de continuer après. Oui, beaucoup disent 75 et d'autres en effet qui disent, ben voilà, continuez.

L E : Oui, surtout que l'espérance de vie s'allonge aussi.

G D : Oui et la qualité de vie, la qualité de vie aussi surtout ! Oui, donc ce que je voulais dire avec ça dans la quarantaine, comme il y a du dépistage individuel qui se fait dans la quarantaine, après les dames elles ont un peu de mal évidemment à changer de système et donc ça, c'est un biais aussi, parce qu'elles ont l'habitude de voir le médecin, d'avoir le résultat tout de suite aussi, ici en Mammotest évidemment elles viennent et elles repartent sans rien savoir. Elles doivent attendre, pas longtemps mais elles doivent attendre. Mais elles oublient que grâce à ça elles ont eu le rendez-vous beaucoup plus tôt, donc au final elles savent quoi beaucoup plus tôt, mais ça, une fois qu'elles sont là elles oublient. Donc ça parfois il faut leurs rappeler. Mais ça, c'est un des biais aussi de pourquoi après elle continue comme elle le faisait et elles oublient qu'il y a moyen de faire autrement.

L E : Et Le délai recommandé de 2 ans pour le Mammotest, ça vous paraît bien ou ça vous paraît trop long ?

G D : Alors ce qu'on dit d'habitude, c'est que, à partir du moment où on palpe quelque chose, 2 ans avant on est censé le voir à la mammo, à l'écho enfin on est censé le voir.

L E : Ah oui, OK.

G D : Oui, mais ce qu'il y a, c'est qu'avant enfin, avant la ménopause (on dit avant 50 ans, mais avant la ménopause), le métabolisme est plus rapide et donc là, c'est vrai qu'on a tendance à resserrer le délai, donc dans la quarantaine/avant la ménopause on va plutôt dire un an et demi, aux États-Unis de plus en plus, ils disent à partir de 40 ans tous les ans. Toutes les dernières études qui sortent, ils ont tendance à dire ça, donc là on commence aussi, enfin avant on disait 45 ans tous les ans et demi mais là...

L E : Oui mais il y a des gynécologues et des médecins traitants qui prescrivent à partir de 40 ans tous les ans aussi, ça, j'en ai eu dans mes répondants.

G D : Moi, j'ai commencé pour moi, j'ai fait 35, 37, 40 41, 49, enfin voilà.. Ça je ne commence plus à 35 ans là maintenant. Mais... oui... Donc ça je ne refuse pas, si on m'envoie je fais. Après, 45ans c'est sûr, 45 je trouve que c'est vraiment utile de commencer et probablement 40 aussi, oui. Mais voilà, après ça dépend un peu si les gens sont preneurs, pas preneurs, plus inquiets ou moins inquiets. Voilà mais, mais il y a beaucoup d'études en ce sens. Oui, on avait revu, on avait refait nos guidelines fin de l'année passée, on était arrivé. Moi, j'ai encore un peu de mal à m'y mettre vraiment, mais dans tout le groupe Jolimont ben on s'est dit oui, il vaudrait mieux 40 ans tous les ans. Oui donc on avait quand même un peu changé notre fusil d'épaule à ce moment-là.

L E : Ok. Et donc, entre 50-69 ans aussi tous les ans où là on se dit que 2ans c'est bien ?

G D : Alors là on est après la ménopause donc là normalement tous les 2, alors ce que je leur dis c'est de viser entre un an et demi et 2 ans. Ouais parce que sinon on téléphone après 2 ans, on a rendez-vous après 2 ans et demi et alors là on dépasse largement. Tandis que si elles y pensent après un an et demi, elles ont peut-être une chance d'avoir leur rendez-vous dans les 2ans.

L E : Oui ok.

G D : Il vaut mieux un peu plus tôt qu'un peu plus tard, quoi, il ne faut pas dépasser 2 ans.

L E : Oui mais ça paraît raisonnable quand même?

