



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2023

Thèse N°173

Les connaissances des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage, diagnostic et PEC du cancer du sein dans la région de Souss Massa.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 12/06/2023

PAR

Mlle. Nadia LASRI

Née Le 27 Mai 1996 à Chtouka ait baha

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Médecins généralistes - Dépistage - Diagnostic - PEC- Cancer du sein

JURY

Mme. B. FAKHIR Professeur de Gynécologie et obstétrique	PRESIDENTE
Mme. R. BELBARAKA Professeur d'Oncologie médicale	RAPPORTEUR
Mme. S. ALJ Professeur de Radiologie	} JUGES
Mr. M. FADLI Professeur d'Oncologie médicale	



رَبِّ أَوْزَعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي
أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ
صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي
تَبْتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ



الأحقاف: 15





Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Vice doyen chargé de la Pharmacie

: Pr. Said ZOUHAIR

Secrétaire Général

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'Enseignement Supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	ATMANE El Mehdi	Radiologie
ABKARI Imad	Traumato-orthopédie	BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie-réanimation	BASRAOUI Dounia	Radiologie
ABOUCADI Abdeljalil	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	BASSIR Ahlam	Gynécologie obstétrique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie-obstétrique	BELBACHIR Anass	Anatomie pathologique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale
ADALI Imane	Psychiatrie	BELKHOUS Ahlam	Rhumatologie
ADARMOUCH Latifa	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	BEN DRISS Laila	Cardiologie
ADMOU Brahim	Immunologie	BENALI Abdeslam	Psychiatrie
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique	BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique
AISSAOUI Younes	Anesthésie-réanimation	BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie générale
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie biologique	BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie-orthopédie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo-phtisiologie	BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo-phtisiologie

AIT BENALI Said	Neurochirurgie	BENJILALI Laila	Médecine interne
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo-phtisiologie
ALJ Soumaya	Radiologie	BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie obstétrique
AMAL Said	Dermatologie	BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie-chimie
AMINE Mohamed	Epidémiologie clinique	BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-vasculaire
AMMAR Haddou	Oto-rhino-laryngologie	BOURRAHOUCAT Aicha	Pédiatrie
AMRO Lamyae	Pneumo-phtisiologie	BOURROUS Monir	Pédiatrie

ANIBA Khalid	Neurochirurgie	BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie-virologie	BSISS Mohammed Aziz	Biophysique
ASMOUKI Hamid	Gynécologie-obstétrique	CHAFIK Rachid	Traumato-orthopédie
CHAKOUR Mohammed	Hématologie biologique	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie-embryologie cytogénétique
CHELLAK Saliha	Biochimie-chimie	HOCAR Ouafa	Dermatologie
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	JALAL Hicham	Radiologie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	KADDOURI Said	Médecine interne
CHRAA Mohamed	Physiologie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
DAHAMI Zakaria	Urologie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie-réanimation
DAROUASSI Youssef	Oto-rhino-laryngologie	KHATOURI Ali	Cardiologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	KHOUCANI Mouna	Radiothérapie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie-réanimation	KISSANI Najib	Neurologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	KRATI Khadija	Gastro-entérologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métabolique	KRIET Mohamed	Ophthalmologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie générale	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale	LAKMACHI Mohamed Amine	Urologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio-vasculaire	LAOUAD Inass	Néphrologie
EL HAOURY Hanane	Traumato-orthopédie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie-générale

EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	MADHAR Si Mohamed	Traumato-orthopédie
EL IDRISI SLITINE Nadia	Pédiatrie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie-virologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Néonatalogie)
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	MARGAD Omar	Traumatologie-orthopédie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
EL MEZOUARI El Mostafa	Parasitologie mycologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie-réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	MOUFID Kamal	Urologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
FADILI Wafaa	Néphrologie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophthalmologie
FAKHIR Bouchra	Gynécologie-obstétrique	MSOUGAR Yassine	Chirurgie thoracique
FAKHRI Anass	Histologie-embryologie cytogénétique	NARJIS Youssef	Chirurgie générale
FOURALJI Karima	Chirurgie pédiatrique	NEJMI Hicham	Anesthésie-réanimation
GHANNANE Houssine	Neurochirurgie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	OUALI IDRISI Mariem	Radiologie
GHOUNDALE Omar	Urologie	OUBAHA Sofia	Physiologie

HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
HAJJI Ibtissam	Ophthalmologie	QACIF Hassan	Médecine interne
HAROU Karam	Gynécologie-obstétrique	QAMOUISS Youssef	Anesthésie réanimation
RABBANI Khalid	Chirurgie générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie clinique
RADA Nouredine	Pédiatrie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
RAIS Hanane	Anatomie Pathologique	YOUNOUS Said	Anesthésie-réanimation
RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie- virologie
ROCHDI Youssef	Oto-rhino-laryngologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie-réanimation	ZARROUKI Youssef	Anesthésie-réanimation
SAMLANI Zouhour	Gastro-entérologie	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie

SARF Ismail	Urologie	ZIADI Amra	Anesthésie-réanimation
SERGHINI Issam	Anesthésie-réanimation	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie thoracique
SORAA Nabila	Microbiologie-virologie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie-obstétrique	ZYANI Mohammad	Médecine interne
TASSI Noura	Maladies infectieuses		

Professeurs Habilités (PH)

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
FDIL Naima	Chimie de coordination bio-organique		
GEBRATI Lhoucine	Chimie		
LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFTTAH Youness	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle	HAJJI Fouad	Urologie
ABDOU Abdessamad	Chirurgie Cardio-vasculaire	HAMMOUNE Nabil	Radiologie
AKKA Rachid	Gastro-entérologie	JALLAL Hamid	Cardiologie
ALJALIL Abdelfattah	Oto-rhino-laryngologie	JANAH Hicham	Pneumo-phtisiologie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ARSALANE Adil	Chirurgie thoracique	MAOUJOURD Omar	Néphrologie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MESSAOUDI Redouane	Ophtalmologie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	MILOUDI Mouhcine	Microbiologie-virologie
BABA Hicham	Chirurgie générale	NADER Youssef	Traumatologie-orthopédie
BAKZAZA Oualid	Chirurgie Vasculaire périphérique	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie réparatrice et plastique
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
BELGHMAIDI Sarah	Ophtalmologie	RAISSI Abderrahim	Hématologie clinique
BELHADJ Ayoub	Anesthésie-réanimation	REBAHI Houssam	Anesthésie-réanimation
BELLASRI Salah	Radiologie	RHARRASSI Issam	Anatomie-pathologique
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie-réanimation

EL- AKHIRI Mohammed	Oto-rhino-laryngologie	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et de catastrophe
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
ESSADI Ismail	Oncologie médicale	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio-vasculaire
FENANE Hicham	Chirurgie thoracique		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	Pédopsychiatrie	DAMI Abdallah	Médecine Légale
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	DARFAOUI Mouna	Radiothérapie
ABOUDOURIB Maryem	Dermatologie	DOUIREK Fouzia	Anesthésie-réanimation
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	DOULHOUSNE Hassan	Radiologie
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordination bio-organnique
AHBALA Tariq	Chirurgie générale	EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale
AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	EL FAKIRI Karima	Pédiatrie
AIT LHAJ El Housseine	Ophtalmologie	EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie
AMINE Abdellah	Cardiologie	EL HAJJAMI Ayoub	Radiologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	EL HAMDAOUI Omar	Toxicologie
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillofaciale	EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques
AZIZI Mounia	Néphrologie	EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique
BELARBI Marouane	Néphrologie	EL MOUHAFID Faisal	Chirurgie générale
BENAMEUR Yassir	Médecine nucléaire	ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice et plastique
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	ELJAMILI Mohammed	Cardiologie
BENCHAFAI Ilias	Oto-rhino-laryngologie	ELOUARDI Youssef	Anesthésie-réanimation
BENYASS Youssef	Traumato-orthopédie	EL-QADIRY Rabiyy	Pédiatrie
BENZALIM Meriam	Radiologie	ESSAFTI Meryem	Anesthésie-réanimation
BOUHAMIDI Ahmed	Dermatologie	FASSI Fihri Mohamed jawad	Chirurgie générale
BOUMEDIANE El Mehdi	Traumato-orthopédie	FIKRI Oussama	Pneumo-phtisiologie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	HAJHOUJI Farouk	Neurochirurgie
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	HAZIME Raja	Immunologie

CHETTATI Mariam	Néphrologie	IDALENE Malika	Maladies infectieuses
-----------------	-------------	----------------	-----------------------

JEBRANE Ilham	Pharmacologie	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	Chirurgie générale
KHALLIKANE Said	Anesthésie-réanimation	RHEZALI Manal	Anesthésie-réanimation
LACHHAB Zineb	Pharmacognosie	ROUKHSI Redouane	Radiologie
LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie clinique	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation
LAHMINI Widad	Pédiatrie	SALLAHI Hicham	Traumatologie-orthopédie
LAKHDAR Youssef	Oto-rhino-laryngologie	SAYAGH Sanae	Hématologie
LALAOUI Abdessamad	Pédiatrie	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
LAMRANI HANCHI Asmae	Microbiologie-virologie	SBAI Asma	Informatique
LGHABI Majida	Médecine du Travail	SLIOUI Badr	Radiologie
MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques	WARDA Karima	Microbiologie
MOUGUI Ahmed	Rhumatologie	YAHYAOUI Hicham	Hématologie
MOULINE Souhail	Microbiologie-virologie	YANISSE Siham	Pharmacie galénique
NASSIH Houda	Pédiatrie	ZIRAOUI Oualid	Chimie thérapeutique
RACHIDI Hind	Anatomie pathologique	ZOUITA Btissam	Radiologie
RAFI Sana	Endocrinologie et maladies métaboliques		

LISTE ARRETEE LE 03/04/2023



DEDICACES



Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut... Tous les mots ne sauraient exprimer ma gratitude, mon amour, mon respect, et ma reconnaissance... Aussi, c'est tout simplement que...



Je dédie cette thèse à

Tout d'abord à Allah,

Au bon Dieu, le Tout Puissant, Qui m'a inspiré, Qui m'a guidée sur le droit chemin. Je vous dois ce que j'étais, Ce que je suis et ce que je serais Inchaallah. Soumission, louanges et remerciements pour votre clémence et miséricorde.

الْحَمْدُ لِلَّهِ
الَّذِي بِنِعْمَتِهِ تَتِمُّ الصَّالِحَاتُ

تشكر الله بلسان العم به عليك و تعبد بحمد العم به عليك و توحد بقلب العم به عليك و تصدق في سبيله بماال العم به عليك و تمام الحمد استعمال نعمه الله لطاعته

A MES PARENTS

Je voudrais exprimer toute ma gratitude pour votre amour, votre soutien et votre dévouement sans faille. Vous êtes les piliers de ma vie et je suis si reconnaissante de vous avoir comme parents. Je vous aime plus que tout au monde et je serai toujours là pour vous, comme vous l'avez été pour moi. Merci d'être les meilleurs parents qu'un enfant puisse souhaiter. Avec tout mon amour.

A MA TRÈS CHÈRE ET ADORABLE MÈRE : Naïma AIT SAÏD

Aucune dédicace ne saurait exprimer la profondeur de ma reconnaissance, car tu es la raison de ce que je suis aujourd'hui. Tu m'as donné la vie, tu m'as élevé, et tu m'as comblé d'amour et de tendresse. Mes mots sont insuffisants pour exprimer tout l'amour que j'ai pour toi. Tes prières et tes sacrifices ont rempli ma vie tout au long de mon existence. Je sais que quoi qu'il arrive, tu seras toujours à mes côtés pour me soutenir. C'est grâce à ta présence et à ton soutien que j'ai pu surmonter les longues années d'études.

*En dédiant humblement ce travail à toi, j'espère que tu ressentiras toute la reconnaissance pour l'amour, la tendresse et la patience que tu m'as donnés. En ce jour, je veux réaliser l'un de tes rêves et te rendre fière de moi.
Je t'aime énormément MAMA Lahbiba !*

**A MON TRÈS CHÈRE ET ADORABLE PÈRE : MOHAMED
LASRI**

Je souhaite exprimer ma gratitude envers celui qui m'a donné sans limite, celui qui m'a soutenu tout au long de ma vie et celui à qui je dois tout ce que je suis et serai. Aujourd'hui est le jour que tu attendais avec impatience. Aucun mot ne peut décrire l'immense amour que j'ai pour toi et la profonde gratitude que je ressens envers tous les efforts et sacrifices que tu as consentis pour mon éducation et mon bien-être. Ce travail humble est avant tout une reconnaissance de tes grands efforts et sacrifices. Sans toi, je n'aurais pas pu arriver là où je suis aujourd'hui. Avec toi, j'ai appris tout ce dont j'ai besoin pour être arrivé à ce stade : la discipline, l'honnêteté et de nombreuses valeurs qu'il faudrait un ouvrage pour les énumérer. J'espère toujours mériter ton estime. Que Dieu tout-puissant te protège du mal, te comble de santé, de bonheur et te donne une longue et heureuse vie afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois. J'espère que tu seras toujours fier de moi.

Je t'aime profondément BABA Lahbib !

**A MES SŒURS ET FRÈRES
MA TRÈS CHÈRE SŒUR HANANE**

A ma merveilleuse grande sœur, je tiens à te dédier ces mots pour te remercier de tout ce que tu as fait pour moi au fil des ans. Tu as toujours été là pour moi, prête à m'écouter, à me conseiller et à me soutenir dans toutes les situations. Ta sagesse, ta gentillesse et ta bienveillance ont été des sources d'inspiration pour moi et je suis tellement reconnaissante de t'avoir comme grande sœur. Tu es un modèle pour moi. Cette dédicace est un témoignage de mon amour pour toi et de ma gratitude pour tout ce que tu as fait pour moi. Merci d'être la meilleure grande sœur qu'on puisse avoir !

I love You ma NONA

MA TRÈS CHÈRE SŒUR NEZHA

Tu es une source constante de joie dans ma vie, et je suis tellement fière de te voir grandir et évoluer chaque jour. Tu es une personne incroyablement talentueuse et douée, avec un cœur chaleureux et aimant. Tu apportes de la lumière et de la positivité à tous ceux qui croisent ton chemin, et je suis certaine que tu accompliras de grandes choses dans ta vie.

Ma petite sœur, je serai toujours là pour toi, peu importe ce qui arrive. Merci d'être une part si importante de ma vie et de me donner tant de raisons d'être fière.

Je t'aime ZOE

MON TRÈS CHÈRE FRÈRE ABDERRAHMANE

Tu es un frère aimant, attentionné, et un ami fidèle. Ta présence dans ma vie a été une bénédiction et je suis reconnaissante pour chaque moment que nous avons partagé ensemble. Même si nous sommes loin l'un de l'autre, sache que tu es toujours dans mes pensées et dans mon cœur. Je suis fière de tout ce que tu as accompli à ce jour. J'espère que tu continueras à suivre tes rêves et à réaliser tes objectifs, car je sais que tu as le potentiel de réussir dans tout ce que tu entreprends. Puissent nos liens fraternels se consolider et se pérenniser encore plus.

Je te souhaite le meilleur pour l'avenir.

Aishiteru ABBOUD...

MON TRÈS CHER PETIT FRÈRE

Tu es la lumière qui illumine notre famille de ta joie de vivre et de ton sourire rayonnant. Tu es une personne tellement talentueuse et brillante. Je suis toujours émerveillée par ta curiosité, ta créativité et ta persévérance. Tu as un potentiel incroyable et je suis convaincue que tu accompliras de grandes choses dans ta vie. Peu importe les défis que tu rencontreras sur ton chemin, sache que je serai toujours là pour t'épauler et t'encourager. Je te souhaite tout le succès et la prospérité que tu mérites.

I Love You SHOUPER

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS PATERNELS ET MATERNELS ET MES ONCLES HASSAN ET AHMED

J'aurais bien aimé que vous soyez présents ce jour pour partager avec moi les meilleurs moments de ma vie, mais hélas... Dieu a voulu autrement. Que ce travail soit une prière pour le repos de vos âmes. Puisse Dieu le tout puissant, le grand miséricordieux, vous récompenser et que vos âmes reposent en paix.

A toute ma famille, oncles, tantes et leur conjoint(e)s, cousins et cousines maternels et paternels

C'est une véritable bénédiction pour moi d'être née dans une famille aussi aimante et généreuse. Je tiens à vous exprimer, à toutes et tous, ma gratitude pour votre soutien, votre tolérance et votre patience. Tout au long de ma vie, j'ai toujours ressenti votre présence à mes côtés et je vous en suis infiniment reconnaissante. Acceptez ce travail en témoignage de mon profond amour et affection.

A MA TRÈS CHÈRE AGJIT Loubna (Loulou)

Depuis maintenant dix ans, nous avons partagé tellement de moments mémorables ensemble, des heures à étudier pour nos examens, des fous rires incontrôlables et des moments de tristesse où nous nous sommes soutenues mutuellement. Tu es une amie exceptionnelle, toujours là pour moi... Tu as su m'accepter tel que je suis, avec mes qualités et mes défauts, sans jamais me juger.

Aujourd'hui, je veux te dire merci pour tout ce que tu as apporté dans ma vie. Tu es une personne tellement importante pour moi, une véritable amie, une confidente, une sœur de cœur.

Je te souhaite tout le bonheur et le succès que tu mérites dans la vie. Que notre amitié continue de grandir et de s'épanouir.

A MA TRÈS CHÈRE TALEB SAID Kaoutar (koter)

Tu es une amie fidèle et sincère, avec un cœur en or. Tu as le don de rendre les gens autour de toi heureux, avec ton sourire radieux et ta personnalité chaleureuse. Tu es une source d'inspiration pour moi, avec ta force, ta détermination et ta persévérance. Je te remercie pour toutes les fois où tu as été là pour moi. Tu as su me faire rire quand j'étais triste, et me donner des conseils précieux quand j'étais perdue. Tu es une amie merveilleuse et je suis fière de t'avoir dans ma vie. Je souhaite que notre amitié continue à grandir et à se renforcer au fil des ans.

A MA TRÈS CHÈRE SAKHI Fatimazahra (Titiim)

Ta gentillesse, ton soutien et ta générosité sont des qualités qui t'honorent et qui m'inspirent chaque jour. Je suis heureuse de pouvoir partager avec toi tant de moments de joie, de rire et de complicité.

Que notre amitié continue de briller comme le soleil de nos beaux jours passés ensemble. Merci d'être une présence rayonnante dans ma vie quotidienne.

Je te prie de trouver dans ce travail l'expression de mon estime et de mon attachement. Je t'aime énormément.

A MA TRÈS CHÈRE BOUMLIK Hanane (Hanani)

Tu es une personne merveilleuse, avec un cœur généreux et une grande force intérieure. J'apprécie chaque instant que nous passons ensemble, que ce soit lors de nos balades, sorties au café ou simplement en discutant. Je suis tellement fière de tout ce que tu as accompli jusqu'à présent, et je suis excitée de voir toutes les merveilleuses choses que l'avenir te réserve. Je serai toujours là pour te soutenir et t'encourager dans tes rêves. Alors, à toi mon amie, je dédie ces mots pour te dire combien tu comptes pour moi et pour te remercier d'être une personne aussi remarquable dans ma vie.

A TOUTES LA FAMILLE AGJIT, SAKHI, TALEB SAID ET BOUMLIK

Vos filles sont des amies incroyables et sont devenues pour moi des sœurs, des confidentes et des compagnes de vie précieuses. Je voulais vous remercier de tout mon cœur pour avoir élevé des filles si exceptionnelles, qui ont enrichi ma vie de tant de façons différentes. Votre contribution à leur vie et à la mienne est inestimable.

Je vous dédie ce modeste travail en témoignage de mon affection et ma reconnaissance.

A MA TRÈS CHÈRE LABHOUIJ Oumaïma

Tu es ma binôme, mon amie, ma sœur. Tu me manques énormément, mais je sais que notre amitié est assez solide pour surmonter toutes les distances. J'espère que nous pourrons bientôt nous retrouver pour partager de nouveaux moments de rigolade et de complicité.

Tu es dans mon cœur, ma binôme de toujours. Je souhaite que tu sois comblée de bonheur et que ta vie soit remplie de joie et de succès.

A MA TRÈS CHÈRE EL KHAL Hafsa (Hafsouss) :

Nous avons partagé de longues années ensemble, des moments inoubliables, des hauts et des bas, beaucoup d'amour et de soutien. Je t'envoie plein de câlins et de bisous virtuels, en attendant le jour où nous pourrons nous retrouver en personne.

A TOUS MES AMIS SANS EXCEPTION ET SURTOUT :

Lamia Mansouri, Fatimazahra Lachtane, Fatima Ben mouloud, Naïma Oubenalí, Amal Oubahou , Abdelkhalek Agjit, Rabie Achmakh, Achraf Soussi, Bader Chtouki, Ismail, Bader lasri, Mariana Samuel:

Je souhaite à tous une vie remplie du bonheur et du succès, tant pour les moments mémorables que nous avons partagés ensemble que pour ceux à venir. En guise de témoignage, de ma gratitude et de mon respect, je vous dédie ce travail.

A tous les amis de la FMPM

Kaltoum Hamdane, Hajar Ladnani, Maha Mazlani, Ilham Bada, Maroua Kourri, Taoufik Nidouahman, Sara Manfalouti, Fatimazahra Machrou, Amal Mansoum , Oumaïma Benbrik...

Je vous adresse mes plus sincères sentiments d'affection et d'estime, en vous souhaitant beaucoup de réussite et de bonheur tant sur le plan professionnel que personnel.

A MONSIEUR HMAOUD Abdelkader

Je suis honorée de vous avoir comme ami de la famille. Aucune dédicace ne saurait exprimer le respect que je vous apporte. Je suis infiniment reconnaissante pour votre geste généreux et le temps précieux que vous avez consacré à m'aider. Que Dieu tout puissant veille sur vous en vous comblant de santé, de bonheur et d'une longue vie.

A Professeur Raïss Ghizlane

Vous m'avez fait le grand honneur de m'aider dans ce travail en consacrant de votre temps précieux pour le parfaire. Du fond du cœur, je tiens à vous exprimer toute ma gratitude, cher professeur, ainsi que mes sincères sentiments de reconnaissance, de respect et de profonde sympathie. Je vous prie, cher professeur, d'accepter ma profonde reconnaissance et ma haute considération.

A Nadia

Je suis fière de toi, cher moi-même, pour tout ce que tu as accompli.

***A TOUS MES ENSEIGNANTS DU PRIMAIRE, SECONDAIRE
ET DE LA FACULTÉ DE MEDECINE DE MARRAKECH.***

***A TOUS CEUX DONT L'OUBLI DE LA PLUME N'EST PAS
CELUI DU CŒUR.***



REMERCIEMENTS



A
MON MAÎTRE ET PRÉSIDENTE DE THÈSE
MADAME LE PROFESSEUR FAKHIR BOUCHRA
PROFESSEUR DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE
Au CHU Mohammed VI de Marrakech

Nous sommes extrêmement honorés de la bienveillance que vous témoignez à notre égard en acceptant la présidence de notre jury de thèse. Votre érudition scientifique, votre expertise et vos vertus humaines ont suscité en nous une profonde admiration, qui font de vous un modèle à suivre pour vos étudiants.

Veillez agréer, Chère Maître, l'expression de notre haute considération et de notre profond respect.