G D : Oui dans cette fourchette-là, un an et demi deux ans ça, ça paraît raisonnable. Maintenant il faut voir les facteurs de risque aussi.

L E : Oui bien-sûr, voilà, moi je parle vraiment pour les patientes qui n'en ont pas, mais sinon oui c'est tous les ans s'il y a des facteurs de risques ?

G D : Oui, ça ça dépend un peu. Oui, ça dépend le... Enfin c'est encore tout un autre débat aussi avec les antécédents familiaux, qui ça, l'âge... Et alors de plus en plus, on se base sur les évaluations du risque par les Onco-généticiens, donc ça, c'est important aussi souvent ils donnent à la fin de leur protocole une proposition de rythme de dépistage donc, voilà, c'est important. Oui Mais donc voilà ça c'est important à suivre aussi. Mais c'est un autre débat.

L E : Oui, c'est vrai, il y a beaucoup à dire.

G D : Ohh, oui, oui !

L E : Mais oui donc au final, ici, le Mammotest il est toujours bien d'actualité, peut-être qu'il faudrait y apporter certaines petites modifications comme par exemple l'âge de début à 45 ans plutôt que 50ans pour encourager et être directement dedans ?

G D : Oui, c'est ça, ce serait bien, oui, moi je ferais de 45ans à 75ans.

L E : Je pense que j'ai un peu fait le tour des questions précises, mais c'est vrai qu'au final, dans les interviews des médecins généralistes concernant les raisons influençant cette prescription : les habitudes, ça ça revient énormément.

G D : Oui, ça c'est terrible, oui.

L E : Oui on voit qu'il y a un gros problème lié aux habitudes, et que ce soit de la patiente, du médecin ou du gynéco.

G D : C'est ça que j'essaie de temps en temps, de faire passer comme Mammotest, celle qui de toute façon il n'y a pas d'écho. S'il n'y a pas d'écho de toute façon ça rassure le gynéco, la patiente, je dis ça ne change rien, c'est les mêmes clichés, c'est la même chose, mais au moins voilà d'essayer de...

L E : Oui ça c'est vrai que c'est bien parce qu'au final on voit aussi que les médecins tiennent fort compte de l'avis des experts (sénologues, radiologue, gynéco).

G D : Ah oui, oui.

L E : Et donc il y en avait beaucoup qui étaient favorables à se dire bah voilà, il faut l'indiquer alors sur le protocole qu'on peut se permettre d'attendre 2 ans ou qu'elle est éligible au Mammotest. Certains me disaient 'Ah oui c'est vrai que parfois sur le protocole je vois elle est éligible au Mammotest et je n'y avais pas pensé'...

G D : Oui, oui. Et c'est vrai que parfois on le met mais peut-être pas de manière assez systématique.

L E : Oui, et puis parfois il y a 'peut continuer au rythme de dépistage habituel ou recommandé' et donc là ça reste un grand flou.

G D : Alors parfois c'est un peu délicat pour ne pas aller en porte-à-faux par rapport au prescripteur. Quand on ne sait pas trop qu'est-ce que lui a dit à la patiente, d'être trop rigoriste, après lui il est un peu mal mis quoi, donc c'est un peu de diplomatie.

L E : Oui, et il y en a qui mettent au dépistage habituel tous les ans et donc là on se dit 'Ah ben oui donc ce n'est pas tous les 2 en fait, c'est tous les ans finalement que c'est intéressant de le faire' donc on voit vraiment beaucoup de choses différentes et c'est pour ça aussi que je faisais ce travail, pour essayer de...

G D : De clarifier. C'est vrai qu'on marche parfois un peu sur les œufs, parce qu'en disant voilà qui est-ce qu'on a en face ? Quel est le discours de l'autre face ? Le but étant aussi que la patiente ne perde pas confiance de manière générale, parce que c'est vrai que dans le monde médical, c'est parfois un dit blanc, l'autre dit noir et puis les gens ils sont au milieu 'Oui mais quoi ?' Et après ils risquent de ne plus rien faire du tout. Donc c'est parfois pour ça qu'on écrit ce genre de phrases un peu sibyllines.

L E : Oui c'est vrai et on voit que la confiance, c'est aussi un élément clé, on voit que les médecins n'ont pas confiance au Mammotest, ils ont plus confiance en une personne connue, un me disait 'Ben voilà j'ai plus confiance à référer vers un sénologue que je connais pour le dépistage que d'envoyer la patiente vers le Mammotest sans savoir qui va le faire.

G D : Oui, oui, c'est vrai. C'est vrai que là il y a une question de personnalisation aussi, les gens viennent... enfin ce n'est pas comme si on va faire une radio du genou, ben on fait une radio de genou on ne sait pas qui va la lire mais on fait une radio du genou, la sénologie c'est un peu différent quoi. C'est vrai que c'est plus personnalisé donc ça, c'est un frein aussi évident.

L E : Oui.

G D : Mais il y en a qui viennent faire leur dépistage en Mammotest paf clic clac Kodak et puis c'est fait voilà.

L E : Oui mais oui c'est ce qu'il faudrait.

G D : Oui c'est ce qu'il faudrait mais on a parfois mis trop de pathos comme ça autour, donc il faudrait revenir à quelque chose de plus carré, de plus cartésien. Dès que ça touche au sein il y a un pathos pas possible quoi, et ça a toujours été comme ça et c'est difficile de sortir de ça.

L E : Oui

G D : Mais voilà, c'est du travail à faire ça.

L E : Oui, non ce n'est pas évident.

G D : Budget, ça, c'est pourquoi ? (en discutant des concepts du schéma)

L E : Mais au final, on voit que certains y prêtent un peu attention, il y en a qui disent 'je recommande le Mammotest ou les patientes le font parce qu'elles doivent faire attention au niveau du budget' mais après il y en a qui n'y regardent pas du tout et pour qui ça n'a aucune d'influence dans leur prescription, on remarque un peu les 2. Il y en avait aussi certains qui pour la logistique du résultat du Mammotest, disaient qu'ils ne recevaient pas systématiquement dans le DMI ou qu'ils avaient un petit peu de mal à avoir les résultats au final.

G D : Mais ça, c'est toujours étonnant ça parce que normalement ils ont...

L E : Oui normalement ils envoient par courrier et via le DMI je pense.

G D : Oui, ça je ne sais pas sous quelle forme mais je pense qu'ils envoient ce qu'il faut.

L E : Ouais, je pense que normalement ils envoient les deux, et surtout qu'il y a un petit talon réponse à renvoyé pour dire qu'on a bien averti la patiente.

G D : Oui en tout cas, si c'est positif quoi, s'il y a quelque chose à faire.

L E : Oui, c'est ça.

G D : Et alors si le médecin n'a pas répondu, après ils envoient à la patiente aussi.

L E : Oui oui, ça, j'avais vu aussi. Et oui, au final pour ce résultat, certains trouvaient les délais longs. Mais ça, je pense qu'ils ont beaucoup raccourci. C'était surtout au début que les délais étaient assez longs.

G D : Oui par exemple, je viens de me rendre compte ici comme on a des gros délais qu'ils donnaient les rendez-vous de Mammothest en juin. Moi j'ai dit, mais ça ce n'est pas possible ! Donc là j'ai fait ouvrir et donc là cette semaine il y a toute une vacation qui est ouverte. On a rapatrié tous ces gens-là et on va tous les faire sur une après-midi. Je dis mais là dès que vous voyez qu'on ne sait pas les mettre il faut ouvrir une plage spéciale que Mammothest Les gens-là ils étaient tout contents ceux de juin qu'on a rapatrié maintenant.

L E : Oui je me doute.