A
MON MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE PROFESSEUR
BELBARAKA RHIZLANE
PROFESSEUR D'ONCOLOGIE MÉDICALE
Au CHU Mohammed VI de Marrakech

Je suis profondément honorée que vous ayez bien voulu me confier la réalisation de cette thèse.

Je tiens à vous exprimer toute ma gratitude pour votre patience, votre disponibilité ainsi que pour les encouragements et les précieux conseils que vous m'avez prodigués tout au long de ce travail.

Votre expertise, votre énergie et votre rigueur ont suscité en moi une grande admiration et un profond respect. Vos qualités professionnelles et humaines sont pour moi une source d'inspiration.

Je vous prie d'agréer l'expression de ma profonde reconnaissance ainsi que de mon plus grand respect.

MERCI !!!

A
NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE
PROFESSEUR ALJ SOUMAYA
Chef de service de radiologie
à l'hôpital ibn tofaïl de Marrakech

Nous exprimons notre gratitude la plus sincère pour votre gracieuse présence. Votre acceptation bienveillante de juger cette thèse est un honneur qui nous émeut grandement, et nous souhaitons vous témoigner notre profonde reconnaissance. Chère Maître, veuillez agréer l'expression de notre estime et de notre respect profond à travers ce travail.

A
NOTRE MAITRE ET JUGE DE THESE
PROFESSEUR EL FADLI MOHAMMED
professeur agrégé en oncologie médicale
Au CHU Mohammed VI de Marrakech

Nous souhaitons ardemment vous témoigner notre plus profonde reconnaissance pour avoir accepté de faire partie de ce prestigieux jury.

Votre présence est pour nous un honneur indéniable. Permettez-nous, éminent Professeur, de vous présenter l'expression de notre profond respect.



LISTE DES ABRÉVIATIONS



Liste des abréviations :

ACE	: Antigène carcino-embryonnaire
ACR	: American College of Radiology
BI-RADS	: Breast imaging reporting and data system
BRCA1-2	: Breast Cancer 1 - 2
CA15-3	: Cancer Antigen 15-3
CCIS	: Carcinome canalaire in situ
GS	: Ganglion sentinelle
HER2	: human epidermal growth factor receptor 2

IA	: Inhibiteurs de l'aromatase
IHC	: Immunohistochimie
IRM	: Imagerie par résonance magnétique
MG	: Médecin généraliste
PEC	: Prise en charge
PNPCC	: Plan national de prévention et de contrôle du cancer
RCRGC	: Registre des cancers de la région du grand Casablanca
RH	: Récepteurs hormonaux
RE	: Récepteur de l'œstrogène
RP	: Récepteurs de la progestérone
RTH	: Radiothérapie
SO	: Suppression ovarienne
TAM	: Tamoxifène



Plan



INTRODUCTION	1
MATERIELS ET METHODES	4
RESULTATS	9
I. Description des médecins généralistes selon les caractères sociodémographiques et professionnels	11
1. La répartition des médecins généralistes selon le sexe	11
2. La répartition des médecins généralistes selon l'âge	11
3. La répartition des médecins généralistes selon les années d'expérience	12
4. La répartition des médecins généralistes selon le territoire d'exercice	13
5. La répartition des médecins généralistes selon le secteur d'activité	13
II. Pratiques et connaissances vis-à-vis du dépistage et du diagnostic du cancer du sein	14
1. L'incidence du cancer du sein chez les femmes au Maroc	14
2. Les facteurs du risque recherchés pour dépister un éventuel cancer du sein	15

3.	Les symptômes recherchés devant une suspicion du cancer du sein	16
4.	Le nombre d'examens cliniques des seins pratiqué par les médecins généralistes par semaine	17
5.	L'âge des patientes à partir duquel les MG commencent l'examen clinique des seins	17
6.	Les régions anatomiques palpées systématiquement par les MG	18
7.	Les examens paracliniques demandés par les MG dans le cadre du dépistage	19
8.	La détection d'une tumeur à fortiori maligne lors d'un dépistage systématique	20
III.	Pratiques et connaissances vis-à-vis de la prise en charge du cancer du sein	20
1.	La présence des patientes traitées ou au cours de traitement du cancer du sein dans la patientèle des MG	20
2.	La participation au suivi des femmes atteintes d'un cancer du sein :	21
3.	Le plan du suivi des patientes	22
4.	Les moyens utilisés par les MG pour le suivi des patientes atteintes du cancer du sein	22
5.	Les signes recherchés par les médecins après le traitement par : la chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie	23
6.	La conduite des MG devant une patiente traitée par l'hormonothérapie (tamoxifène, aromatasase)	23
7.	La pratique des MG pour soulager les patientes	24
8.	Les explorations dans le cadre du dépistage des métastases du cancer du sein	24
IV.	Difficultés rencontrées par les MG et leurs attentes	25
1.	Le stade de la maladie auquel le médecin généraliste se sent impliqué	25
2.	Les diplômes complémentaires ou les formations en lien avec la cancérologie	25
3.	Membre d'un réseau de cancérologie ou de soins palliatifs	25
4.	Avis sur la qualité des connaissances en cancérologie :	26
5.	Les contraintes qui freinent la pratique des MG en cancérologie	26
6.	Les formations désirées par les MG	27
7.	La communication entre les MG et les spécialistes	27
V.	Analyse bi-variée	28
1.	La corrélation entre la durée d'expérience et les symptômes recherchés	28
2.	La corrélation entre la durée d'expérience et le nombre d'examens cliniques effectués	29
3.	La corrélation entre la durée d'expérience et les régions anatomiques palpées	29
4.	La corrélation entre la durée d'expérience et les examens paracliniques demandés	30
5.	La corrélation entre la durée d'expérience et le suivi des patientes	31
6.	La corrélation entre la durée d'expérience et les moyens utilisés par les	31

MG pour le suivi	
7. La corrélation entre la durée d'expérience et les diplômes complémentaires ou les formations en cancérologie	32
DISCUSSION	34
I. Le cancer du sein	35
1. Epidémiologie	37
2. Facteurs de risque	42
3. Diagnostic Précoce	49
4. Classification	49
5. Bilan d'extension	49
6. Prise en charge	50
7. Surveillance	58
II. Rôle de médecin généraliste dans le cancer du sein	60
1. Rôle de MG dans la prévention	62
2. Rôle de MG dans le dépistage	68
3. Rôle de MG dans l'annonce et l'accompagnement des malades et leurs familles	73
4. Rôle de MG dans le suivi	74
5. Rôle de MG dans la PEC des effets secondaires	79
6. Rôle des MG dans les soins palliatifs	85
7. Difficultés et obstacles rencontrés par les MG et leurs attentes	87
III. Recommandations	92
IV. Limites de notre étude	92
CONCLUSION	94
RESUMES	96
ANNEXES	102
BIBLIOGRAPHIE	114



INTRODUCTION



Le cancer du sein représente la tumeur maligne la plus fréquente chez les femmes. En outre, il est la principale cause de mortalité par cancer féminin. Son incidence augmente régulièrement, ce qui est en fait un problème majeur de santé publique, tant au Maroc qu'à l'échelle mondiale.

Selon les dernières statistiques du Globocan 2020, le cancer du sein constitue 11,7 % de tous les nouveaux cas du cancer dans le monde, avec environ 2,3 millions de nouveaux cas enregistrés et une mortalité de 685 000 décès (1).

Au Maroc, 11 747 nouveaux cas du cancer du sein chez la femme ont été diagnostiqués au cours de l'année 2020. Ce nombre représente environ 19,8 % de tous les nouveaux cas du cancer et 38,9 % de tous les cancers chez les femmes (1).

La réduction de la mortalité due au cancer du sein dépend dans une large mesure des interventions visant à la détection et au traitement précoces, notamment l'auto-examen des seins, l'examen clinique des seins et la mammographie.

Le médecin généraliste (MG) joue un rôle clé, car plus de 80 % des patients atteints de cancers courants consultent d'abord leur médecin généraliste pour leurs symptômes (2).

En raison de leur place centrale dans le système de soins et de leur rôle en matière d'information et d'orientation des patientes, les médecins généralistes peuvent contribuer considérablement à la prévention, le dépistage, la détection, le traitement et les soins palliatifs y compris le soutien psychosocial des patientes et de leurs familles et la sensibilisation des femmes vis-à-vis du cancer du sein (2).

La clé du succès réside dans l'amélioration de l'interaction du médecin généraliste avec l'équipe multidisciplinaire qui comprend non seulement des oncologues et des chirurgiens, mais aussi une variété de disciplines paramédicales (2).

Les connaissances des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage, diagnostic et PEC du cancer du sein dans la région de Souss Massa

Pour qu'il soit un acteur efficace et assume parfaitement son rôle, il doit obligatoirement avoir des connaissances adéquates par rapport au cancer du sein et son dépistage (3).

L'objectif de notre étude est d'évaluer les connaissances du médecin généraliste vis-à-vis du dépistage, le diagnostic et la prise en charge du cancer du sein.



MATERIELS ET METHODES



1. Type et durée de l'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale auprès des médecins généralistes de la région de Souss-Massa.

Cette étude a été réalisée durant 5 mois, depuis le 01 Août 2022 jusqu'au 31 décembre 2022.

- **Objectif de l'étude :**

L'objectif de cette étude est d'évaluer les connaissances des médecins généralistes face au dépistage, diagnostic et prise en charge du cancer du sein.

2. Population cible :

La cible de notre étude est les médecins généralistes exerçant dans le secteur public et privé dans la région de Souss Massa.

Les critères d'inclusion :

- Etre médecin généraliste.
- Exercer dans un cabinet médical ou au centre de santé.
- Exercer dans la région de Souss Massa.

3. Elaboration du questionnaire :

Le questionnaire de l'enquête (annexe 1) a été établi à partir de recherches bibliographiques, ce qui contribue à avoir des thèmes clés :

- La pratique des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage et du diagnostic du cancer du sein.

Les connaissances des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage, diagnostic et PEC du cancer du sein dans la région de Souss Massa

- La pratique des médecins généralistes vis-à-vis de la prise en charge du cancer du sein.
- Les contraintes rencontrées par les médecins généralistes.

Nous avons élaboré un questionnaire comportant 29 questions, dont 27 questions sont fermées (choix unique ou choix multiples) dont une seule question imbriquée avec des sous-questions, et 2 questions ouvertes.

Le questionnaire contient 4 parties :

*** La première partie :**

Cette partie est constituée de 5 questions portant sur les caractères sociodémographiques des MG (sexe, âge, les années d'exercice, lieu et secteur d'exercice).

*** La deuxième partie :**

Elle La seconde partie comprend 9 questions dans le but de déterminer la pratique des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage et du diagnostic du cancer du sein.

*** La troisième partie :**

Cette partie se compose de 9 questions portant sur la pratique des médecins généralistes vis-à-vis de la PEC du cancer du sein.

*** La quatrième et dernière partie :**

Cette partie porte sur les obstacles et les contraintes rencontrés par les médecins généralistes dans leurs pratiques face aux cancers, les formations faites de leur part et celles souhaitées, ainsi que leurs attentes ; La dernière question à pour but de vérifier l'existence ou non de la communication entre les oncologues et les médecins généralistes.

Une phase du test a été effectuée auprès de 10 médecins généralistes de la région avant de valider la forme finale du questionnaire. Des questions ont été reformulées et restructurées afin d'éviter toute ambiguïté.

4. Echantillonnage, collecte des données et diffusion :

C'est un échantillonnage aléatoire simple.

Les données ont été collectées par le biais d'un questionnaire anonyme préétabli (Annexe1) avec deux modes de diffusion afin d'atteindre un taux de participation significatif.

Diffusion directe :

- Par la recherche sur Internet des adresses des cabinets privés, visite des centres de santé de la région de Souss Massa, et par contact avec les médecins généralistes présents lors des tables rondes organisées par l'association des médecins femmes du sud ou celle des médecins privés d'Agadir.

Les questionnaires ont été distribués directement aux médecins généralistes en format papier par un seul médecin interne pour réduire au maximum un éventuel biais dû à l'enquêteur.

Diffusion indirecte :

- Un questionnaire de thèse par voie électronique via le logiciel Google Form distribué en ligne dans des groupes créés par des médecins généralistes sur les réseaux sociaux.

5. Saisie et analyse des données :

Les textes et les tableaux ont été saisis sur le logiciel Microsoft office Excel 2013, et les graphiques à l'aide du logiciel Excel 2013.

L'analyse et le traitement des statistiques ont été exécutés et codés à l'aide du logiciel SPSS après un traitement initial des réponses sur Excel 2013.

Une analyse descriptive a été effectuée en premier lieu, présentant les variables quantitatives en moyenne et les variables qualitatives en fréquence et pourcentage.

Une analyse bi-variée a été réalisée pour évaluer l'impact des années d'exercice sur les connaissances et la pratique des médecins généralistes vis-à-vis du cancer du sein. Le test statistique utilisé pour comparer les variables qualitatives est le test du Chi² de Pearson.

Un p inférieur à 0,05 considéré comme significatif.

6. Considérations éthiques :

Les lois marocaines et de la déclaration d'Helsinki pour la protection des personnes ont été respectées lors de l'étude.

Respect de la confidentialité et l'anonymat des médecins durant l'étude, et aussi le respect de leurs refus à participer à l'étude.

L'administration du questionnaire était conditionnée par le consentement oral des médecins avec l'explication des objectifs de l'étude.



RESULTATS



Les connaissances des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage, diagnostic et PEC du cancer du sein dans la région de Souss Massa

Notre étude a été effectuée auprès de 140 médecins généralistes.

- 80 médecins ont été approchés par diffusion directe, 75 ont répondu et 5 médecins ont refusé par manque du temps, ou l'absence de cas de cancer du sein dans leurs consultations. Certains ont accepté de répondre immédiatement, d'autres de façon différée.
- Et nous avons reçu 60 réponses via la diffusion indirecte.
- Le taux de réponse global est de 96,4 %.

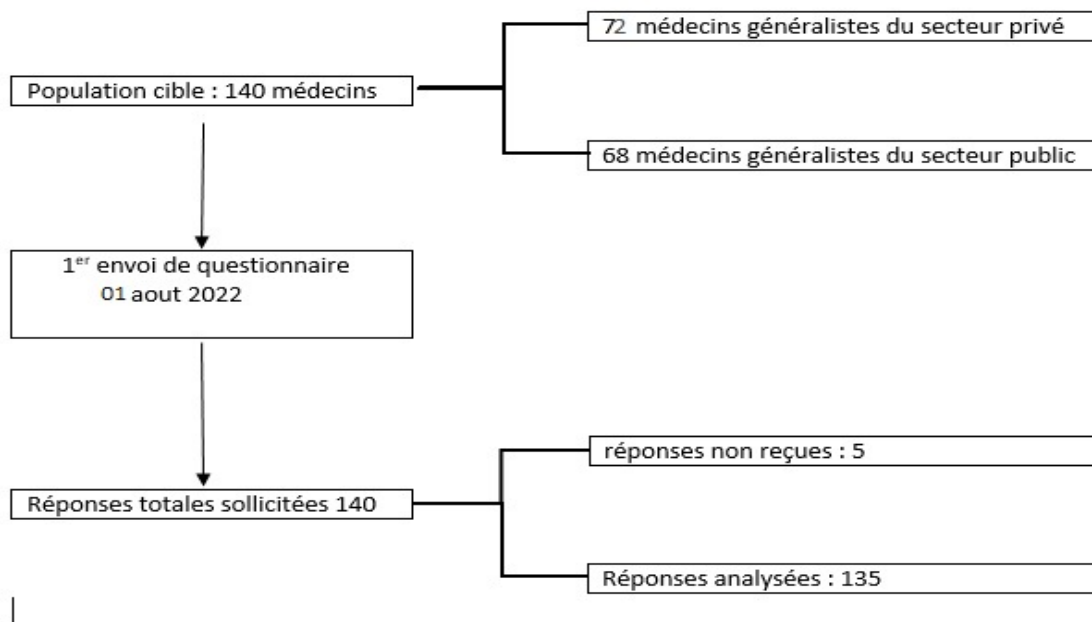


Figure 1 : Diagramme du flux de l'enquête

I. Description des médecins généralistes selon les caractères sociodémographiques et professionnels :

1. La répartition des médecins généralistes selon le sexe :

Sur les 135 enquêtés, nous avons noté une nette prédominance du sexe féminin, avec 68 % médecins de sexe féminin et 32 % médecins de sexe masculin, dont le ratio homme/femme est de 0,46.

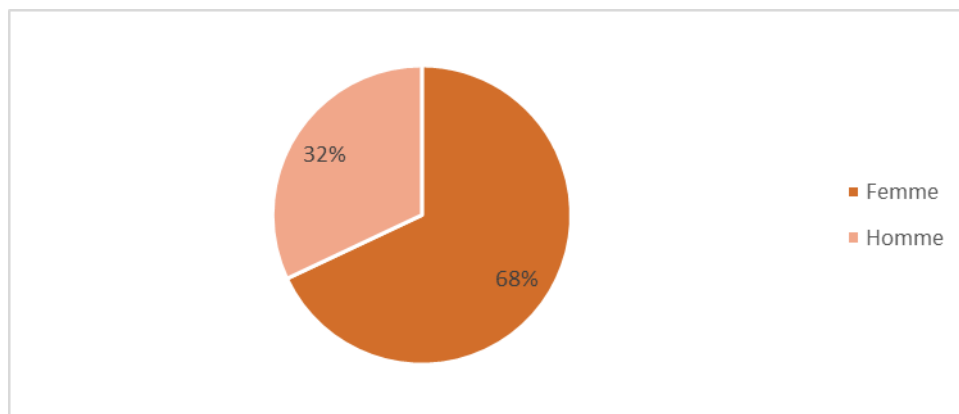


Figure 2 : La répartition des médecins généralistes selon le sexe.

2. La répartition des médecins généralistes selon l'âge :

L'âge de l'ensemble de 135 MG interrogés varie entre 25 et 71 ans avec un âge moyen de 39,7 ans.

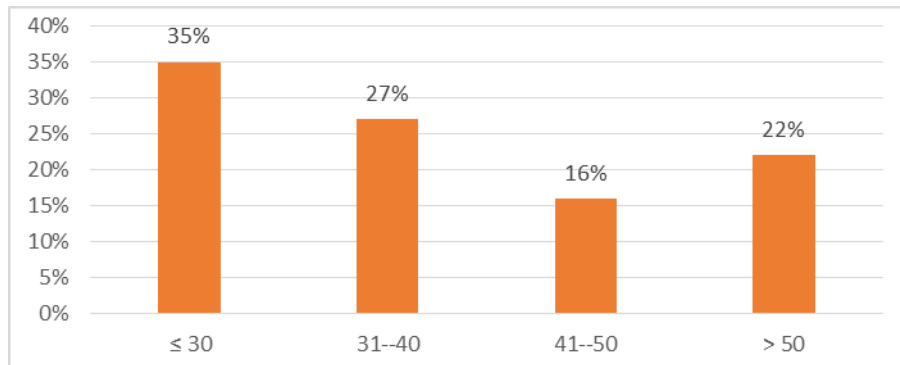


Figure 3 : La répartition des médecins généralistes selon l'âge.

3. La répartition des médecins généralistes selon les années d'expérience :

Parmi les médecins généralistes, 56 % possèdent une expérience professionnelle de plus de 5 ans, tandis que 44 % ont moins de 5 ans d'expérience.

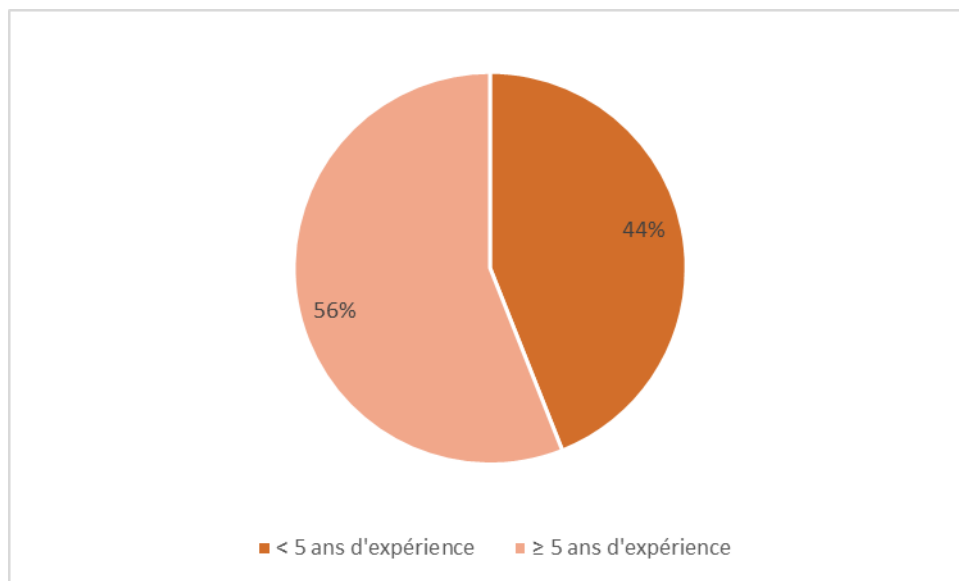


Figure 4 : La répartition des médecins généralistes selon les années d'expérience.

4. La répartition des médecins généralistes selon le territoire d'exercice :

Le milieu urbain est prédominant dans cette enquête, avec 76 % des médecins interrogés exerçant en milieu urbain contre 24 % des médecins en milieu rural.

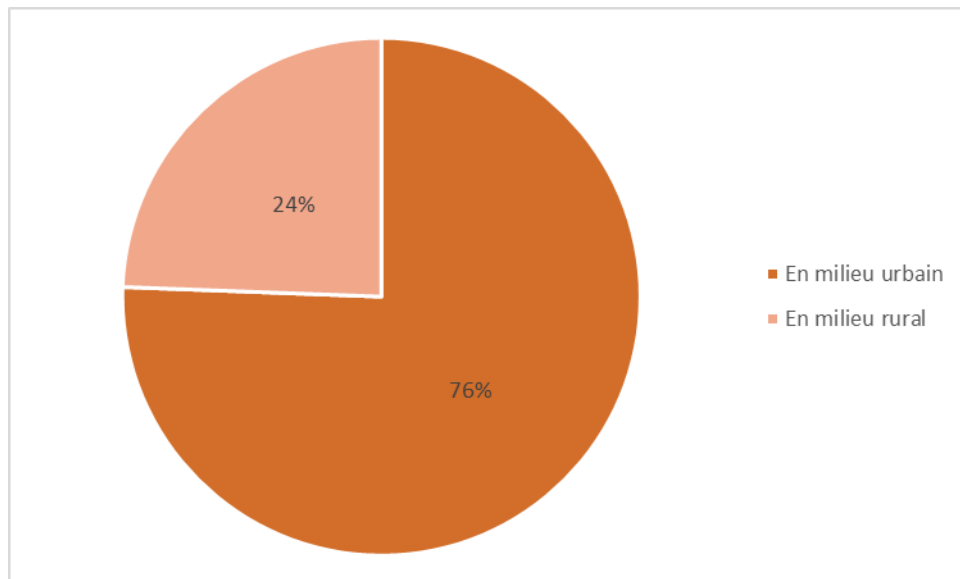


Figure 5 : La répartition des médecins généralistes selon le territoire d'exercice.