G D : Parce que normalement, enfin à mon sens, quelqu'un qui téléphone on doit donner dans les 15 jours. Voilà, un Mammothest, il faut donner ça rapidement, c'est le but quoi aussi, c'est que ce soit rapide donc.

L E : Oui, c'est sûr. Et puis oui, il y a ceux qui sont contre, ceux qui sont pour et ceux qui sont sceptiques. Et c'est vrai que ceux qui sont contre, les raisons qui reviennent souvent, c'est le manque de personnalisation, le fait que la patiente "échappe" aussi à la consultation parfois, et donc du coup il n'y a pas d'examen clinique.

G D : C'est là que c'est important le prescripteur.

L E : Oui, c'est là qu'il y a aussi peut être un petit problème dans la campagne du Mammothest et dans le fait de convoquer les patientes.

G D : Oui là je trouve que les médecins traitants, les gynécologues, s'ils savent que c'est sous forme de Mammothest alors là c'est vraiment important d'examiner quoi. Et c'est vrai que c'est parfois, enfin aller examiner les seins on n'ose pas toujours.

L E : Oui ou alors justement, dans la convocation qu'ils envoient aux patientes, peut-être inciter à se présenter d'abord chez leur médecin traitant ou ce genre de chose.

G D : Oui ou en tout cas de penser à demander de se faire examiner les seins cliniquement, que ce soit chez l'un ou chez l'autre.

L E : Oui c'est ça, en parler plus. Et l'autre gros frein c'est aussi le fait qu'on ne puisse pas ajouter l'échographie à l'instant présent, ça en bloque beaucoup.

G D : Oui tout de suite. Oui parfois elles doivent revenir, mais la plupart ne doivent pas revenir et elles ont rendez-vous tout de suite et ça dure 10 Min quoi donc c'est vraiment pour la plupart, ça va être comme ça. Oui il y en a, c'est 10-15% qui vont devoir revenir, mais comparé à la grosse majorité, ce n'est vraiment rien du tout. Et alors personnalisation, ça dépend. Parfois ça peut être via la technicienne aussi hein. Donc il n'y a pas que le médecin pour la personnalisation, si elles ont l'habitude d'aller à un endroit c'est souvent la même technicienne. Et les techniciens peuvent aussi jouer un peu garde-fou quoi.

L E : Oui, le rappeler de retourner chez le médecin gynéco.

G D : Voilà. Ou de se rendre compte en faisant l'examen qu'il y a un symptôme clinique qu'elle ne parvient pas à voir sur le cliché, mais voilà donc ça, elles peuvent le signaler quoi. Soit à la patiente, en disant écoutez, ça risque de pas suffire ou de le dire au médecin, ça c'est important aussi.

L E : Oui, oui. Et puis il y en a qui ne connaissent pas du tout non plus de Mammothest, ou qui ne connaissent pas bien les modalités. Certains sont étonnés qu'on puisse le prescrire, ça le message n'est pas bien passé non plus. Donc nous on peut prescrire le Mammothest si on le souhaite mais beaucoup pense que ça ne marche que sur l'invitation.

G D : Dans les traitants ?

L E : Oui, oui, certains m'ont dit 'Ah, je ne pensais pas qu'on pouvait les prescrire'

G D : Oui, alors parfois évidemment, dans les prescriptions, c'est hors délai par exemple. Donc nous on doit toujours vérifier parce que c'est hyper strict, il faut vraiment être précis à un jour près. Enfin le 31 décembre ça marchait encore et puis le premier janvier de l'année des septante ans, c'est fini quoi. Donc si la dame elle a eu son papier et puis qu'elle est venue un peu trop tard ou bien qu'elle n'a pas eu rendez-vous ça pose problème.

L E : Oui, ça complique un peu les choses.

G D : Oui donc ça il faut toujours bien qu'on vérifie ou bien on a parfois une prescription de Mammothest pour une dame de 75ans. Nous on ne sait pas faire ça, enfin ce n'est pas possible quoi. Alors là on fait une mammographie quoi mais on expliqua à la dame que désolée mais là ça ne sera pas gratuit avant de faire les clichés.

L E : Oui c'est ça, et entre 50-69ans, les mammographies c'est partiellement remboursé c'est ça ?

G D : Oui, donc si c'est mammo et écho c'est à peu près une quinzaine d'euros de ticket modérateur.

L E : Ok.

G D : Et si c'est sans l'écho, c'est 10-12€ dans ces eaux-là. Mais c'est à peu près ça, oui. Donc c'est plus la mammo que l'écho parce qu'à une époque on accusait les radiologues de faire des échos pour s'en mettre plein les poches, c'est bien gentil mais moi pour m'en mettre plein les poches, alors je ne fais que des Mammothest, c'est beaucoup plus rentable, c'est moins fatigant. Parce que l'écho ça prend du temps, et par rapport au temps qu'on passe, non, ce n'est pas rentable du tout. Donc moi je préfère toutes des dames avec des seins bien visibles où je ne fais pas d'écho et là j'avance et c'est facile. Et donc ça c'était encore des faux débats quoi. Mais ça ça reste encore... Oui, ceux qui critiquent, qu'on ne fait pas assez de Mammothest, c'est souvent en disant ça, mais non ça n'a pas de sens.

L E : Non, au final, je pense, ça vient plus du prescripteur et de de ce qui est instauré au début, ça on le remarque beaucoup.

G D : Oui, mais c'est ça. Voilà c'est un long travail comme je dis maintenant, je vais voir avec les délais qu'on a... J'ai essayé de déjà faire passer le message chez les gynécologues, on va voir.

L E : Et eux sont réceptifs à ce message ou pas ?

G D : Pas trop... J'aimerais bien qu'on diminue nos délais, point.

L E : Oui c'est ça

G D : Mais voilà, ça ce n'est pas possible. Donc à part en mettre 5 sur la table en même temps mais bon...

L E : Non c'est sûr.

G D : Qu'est-ce qu'il y a encore à dire là-dessus ? Oui c'est vraiment les freins habituels.

L E : Et de multiplier les examens, on voit que ça, ça rassure beaucoup. Se dire que plus on en fait ou plus on les fait souvent plus on a de chances de tomber dessus.

G D : Oui, oui, et ça aussi par rapport à l'échographie, comme on regarde vraiment, ils ont l'impression que ça c'est vraiment le truc principal. Ils n'imaginent pas que, enfin, on fait la mammographie avant, mais ils croient que vraiment, le vrai diagnostic c'est l'échographie, mais non la base c'est la mammographie. Moi, je fais l'échographie en fonction de ce que je vois à la radio. C'est la radio qui est la base, quoi. Je ne ferai jamais une échographie à l'aveugle comme ça sans avoir vu les clichés avant donc... mais c'est parce qu'on est plus proche d'elle quoi, on a l'impression qu'on fait plus, que juste un cliché qui les touche, enfin oui, qui les touche quand même mais ça va plus vite quoi. Donc ça c'est aussi un biais, enfin elles pensent que...

L E : Oui ça rassure.

G D : Elles pensent que ce qui est vraiment l'examen, c'est l'échographie quoi, la mammo c'est... Elles ne se rendent pas compte parce qu'elles n'ont pas vu les clichés, elles n'ont pas...

L E : Oui c'est sûr. Je pense qu'on a fait un petit peu le tour des concepts. Ah oui, aussi la façon dont le sujet abordé est en consultation. On voit que si c'est la patiente qui vient avec sa demande, voilà, certaines prennent même leur rendez-vous avant et viennent en disant j'ai besoin du papier pour aller passer ma mammographie écho.

G D : Ah oui, oui.

L E : Ben là, pour le médecin, ça tombe peut-être à un moment où il n'a pas forcément, voilà le temps ou l'énergie d'expliquer, d'essayer de convaincre. Tandis que si voilà on accorde plus de temps en prévention à un moment plus calme ou quoi, là on prend plus la peine de développer justement.