5. La répartition des médecins généralistes selon le secteur d'activité :

Le nombre des médecins généralistes interviewés exerçant dans le secteur privé est de 70 MG représentant 52 % de la taille de l'échantillon, tandis que 65 médecins travaillant dans le secteur public représentent 48 % de la taille de l'échantillon.

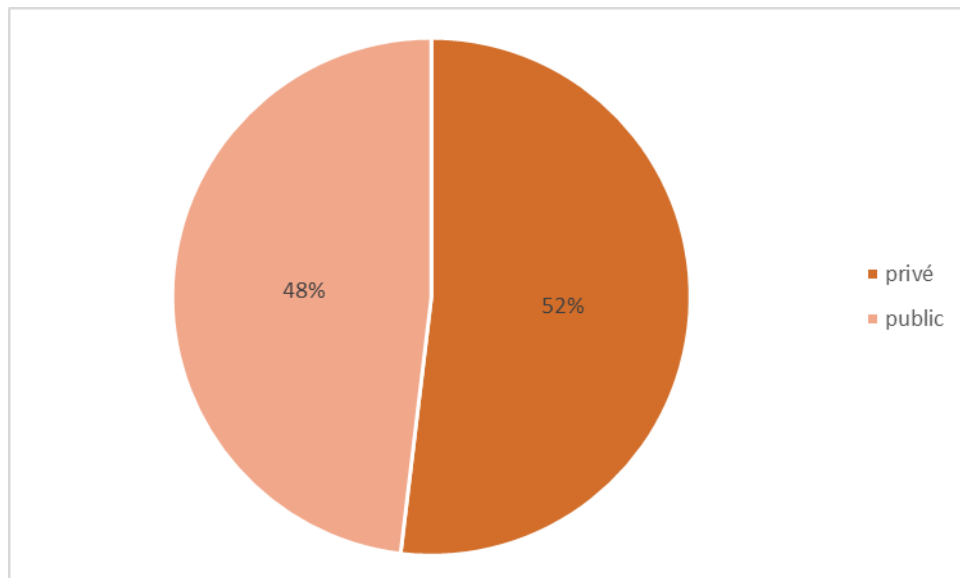


Figure 6 : La répartition des médecins généralistes selon le secteur d'activité.

II. Pratiques et connaissances vis-à-vis du dépistage et du diagnostic du cancer du sein :

1. L'incidence du cancer du sein chez les femmes au Maroc :

Parmi les médecins interrogés, 47 % d'entre eux n'ont aucune connaissance du taux d'incidence du cancer du sein chez les femmes au Royaume. En revanche, 27 % ont jugé que le taux d'incidence est de 38,9 %, 22 % ont estimé le taux à 19,2 %, tandis que 4 % des médecins ont indiqué un taux d'incidence de 60 %.

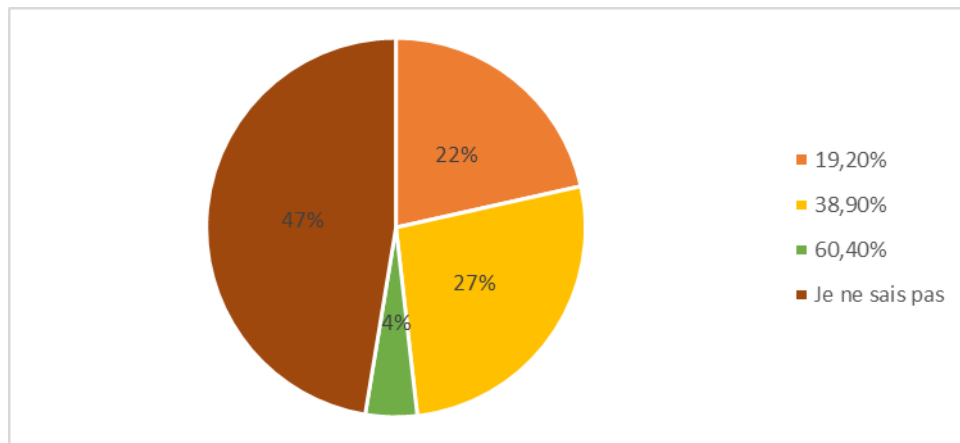


Figure 7 :L'incidence du cancer du sein chez les femmes au Maroc.

2. Les facteurs du risque recherchés pour dépister un éventuel cancer du sein :

Les facteurs de risque recherchés par les médecins généralistes sont :

- La présence d'antécédents familiaux du cancer du sein.
- L'utilisation prolongée des contraceptifs oestroprogestatifs.
- La nulliparité.
- La puberté précoce.
- et la ménopause tardive.

Tableau I : Les facteurs de risque recherchés par les médecins généralistes.

	Nombre	Pourcentage%
La présence d'antécédents familiaux du cancer du sein	135	100
L'utilisation prolongée des contraceptifs œstroprogestatifs	107	79
La nulliparité	102	76
La puberté précoce	72	53
La ménopause tardive	66	49
Autres : le stress, sédentarité, absence de l'allaitement, irradiation, âge	11	8

3. Les symptômes recherchés devant une suspicion du cancer du sein :

Le symptôme le plus recherché est l'adénopathie axillaire, suivi par la rétraction mamelonnaire, puis l'inflammation du sein, et la mastodynie.

Tableau II : les symptômes recherchés par les médecins généralistes.

	Nombre	Pourcentage %
Adénopathie axillaire	132	98
Rétraction mamelonnaire	130	96
Autopalpation d'un nodule par la patiente	120	89
Écoulement mamelonnaire	120	89
Inflammation du sein	104	77
Autre : mastodynie	6	4

4. Le nombre d'examens cliniques des seins pratiqué par les médecins généralistes par semaine:

Sur 135 MG interviewés, 51 % des médecins généralistes interrogés effectuent moins de 5 examens cliniques des seins par semaine, alors que seulement 9 % des médecins qui font plus de 20 examens par semaine.

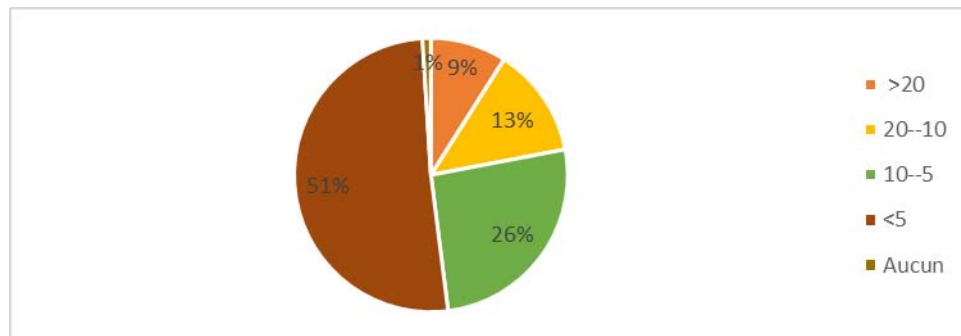


Figure 8 : Le nombre d'examens cliniques des seins que les médecins généralistes réalisent par semaine.

5. L'âge des patientes à partir duquel les MG commencent l'examen clinique des seins :

Sur la totalité des MG de notre enquête, on note que 53 % des médecins généralistes ont confirmé que l'âge à partir duquel ils commencent l'examen clinique des seins aux patientes est 40 ans, tandis que 30 ans et 25 ans ont été les réponses de 21% et 18% des médecins respectivement, et 14 % le font dès la prescription de la pilule, tandis que 6 % des médecins interviewés commencent l'examen avant 25 ans ou après 49 ans.

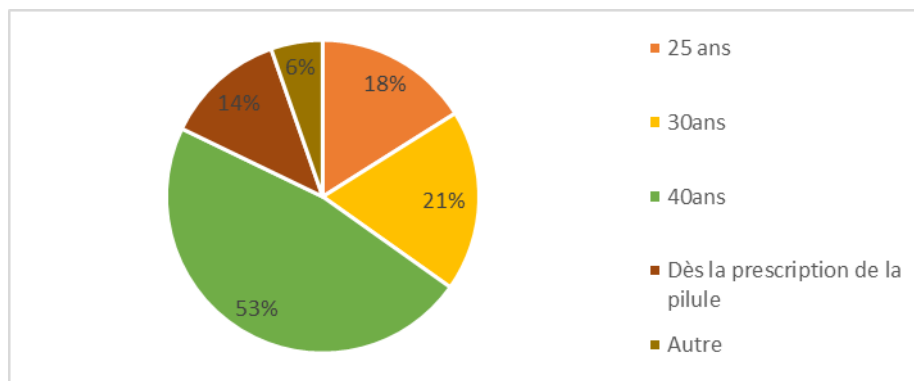


Figure 9 : L'âge des patientes à partir duquel les MG commencent l'examen clinique des seins.

6. Les régions anatomiques palpées systématiquement par les MG :

La palpation des deux seins se fait par 98 % de l'ensemble des médecins interviewés, et les aires axillaires par 96 % des médecins, les aires sus claviculaire se palpent par 56 % des médecins, alors que 2 % des médecins se limitent à la palpation du sein symptomatique seul.

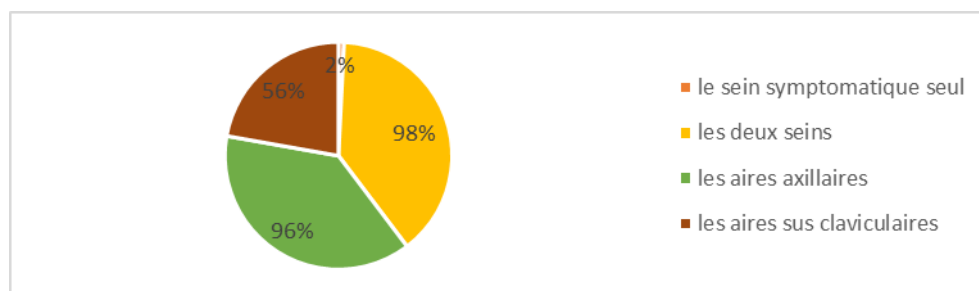


Figure 10 : Les régions anatomiques palpées systématiquement par les MG.

7. Les examens paracliniques demandés par les MG dans le cadre du dépistage :

Le couple échographie-mammographie est le plus demandé par les MG interrogés avec un pourcentage de 78 %, alors que la mammographie ou échographie sont demandées respectivement par 21 % et 4 % des MG.

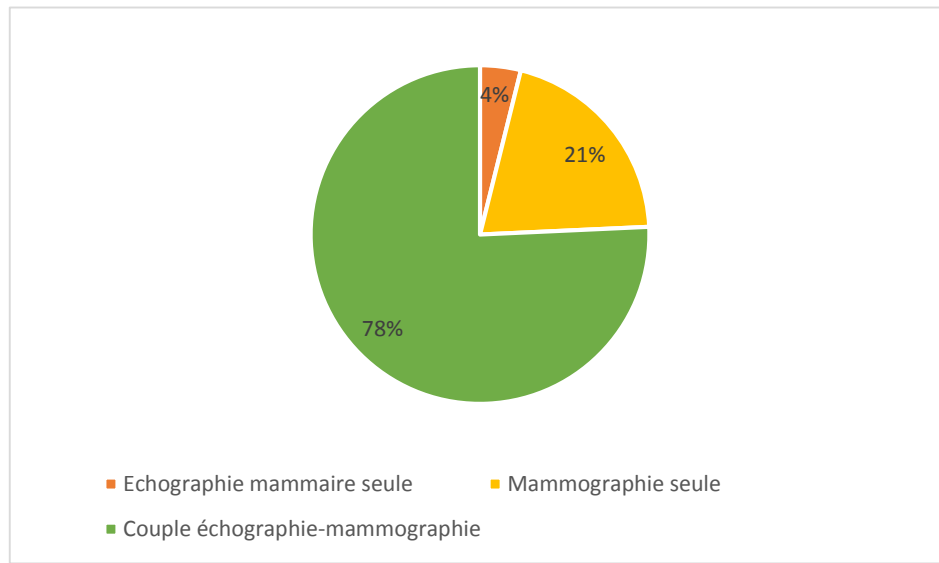


Figure 11 : Les examens paracliniques demandés par les MG.

La fréquence de la demande de l'examen paraclinique :

La fréquence à laquelle les médecins recommandent l'examen du dépistage varie. Environ 59 % des médecins interrogés conseillent un examen tous les 2 ans, tandis que 24 % recommandent un examen annuel. Environ 13 % des médecins suggèrent un examen tous les 3 ans, tandis que 4 % ont proposé différentes options, telles que tous les 4 ans, en fonction de la clinique, à la demande ou par un dépistage systématique.

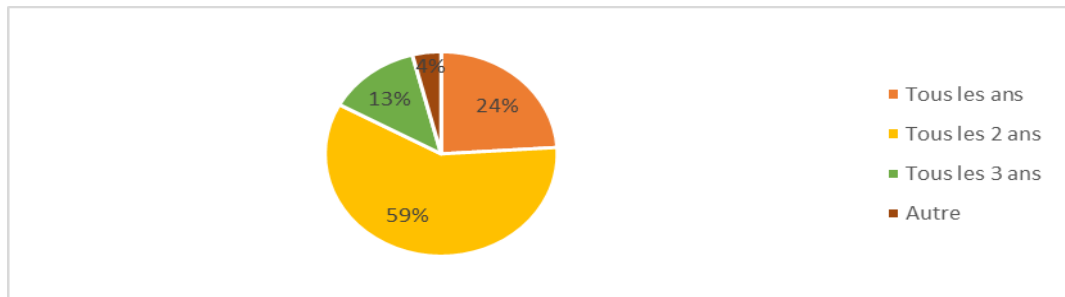


Figure 12 : La fréquence de la demande de l'examen paraclinique.

8. La détection d'une tumeur à fortiori maligne lors d'un dépistage systématique :

Une tumeur a fortiori maligne est détectée par 67 % de l'ensemble des médecins interrogés lors du dépistage systématique, contrairement à 32 % des médecins qui ne l'avaient jamais détectée.

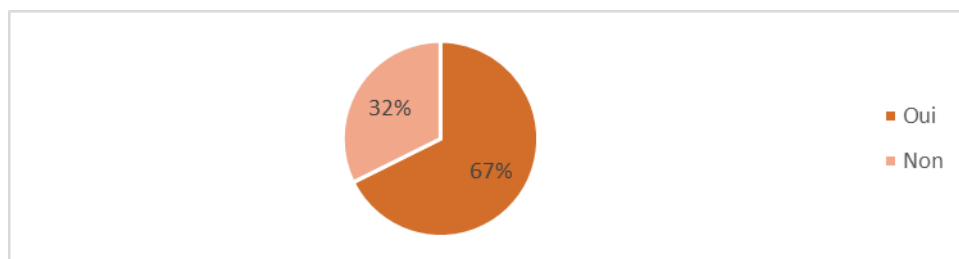


Figure13 : La détection d'une tumeur à fortiori maligne lors d'un dépistage systématique.

III. Pratiques et connaissances vis-à-vis de la prise en charge du cancer du sein :

1. La présence des patientes traitées ou au cours de traitement du cancer du sein dans la patientèle des MG :

Parmi les médecins généralistes interrogés, 80 % prennent en charge des patientes que ce soit traitées ou en cours du traitement du cancer du sein, tandis que 20 % n'ont pas eu l'occasion de prendre en charge des patientes atteintes du cancer du sein.

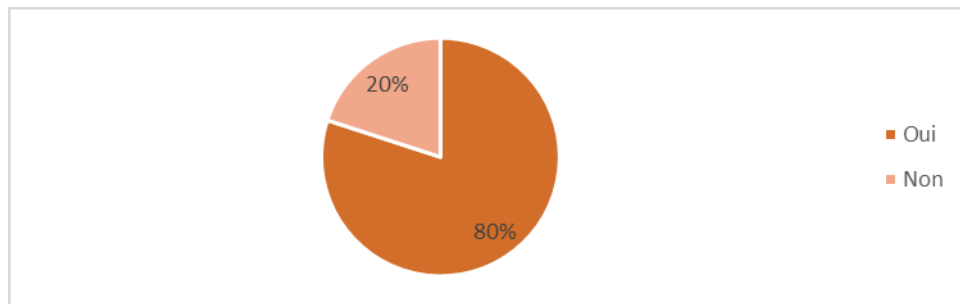


Figure 14 : La présence des patientes traitées ou au cours de traitement du cancer du sein.

Parmi les 108 MG qui ont répondu, 81 % ont moins de 10 patientes traitées ou au cours de traitement du cancer du sein, 15 % entre 10 et 20 patientes, et seulement 4 % ont plus de 20 patientes.

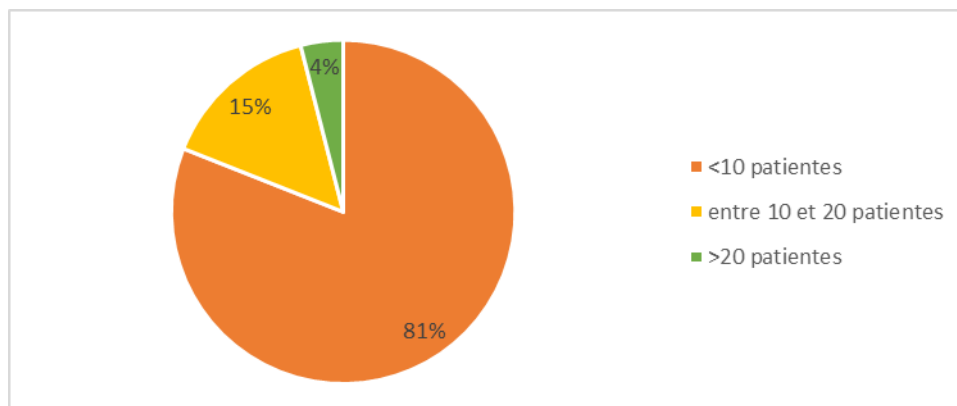


Figure 15 : L'étendue de la patientèle traitées ou au cours de traitement du cancer du sein chez les MG interrogés.

2. La participation au suivi des femmes atteintes d'un cancer du sein :

Sur 135 MG de notre enquête, il y a une proportion presque égale de médecins qui effectuent le suivi et de ceux qui ne le font pas, soit respectivement 52 % et 48 %.

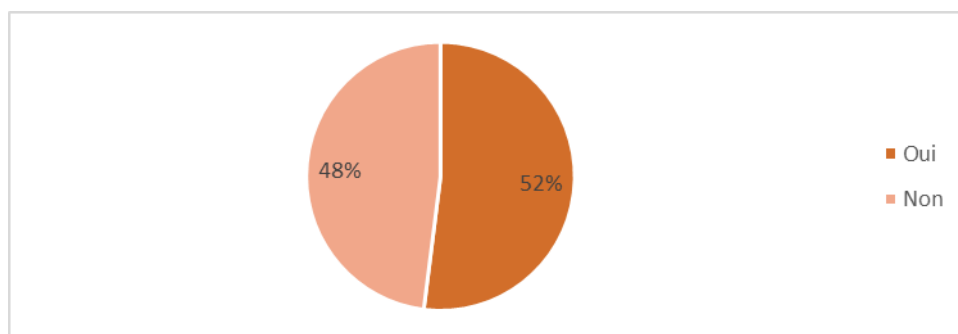


Figure 16 : La participation au suivi des femmes atteintes du cancer du sein.

3. Le plan du suivi des patientes :

La plupart des médecins qui effectuent le suivi accordent une attention particulière au soutien psychologique, représentant 81 %.

Tableau III : le plan du suivi des patientes

	Le nombre	Pourcentage %
Le soutien psychologique	57	81
Suivi pour dépistage de récurrence locorégionale	46	66
La PEC des complications des divers choix thérapeutiques	36	51
Suivi pour dépistage de récurrence métastatique	36	51

4. Les moyens utilisés par les MG pour le suivi des patientes atteintes du cancer du sein :

Sur 110 MG interrogés, 91 % effectuent l'examen clinique tous les ans après les 5 premières années, et 51 % réalisent la mammographie 6 mois après la fin de la radiothérapie. En revanche, seulement 14 % des médecins généralistes effectuent un suivi par TDM TAP.

5. Les signes recherchés par les médecins après le traitement par : la chirurgie, chimiothérapie ou radiothérapie :

Le nombre des MG interrogés qui ont répondu à cette question est de 121 sur un total de 135 MG.

Les signes recherchés par les MG interrogés par ordre décroissant :

- Infection du site opératoire
- Neutropénie fébrile devant une fièvre
- Nausées, vomissements
- Mucite buccale
- Fracture des côtes
- Certains médecins ont également mentionné la dénutrition, l'alopécie, le prurit et le lymphœdème.

Tableau IV : les signes recherchés par les médecins après le traitement

	Le nombre	Le pourcentage %
Infection du site opératoire	109	90
Neutropénie fébrile devant une fièvre	106	88
Nausées, vomissements	88	73
Mucite buccale	69	57
Fracture des côtes	30	25
Autres : dénutrition, alopecie, prurit, lymphœdème...	2	0,18

6. La conduite des MG devant une patiente traitée par l'hormonothérapie (tamoxifène, aromatase) :

Le nombre des MG interviewés qui ont répondu à cette question est de 113 MG sur un total de 135 MG.

La conduite des MG interrogés devant une patiente traitée par l'hormonothérapie par ordre décroissant :

- L'examen gynécologique annuel est pratiqué par 78 % des MG.
- L'échographie pelvienne annuelle est préférée par 71 % des MG pour surveiller l'endomètre.
- La contraception efficace est choisie par 57 % des MG.
- L'ostéodensitométrie initiale puis annuelle réalisée par 37 % des MG.
- Le bilan lipidique annuel est demandé seulement par 32 % des MG.

7. La pratique des MG pour soulager les patientes :

Les antalgiques pour soulager les arthromyalgies sont les plus utilisés par les MG avec un pourcentage de 85 % de 129 médecins répondants, 66 % préfèrent les antidépresseurs pour calmer les douleurs neuropathiques tandis que 49 % optent pour les antalgiques, avec une minorité de 0,16 % qui recommande la rééducation physique, hijama, acupuncture.

8. Les explorations dans le cadre du dépistage des métastases du cancer du sein :

Tableau V : Les explorations dans le cadre du dépistage des métastases du cancer du sein.

	Le nombre	Le pourcentage %
Radiographie pulmonaire devant des douleurs thoraciques toux, dyspnée	96	75
Echographie hépatique devant : prurit, douleur abdominale	89	69
Radiographie de rachis devant des douleurs rachidiennes	71	55
IRM cérébrale devant des céphalées, vertige, trouble visuels	51	40
TDM TAP	45	35
Pas d'exploration dans ce cadre	5	4

IV. Difficultés rencontrées par les MG et leurs attentes :

1. Le stade de la maladie auquel le médecin généraliste se sent impliqué :

Le stade auquel les MG se sentent impliqués le plus est le diagnostic (dépistage) (96 %) contre seulement 5 % des médecins impliqués dans la décision thérapeutique.

Tableau VI : Le stade de la maladie auquel le médecin généraliste se sent impliqué.

	Le nombre	Le pourcentage %
Diagnostic (dépistage)	129	96
Surveillance après traitement (dépistage des récurrences, suivi des séquelles)	67	50
Annonce de la maladie	59	44
Suivi du traitement (tolérance, PEC des effets secondaires)	41	30
Phase terminale (soins palliatifs)	28	21
Décisions thérapeutiques (participation aux réunions de concertation pluridisciplinaire(RCP))	7	5

2. Les diplômes complémentaires ou les formations en lien avec la cancérologie :

Sur les 135 enquêtés, seulement 9 % des MG interviewés ont reçu des formations en lien avec la cancérologie : des formations dans le cadre des soins palliatifs et douleurs, formation et diplôme d'échographie dans le cadre de dépistage du cancer du sein, médecine de famille, santé intégrative.