G D : Oui c'est sûr.

L E : Donc déjà ça, ça conditionne aussi un petit peu le type de prescription. Après, il y a des médecins qui font des rappels systématiques et qui ont vraiment ben leurs habitudes de prescription et donc là c'est un roulement et c'est rapide mais on retombe un peu plus dans la catégorie des habitudes du coup.

G D : Oui, oui, c'est ça, c'est sûr, c'est sûr. Oui, il faut du. On dit souvent, il faut au moins une génération pour changer des habitudes comme ça, ce n'est pas facile.

L E : Oui, d'ailleurs j'avais quand même pas mal de jeunes médecins dans les répondants, et c'est vrai qu'ils étaient plutôt favorables. Enfin ceux qui ne connaissaient pas se disaient 'ben oui pourquoi pas du coup maintenant que je sais ça' et d'autres étaient plus à dire oui il faut insister pour changer les habitudes et se tourner plus vers le Mammotest.

G D : Oui, c'est ça. Je pense que la jeune génération va plus vers ça.

L E : Oui parce que c'est vrai que les médecins avec beaucoup d'années de pratique, voilà, ils avaient un avis très tranché sur la question.

G D : Oui, parce qu'ils ont fonctionné comme ça tellement longtemps et avant que ça existe. Moi j'ai fait partie du premier projet pilote avant que ce soit instauré partout. Je crois que c'était dans les années nonante encore.

L E : Oui vu que c'est début des années 2000 que ça a commencé je pense.

G D : Oui, et ça, c'était dans le Brabant Wallon, c'était vraiment à petite échelle quoi. Mais ça avait bien commencé comme ça. Et puis il y a eu plein de, au tout début du programme hein, maintenant c'est plus ça qui fait que ça ne prend pas, mais au tout début du programme ils l'ont lancé puis y'a eu un bug donc il avait fait toute une campagne pour annoncer et puis le truc n'était pas prêt au final donc on ne pouvait pas prendre rendez-vous alors les gens oublient enfin...

L E : Oui ça n'aide pas non plus pour prendre confiance.

G D : Non, et plein de trucs comme ça au démarrage, donc ça n'a vraiment pas été très... Et puis il y a eu toute la période où c'était en analogique, avec des clichés et puis après ils ont mis un temps fou à passer en digital, je comprends ce n'est pas rien de passer à un truc pareil, surtout le système pour envoyer les clichés tout ça, mais du coup, enfin la plupart des radiologues était déjà passé en numérique et donc c'était vraiment une guerre de retard quoi. Mais maintenant voilà tout est passé en digital, ça fonctionne quoi maintenant c'est bon.

L E : Oui

G D : Mais maintenant, c'est le problème de la tomosynthèse, donc est-ce qu'on va passer à la tomosynthèse ou pas ? Il y en a beaucoup qui font que tomo... Là maintenant, moi je suis embêtée parce que souvent donc les patientes où je me dis là je peux le faire passer comme un

Mammotest, mais comme on est passé en tomosynthèse avec un 2D de synthèse associée donc qui maintenant est l'équivalent d'un cliché normal donc pour quasi la même dose.

L E : OK.

G D : Donc on a plus de renseignements avec la tomo parce que voilà, on défile dedans. Mais si, la technicienne a déjà fait la Tomo, moi je peux plus le faire passer comme un Mammotest, donc là pour l'instant je me dis zut... donc il faut que je prenne alors, mais là de nouveau aujourd'hui je n'ai pas eu le temps en commençant mon programme, de prendre toute la liste des gens qui potentiellement sont dans les tranches d'âge Mammotest et alors de dire 'Bah ces gens-là, si ce n'est pas des bilans onco et tout ça, ces gens-là d'emblée on fait des clichés standard quoi, comme ça si nécessaire, moi je peux les faire passer comme Mammotest.

L E : Ah oui d'accord.

G D : Mais ça demande encore du temps... Avant, c'était plus automatique et je faisais ça encore régulièrement mais là maintenant, depuis qu'on a changé, je dois encore mettre autre chose en place pour pouvoir le faire.

L E : Et la tomodensitométrie est plus performante ?

G D : La tomosynthèse.

L E : Oui pardon.

G D : Oui, quoi que ça se discute, ça se discute. Il y a des choses parfois qu'on peut voir peut-être en plus, mais c'est des tous petits cancers qui prennent leur temps quoi, des petits grades I, des petites choses comme ça. Moi, j'ai pas trouvé, enfin personnellement je n'ai pas encore trouvé grand-chose où je me dis 'Oh zut sans ça je ne l'aurais pas vu quoi' donc voilà, c'est pas bien grave que ne soit pas en tomo, mais pour beaucoup ça va être ça le frein.

L E : Oui, il va de nouveau y avoir un décalage entre les 2 quoi.

G D : Oui, oui. À chaque évolution technique, ben c'est toujours un peu en retard et donc ça, ça n'aide pas. Entre l'analogique et le digital, il y avait vraiment une grosse différence, mais là maintenant moi, enfin ça n'est que mon avis mais...

L E : Oui, ça reste correct.

G D : Je n'ai pas vu grand-chose encore en plus que ce que j'aurais vu autrement donc voilà.

L E : Voilà je ne sais pas s'il y a un message que vous voulez délivrer en plus aux généralistes.

G D : Non mais oui plutôt d'essayer quand même d'avancer dans le Mammotest, d'essayer de promouvoir ça et parce qu'on va toucher plus de gens et on vraiment au niveau santé publique ça va vraiment être un plus, les gens vont venir plus vite, ils auront plus vite leur rendez-vous, la prise en charge sera plus rapide au total que d'attendre comme ça. Donc qu'ils pensent à cet aspect-là des choses aussi, d'expliquer aux gens 'écoutez, les délais sont longs, si vous faites un mammotest, vous aurez rendez-vous rapidement et s'il y a quoi que ce soit, on vous rappelle, mais rapidement, donc on gagne, on gagne du temps-là'

L E : Oui, et ça permet une prise en charge qualitative pour justement les choses plus...

G D : Oui, là où il y a vraiment à faire, oui.

L E : C'est sûr.

G D : Non, sinon je crois qu'on a fait le tour à peu près.

L E : Oui je pense, merci beaucoup.

G D : S'il y a quoi que ce soit, vous n'hésitez pas à me poser des questions, vous avez mon mail donc.

L E : C'est gentil, oui. En tout cas un grand merci.

Ajout après avoir coupé l'enregistrement : Dr Goddart a expliqué que les structures hospitalières subissaient des contrôles stricts pour la vérification des exigences en termes de qualités. Par exemple pour qu'un centre soit agréé à réaliser des Mammotest il a un contrôle sur une période définie de 6mois où il doit y avoir au moins 30 Mammotests réalisés et qui sont analysés au niveau de la manière dont ils ont été fait (le positionnement, la prise de cliché, etc....). Si le centre ne dispose pas du nombre minimal requis de Mammotest il ne reçoit pas l'agrément, et pendant un an jusqu'au prochain contrôle il ne peut pas réaliser de Mammotest. Ça a été le cas pour la polyclinique de Binche par exemple. Ils sont très à cheval sur toutes ces règles. C'est un peu dommage car si un centre n'a pas beaucoup de demande, cela prend du temps de stimuler à se tourner vers le Mammotest, mais le temps imparti pour la période de contrôle ne le permet pas et donc après on ne peut plus en faire, ce n'est pas comme ça que les gens vont s'y mettre. D'autant plus que les équipements et personnels sont les mêmes à la polyclinique qu'à l'hôpital et l'hôpital lui est reconnu comme conforme niveau qualité.