3. Membre d'un réseau de cancérologie ou de soins palliatifs :

Sur un total de 135 MG interrogés, seulement 3 % sont membres d'un réseau de cancérologie ou de soins palliatifs.

4. Avis sur la qualité des connaissances en cancérologie :

Seulement 13 % des médecins généralistes interrogés se jugent compétents pour prendre en charge les patients atteints du cancer.

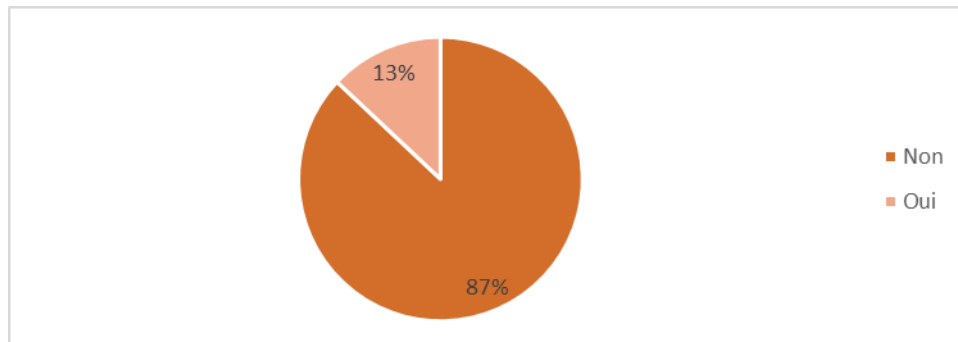


Figure 17 : Les compétences des MG vis à vis d'une prise en charge optimale des patients atteints d'un cancer.

5. Les contraintes qui freinent la pratique des MG en cancérologie:

Parmi les contraintes rencontrées par les MG :

- Le manque de formation dans cette discipline en premier lieu ;
- Et la charge affective importante.

Le tableau ci-dessous résume les principales contraintes citées.

Tableau VII : Les obstacles entravant la pratique des MG.

	Le nombre	Le pourcentage %
Le manque de formation dans cette discipline	111	82
La difficulté d'organisation des soins dans cette PEC multidisciplinaire	85	63
La charge affective importante	33	24
Le caractère chronophage	33	24
L'absence de rémunération adaptée	21	16

6. Les formations désirées par les MG :

Les médecins généralistes interrogés sont globalement intéressés par des formations concernant :

- la Surveillance après traitement (dépistage des récurrences, suivi des séquelles) (73 %),
- le suivi du traitement (tolérance, PEC des effets secondaires) (71 %),
- le diagnostic (dépistage) (63 %),
- la phase terminale (soins palliatifs) (58 %),
- les décisions thérapeutiques (50%),
- l'annonce de la maladie (43 %).

Tableau VIII : Les formations souhaitées par les MG.

	Le nombre	Le pourcentage %
Surveillance après traitement (dépistage des récurrences, suivi des séquelles)	98	73
Suivi du traitement (tolérance, PEC des effets secondaires)	96	71
Diagnostic (dépistage)	85	63
Phase terminale (soins palliatifs)	78	58
Décisions thérapeutiques	68	50
Annonce de la maladie	58	43

7. La communication entre les MG et les spécialistes :

Sur un total de 135 MG, seulement 22 % des médecins interrogés ont été informés par l'équipe des médecins spécialisés par rapport au diagnostic, pronostic et le traitement de leurs patientes.

V. Analyse bi-variée :

Après les résultats descriptifs, nous avons réalisé une analyse bi-variée afin de déterminer si la durée d'exercice influence la pratique du médecin généraliste vis-à-vis du dépistage, diagnostic et de la prise en charge des patientes atteintes du cancer du sein.

1. La corrélation entre la durée d'expérience et les symptômes recherchés :

Dans notre étude, aucune influence significative de l'ancienneté professionnelle sur les symptômes recherchés par les MG.

Ce résultat est statistiquement non significatif ($P=0,459$).

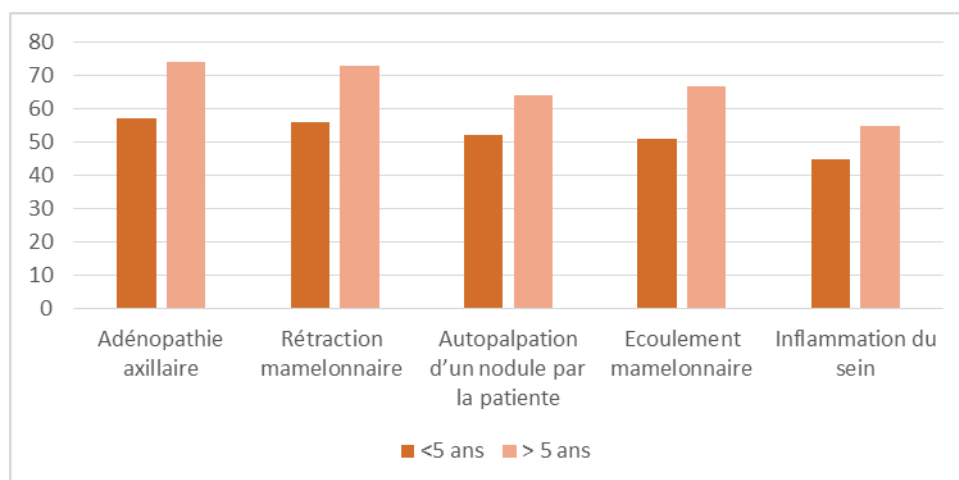


Figure 18 : Les symptômes recherchés en fonction des années d'exercice.

2. La corrélation entre la durée d'expérience et le nombre d'examens cliniques effectués :

Dans notre étude, nous notons qu'il y a une influence entre l'ancienneté professionnelle et le nombre d'examens cliniques effectués par les MG interrogés.

Ce résultat est statistiquement significatif ($P= 0,022$).

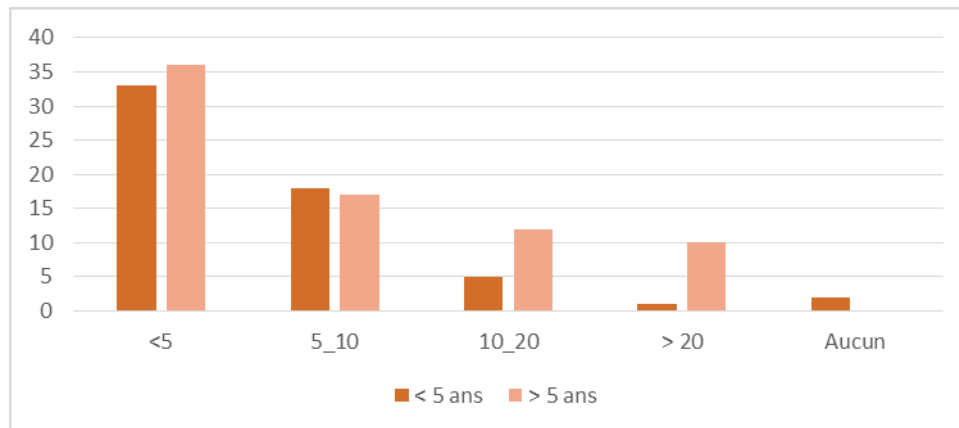


Figure 19 : Le nombre d'examens cliniques des seins par semaine en fonction des années d'exercice.

3. La corrélation entre la durée d'expérience et les régions anatomiques palpées:

Il n'y a pas de corrélation significative ($P=0,232$) entre l'expérience professionnelle des médecins généralistes et les régions anatomiques qu'ils palpent.

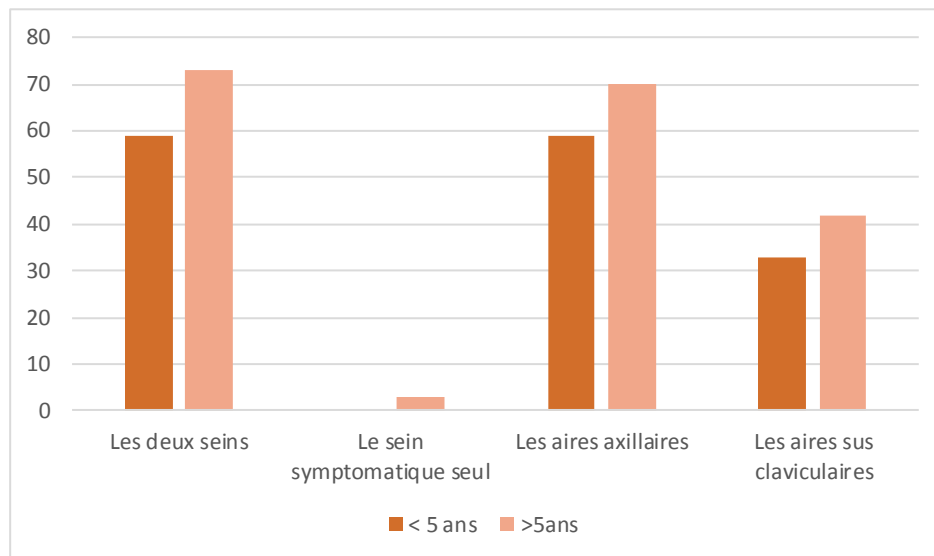


Figure 20 : Les régions anatomiques palpées en fonction de la durée d'expérience.

4. La corrélation entre la durée d'expérience et les examens paracliniques demandés:

Cette comparaison a objectivé une influence statistiquement significative ($P=0,047$) entre l'ancienneté professionnelle et les examens paracliniques demandés par les MG interrogés.

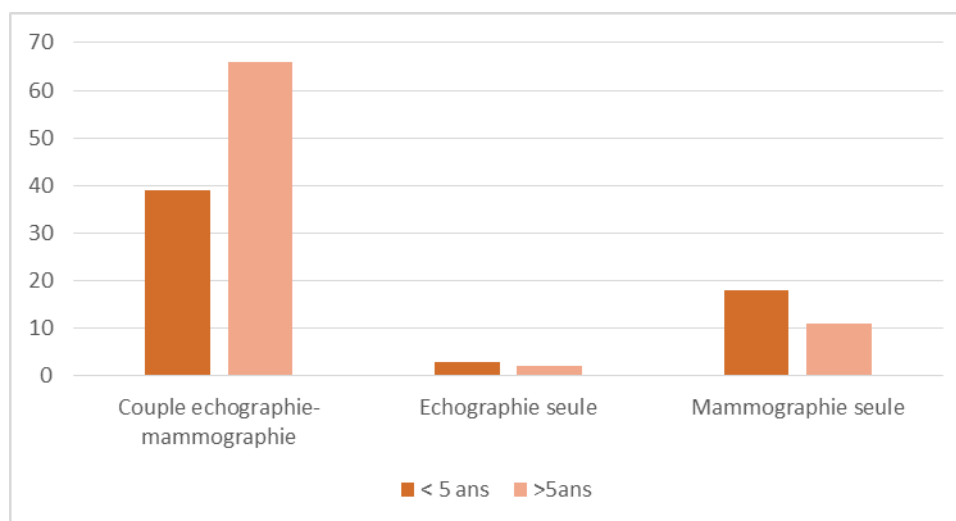


Figure 21 : Les examens paracliniques demandés en fonction de la durée d'expérience

5. La corrélation entre la durée d'expérience et le suivi des patientes:

La majorité des médecins avec une expérience de moins de 5 ans ne font pas le suivi des patientes atteintes du cancer du sein, contrairement à la plupart des médecins ayant une expérience supérieure à 5 ans qui s'en chargent habituellement.

Ce résultat est statistiquement significatif ($P=0,001$).

6. La corrélation entre la durée d'expérience et les moyens utilisés par les MG pour le suivi:

La plupart des MG qui effectuent un suivi par l'examen clinique tous les ans après les 5 premières années, sont ceux avec une durée d'expérience supérieure à 5 ans. Ce résultat est statistiquement significatif ($P=0,001$).

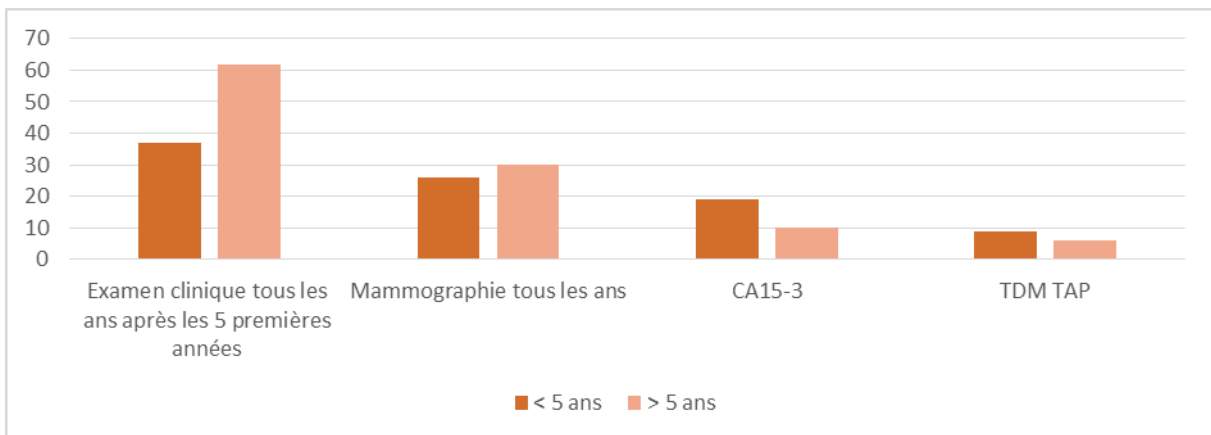


Figure 22 : La corrélation entre les moyens utilisés par les MG pour le suivi et la durée d'expérience.

7. La corrélation entre la durée d'expérience et les diplômes complémentaires ou les formations en cancérologie:

L'étude de l'enquête a révélé une influence de la durée d'expérience sur les diplômes et les formations en cancérologie obtenus par les MG interrogés. Ce résultat est statistiquement significatif ($P=0,001$).

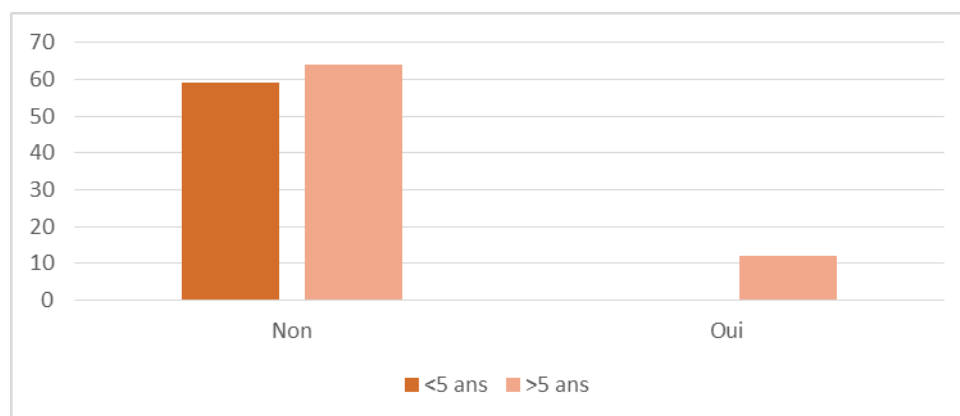


Figure 23 : La corrélation entre les diplômes complémentaires ou les formations en cancérologie et la durée d'expérience.

Notre étude permet de déduire que les années d'expérience sont significativement liées au nombre d'exams cliniques des seins effectués ($p=0,022$), aux exams paracliniques demandés ($p=0,047$), au suivi des patientes ($P=0,001$) et aux moyens utilisés pour le suivi ($p=0.001$), et aux formations faites ou diplômes obtenus par les MG ($p=0,001$).

Tableau IX : Tableau récapitulatif de l'analyse bi-variée.

	Total (n=135)	Depuis quand exercez-vous ?		P
		<5 ans	>5 ans	
Quels Symptômes recherchez-vous devant une suspicion du cancer du sein ?				
Adénopathie axillaire	131	57	74	0,459
Rétraction mamelonnaire	129	56	73	
Autopalpation d'un nodule	116	52	64	
Ecoulement mamelonnaire	118	51	67	
Inflammation du sein	100	45	55	
Combien d'examens cliniques des seins pratiquez-vous par semaine ?				
<5	69	33	36	0,022
5-10	35	18	17	
10-20	17	5	12	
>20	11	1	10	
Aucun	2	2	0	
Au cours de votre examen des seins, palpez-vous systématiquement ?				
Les 2 seins	132	59	73	0,232
Les aires axillaires	129	59	70	
Les aires sus claviculaires	75	33	42	
Le sein symptomatique seul	3	0	3	
Dans le cadre du dépistage du cancer du sein, si vous prescrivez une imagerie médicale : Quel examen demandez-vous ?				
L'échographie mammaire seule	5	3	2	0,047
La mammographie seule	29	18	11	
Le couple échographie mammographie	105	39	66	
Participez-vous au suivi des femmes atteintes d'un cancer du sein ?				
Oui	70	21	49	0,001
Non	65	38	27	
Quels moyens utilisez-vous pour le suivi de patientes atteintes de cancer du sein ?				
Examen tous les ans après les 5 premières années	99	37	62	0,001
Mammographie : 6 mois après la fin de la radiothérapie	56	26	30	
CA15-3	29	19	10	
TDM TAP	15	9	6	
Avez-vous un diplôme complémentaire ou avez-vous fait une formation en lien avec la cancérologie ?				
Oui	12	0	12	0,001
Non	123	59	64	



DISCUSSION



I. Le cancer du sein :

1. Epidémiologie :

➤ **Dans le monde :**

D'après les données de GLOBOCAN 2020 (1), la charge globale du cancer est estimée à 19,3 millions de nouveaux cas et 10 millions de décès liés au cancer, ce qui représente une augmentation par rapport aux chiffres de 2018 qui étaient de 18,1 millions de nouveaux cas et 9,5 millions de décès (4).

le cancer du sein constitue 11,7 % de tous les nouveaux cas du cancer ; Actuellement, c'est la principale cause de mortalité due au cancer chez les femmes, ayant entraîné 685 000 décès en 2022 (1), contre 626 679 décès en 2018 (4).

Bien que l'incidence soit en augmentation dans la plupart des régions du monde, il existe des écarts significatifs entre les pays développés et les pays en développement.

En effet, les taux d'incidence les plus élevés (> 80 pour 100 000) sont observés en Australie/ Nouvelle-Zélande, en Europe occidentale (la Belgique a l'incidence la plus élevée au monde), en Amérique du Nord et en Europe du Nord, et les taux les plus bas (< 40 pour 100 000) sont enregistrés en Amérique centrale, en Afrique de l'Est et du Moyen-Orient et en Asie centrale méridionale (1).

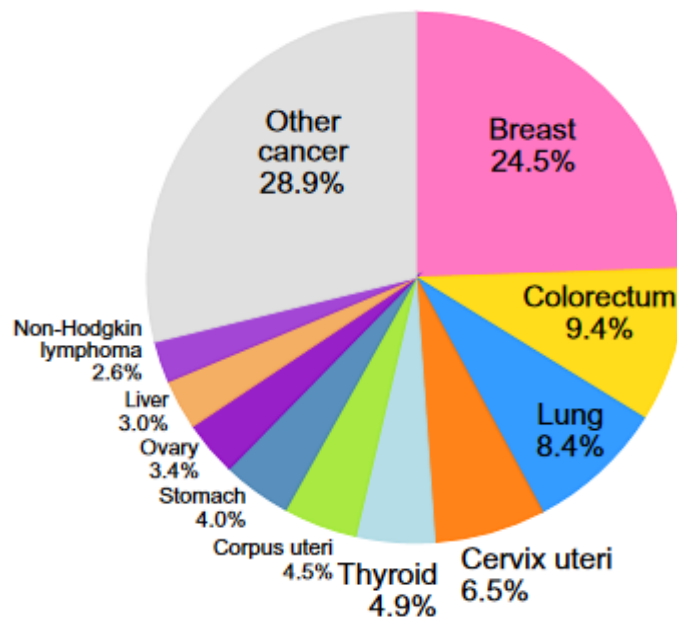


Figure 24 : Nouveaux cas de cancers féminins dans le monde en 2020 (%)

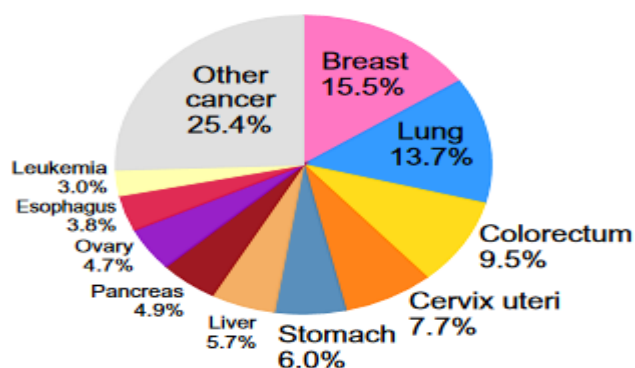


Figure 25 : L'incidence de la mortalité des cancers chez la femme dans le monde en 2020

➤ **En Afrique du Nord :**

Au nord de la Tunisie : Selon le registre des cancers de nord-Tunisie, le cancer du sein est de loin le cancer le plus fréquent chez les femmes, dépassant nettement celui des autres localisations. Il représente environ 33 % de tous les nouveaux cas de cancer chez les femmes. Entre 2004 et 2006, une moyenne annuelle de 785 cas a été enregistrée (5).

En Algérie : Chez la femme, le cancer du sein domine et représente 42.4 % de l'ensemble des cancers féminins, le taux d'incidence brut passe de 40,8 en 2014 à 61,9 pour 100 000 habitants en 2017 (6).

Mauritanie : Selon les dernières données de l'OMS publiées en 2020, les décès par Cancer du sein en Mauritanie ont atteint 189 ou 0.80 % des décès totaux. Son taux d'incidence est estimé à 14.72 nouveaux cas pour 100 000 de population (7).

Egypte : Selon GLOBOCAN 2020, le nombre de nouveaux cas du cancer du sein chez la femme est de 22 038 femmes, ce qui représente 32.4 % de tous les cancers chez les femmes (1).

Au Maroc : Ces dernières années, le cancer du sein a connu une augmentation significative de son taux d'incidence au Maroc, ce qui en fait un enjeu majeur de santé publique.

Selon les données de GLOBOCAN 2020, le nombre de nouveaux cas du cancer du sein chez la femme est de 11 747, ce nombre représente environ 19,8 % de tous les nouveaux cas du cancer et 38,9 % de tous les cancers chez les femmes, avec un nombre de décès de 3 695 (1).

Les connaissances des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage, diagnostic et PEC du cancer du sein dans la région de Souss Massa

En effet, le cancer du sein est le type de cancer le plus répandu chez les femmes en Afrique du Nord, constituant 25 à 35 % de tous les cancers féminins. L'incidence brute varie de 16/100 000 habitants à Benghazi, en Libye, à 39/100 000 habitants à Rabat, au Maroc. Cette incidence est de 2 à 4 fois inférieure à celle de la France (8).

La raison de cette disparité s'explique par plusieurs facteurs, principalement la rareté des principaux facteurs de risque du cancer du sein dans les pays nord-africains (8).

Le Maroc ne possède pas actuellement un registre national, mais il dispose plutôt d'un registre représentatif du Grand Casablanca.

Entre 2005 et 2007, le registre de la ville de la région du Grand Casablanca (RCRGC) a enregistré 662 cas du cancer du sein chez les femmes, ce qui représente 34,3 % de tous les cancers féminins (2119 nouveaux cas) (9). Pour la période de 2008 à 2012, le RCRGC a signalé 4794 nouveaux cas du cancer du sein chez les femmes, avec une incidence standardisée sur la population marocaine de 45,5 % pour 100 000 femmes (10). Pour la période de 2013 à 2017, le RCRGC a rapporté 5555 nouveaux cas du cancer du sein chez les femmes, représentant 38,1 % de tous les cancers féminins (11).

Dans la région de Souss Massa, le cancer du sein est le cancer le plus dominant chez la femme, il représente 35 % des cancers de la femme en 2021 (12).

2. Facteurs de risque :

2.1. Les facteurs de risque non-modifiables :

➤ Age :

L'âge est le principal facteur de risque. Le risque de développer un cancer du sein augmente considérablement avec l'âge (13).

En effet, le risque de développer un cancer du sein est estimé à 0,54 % avant l'âge de 40 ans, 1,8 % entre 40 et 49 ans, 2,52 % entre 50 et 59 ans et 5,25 % entre 60 et 79 ans. Pour les femmes âgées de 50 ans ou plus, le risque de développer un cancer du sein au cours des 30 prochaines années est d'environ une sur dix (13).

➤ **Histoire familiale et mutations génétiques :**

Entre 5 et 10 % des cancers du sein sont liés à un antécédent familial (14).

L'existence d'un antécédent familial matrilinéaire ou patrilinéaire du cancer du sein accroît la probabilité ultérieure de souffrir de cette maladie. Plus l'antécédent familial apparaît jeune, et qu'il est bilatéral ou s'est manifesté chez un proche de premier degré (sœur, mère, fille), plus le risque est élevé (15).

Gènes à haut risque :

Les femmes présentant des mutations sur les gènes BRCA1 et BRCA2, qui sont des gènes suppresseurs de tumeur, sont exposées à un risque élevé de développer un cancer du sein. Cependant, seulement 2 à 5 % des femmes atteintes d'un cancer du sein ont des mutations sur ces gènes à haut risque en raison d'antécédents familiaux de cancer du sein (14).

➤ **Age précoce des premières menstruations :**

De nombreuses études montrent que la survenue des premières règles avant l'âge de 12 ans augmente le risque de cancer du sein (16) le fondement biologique de cette association correspond à l'exposition précoce et prolongée à l'imprégnation hormonale qui existe durant la période d'activité des ovaires. Cette exposition est considérable lorsque les cycles menstruels sont réguliers. Une telle hypothèse concorde avec les taux d'œstrogènes élevés après les règles, que l'on observe chez les femmes qui ont eu leurs menstruations précocement (15).

➤ **Ménopause tardive :**

Les femmes qui atteignent la ménopause plus tard sont plus exposées au risque de cancer du sein par rapport à celles qui entrent en ménopause plus tôt. Ce risque augmente de 3 % pour chaque année supplémentaire à la ménopause. La ménopause a un effet bénéfique en ralentissant la progression du cancer du sein à partir de l'âge de 50 ans. Les femmes en période préménopausée sont donc plus à risque de cancer du sein que les femmes postménopausées du même âge, tandis que les femmes en période périménopausée présentent un risque intermédiaire (15). Le mécanisme par lequel la ménopause tardive augmente le risque de cancer du sein semble être dû à une production prolongée des hormones ovariennes.

➤ **Maladies bénignes du sein :**

L'apparition d'un carcinome invasif est environ trois fois plus probable après une hyperplasie lobulaire atypique dans le sein diagnostiqué avec cette condition, par rapport au sein opposé qui n'a pas cette constatation initiale(17).

➤ **Densité mammaire :**

Les estimations du risque attribuable suggèrent que ce facteur de risque pourrait être à l'origine de 30 % des cas de cancer du sein (18).

Les études qui ont utilisé des mesures quantitatives pour classer les profils mammographiques ont systématiquement montré que les femmes présentant des tissus denses sur plus de 60–75 % du sein ont un risque de cancer du sein quatre à six fois plus élevé que celles qui ne présentent aucune densité (18).

En plus des facteurs de risque non évitables difficiles à gérer, il y a des facteurs de risque évitables :

2.2. Les facteurs de risque modifiables :

Les facteurs environnementaux, de reproduction et de style de vie jouent un rôle plus important dans le développement de la maladie, certains étant modifiables (19).

➤ **Les contraceptifs oraux :**

Des études ont été incapables de prouver de manière concluante que l'utilisation de pilules combinées œstrogène–progestatif accroît significativement le risque de cancer du sein. Toutefois, la relation entre la contraception orale et le cancer du sein reste un sujet de débat.

L'utilisation de pilules contraceptives combinées peut accroître le risque de cancer du sein de 25% environ, mais ce risque diminue après l'arrêt de leur utilisation (15).

Des auteurs ont indiqué que les femmes présentant une vulnérabilité génétique consécutive à la présence de mutations BRCA1 ou 2, qui ont pris des pilules contenant une quantité élevée d'œstrogènes, ou qui les ont utilisées avant l'âge de 20 ans ou pendant une durée d'au moins 5 ans, sont exposées à un risque accru de développer un cancer du sein (20).

➤ **Les traitements hormonaux de la ménopause :**

Les traitements hormonaux de la ménopause (THM) sont administrés pour compenser les hormones ovariennes absentes, toutefois, ils peuvent augmenter le risque de développer un cancer du sein chez les femmes qui les prennent (15) .

L'utilisation prolongée de THM peut augmenter le risque de cancer du sein chez les femmes. Par exemple, les femmes qui ont suivi un traitement hormonal substitutif pendant une durée de 5 ans ou plus peuvent avoir un risque accru de cancer du sein compris entre 26 % et 35 % (15) .

➤ **Parité et âge précoce à la première maternité :**

Les femmes ayant eu leur premier accouchement à terme complet à un âge avancé présentent un risque plus élevé de développer un cancer du sein par rapport à celles qui ont accouché pour la première fois avant l'âge de 18 ans (22).

Les femmes ayant eu au moins une grossesse à terme ont en moyenne une réduction de 25 % du risque de cancer du sein par rapport aux nullipares. De plus, la protection contre ce cancer augmente avec le nombre de grossesses menées à terme, si bien que les femmes ayant cinq enfants ou plus ont environ la moitié du risque des femmes nullipares (15).

➤ **Allaitement naturel :**

L'impact de l'allaitement sur le risque de cancer du sein est controversé, probablement en raison de la faible modification du risque en fonction de la durée moyenne de l'allaitement. Cependant, la durée de l'allaitement a également une relation inverse avec le risque de cancer du sein, les femmes qui ont allaité pendant une durée totale d'au moins 24 mois et celle qui ont allaité pendant plus de 2 ans ont un risque de cancer du sein réduit respectivement de 33 % et 43 % par rapport à celles qui n'ont jamais allaité (15,22).

L'allaitement retarde la reprise de l'ovulation et réduit ainsi le nombre de cycles, ce qui peut expliquer son effet protecteur. De plus, la lactation entraîne une différenciation complète de la glande mammaire, la protégeant des carcinogènes (23,24).

➤ **Mode de vie :**

Alimentation :

D'après une étude récente publiée en 2017, le fait de choisir des aliments de faible qualité nutritionnelle pourrait être associé à une augmentation de plus de 30 % du risque de développer des cancers de manière générale (25). D'autres études ont estimé ce risque à 52 % (26).

Une étude menée en 2019 à grande échelle a révélé qu'une augmentation de 100 mL de la consommation de boissons sucrées est liée à une augmentation notable de 8 % du risque de cancers et de 11 % du risque de cancer du sein (27).

Tabac :

Contrairement à certaines recherches qui lient l'augmentation du risque de cancer au tabagisme, une méta-analyse, soutient plutôt une augmentation du risque, en particulier chez les femmes qui ont commencé à fumer avant leur première grossesse (28). Il est important de tenir compte de la durée de la consommation de tabac et du nombre de cigarettes fumées pour évaluer les risques chez les anciennes fumeuses.

Alcool :

Une étude publiée en 2015 en Europe a montré qu'il y a une corrélation significative entre la consommation d'alcool et le risque de cancer du sein. Pour chaque augmentation de 10 grammes de consommation d'alcool par jour, le risque de cancer du sein augmente de 4,2 % (29).

Activité physique :

Une activité physique pratiquée après l'âge de 50 ans a un impact plus important sur la réduction du risque de cancer du sein que celle effectuée durant l'adolescence et le début de l'âge adulte (30).

La Nurses' Health Study a rapporté que l'activité physique de 7 heures ou plus par semaine réduit de 20 % le risque de développer un cancer du sein par rapport à l'activité physique d'une heure par semaine (30).

Obésité et gain de poids :

Les taux d'obésité augmentent dans le monde entier et cette condition est désormais reconnue comme l'une des principales causes évitables de cancer du sein (31).

Les facteurs de style de vie influencent le risque de développer un cancer du sein. Le poids peut être un facteur de risque dès la naissance. L'excès de poids et l'obésité réduisent le risque avant la ménopause, mais l'augmentent après. Les femmes ménopausées ayant un IMC supérieur à 30 ont un risque accru de 31 %. Si une femme prend plus de 10 kg à partir de l'âge de 18 ans, son risque de cancer du sein après la ménopause augmente de 18 %, et une prise de poids de plus de 25 kg augmente ce risque de 45 % (32).

Une publication marocaine en 2019 a indiqué qu'un lien positif existe entre le risque de cancer du sein et l'obésité abdominale, mesurée par le tour de taille et le rapport tour de taille/hanches. Cependant, une morphologie large à l'âge de l'enfance est liée à un risque réduit de cancer du sein chez les femmes marocaines (33) .

3. Diagnostic Précoce :

3.1 Dépistage :

La découverte tardive du cancer du sein expose les patientes à des traitements mutilants, plus longs, plus coûteux et moins supportables avec des chances de guérison plus faibles. Or, sa détection précoce permet une prise en charge rapide et donc une amélioration de pronostic. Les moyens de dépistage sont basés sur : la mammographie, l'examen clinique des seins (ECS) par un professionnel de santé et l'autopalpation des seins par les femmes elles-mêmes (34).

Le programme national de détection précoce (Annexe 2) : cible les femmes âgées de 45 à 69 ans révolus ainsi que toutes les femmes ayant un antécédent familial de cancer du sein. Il est basé sur l'examen clinique des seins au niveau des centres de santé :

Lorsqu'il est négatif, le test doit être refait tous les deux ans (34) ;

Lorsqu'il est positif, la confirmation du diagnostic se fait au niveau du centre de référence et elle est basée sur la mammographie, l'échographie, la cytoponction et la biopsie. Les femmes ayant un cancer du sein confirmé, seront prises en charge conformément à la décision du staff multidisciplinaire dans une structure de soins appropriée (34).

Les connaissances des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage, diagnostic et PEC du cancer du sein dans la région de Souss Massa

Ce programme est intégré dans les activités de la santé, de la reproduction et est progressivement mis en place au niveau national. Il a été implanté, depuis 2010, dans toutes les régions du pays.

3.1.2. Examen clinique :

3.1.2.1. Interrogatoire :

à la recherche de facteurs de risque et l'analyse des motifs de consultation (35) .

➤ Motifs de consultations :

Divers symptômes peuvent conduire une patiente à solliciter une consultation, ils sont détaillés dans le tableau ci-dessous (35):

Tableau X : les principaux motifs de consultation :

Les symptômes	Les éléments à rechercher
Tuméfaction	<ul style="list-style-type: none">- Date d'apparition- La taille (vitesse de croissance)- Localisation
Douleur	<ul style="list-style-type: none">- uni- ou bilatérale- Diffuse ou localisée- Superficielle ou profonde- Irradiation dans la paroi thoracique.
Modifications cutanées et aréolo-mamelonnaires	<ul style="list-style-type: none">- Œdème généralisé ou localisé- Rougeur- Ulcération des nodules dermoépidermiques- Erythème/ Prurit du mamelon
Ecoulement mamelonnaire	<ul style="list-style-type: none">- Spontané, provoqué, après prise médicamenteuse- Latéralité- Uni ou multiporique- Couleur du liquide- Existence d'un prurit du mamelon
Hématome, ecchymose spontanée	<ul style="list-style-type: none">-Spontané, sans traumatisme-Date d'apparition- Uni ou bilatéral- Troubles de la coagulation
Adénopathies axillaires isolées	<ul style="list-style-type: none">- Date d'apparition- Evolution- Uni ou bilatérales-Uniques ou multiples

3.1.2.2. Examen physique :

L'examen physique des seins est plus performant quand il est réalisé en première phase du cycle lorsque la femme est encore réglée.

a.L'inspection (35):

L'inspection se fait de manière systématique pour révéler les anomalies discrètes des contours du sein :

- L'élévation des bras au-dessus de la tête provoque une élévation et une contraction du pectoral, permet de voir une asymétrie, une rétraction cutanée ou mamelonnaire.
- L'élévation ou la pression du sein par la main de l'examineur, peut révéler un cancer situé sur la partie supérieure ou bien inférieure du sein.
- Quand les seins pendent librement (la femme étant debout, penchée en avant, les bras tendus), cela permet de bien analyser les contours du sein à la recherche d'une fossette ou d'une ride.
- La position "mains sur les hanches" permet de détecter des anomalies discrètes des contours.

b.Palpation (35) :

Il faut toujours palper les seins et les aires ganglionnaires.

➤ **Le sein :**

La palpation doit être douce, précise, méthodique et comparative et devrait être guidée par les informations collectées lors de l'interrogatoire ou de l'inspection. Elle doit être effectuée en deux positions : d'abord avec la patiente assise, puis allongée.

La palpation permet d'évaluer la consistance, l'homogénéité et la sensibilité de la glande mammaire.

- **La tumeur :**

Une fois une anomalie détectée, il est important de préciser son emplacement, sa taille, ses limites, sa consistance, sa forme, sa mobilité, sa focalisation, ainsi que la présence éventuelle d'une poussée inflammatoire.

La topographie et le siège :

Le cancer du sein est généralement présent de manière unilatérale et l'affectation simultanée des deux seins est rare (entre 1,5 et 3,2 %) (36).

Le plus souvent, le cancer du sein se manifeste dans le sein gauche. Le quadrant supéro-externe est le site le plus courant pour le développement de cancers du sein, suivi de la région centrale. Cette topographie est due à la densité plus importante du tissu glandulaire dans la partie centrale et supéro-externe du sein (36,37).

La taille :

La taille de la tumeur mammaire est un facteur essentiel à prendre en compte pour décider d'un traitement conservateur ou d'une reconstruction mammaire.

La taille de la tumeur est donc un facteur de pronostic crucial qui est directement lié au taux de survie (38).

Les limites, la consistance, la mobilité, la focalité, la chaleur locale.

- **L'écoulement mamelonnaire**

La détection d'un écoulement galactophorique se fait en appliquant une légère pression sur le sein, suivie de l'expression du mamelon.

L'écoulement multi-orificiel, bilatéral, séreux est très fréquent, variante du normal.

L'écoulement unilatéral et uni orificiel séro-sanglant, séreux ou sanglant peut évoquer un cancer.

Les autres types d'écoulement (de couleur verdâtre ou lactescente, ou de siège multiorificiel) sont en faveur des pathologies bénignes (39).

- **L'œdème :**

Le pincement de la peau peut révéler ou aggraver une apparence de peau d'orange, qui est un signe d'œdème.

- **Les aires ganglionnaires :**

Examiner systématiquement les aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires, indépendamment des résultats de l'examen du sein.

Le statut des ganglions axillaires demeure l'un des facteurs pronostiques les plus significatifs dans les cas de cancer du sein.

Les creux axillaires :

Il est important d'évaluer le nombre, la consistance, la taille, la mobilité et l'emplacement des adénopathies détectées.

En outre, l'examen du creux axillaire doit être comparé au creux controlatéral et, en cas d'adénopathies bilatérales, il est nécessaire d'examiner les autres aires ganglionnaires.

Les creux sus et sous claviculaires

Il est recommandé d'examiner le cou en position inclinée et relâchée, avec la tête tournée du côté à palper, tandis que la patiente est assise. L'examineur se positionne habituellement derrière la patiente.

3.2 Explorations para cliniques :

3.2.1. Radiologie :

a) Mammographie :

L'examen est crucial et doit être effectué durant les 10 premiers jours du cycle menstruel (40). Il est réalisé en prenant des clichés bilatéraux et comparatifs de face et du profil, des prolongements axillaires (41) .

Son interprétation est parfois difficile chez les femmes jeunes (seins denses) et pour les tumeurs très postérieures ou du prolongement axillaire (40) .

Pour les femmes de 30 à 35 ans, la sensibilité et la spécificité de la mammographie sont d'environ 80 % (42) tandis que pour les femmes plus jeunes, la sensibilité est de 60 % (40).

Une image anormale détectée lors d'une mammographie peut se présenter sous forme d'opacité, d'une désorganisation architecturale, d'une asymétrie de densité ou de microcalcifications (43).

Ces images sont classées en fonction du degré de suspicion de leur caractère pathologique suivant la classification BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System) de l'ACR (44) :

- **ACR 0** : classification d'attente, quand des investigations complémentaires sont nécessaires.
- **ACR 1** : mammographie normale.

- **ACR 2** : il existe des anomalies bénignes (c'est-à-dire sans gravité) qui ne nécessitent ni surveillance ni examen complémentaire.
- **ACR 3** : il existe une anomalie probablement bénigne pour laquelle une surveillance à court terme (3 ou 6 mois) est conseillée.
- **ACR 4** : il existe une anomalie indéterminée ou suspecte.
- **ACR 5** : il existe une anomalie évocatrice d'un cancer.

En cas d'images ACR 4 ou ACR 5, il est indispensable de procéder à des prélèvements par biopsie percutanée.

b) Échographie :

L'échographie mammaire est de plus en plus reconnue comme l'examen complémentaire le plus efficace à la mammographie, surtout lorsque celle-ci atteint ses limites en termes de détection et/ou de caractérisation d'une anomalie (45) .

INDICATIONS (46) :

- En première intention :
 - Chez la jeune fille ou la jeune femme devant un symptôme clinique.
 - Chez la femme enceinte.
 - En dépistage chez la très jeune femme à haut risque de cancer.
 - À tout âge lors de syndrome inflammatoire.
- En complément d'une mammographie anormale pour déterminer les caractéristiques d'une image mammographique incertaine.
- Après une mammographie normale :
 - En cas de masse palpable sans traduction à la mammographie.
 - Détection d'un cancer dans les seins denses.

Elle est en mesure de spécifier les caractères de la tumeur et de repérer les lésions associées : une image maligne typique sur une image échographique se caractérise par une structure solide, hétérogène et hypoéchogène, non compressible, présentant un aspect lacunaire et un contenu irrégulier, avec cône d'ombre postérieur ou ayant des dimensions antéro-postérieures supérieures à ses dimensions transversales (47).

c) **Imagerie par résonance magnétique (IRM) :**

Quelle que soit la densité mammaire, l'IRM est la technique la plus sensible pour détecter un cancer du sein (48) .

l'IRM du sein est considérée comme un examen de deuxième intention après la mammographie et l'échographie (49).

3.2.2 Examen histologique :

Il est impératif de réaliser un diagnostic histologique pour la prise en charge d'une tumeur mammaire, surtout si elle est de petite taille, car l'examen extemporané est inapproprié pour les lésions de moins d'un centimètre. La biopsie mammaire permet de confirmer avec précision l'histologie de la tumeur, ainsi que ses facteurs prédictifs et pronostiques (50).

3.2.3. Immunohistochimie :

a) **Récepteurs hormonaux (51):**

A rechercher systématiquement. Ces facteurs ont à la fois une valeur pronostique et prédictive en termes de réponse au traitement.

Les RH sont des récepteurs nucléaires principalement impliqués dans la prolifération cellulaire, qui se lient principalement à l'estradiol (RE) et à la progestérone (RP).

La classification en RE et RP s'applique à tous les carcinomes infiltrants.

b) **HER 2 ou CerbB2-neu (51):**

Cette protéine est associée au cancer, notamment au cancer du sein, en raison de son hyperexpression à la surface des cellules épithéliales.

Environ 15 % des tumeurs sont caractérisées par une amplification et une hyperexpression de HER2, qui définissent un sous-type tumoral particulièrement agressif.

c) **Marqueurs de prolifération Ki67 (52):**

Il s'agit d'un antigène de protéine nucléaire qui est présent dans les cellules prolifératives. Il est généralement détecté par immunohistochimie (IHC) pour évaluer le taux de prolifération cellulaire dans les tissus.

Il a été démontré qu'il existe une corrélation entre le taux de cellules positives au marqueur Ki67 et l'index de prolifération cellulaire.

4. Classification :

Classification TNM clinique du cancer du sein, 8e édition 2018 (Voir annexe 3) :

Les tumeurs mammaires sont classées selon le système TNM. La description de l'extension anatomique de la maladie repose sur trois critères :

T : l'extension de la tumeur primitive (de T0 à T4).

N : l'absence ou la présence et l'extension des localisations ganglionnaires lymphatiques régionales (de N0 à N3).

M : l'absence ou la présence de métastases à distance (de M0 ou M1).

La plus récente mise à jour a été effectuée en 2018 (8e édition) (53).

5. Bilan d'extension :

Le bilan d'extension effectué lors de la détection d'un cancer infiltrant a pour objectif de détecter de manière précoce les métastases à distance qui pourraient être présentes de manière asymptomatique. Cette démarche vise à éviter la morbidité associée à un traitement chirurgical inapproprié et à planifier efficacement les traitements adjuvants pour une prise en charge optimale du cancer.

5.1 Clinique :

Il est crucial d'effectuer un examen clinique afin d'évaluer l'étendue locale et systémique du cancer.

Lors de l'examen locorégional, on cherchera :

- Une fixation de la tumeur au plan profond (pectoral) par la manœuvre de TILLAUX.
- Une fixation au plan superficiel (cutané).
- Une lésion du sein controlatéral.
- Des adénopathies axillaires et leurs caractères.
- La présence des signes inflammatoires.

5.2 Imagerie :

Dans la pratique médicale, on procède généralement à l'évaluation de l'étendue de la maladie avant de débiter une chimiothérapie adjuvante, indépendamment du stade de la maladie. Dans cette situation, l'évaluation pourrait inclure (54,55) :

- Les métastases pleuropulmonaires : sont diagnostiquées par la radiographie du thorax et la tomodensitométrie plus sensible pour des lésions débutantes ; la confirmation histologique ou cytologique étant assurée par la ponction pleurale, les prélèvements guidés sous scanner, ou sous fibroscopie bronchique.
- Les métastases hépatiques : sont dépistées par l'échographie, la scanographie et les prélèvements guidés intervenant lors de la découverte de lésion isolée en raison des faux positifs nombreux de l'échographie.
- Les métastases osseuses : sont détectées par la scintigraphie osseuse qui est la méthode d'imagerie la plus sensible. L'IRM et la biopsie osseuse n'interviennent qu'en deuxième intention.
- Tomoscintigraphie par émission de positons.

5.3 Biologie :

➤ **Le CA15-3 :**

Le CA15-3 est le principal marqueur recherché.

Un taux initialement élevé de CA 15-3 est plus fréquemment rencontré dans les formes évoluées que dans les formes localisées de la maladie (56).

Un taux de CA15-3 > 50 UI/L est un bon indicateur du risque métastatique motivant une exploration ciblée du bilan d'extension initial (56).

➤ **L'ACE :**

L'ACE est un marqueur sérique positif seulement dans 10 à 15 % des tumeurs localisées (56).

6. Prise en charge :

La chirurgie est la méthode principale de traitement pour le cancer du sein, combinée à une thérapie locale adjuvante par radiothérapie et à une thérapie systémique comprenant la chimiothérapie, l'hormonothérapie et la thérapie ciblée (57).

6.1 Traitement chirurgical :

a) La chirurgie mammaire :

Des traitements conservateurs sont utilisés dans 70 % des cas de cancers du sein opérables, tandis que les 30 % restants reçoivent une mastectomie.

➤ Le traitement conservateur :

Il implique la réalisation d'une tumorectomie avec des marges saines suivie d'une radiothérapie pour le reste du sein (58).

Ce traitement vise à atteindre trois objectifs : oncologique, fonctionnel et esthétique (58).

Le choix du traitement conservateur impose (59) :

- des berges d'exérèse saines.
- des marges supérieures ou égales à 2 mm.
- une radiothérapie de surimpression.
- la mise en place de clips.

➤ Le traitement radical :

Il convient de souligner que, actuellement, environ 30 % des cancers du sein nécessitent une mastectomie.

Les patientes doivent être informées que, bien que cette intervention réduise le risque de récurrence locale, elle n'affecte pas la survie par rapport au traitement conservateur.(59)

➤ La reconstruction mammaire :

Le traitement chirurgical radical du cancer du sein peut entraîner des séquelles physiques et psychologiques profondes (60).

Cependant, la reconstruction mammaire offre une solution pour minimiser ces effets secondaires et aider la patiente à retrouver une vie plus proche de la normale (58).

La reconstruction mammaire est une intervention chirurgicale visant à reconstruire le sein aussi fidèlement que possible par rapport au sein controlatéral. Cette approche peut être utilisée dans le cadre d'une reconstruction mammaire immédiate ou différée (58).

➤ **La chirurgie oncoplastique :**

La chirurgie oncoplastique désigne l'utilisation de méthodes de chirurgie dans le cadre du traitement conservateur du cancer du sein. L'exérèse tumorale est associée à une technique de reconstruction mammaire permettant de préserver la forme du sein et d'améliorer les résultats esthétiques (61).

Ces méthodes vont de la technique simple de remodelage par lambeau glandulaire à des interventions de plastie mammaire plus complexes incluant une symétrisation du sein controlatéral.

Grâce à ces techniques, il est possible d'étendre l'utilisation des traitements conservateurs à certaines tumeurs de plus de 3 cm ainsi qu'aux lésions centrales (59).

➤ **La chirurgie prophylactique :**

Cette intervention est de plus en plus populaire en France, elle peut réduire de moitié le risque de récurrence (62).

Elle est principalement proposée aux patientes présentant une prédisposition génétique, telles que celles chez qui une mutation de type BRCA 1 ou 2 a été identifiée, ainsi qu'aux patientes ayant un haut risque individuel en raison d'antécédents familiaux ou personnels (62).

b) **La chirurgie axillaire :**

➤ **Ganglion sentinelle :**

Le ganglion sentinelle axillaire est le premier relais lymphatique potentiellement métastatique de l'aisselle sur les voies de drainage du sein ; son examen anatomopathologique reflète théoriquement le statut ganglionnaire de l'aisselle (63).

Son indication principale concerne les tumeurs focales uniques de stade T0 à T2, N0 (63) ; et est contre indiquée pour les cancers localement avancés (T3 et T4), les cancers inflammatoires, les CCIS en cas de traitement conservateur et les femmes enceintes (64).

L'examen extemporané du GS permet d'effectuer le curage axillaire en même temps que l'opération en cas d'envahissement du GS (65).

➤ **Curage ganglionnaire axillaire :**

Le curage ganglionnaire, bien qu'il soit la méthode la plus fiable pour évaluer l'atteinte ganglionnaire, est entravé par les effets secondaires qui résultent de cette procédure chirurgicale (64).

L'introduction de la procédure du ganglion sentinelle au début des années 1990 a conduit à une réduction considérable de la radicalité de la chirurgie axillaire (64).

- ✓ Lorsque le ganglion sentinelle est négatif, la patiente ne doit pas avoir de curage ganglionnaire.
- ✓ Lorsque moins de deux ganglions sentinelles sont atteints dans le cadre d'un traitement conservateur, aucun curage n'est nécessaire.
- ✓ En revanche, lorsqu'un ganglion sentinelle est positif chez une patiente ayant bénéficié d'une mastectomie, le curage est nécessaire (64).

c) **Complications de la chirurgie :**

- ✓ **Infection** : Le taux allant de 1 à 30 % (66) .
- ✓ **Hématome** :S'il est volumineux, il peut entraîner une anémie et compromettre la cicatrisation (67).
- ✓ **Lymphocèle** : L'une des complications les plus fréquentes en postopératoire immédiat, il s'agit, le plus souvent, d'une masse palpable, fluctuante, tendue et contient du liquide (68).
- ✓ **Lymphoedème** : La fréquence est estimée entre 5 et 20 %, la technique du ganglion sentinelle permet de limiter cette fréquence à 5 % (69).
- ✓ **Neuropathies** : La douleur est généralement ressentie dans la région innervée par les nerfs endommagés, dans l'aisselle, le bras ou l'épaule du côté affecté (70). Environ 20 % des femmes qui subissent une chirurgie mammaire radicale peuvent être affectées par le syndrome de douleur postmastectomie(70).
- ✓ **Capsulite rétractile** : La capsulite adhésive de l'épaule est une complication fréquente (71).

Autres complications :

- Apparition de coques ou ruptures de prothèses en cas de matériel prothétique.
- Dissection ou thrombose vasculaire, pneumothorax, hémithorax pouvant compliquer la pose d'une chambre implantable, la fatigue.

6.2 Traitement adjuvant :

a) Radiothérapie :

La radiothérapie est un élément clé dans le traitement locorégional du cancer du sein, offrant une réduction de 60% du risque de récurrence locale suite à une mastectomie ou à une chirurgie conservatrice (72).

➤ Radiothérapie externe :

Il est nécessaire d'avoir une technique irréprochable pour la radiothérapie (RTH) afin de minimiser l'irradiation des tissus sains. On distingue (73) :

- La radiothérapie postopératoire : elle diminue significativement le risque de récurrence locale, en cas de chirurgie conservatrice ;
- Préopératoire, elle a pour but de diminuer la masse tumorale.
- Radiothérapie exclusive en cas de malade inopérable.
- L'irradiation des chaînes ganglionnaires (axillaires, sus claviculaires et mammaires internes), est en fonction de la localisation de la tumeur et du résultat de l'examen anatomopathologique des ganglions.

➤ Curiethérapie :

La méthode de curiethérapie interstitielle demeure une approche appropriée pour administrer une forte dose de radiation (améliorant le taux de contrôle local) dans un petit volume (réduisant la toxicité) dans le cadre de l'irradiation du cancer du sein (74).

Les indications de la curiethérapie sont (74) :

- ✓ Le boost (femmes jeunes, taille tumorale, embolies vasculaires ou lymphatiques, tumeurs profondes des quadrants externes, marges chirurgicales positives . . .)
- ✓ l'irradiation partielle et accélérée du sein pour les patientes atteintes d'une tumeur à faible risque de rechute et les seconds traitements conservateurs.

- **Complications :**

- ✓ **Radiodermite :** Les symptômes physiques de la radiodermite peuvent se manifester entre la 5e et la 10e séance des rayons (75).

On distingue : les radiodermites aiguës et les radiodermites chroniques (76).

- ✓ **Lymphœdème** : Le lymphœdème peut apparaître soit immédiatement après l'opération, soit plusieurs années après la fin du traitement, voire même 20 à 30 ans après avoir subi un curage axillaire et une radiothérapie (77).
- ✓ **Pneumopathie postradique** : Les complications pulmonaires modérées, sont rares après une radiothérapie locale (< 1 %), et 11 % après radiothérapie locorégionale (78).
La pneumonie radique se développe généralement 4-12 semaines après la fin de la radiothérapie (79).
- ✓ **Fractures de côtes** : Elles touchent 1 % des patientes (80).
En général, ces manifestations apparaissent environ un an après l'exposition à l'irradiation (81).
- ✓ **Plexite radique brachiale** : Elle touche 1,8 % des patientes. En général, elle apparaît environ 10 mois après le traitement (81).
- ✓ **Cancer secondaire** : Après une période d'attente de 10 ans, le cancer du sein peut accroître le risque de développer un cancer du poumon et de sarcome de côté d'irradiation (180,181) .
- ✓ **Mobilité réduite de l'épaule** : Les symptômes comprennent généralement une réduction de la flexion, de la rotation externe et de l'abduction, ainsi qu'une douleur au mouvement ou au repos (79).
- ✓ **Les autres complications** : Scléroses pariétales, Scléroses myocardiques et péricardites postradiques.

b) **Chimiothérapie** :

➤ **Cancer du sein localement avancé** :

La chimiothérapie implique l'administration de médicaments cytotoxiques, soit :

Avant un traitement locorégional (**néo-adjuvant**) : Elle représente la prise en charge de référence des cancers du sein inflammatoire ou localement avancés pour lesquels le traitement locorégional exclusif est insuffisant (84).

Après un traitement locorégional (**adjuvant**) : dont l'objectif est l'éradication de la maladie micrométastatique, chez les patientes sélectionnées à risque, afin d'éviter la rechute et d'allonger la survie globale (84).

➤ **Cancer du sein métastatique :**

La chimiothérapie dans le cadre de la maladie métastatique est indiquée (85):

- ✓ Après échec de l'hormonothérapie chez les patientes RH+.
- ✓ D'emblée chez les patientes RH-,
- ✓ Le cas échéant chez les patientes RH+ présentant des métastases viscérales menaçantes évolutives (poumon, foie) ou tumeur avec cinétique rapide.

Le choix du régime de chimiothérapie peut être individualisé en fonction de facteurs propres à la maladie, tels que le risque sous-jacent de récurrence et les bénéfices relatifs et absolus attendus de la chimiothérapie, ainsi que de facteurs propres au patient, tels que l'âge, les comorbidités et la tolérance au risque (86).

➤ **Complications :**

- ✓ **Hématotoxicité:** Neutropénie, anémie, leucémie chimio-induite (75).
- ✓ **Toxicité gastro-intestinale :** Les nausées et vomissements, trouble de transit (la diarrhée, constipation) (75).
- ✓ **Toxicité dermatologique :** L'alopecie est un des effets secondaires le plus redouté de la chimiothérapie, son incidence est estimée à 65 % (87).
- ✓ **Mucite et stomatite :** les muqueuses de la bouche sont vulnérables et sensibles au 5FU ou la capécitabine (88).
- ✓ **Neurotoxicité :** La chimiothérapie peut avoir des effets néfastes sur le système nerveux central ou périphérique (89).
- ✓ **Toxicité cardiaque :** La toxicité cardiaque est une complication peu fréquente mais potentiellement grave de la chimiothérapie à haute dose (90).
- ✓ **Toxicité pulmonaire :** l'incidence est estimée entre 1 et 3 % (91). les agents alkylants, les antimétabolites et la bléomycine, ont des propriétés toxiques pour les poumons (92)
- ✓ **Ménopause chimique :** Le risque de déclencher la ménopause chez une femme préménopausée lors d'une chimiothérapie, varie selon l'âge de la patiente, les agents chimiothérapeutiques utilisés (notamment le cyclophosphamide), la durée du traitement et les thérapies complémentaires (notamment l'hormonothérapie) (93) .

c) **Hormonothérapie :**

Elle s'intéresse aux cancers du sein hormonosensibles et par conséquent, son utilisation est conditionnée par la positivité des récepteurs hormonaux (RE+ et/ou RP) (94).

Les méthodes utilisées en hormonothérapie comprennent (95) :La suppression ovarienne, qui peut être réalisée par chirurgie (ovariectomie), irradiation ovarienne, ou l'utilisation d'agonistes de LH-RH (hormone de libération de lutéinisante).

Les médicaments qui ont une activité hormonale anticancéreuse tels que les antiestrogènes (Tamoxifène, Fulvestrant), les anti-aromatases et les progestatifs.

Le traitement de choix chez les femmes jeunes est le TAM, qui peut être combiné avec la SO. Pour les femmes ménopausées, les IA sont préférés, car ils sont plus efficaces que le TAM, et sont souvent utilisés en première intention (95).

➤ **Complications (75) :**

✓ **Tamoxifène :**

Le cancer de l'endomètre, Les troubles vasomoteurs (bouffées de chaleur et sueurs nocturnes), Les accidents thromboemboliques, Effets secondaires sur l'os : la déminéralisation et le risque fracturaire, Céphalées, Toxicité oculaire, Prurit vulvaire, Pertes blanchâtres ou sécheresse vaginale, Maux de tête, Troubles de la libido sont décrites sous tamoxifène.

✓ **Anti-aromatase :**

Les complications cardiovasculaires, atrophie urogénitale, douleurs musculaires et articulaires, sécheresse vaginale, troubles digestifs rares à type de nausées, modifications des enzymes hépatiques, élévation du cholestérol (contrôle annuel recommandé), exacerbation d'un syndrome du canal carpien, Insomnies, perte de la libido sont des effets secondaires induits par les antiaromatases.

d) **Thérapie ciblée :**

Les thérapies utilisent de nouveaux agents tels que des anticorps qui se lient aux antigènes de la surface des cellules cancéreuses, ainsi que des petites molécules qui bloquent des réactions enzymatiques essentielles (96).

Plusieurs traitements ciblés sont efficaces dans le cancer du sein, et font partie des standards thérapeutiques.

7. Surveillance :

7.1 Les moyens de la surveillance :

- **Examen clinique (97) :**

Il est recommandé de communiquer avec tact aux femmes ayant subi un traitement pour un cancer du sein les signes indiquant une possible récurrence. L'auto-examen des seins peut être proposé de manière personnalisée.

Les signes cliniques suivants doivent être recherchés ou doivent inciter à une consultation médicale :

- Apparition récente de ganglions cervicaux, axillaires ou inguinaux.
- Modifications du sein traité et/ou de la cicatrice.
- Syndrome de masse intramammaire homo- ou controlatéral.
- Lymphœdème du bras.
- Altérations de l'état général : asthénie, amaigrissement inexplicé.
- Douleurs ostéo-articulaires persistantes, inflammatoires ou nocturnes, déficits neurologiques, fractures (métastases osseuses).
- Symptômes respiratoires : toux, dyspnée, pneumopathie (métastases pleuro pulmonaires).
- Ictère, hépatomégalie, troubles digestifs (métastases hépatiques).
- Déficits neurologiques, céphalées, diplopie, troubles phasiques ou cognitifs, troubles comportementaux (métastases du système nerveux central).

- **Examen radiologique :**

Mammographie :

La mammographie demeure l'examen de référence et la réalisation d'une mammographie chaque année après le traitement d'un cancer du sein est une pratique largement recommandée. Bien que l'association avec une échographie puisse augmenter le taux de détection de récurrence, cela peut également entraîner un taux élevé de faux positifs (98).

Echographie :

L'échographie mammaire est un examen complémentaire à la mammographie ou un examen de référence en cas de mastectomie. Elle est particulièrement efficace pour les femmes ayant une densité mammaire élevée, car elle peut augmenter jusqu'à trois fois le taux de détection pour les densités de grade 3 ou 4 (97).

Autres examens :

Aucune donnée de la littérature actuellement disponible ne permet de recommander l'utilisation de l'IRM ou de la TEP dans la surveillance à titre systématique (99).

- **Examen biologique :**

Le CA 15-3 demeure le marqueur le plus sensible pour détecter le cancer du sein (99).

L'utilisation du CA 15-3 pour surveiller les cancers du sein non métastatiques traités demeure controversée (100).

Au stade métastatique, il existe une forte corrélation entre l'évolution clinique et celle des marqueurs tumoraux ACE et CA 15-3 dans plus de 80 % des cas. Les avancées réalisées grâce aux traitements et aux moyens de diagnostic actuels devraient nous encourager à utiliser le dosage de CA 15-3, qui permet souvent de détecter une évolution métastatique du cancer du sein à un stade précoce, même en présence d'une faible masse tumorale ou avant l'apparition de symptômes (100).

Aucun dosage biologique n'est recommandé de manière systématique.

7.2 le rythme de la surveillance :

L'European Society of Medical Oncology (ESMO), l'American Society of Clinical Oncology (ASCO) et les Standard Options Recommendations (SOR) recommandent de réaliser les différents examens aux rythmes de surveillance suivants (101) :

- **Examen clinique :**

Tous les 3 à 6 mois pendant les 3 premières années, puis tous les 6 mois pendant les 2 ans qui suivent puis tous les ans, comportant un interrogatoire, un examen clinique mammaire locorégional et général, et un exam gynécologique.

- **Imagerie mammaire :**

6 mois après la fin de la radiothérapie puis 1 fois/an par la suite.

Aucun autre examen complémentaire n'est recommandé en absence de symptômes, avec une consultation dans le plus court délai en cas de symptômes.

✓ Chez une patiente traitée par le tamoxifène (102) :

La majorité des équipes ne recommandent pas de surveillance spécifique.

En l'absence de facteurs de risque particuliers du cancer de l'endomètre, de symptomatologie clinique et d'anomalie constatée lors de l'évaluation préthérapeutique, l'examen gynécologique annuel avec frottis cervicovaginal est suffisant.

En cas de facteurs de risque ou de sténose cervicale ou d'anomalie constatée lors du bilan préthérapeutique, une échographie annuelle peut être recommandée.

II. Rôle de médecin généraliste dans le cancer du sein :

Le cancer du sein est la forme la plus répandue des cancers chez les femmes dans le monde. Il constitue également la principale cause de décès par cancer chez cette population (103) .

Le dépistage et la détection précoce du cancer du sein sont primordiaux pour un traitement précoce et une réduction de la mortalité (104) . Au Maroc, le dépistage du cancer du sein est une priorité dans la lutte contre cette maladie. Il est donc crucial de sensibiliser le grand public à la gravité de ce cancer et à l'importance de le détecter précocement.

La médecine générale n'a traditionnellement pas joué un rôle central dans les soins liés au cancer du sein. Les médecins généralistes avaient généralement pour tâche d'identifier et de référer les patientes à des spécialistes de manière opportune, mais ils sont restés en périphérie des soins liés au cancer jusqu'à ce que les patientes atteignent le stade palliatif. Cependant, le climat est en train de changer en partie en raison du poids croissant du cancer et de la nécessité d'élargir et de diversifier la main-d'œuvre (105).

Il est désormais explicitement reconnu que les médecins généralistes doivent être impliqués à toutes les étapes du parcours de traitement du cancer, de la première présentation aux soins palliatifs. Les réformes de service doivent également intégrer des rôles plus importants pour les soins de première ligne. Cette reconnaissance s'est concrétisée dans les politiques et les pratiques de soins en Royaume-Uni et en Australie (106), où les orientations de service mettent l'accent sur l'intégration des

Les connaissances des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage, diagnostic et PEC du cancer du sein dans la région de Souss Massa

services et exhortent tous les intervenants à mieux connecter les différentes étapes du parcours de traitement du cancer et à fournir des soins accessibles et pratiques, le tout reposant sur une contribution significative des soins de première ligne (105).

Notre étude sur les connaissances des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage, diagnostic et PEC du cancer du sein est la première réalisée à la région de Souss Massa selon nos connaissances.

Cependant, il convient de noter que les études déclaratives peuvent comporter une marge d'erreur entre ce que les médecins déclarent et ce qu'ils mettent réellement en pratique. Néanmoins, nos résultats concordent avec ceux d'autres études menées dans des contextes similaires, ce qui renforce la validité et l'interprétabilité de nos conclusions.

- **Les médecins généralistes de la région de Souss-massa :**

- **Notions sur la région de Souss Massa :**

En 2015, le royaume a subi un nouveau découpage régional, dont la région de Souss Massa comprend désormais deux préfectures (Agadir Ida-Outanane le chef-lieu de la région et Inezgane Aït Melloul) et quatre provinces (Chtouka-Aït Baha, Taroudant, Tiznit et Tata) (107).

Vu la dynamique économique et urbaine des préfectures d'Agadir-Ida Outanane et Inezgane-Ait Melloul, la répartition de la population au niveau de cette région se marque par la concentration d'à peu près 68 % de la population urbaine dans ces préfectures.

Le poids démographique de la région par rapport au niveau national est évalué à 7,9 % (107).

- **Répartition des médecins généralistes dans la région de Souss Massa :**

Sur un nombre total de 8 908 médecins généralistes au niveau national (dont 3 494 médecins généralistes exerçant au niveau des établissements publics de santé et 5 414 généralistes exerçant dans le secteur privé), la région Souss-Massa compte 504 médecins généralistes (dont 221 exerçant dans le secteur public et 283 relevant du secteur privé) (108).

- **Description des médecins généralistes interrogés selon les caractères sociodémographiques et professionnels :**

Sur l'ensemble de 135 médecins généralistes (MG) qui ont participé à notre enquête, avec un taux de réponse de 96,4 % qui est très satisfaisant, les médecins femmes représentent 68 % des participants (Ceci peut être expliqué par la féminisation des études médicales), avec un âge moyen de

39,7 %. La majorité des MG interrogés dans notre enquête (76 %) exerce en milieu urbain. Ce qui concorde avec les résultats d'études faites au grand Maghreb telles que :

- L'étude tunisienne de **Hsairi et al.** faite sur un ensemble de 286 médecins généralistes en 2003 avec un taux de réponse de 82,6 %. parmi les médecins interrogés, 65 % sont de sexe féminin avec une ancienneté d'exercice moyenne de $14,6 \pm 5,8$. La majorité de ces médecins (86,2 %) exerce en milieu urbain (109).
- L'étude marocaine de **Abda et al.** Faite sur un nombre de 140 MG en 2012 dans les quatre préfectures de Beni Mellal, Nador, Tanger et Taounate, avec un âge moyen de $41,07 \pm 9,43$ ans, 62,1 % exerçant en milieu urbain. La moyenne de l'ancienneté dans la fonction publique est de $11,59 \pm 7,60$ ans avec un minimum d'une année et un maximum de 36 ans (110).
- L'étude de **Zine et al.** Faite auprès de 85 MG en 2016 au niveau de la préfecture de Mohammedia dont l'âge moyen des MG interrogés est de 49,6 ($\pm 8,1$ ans), 52,9 % sont des femmes, 84,7 % exerçant en milieu urbain. La moyenne de l'ancienneté d'exercice est de 19,7 (± 8 ans) (111).

En évaluant les connaissances de nos médecins interrogés concernant l'incidence du cancer du sein, on a constaté un manque de connaissances, en effet 47 % des médecins interrogés n'ont aucune connaissance de taux d'incidence du cancer du sein chez les femmes au Royaume alors que seulement 27 % des médecins ont la bonne réponse. Ce qui concorde avec l'étude de **Hsairi et al.** (109) qui a montré que 13,4 % des MG ont donné une réponse correcte, et l'étude de **Zine et al.** (111) qui a objectivé que seulement 20 % des MG ont la bonne réponse, par contre dans une étude réalisée à Fès (**El fakir et al.**) les MG avaient une meilleure connaissance où 50 % d'entre eux avaient donné une réponse correcte (112).

1. Rôle de MG dans la prévention :

Le rôle crucial des médecins généralistes dans la prévention du cancer du sein consiste à axer leur prise en charge sur l'identification des femmes présentant un risque accru de développer ou de présenter un cancer du sein, avec le moins de retard possible, tout en rassurant les femmes sans

risque accru pour éviter toute anxiété ou peur supplémentaire, et en les sensibilisant aux facteurs de risque modifiables (113), tels que :

➤ **Obésité et gain de poids :**

Le médecin généraliste est en première ligne pour prévenir, diagnostiquer, débiter un traitement et effectuer un suivi à long terme des patientes qui présentent une obésité (114).

Pour prévenir le cancer du sein, il est essentiel de changer ses habitudes alimentaires et de pratiquer une activité physique régulière. Le médecin généraliste peut aider en collectant des informations sur l'excès de poids grâce à l'IMC ou aux courbes de croissance, ainsi que sur la sédentarité en posant simplement une question sur l'activité physique. Ces questions simples permettent au médecin de discuter avec la patiente de ses facteurs de risque et de la sensibiliser à l'importance d'adopter un mode de vie sain (115,116).

La Haute Autorité de santé (**HAS**) a affirmé que le médecin généraliste occupe une position centrale dans la prévention, le dépistage, la prise en charge initiale, le suivi et la coordination des soins prodigués aux patients obèses (117).

Plusieurs revues de littérature ont souligné les résultats bénéfiques de la prescription de l'activité physique par les médecins généralistes pour les patients à risque. Ces résultats ont montré que cette intervention peut efficacement aider à prévenir la sédentarité et les maladies chroniques et les cancers, ainsi que promouvoir un mode de vie active (**Eakin et al.** (118) ; **Hillsdon et al.** (119)). En somme, la prescription de l'activité physique en cabinet médical peut être considérée comme une stratégie prometteuse dans la lutte contre ces problématiques de santé.

➤ **Allaitement naturel :**

Le médecin généraliste est en mesure d'aider sa patiente en lui fournissant des informations et des conseils personnalisés, et en l'orientant vers une conseillère en lactation si nécessaire (120) et l'encourager tout en lui laissant la décision finale est un bon moyen de diminuer le risque de cancer du sein (115).

Le médecin traitant joue aussi un rôle crucial en fournissant des informations à ses patientes sur l'utilisation de médicaments et autres substances pendant l'allaitement maternel (120).

Une étude américaine menée par **Bonuck et al.** a montré que les mères ayant reçu des conseils d'allaitement maternel de la part de leur médecin généraliste étaient plus susceptibles d'allaiter leur enfant pendant plus longtemps, par rapport à celles qui n'avaient pas reçu de conseils (121).

➤ **Tabac :**

Les généralistes ont un rôle crucial à jouer dans l'encouragement, la prise en charge et l'accompagnement des fumeurs tout au long de leur processus de sevrage. Des études ont clairement démontré que même un simple conseil de la part de ces professionnels de santé pouvait être efficace pour aider les patients à arrêter de fumer. Selon les sources et la nature des conseils prodigués, l'augmentation du taux de réussite du sevrage tabagique peut varier entre 2 % et 8 % (122).

En plus de cela, les médecins généralistes peuvent mener d'autres actions efficaces au quotidien. Certaines d'entre elles, telles que la distribution de brochures accompagnée de la mesure du CO expiré, sont rapides. D'autres actions nécessitent cependant plus de temps, telles que l'aide et l'accompagnement pour arrêter de fumer (122).

Les médecins généralistes peuvent jouer un rôle clé dans l'aide et le soutien aux patients motivés à se sevrer des addictions en prescrivant des traitements adaptés. Trois options thérapeutiques sont recommandées : les substituts nicotiques, le bupropion et les thérapies cognitivo-comportementales (122).

Les résultats de l'étude menée par **Slama et al.** ont révélé qu'une intervention brève effectuée par un médecin généraliste entraîne une augmentation de 2,7 % du taux de sevrage tabagique, ainsi qu'une multiplication par quatre du taux d'abstinence continue sur une période de 12 mois (123).

Une autre étude effectuée par **Cornuz et al.**, a montré qu'une consultation structurée et systématique peut avoir un effet positif sur la réduction et l'arrêt de la consommation de cigarettes (124).

La littérature démontre l'influence considérable que peut avoir le médecin sur son patient pour l'encourager à adopter un comportement approprié face à un facteur de risque ou à un problème de santé.

➤ **Alcool :**

Un médecin généraliste peut intervenir brièvement et détecter rapidement une consommation excessive d'alcool chez un patient, ce qui peut conduire à une réduction de sa consommation.

Selon une étude faite en France dans le but d'analyser la perception des médecins généralistes lorsqu'ils abordent le facteur de risque « alcool », les médecins généralistes considèrent qu'il est de leur responsabilité d'effectuer le dépistage et la prise en charge des patients souffrant de problèmes liés à l'alcool. Ils sont les professionnels de santé primaires chargés de gérer de manière globale les problèmes liés à l'alcool (125).

D'après une étude supplémentaire conduite par **Anderson et al.** , les interventions des médecins généralistes auprès de personnes ayant une consommation nocive d'alcool sont efficaces. En effet, une brève séance de cinq à dix minutes de conseils permettrait de réduire leur consommation d'alcool de 25 à 35 % lors des suivis effectués six mois ou un an plus tard (126).

Selon l'étude de **Harvie et al.** , les femmes informées par leur MG qu'elles présentent un risque accru de cancer du sein sont nettement plus susceptibles de participer aux programmes de dépistage et d'y rester, et par conséquent de perdre plus de poids entre les deux études faites (127).

L'étude de **Chang et Brown et al.** a souligné que les médecins généralistes peuvent jouer un rôle important en identifiant les patientes nécessitant des soins supplémentaires et en encourageant les femmes à prendre des mesures préventives. En d'autres termes, les médecins généralistes peuvent aider à prévenir le cancer du sein chez les femmes ayant des antécédents familiaux en leur fournissant des informations et en les encourageant à prendre des mesures préventives appropriées (128).

Le médecin généraliste, gardien de l'histoire familiale, connaissant souvent l'histoire familiale, est un des référents privilégiés. En cas de doute, plusieurs algorithmes sont disponibles afin de déterminer si une consultation d'oncogénétique est recommandée (129) .

En outre, le MG peut intervenir tout au long du processus, que ce soit pour le recueil de l'histoire familiale, faire le relais de l'information, orchestrer la prise en charge prédictive. De plus, il peut participer aux études de ségrégation familiale en proposant et expliquant les tests aux personnes ne pouvant pas se déplacer à une consultation de génétique, ou encore, dans certaines situations, en remettant le résultat prescrit par le généticien (129).

Ce qui a été confirmé par les conclusions de **Derbez et al.** , c'est que le médecin généraliste a un impact crucial dans la diffusion d'informations relatives aux maladies génétiques auprès des membres de la famille. Avant même que le test génétique ne soit effectué, le généraliste peut utiliser sa connaissance du contexte familial de ses patients pour les orienter vers une consultation spécialisée. Par la suite, en assurant un suivi attentif, il peut aider ses patients à mieux comprendre les informations qui leur sont communiquées (130).

Dans notre étude, le facteur de risque le plus connu est la présence d'antécédent familial de cancer du sein, il est encourageant de constater que 100 % de l'échantillon a déclaré qu'une histoire familiale positive était un facteur de risque pour le développement du cancer du sein, ce chiffre est similaire à celui constaté dans d'autres études : l'étude de **ghanem et al** (131) (100 %), l'étude de **Abda et al.** (110) (93,6 %), l'étude de **saedi et al.** (132) (91,9 %), l'étude de **Zine et al.** (111) (86,8 %) , ainsi que dans des études faites auprès des internes, résidents, infirmiers et des étudiants en médecine : enquête de **Kumar et al.** (133) (96 %).

Suivi par l'utilisation des contraceptifs comme facteur de risque du cancer du sein, qui a été identifiée par 79 % des MG de notre enquête, ce qui concorde avec l'étude de **ghanem et al**(131) (100 %) , **Abda et al.** (110) (71,7 %), **Kumar et al.** (133) (61 %), et discordes avec l'étude de **Zine et al.** (111) (56,6 %).

La nulliparité a été citée par 76 % des MG interrogés, des résultats similaires ont été retrouvés dans l'étude de **ghanem et al** (131) (100 %), l'étude de **Abda et al.** (110) (79,3 %), l'étude de **saedi et al.**(132)(73,1 %), l'étude de **Kumar et al.** (133) (73 %), un pourcentage plus faible a été retrouvé dans l'étude de **Zine et al.** (111) (32,9 %).

Le niveau de connaissances des facteurs de risque de cancer du sein par les MG est satisfaisant.

Tableau XI : Les principaux facteurs de risques recherchés et connus par les médecins généralistes

Auteurs	Les antécédents familiaux du cancer du sein %	L'utilisation prolongée des contraceptifs oestroprogestatives %	La nulliparité %	La Puberté précoce %	La ménopause tardive %
Etude de Zine et al. (Mohammedia, Maroc)(111)	86,8	56,6	32,9	10,5	9,2
Etude de ghanem et al (rabat, Maroc)(131)	100	100	100	100	100
Etude de kumar et al. (Pakistan) (133)	96	61	73	64	68
Enquête de Abda et al. (Beni Mellal, Nador, Tanger et Taounate,maroc) (110)	93,6	71,7	79,3	45,7	43,8
Etude de saeedi et al. (Riyadh,Arabie saoudite) (132)	91.9	-	73.1	61.7	75.6
Notre étude (Souss Massa)	100	79	76	53	49

Selon le plan national de prévention et de contrôle du cancer (PNPCC), les MG ont un rôle important à jouer dans la sensibilisation de la population aux mesures de prévention du cancer. Ils peuvent :

- Informer les patients sur les facteurs de risque du cancer et les conseils pour les éviter (tabagisme, alcool, exposition aux rayonnements, alimentation saine, activité physique régulière, etc.).
- Identifier les patients à risque de cancer et leur fournir des conseils personnalisés pour réduire leur risque de développer la maladie.
- Encourager les patients à participer aux campagnes de prévention et de sensibilisation organisées par les autorités de santé.
- Fournir des conseils en matière de dépistage précoce du cancer, qui peuvent aider à prévenir ou à détecter le cancer à un stade plus précoce (134,135).

2. Rôle de MG dans le dépistage :

Les médecins jouent un rôle crucial dans les programmes de détection précoce du cancer du sein. Ils doivent appliquer les méthodes de dépistage, telles que l'examen clinique des seins et la prescription de mammographies de dépistage pour les femmes présentant un risque élevé. Ils doivent également motiver les femmes à adhérer au dépistage, suivre les cas positifs détectés et assurer une bonne coordination avec les laboratoires de cytologie, les centres de mammographie et les structures de traitement des patientes atteintes du cancer (136).

Les médecins exerçant une large influence auprès de leurs patientes, grâce à leur crédibilité et leur capacité à conseiller, peuvent jouer un rôle important dans la promotion du dépistage organisé auprès des femmes. Si ces médecins ont été formés et sensibilisés sur la question, ils peuvent encourager leur patientèle à participer à cet examen. En outre, ils peuvent contribuer à la réalisation systématique de l'examen clinique des seins, à l'enseignement de l'autopalpation des seins aux femmes et à l'orientation vers une mammographie si nécessaire (137).

Une étude menée en France a confirmé ce rôle en montrant que le médecin généraliste est le principal responsable du dépistage précoce du cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 74 ans. Les auteurs ont conclu que les médecins généralistes devraient être impliqués dans les programmes de dépistage organisé du cancer du sein (138). Deux études supplémentaires ont corroboré le rôle crucial joué par les médecins généralistes pour encourager les femmes qui ne se soumettent à aucun dépistage à y participer (139,140).

Deux autres études ont toutes les deux porté sur l'impact positif des visites régulières chez le médecin généraliste sur le dépistage précoce et les résultats du cancer du sein. La première étude, menée aux États-Unis (141) et la seconde étude effectuée au Canada (142), ont révélé que les visites chez le médecin de premier recours étaient associées à un recours accru à la mammographie, une réduction des chances de diagnostic à un stade avancé, ainsi qu'une diminution de l'incidence et de la mortalité globale du cancer du sein, ainsi que d'autres mesures de dépistage et de prévention du cancer. Ainsi, ces deux études convergent vers la même conclusion, à savoir que les visites régulières chez le médecin généraliste sont cruciales pour un dépistage précoce et un traitement efficace du

cancer du sein. Les résultats de ces études mettent en évidence l'importance de l'établissement d'une relation continue avec un médecin généraliste pour les femmes souffrant de cancer du sein, afin d'assurer un suivi adéquat et une prise en charge précoce et efficace.

Dans le **plan national de cancer**, il est prévu que les médecins généralistes aient un rôle central dans la détection précoce du cancer, étant capables de :

- Réaliser des examens cliniques réguliers et ciblés pour la détection précoce du cancer chez les patients présentant des facteurs de risque, comme l'examen du sein et le frottis cervico-vaginal chez les femmes, ainsi que le toucher rectal chez les hommes.
- Orienter les patients atteints de symptômes évocateurs de cancer vers des services de soins spécialisés pour un diagnostic et une prise en charge précoce.
- Promouvoir la participation des patients aux programmes de dépistage organisés de masse.
- Évaluer la qualité des services de dépistage et de diagnostic en coopération avec d'autres professionnels de santé (134,135).

2.1 Symptômes recherchés devant une suspicion du cancer du sein :

Concernant les principaux symptômes recherchés par les MG interrogés, les résultats concordent en grande partie avec ceux de **Saaedi et al.** (132) ainsi que ceux de **Kumar et al.** (133), mais ils sont en désaccord avec ceux de **zine et al.** (111).

Quatre pour cent des médecins interrogés dans notre enquête considèrent la douleur comme un symptôme du cancer du sein, n'étant pas conscients du fait que les douleurs mammaires indiquent généralement une pathologie sous-jacente bénigne plutôt qu'un cancer du sein qui se présente le plus souvent sous la forme d'une grosseur indolore.

Le tableau regroupe les résultats de 3 études : l'étude marocaine, pakistanaise et celle d'Arabie saoudite.

Tableau XII : Les principaux symptômes recherchés par les médecins généralistes sont les suivants :

Les auteurs	Adénopathie axillaire %	Rétraction mamelonnaire %	Autopalpation d'un nodule par la patiente %	Écoulement mamelonnaire %	Inflammation du sein %	Autre : mastodynie %
Etude de Zine et al. (Maroc) (111)	42.4	31.8	94	34.8	27.4	-
Etude de Saeedi et al. (Arabie saoudite) (132)	-	90.2	86.2	94.3	87	-
Etude de kumar et al. (Pakistan) (133)	-	-	95	87	79	-
Notre étude	98	96	89	89	77	4

2.2 Le nombre d'examens cliniques des seins que les médecins généralistes pratiquent par semaine :

Dans notre enquête, 51 % des médecins généralistes effectuent moins de 5 examens cliniques des seins par semaine, 26 % et 13 % réalisent respectivement entre 5–10 et 10–20 examens cliniques alors que seulement 9 % des médecins généralistes réalisent plus de 20 examens par semaine et 1 % ne font aucun examen. En effet, les médecins qui effectuent plus de 10 examens par semaine sont ceux ayant une expérience professionnelle de plus de 5 ans.

Ceci rejoint l'étude de **le Poupon et al.** (143) dont 50,9 % des médecins généralistes réalisent moins de 5 examens par semaine, 32,2 % font entre 5 et 10 examens par semaine, 9,7 % (n=26) effectuent entre 10 et 20 examens par semaine et 4,9 % (n=13) réalisent plus de 20 examens par semaine.

Les connaissances des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage, diagnostic et PEC du cancer du sein dans la région de Souss Massa

Dans l'enquête de **Lagneau et al.** (144) 6 % des MG interrogés déclarent ne jamais avoir réalisé l'examen clinique des seins, 27 % l'avaient fait au moins une fois par an, 27 % une fois par mois et 19 % une fois par semaine.

2.3 L'âge des patientes à partir duquel les MG commencent l'examen clinique des seins :

Dans notre enquête, 53 % des MG commencent l'examen clinique à partir de 40 ans, cependant 21 % considèrent qu'il faut commencer le dépistage à l'âge de 30 ans, à partir de 25 ans pour 18% des MG et pour le reste soit 14 % des enquêtés dès la prescription de la pilule. Ces résultats se discordent avec ceux obtenus par **le Poupon et al.** (143), dans son enquête 66,2 % des MG commencent cet examen à partir de 25 ans. Ce qui peut être expliqué par le fait que **l'HAS** (Haute Autorité de Santé) en France, recommande de réaliser un examen clinique des seins (ECS) chez toutes les femmes à partir de 25 ans, qu'elles présentent ou non un risque de cancer du sein (145).

Sur le plan national, l'étude de **Abda et al** (Fès) a objectivé que pour 18 % des médecins, la pratique de l'examen clinique des seins doit être réalisée pour toute femme âgée entre 45 et 70 ans ce qui discordance aussi avec les résultats de notre étude (146).

Selon le programme marocain de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus (2017), Les femmes âgées de 40 à 69 ans sont admissibles au dépistage du cancer du sein. Comme l'incidence du cancer du sein augmente brusquement à partir de l'âge de 40 ans, la limite inférieure de l'âge cible pour son dépistage est passée de 45 à 40 ans en novembre 2016 (34).

Tableau XIII : L'âge à partir duquel les médecins généralistes commencent l'examen clinique des seins chez leurs patientes.

Acteurs	25 ans (%)	30 ans (%)	40 ans (%)	Dès la prescription de la pilule (%)
Enquête de Le poupon et al. (France) (143)	66,2	10,2	6	5,6
Enquête Abda et al. (Maroc) (110)	-	53,4	24,8 (à partir de 45 ans)	-
Notre série	18	21	53	14

2.4 Les régions anatomiques palpées systématiquement par les MG :

L'étude de **Charaka et al.** qui a été menée auprès de 80 MG afin d'évaluer, pour la première fois, les attitudes et la pratique de l'examen clinique du sein par les médecins généralistes au Maroc, a montré que seulement 66,6 % des médecins généralistes réalisent la palpation des aires ganglionnaires, et que la majorité (soit 93,6 %) des médecins participants ne palpent pas la totalité des seins (147).

Dans notre étude, la majorité des MG pratiquent un examen complet (la palpation des seins et des aires ganglionnaires).

2.5 Les examens paracliniques demandés par les MG dans le cadre du dépistage :

Dans notre série, et pour dépister le cancer du sein, le couple échographie-mammographie est le plus demandé par les MG interrogés avec un pourcentage de 78 %, et la majorité de ces médecins généralistes ont une expérience professionnelle de plus de 5 ans. Dans l'étude de **Abda et al.** dont les résultats ont objectivé le rôle majeur de la mammographie seule (54,1 %) dans le dépistage du cancer du sein (110). Ce qui oppose aux résultats d'étude de **kumar et al.** cette étude qui a montré que 96 % des MG prescrivent la mammographie seule, alors que seulement 56 % des MG utilisent l'échographie comme moyen de dépistage (133). De même pour l'enquête d'**Aureche et al.** qui a objectivé que 38 % des MG demandent la mammographie seule et uniquement 8,97 % optent pour l'échographie comme moyen de dépistage (148).

L'enquête menée par **Ruel et al.** sur un échantillon de 408 médecins généralistes montre que 98,3 % parmi eux, recommandent la mammographie seule à leurs patientes afin de dépister le cancer du sein. La mammographie a été demandée dans 68,1 % des cas dans le cadre du dépistage organisé et dans 31,9 % des cas dans le cadre du dépistage individuel (149).

Le couple échographie-mammographie a montré une meilleure sensibilité dans le cadre de dépistage de cancer du sein par rapport à la mammographie et l'échographie seules, ce qui a été déjà prouvé par plusieurs études : **Kolb et al.** (150) et **Berg et al** (151).

La fréquence de la demande de l'examen para clinique :

Parmi les médecins interviewés, 59 % demandent un examen paraclinique tous les 2 ans, alors que seulement 24 % des médecins le demandent chaque année. Nos résultats rejoignent ceux de la littérature : l'étude de **Abda et al.** et l'étude de **Aureche et al.** dont l'examen paraclinique a été réalisé

tous les deux ans respectivement par 56,8 % et 63,46 % des médecins généralistes, dans le but de dépister le cancer de sein (110) (148).

3. Rôle de MG dans l'annonce et l'accompagnement des malades et leurs familles :

La communication du diagnostic de cancer est une tâche difficile et émotionnellement intense pour les professionnels de la santé et pour les patients ainsi que pour leurs entourages, en particulier si le cancer est découvert lors d'un dépistage de routine sans aucun symptôme apparent chez le patient. Ce moment crucial de la prise en charge constitue l'un des moments les plus délicats de la profession médicale et le début de la prise de conscience de la maladie pour le patient (152).

Selon Vivier et al. le rôle du médecin généraliste dans le dispositif d'annonce est crucial. En effet, il est souvent le premier contact du patient avec le système de soins et peut donc jouer un rôle majeur dans la préparation de patient pour l'annonce faite par le spécialiste en lui fournissant des informations et en répondant à ses questions. Il peut également aider à identifier les besoins du patient en matière de soutien émotionnel et de soins palliatifs (152).

Une fois l'annonce faite par le spécialiste, le médecin généraliste peut aider à clarifier les points qui ont pu rester en suspens ou qui ont été mal compris par le patient. Il peut également aider à reformuler et à expliquer les informations données par le spécialiste, en utilisant des termes plus simples et en s'assurant que le patient comprend bien les enjeux de sa situation (153).

Selon l'étude de Bungener et al. menée auprès de 1679 patients suivis par des médecins généralistes français, l'annonce a été faite par le médecin traitant dans 55 % des cas, tandis que dans 61 % des cas, c'était un autre médecin qui s'en chargeait (154).

Le diagnostic de cancer de sein chez une femme suscite souvent des inquiétudes chez les autres membres féminins de sa famille, qui peuvent penser à une implication génétique et être encouragées par les médecins à se faire dépister plus tôt. Les conséquences psychologiques pour ces proches, bien qu'à un degré moindre, ne doivent pas être ignorées ni minimisées.

Le médecin généraliste devient souvent le principal soutien psychologique professionnel pour ces familles, étant donné qu'il est le premier contact dans la chaîne de soins et souvent un confident plus accessible que les spécialistes. Les patientes s'attendent à recevoir ce soutien tout au long de leur

vie, et la quantité et le type de soutien nécessaire varient en fonction de l'âge (155). Le soutien personnel est positivement lié à la qualité de vie et médiatise partiellement les effets de la détresse des symptômes (156).

Ce thème aborde les obstacles que les médecins peuvent rencontrer lorsqu'ils doivent annoncer une maladie grave à un patient. La littérature empirique identifie diverses raisons pour lesquelles cela peut être difficile, notamment la préoccupation de protéger le patient en évitant de causer de la douleur, la peur d'ôter tout espoir et de déclencher des réactions violentes. D'autres raisons sont liées à la préoccupation de se protéger, notamment la peur de succomber à ses propres émotions, la crainte d'être tenu responsable de la mauvaise nouvelle par le patient, l'anxiété face à l'imprévisibilité des réactions du patient et la difficulté de faire face à l'échec dans la lutte contre la maladie (152).

4. Rôle de MG dans le suivi :

Après avoir reçu un traitement curatif pour le cancer du sein, les femmes nécessitent un suivi régulier pour détecter les récurrences à distance ou l'apparition d'un second cancer primitif du sein à un stade précoce (157). Une surveillance partagée entre un médecin spécialiste et un médecin généraliste permet une prise en charge et un suivi de proximité des patientes, tout en désengorgeant les centres spécialisés qui peuvent ainsi accueillir de nouvelles patientes.

En France, il existe deux modes de fonctionnement distincts pour le suivi des patientes atteintes de cancer du sein : la surveillance alternée, qui implique une alternance entre des consultations à l'hôpital et chez le MG, et la surveillance déléguée aux MG après 5 ans sans complications. La plupart des régions ont choisi la surveillance alternée, qui consiste en une série de consultations à l'hôpital et chez le médecin traitant, et qui commence dès la fin des traitements pour toutes les patientes non métastatiques (158).

En général, la surveillance régulière de la rémission du cancer est effectuée par un spécialiste, surtout pendant les cinq premières années (158).

En effet, les médecins généralistes ont la capacité de fournir un suivi de qualité pour leurs patientes en rémission, comme le prouvent les recherches menées par E. Grünfeld et al. auprès de femmes ayant survécu à un cancer du sein (159).

Il est possible de diagnostiquer des métastases ou des récurrences locorégionales d'un cancer du sein plusieurs années (160) après la prise en charge initiale, ce qui met en évidence le rôle crucial du médecin généraliste dans la continuité de la prise en charge.

Une étude randomisée a montré que la plupart des récurrences sont détectées par les femmes et présentées au médecin généraliste, indépendamment de la poursuite du suivi hospitalier (161).

➤ **Une synthèse des études comparant le suivi des patientes traitées pour un cancer du sein par leur médecin généraliste versus un spécialiste :**

Dans une étude menée au Royaume-Uni dans le but de comparer le suivi des patientes atteintes d'un cancer du sein chez les généralistes et les spécialistes, Les patientes prises en charge par les médecins généralistes ont rapporté un niveau de satisfaction plus élevé ; Les résultats ont montré que davantage les patientes dans le groupe médecine générale ont pu obtenir un rendez-vous en urgence avec leur médecin le même jour et ont bénéficié de suffisamment de temps pour discuter de leurs problèmes de santé avec leur médecin (159).

Plusieurs études menées au Canada, aux États-Unis, en Australie et en Irlande ont comparé la qualité de vie, la satisfaction des soins et la détection de récurrence chez des patientes atteintes d'un cancer du sein traitées par des médecins généralistes et des spécialistes. Ces études n'ont pas révélé de différences significatives entre les deux groupes (161-164).

En outre, une étude contrôlée randomisée menée au Royaume-Uni, une étude observationnelle menée aux États-Unis et une étude rétrospective de cohorte menée en Espagne ont prouvé que la surveillance des patients atteints de cancer du sein par des médecins généralistes était liée à des coûts moins élevés pour les patients et les services de santé (165-167).

De manière paradoxale, l'étude rétrospective de cohorte menée en Espagne a montré qu'un suivi par des spécialistes conduisait à une plus grande satisfaction chez les patientes (166).

Néanmoins, ces études ont mis en évidence la nécessité d'établir des directives claires en matière de détection de récurrence ou de gestion des effets secondaires pour faciliter le suivi des patients atteints de cancer par des médecins généralistes. Ces directives devraient être basées sur des protocoles de surveillance fondés sur les recommandations d'experts.

Plusieurs obstacles ont été identifiés pour expliquer pourquoi les patients ne sont pas suivis par leur médecin de premier recours. Parmi ces obstacles, on peut citer :

- Des problèmes de communication entre les médecins généralistes et les spécialistes.
- Une préférence pour les médecins spécialistes.
- Des doutes concernant les connaissances et les compétences des médecins généralistes.
- Des incertitudes quant à la capacité des médecins généralistes à organiser le suivi des patients (166).

Afin d'améliorer le suivi basé sur les soins primaires pour les patientes atteintes de cancer du sein, il est nécessaire que les spécialistes renvoient plus activement ces patientes à leur médecin généraliste. Pour faciliter la communication entre les différents professionnels de santé et les patients, il est également important de mettre en place des plans de soins de survie. Pour organiser efficacement les soins de suivi et favoriser l'utilisation des lignes directrices en médecine générale, la formation des médecins généralistes ainsi que le développement d'outils administratifs peuvent être utiles (168).

Il est approprié de transférer la responsabilité du suivi post-thérapeutique des patientes au médecin généraliste, mais cela doit être limité aux patientes à faible risque de récurrence. De plus, il est essentiel de favoriser la formation des médecins de premier recours dans ce domaine et de mettre en place des outils pour faciliter la surveillance des patientes.

Le plan national de lutte contre le cancer prévoit que les médecins généralistes jouent un rôle clé dans le suivi du cancer, étant en mesure de :

- Assurer la coordination des soins pour les patients atteints de cancer, en veillant à une prise en charge globale et adaptée à leur état de santé.
- Établir un plan de soins personnalisé pour chaque patient atteint de cancer, en tenant compte de son état de santé et de ses besoins spécifiques.
- Assurer le suivi régulier des patients traités et en rémission, en identifiant les signes de récurrence ou de complications liées au traitement et en proposant une prise en charge adéquate.

- Promouvoir l'adoption d'un mode de vie sain chez les patients en rémission, en insistant sur l'importance d'une alimentation équilibrée, de l'activité physique et du suivi régulier des examens de surveillance recommandés.
- Coopérer avec les professionnels de santé des autres niveaux de soins pour une prise en charge optimale des patients atteints de cancer (134,135).

4.1 La présence des patientes traitées ou au cours de traitement du cancer du sein dans la patientèle des MG :

Dans notre enquête, une grande majorité des médecins interrogés, soit 80 % d'entre eux, ont dans leur patientèle des femmes atteintes d'un cancer du sein. Parmi eux, près de 81 % suivent moins de 10 patientes au cours de traitement ou en post thérapeutique d'un cancer du sein.

Ceci rejoint l'étude de **Seguin et al.** (169) menée auprès de 95 médecins généralistes dont presque la totalité (97.9 %) des MG ont parmi leur patientèle des femmes suivies ou qui ont comme antécédent le cancer du sein. Parmi eux 45,5 % suivent entre 10 et 20 patientes.

Notre échantillon est donc très largement concerné par la surveillance du cancer du sein et susceptible de se retrouver fréquemment face aux problématiques liées au suivi de cette pathologie.

4.2 Participation au suivi des femmes atteintes d'un cancer du sein :

Dans notre étude, un quasi équilibre entre les médecins généralistes qui assurent le suivi et ceux qui ne le font pas, avec une proportion respective de 52 % et 48 %, dont la plupart des médecins participant au suivi ont une expérience professionnelle de plus de 5 ans ; ce qui discord avec l'étude de **Seguin et al.** (169) avec 93 % des médecins généralistes qui font le suivi des patientes atteintes du cancer du sein. Et aussi avec l'étude de **Bouyssié et al.** (170) dont 81 % participent au suivi des patientes (plus de 15 femmes pour 34 % des médecins).

Une étude de **Delozier et al.** (171) menée en France auprès des MG et des spécialistes dans le but d'évaluer les modalités de suivi et de surveillance des inhibiteurs de l'aromatase dans le traitement adjuvant du cancer du sein, a montré que le principal spécialiste participant au suivi est le gynécologue (65 %). Le médecin généraliste participe à la surveillance dans 53 % des cas et intervient dès l'initiation du traitement pour 67 % des médecins interrogés.

* Notre échantillon participe principalement à cette surveillance sur le plan du soutien psychologique (81 %) mais également sur le plan du dépistage des récidives locorégionales (66 %).

Les connaissances des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage, diagnostic et PEC du cancer du sein dans la région de Souss Massa

Notre résultat rejoint celui de l'étude de **Segui et al.** (169) par 99 % des médecins généralistes qui s'impliquent dans le soutien psychologique et 87 % dans le suivi pour le dépistage de récurrence locorégionale, et celui de l'étude de **Bouyssié et al.** dont 95 % des MG suivent et soutiennent les patientes sur le plan psychologique (170).

4.3 Les moyens utilisés par les MG pour le suivi des patientes atteintes par le cancer du sein :

Selon notre étude, 91 % des MG effectuent l'examen clinique tous les ans après les 5 premières années, la plupart d'entre eux sont des médecins généralistes ayant cumulé plus de 5 ans d'expérience. Ce qui discord avec l'étude de **Bouyssié et al.** (170) et l'étude de **Seguin et al.** (169) dont la plupart des MG réalisent le suivi par la mammographie respectivement d'un pourcentage de 92,6 % et 75 %.

Tableau XIV : Moyens de suivi des patientes atteintes de cancer du sein par les médecins généralistes.

Auteurs	Examen clinique tous les ans après les 5 premières années %	Mammographie %	TDM TAP %	CA15-3 %
Etude de Bouyssié et al. (170)	47,7	92,6	15,6	28,5
Etude de Seguin et al. (169)	68.1	75	-	69
Notre étude	91	51	14	26

4.4 Les explorations dans le cadre du dépistage des métastases du cancer du sein :

La radiographie pulmonaire est l'imagerie la plus demandée par 75 % des médecins interrogés, suivie par l'échographie hépatique qui est demandée par 69 % des médecins dans notre cohorte, ce qui discord avec les conclusions de l'étude de **Seguin et al.**, dont l'échographie hépatique et IRM cérébrale sont les imageries les plus demandées (68,1 %) (169).

Selon l'étude de **Bouyssié et al.** , la recherche d'une récurrence à distance se fait assez souvent seulement par 45,4 % des médecins (170).

D'après les conclusions de **Grunfeld et al.** , qui ont mené une étude randomisée sur 296 patientes surveillées par un généraliste ou un spécialiste, il n'y a aucun argument en faveur d'une

surveillance par un spécialiste. En effet, ils n'ont observé aucune variation dans le délai de diagnostic entre le symptôme et la confirmation des métastases (161).

5. Rôle de MG dans la PEC des effets secondaires :

Les médecins généralistes jouent un rôle important dans la prise en charge des effets secondaires du traitement du cancer du sein, d'autant plus que ces dernières années, le traitement de cette maladie est devenu de plus en plus complexe et sophistiqué, nécessitant une approche de gestion par une équipe multidisciplinaire qui est maintenant recommandée à l'échelle mondiale (172).

Selon une revue systématique de la littérature publiée en 2016, les médecins généralistes jouent un rôle crucial dans la coordination de la prise en charge globale des patientes atteintes de cancer du sein. Cette revue a identifié plusieurs études qui ont montré que les médecins généralistes étaient souvent les premiers à identifier les effets secondaires du traitement du cancer du sein et à les prendre en charge. Ils peuvent ainsi aider les patientes à mieux gérer leurs symptômes et améliorer leur qualité de vie (173).

Une autre étude réalisée par Roorda et al. aux Pays-Bas, a montré que la communication entre les médecins généralistes et les oncologues est cruciale pour assurer une prise en charge globale des patients atteints de cancer du sein. Les médecins généralistes ont un rôle important à jouer dans la surveillance des effets secondaires du traitement, tels que les nausées, les vomissements, la fatigue, la douleur et les troubles du sommeil. Ils peuvent également aider les patients à faire face à l'anxiété et la dépression associées au traitement (174).

D'après notre étude, l'infection du site opératoire est la complication la plus recherchée par les médecins généralistes interrogés, à un taux de 90 %, suivie de la neutropénie fébrile en cas de fièvre, avec un taux de 88 %.

Pour l'étude de **Seguin et al.** (169), les nausées, vomissements, mucite buccale sont les complications les plus recherchées par 95,9 % des MG.

D'après une autre étude réalisée par **Bouyssié et al.** (170) la mucite buccale est recherchée par 59,6 % des MG.

➤ **Gestion de la douleur :**

Le médecin généraliste peut prescrire des analgésiques pour soulager la douleur associée aux traitements du cancer du sein. Il peut également recommander des thérapies complémentaires telles que la physiothérapie, l'acupuncture et la massothérapie. Des stratégies de gestion de la douleur non pharmacologiques, telles que la relaxation, la méditation et la respiration profonde peuvent également être utiles (175).

Une étude menée aux États-Unis, avait pour but d'évaluer l'efficacité d'une intervention de soins primaires dans la gestion de la douleur articulaire chez les patients atteints de cancer du sein. Les résultats ont montré une amélioration significative de la douleur, de la fonction physique et de la qualité de vie chez les patients qui ont participé à l'intervention (176).

Selon notre étude, 85 % des MG utilisent les antalgiques et les AINS pour soulager les arthromyalgies, contre 76,5 % des MG dans l'étude de **Seguin et al.** (169). Ce qui discordes avec l'étude de **Delozier et al.** (171), qui a montré que seulement 62 % des médecins prescrivent des antalgiques ou des AINS devant des arthromyalgies importantes.

En ce qui concerne la prise en charge des douleurs neuropathiques, 66 % des MG de notre enquête prescrivent les antidépresseurs pour soulager les douleurs neuropathiques, tandis que 49 % optent pour les antalgiques. Ce qui concorde avec les conclusions de l'étude de **Seguin et al.** qui a également constaté que les antidépresseurs sont prescrits par 68,7 % des médecins et les antalgiques par 47,3 % (169).

➤ **Gestion de lymphœdème :**

Il est crucial pour les médecins généralistes de jouer un rôle central dans la gestion du lymphœdème, qui est souvent multidisciplinaire. Ils doivent conseiller leurs patientes sur la gestion du poids et l'activité physique en tant que mesure préventive ou pour réduire le risque de lymphœdème après un cancer du sein. Si une patiente développe un lymphœdème, les médecins généralistes doivent la diriger vers un thérapeute spécialisé dans le traitement de cette affection et assurer la coordination des soins à long terme (177).

D'après notre étude, il a été constaté que seulement 45 % des médecins généralistes utilisent des manchons ou des gantelets de contention pour traiter le lymphœdème, ce qui est en accord avec

l'étude menée par **Seguin et al.** (169) où ce chiffre s'élève à 55,15 %. Par ailleurs, l'étude de **Simon et al.** (178) qui visait à évaluer les connaissances des médecins généralistes sur les lymphœdèmes du membre supérieur après un cancer du sein, a montré que les prescriptions comprenaient une compression élastique pendant la journée (77 %), des drainages lymphatiques manuels (74 %), un manchon de nuit (36 %) et une consultation dans un service spécialisé (8 %).

En outre, selon une étude italienne menée par **Zanotti et al.** , les médecins généralistes jouent un rôle important dans le suivi des patients atteints de cancer du sein après un traitement curatif, y compris dans la gestion du lymphœdème. Ils ont souligné l'importance d'une formation continue pour les médecins généralistes afin d'améliorer leur prise en charge du lymphœdème et de mieux répondre aux besoins des patients (179).

➤ **Gestion de la fatigue :**

La fatigue est un effet secondaire fréquent des traitements du cancer du sein. Le médecin généraliste peut recommander des techniques de conservation de l'énergie, telles que la planification des activités, la pratique de la relaxation et de l'exercice léger, ainsi que la nutrition appropriée. Ils peuvent également recommander des traitements pharmacologiques pour la fatigue, tels que la modafinil ou la méthylphénidate (180).

Une étude menée en France, a évalué l'effet d'une intervention de soutien psychologique auprès de patients atteints de cancer du sein en collaboration avec des médecins généralistes. Les résultats ont montré que l'intervention a permis une amélioration significative de la qualité de vie et une réduction de la fatigue chez les patients (181).

➤ **Gestion des nausées et vomissements :**

Le médecin généraliste peut prescrire des médicaments pour soulager les nausées et les vomissements associés à la chimiothérapie, tels que les antagonistes des récepteurs de la sérotonine ou les antagonistes des récepteurs NK1. Des changements alimentaires peuvent également aider, tels que des repas légers et fréquents, la consommation de liquides clairs, et éviter les aliments gras et épicés (182).

Une étude française a examiné le rôle des médecins généralistes dans la gestion des effets secondaires de la chimiothérapie chez les patientes atteintes d'un cancer du sein. Les résultats ont

montré que les médecins généralistes étaient capables de gérer efficacement les nausées et vomissements liés à la chimiothérapie, en utilisant des antiémétiques appropriés et en faisant le suivi des symptômes (183).

➤ **Gestion des troubles du sommeil :**

Les traitements du cancer du sein peuvent entraîner des troubles du sommeil. Le médecin généraliste peut recommander des changements comportementaux, tels que la restriction de la caféine, la pratique de la relaxation, la mise en place d'une routine de sommeil régulière et l'exercice régulier. Ils peuvent également prescrire des hypnotiques tels que les benzodiazépines ou les antihistaminiques pour aider à dormir (184).

➤ **Gestion des bouffées de chaleur :**

Les bouffées de chaleur sont un effet secondaire courant de l'hormonothérapie pour le cancer du sein. Le médecin généraliste peut recommander des changements de mode de vie, tels que l'évitement des déclencheurs de bouffées de chaleur (par exemple, les boissons chaudes, les aliments épicés, l'alcool), la pratique de techniques de relaxation, ou la thérapie cognitivo-comportementale. Ils peuvent également prescrire des médicaments tels que les antidépresseurs, les antihistaminiques, ou les agonistes de la noradrénaline, pour aider à réduire les bouffées de chaleur (185).

Une étude menée en Australie, a examiné les attitudes et les pratiques des MG concernant la PEC des bouffées de chaleur chez les femmes atteintes de cancer du sein. Les résultats ont montré que de nombreux médecins généralistes avaient une connaissance limitée des options de traitement pour les bouffées de chaleur liées au cancer du sein et que leur gestion était souvent suboptimale (186).

- ✓ La conduite des MG devant une patiente traitée par l'hormonothérapie (tamoxifène, inhibiteurs de l'aromatase) :

Dans notre étude, 78 % des MG interviewés dans leur conduite devant une patiente traitée par l'hormonothérapie ont déclaré effectuer un examen gynécologique annuel, suivi par 71 % des MG qui optent pour l'échographie pelvienne annuelle pour la surveillance de l'endomètre. En ce qui concerne la contraception efficace, cela est mentionné par 57 % des médecins généralistes. En outre, 37 % des médecins généralistes recommandent une ostéodensitométrie initiale puis annuelle. En revanche, seulement 32 % des MG qui demandent le bilan lipidique annuel.

Les connaissances des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage, diagnostic et PEC du cancer du sein dans la région de Souss Massa

Selon l'étude de **Delozier et al.** (171), la prescription de l'ostéodensitométrie se fait par 88 % des oncologues contre 6 % des MG, cette prescription se fait tous les ans par 14 % des participants, tous les deux ans par 41 % et selon un rythme adapté aux résultats par 40 %. Le bilan hépatique se prescrit par 60 % des oncologues contre 35 % des MG, et le bilan lipidique se prescrit par 39 % des MG, cela pourrait s'expliquer par le fait qu'en cas d'hyperlipidémie, la majorité des oncologues (74 %) adressent leurs patientes au généraliste pour la prise en charge. Toutefois, un quart des praticiens qui prescrivent eux-mêmes des hypocholestérolémiants.

Tableau XV : Le bilan paraclinique demandé par les médecins.

	Ostéodensitométrie %	Bilan hépatique %	Bilan lipidique %
Par le oncologue	88	60	57
Par le médecin généraliste	6	35	39
Par le médecin gynécologue	3	3	3

Selon l'étude de **Nogaret et al.** le rôle du médecin généraliste dans le suivi des patientes avec cancer du sein dans une situation adjuvante et métastatique (177) :

1. Monitoring et prise en charge des effets secondaires des traitements en collaboration avec le oncologue.
2. Examen loco-régional périodique, car une récurrence loco-régionale détectée tôt reste potentiellement curable.
3. Ostéodensitométrie (1x/an) et traitement par biphosphonate si perte osseuse significative, car les traitements adjuvants peuvent accélérer la survenue de la ménopause.
4. Surveillance du bilan lipidique (cholestérol, triglycérides) qui peut s'altérer avec la ménopause et/ou la prise de poids fréquemment induites par les traitements adjuvants.

Les connaissances des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage, diagnostic et PEC du cancer du sein dans la région de Souss Massa

5. Tests thyroïdiens en cas de fatigue prolongée, l'hypothyroïdie n'est pas rare dans les suites d'un cancer du sein traité par radiothérapie.
6. Conseils diététiques à cause de la fréquence de la notion de prise de poids avec la chimiothérapie / l'hormonothérapie adjuvante.
7. Soutien psychologique.
8. Surveillance cardiaque si traitement de plusieurs mois avec anthracyclines ou Herceptine® (potentiellement cardiotoxiques).

➤ **Le stade de la maladie auquel le médecin généraliste se sent impliqué :**

Dans notre enquête, 96 % des médecins ayant répondu se sentent impliqués aux stades les plus précoces de la maladie cancéreuse, en d'autres termes dans la pratique du dépistage ainsi que dans la phase diagnostique, 50 % sont investis dans la phase de surveillance après le début du traitement de leurs patientes atteintes de cancer.

Nos résultats rejoignent ceux de la littérature où nous trouvons l'implication importante des MG dans la phase diagnostic (dépistage) et surveillance après traitement dans les séries de **Laouissett et al.** (153) , de **Da Silva et al.** (187) et celle de **Nguyen et al.** (188).

Tableau XVI : Le stade de la maladie qui suscite l'implication du médecin généraliste.

Auteurs	Diagnostic (dépistage) %	Annonce de la maladie %	Décisions thérapeutiques %	Suivi de traitement %	Surveillance après traitement %	Phase terminale (soins palliatifs) %
Enquête de Laouissett et al. (153)	98,6	79,7	11,6	84,1	87,0	78,3
Enquête de Da Silva et al. (187)	99	75	7	72	80	69
Enquête de Nguyen et al. (188)	98	-	-	85	91	91
Notre étude	96	44	5	30	50	21

6. Rôle des MG dans les soins palliatifs :

L'organisation mondiale de la santé (O.M.S.) définit en 2020 les soins palliatifs comme une approche pour améliorer la qualité de vie des patients (adultes et enfants) et de leurs familles, confrontés aux problèmes liés à des maladies potentiellement mortelles. Ils préviennent et soulagent les souffrances grâce à la reconnaissance précoce, l'évaluation correcte et le traitement de la douleur et des autres problèmes, qu'ils soient d'ordre physique, psychosocial ou spirituel (189).

Les soins de support désignent tous les soins et soutiens essentiels aux personnes malades, qui sont fournis en complément des traitements spécifiques, le cas échéant, tout au long de la maladie (190).

L'intégration précoce des soins de support oncologiques et des soins palliatifs est essentielle pour une prise en charge globale et efficace des patients atteints de cancer et permet de réduire le nombre d'hospitalisations inutiles et la nécessité de recourir à des services de santé supplémentaires (189).

Environ 40 millions de personnes nécessitent des soins palliatifs, dont 78 % résident dans des pays à faible ou moyen revenu (189).

Seulement environ 14 % des personnes ayant besoin de soins palliatifs bénéficient de ces soins à l'échelle mondiale (189).

Actuellement, la fin de vie est de plus en plus médicalisée et institutionnalisée, avec seulement 20 % des décès survenant à domicile, par rapport à 70 % avant les années 1950 (191).

Accompagner une personne en fin de vie implique de s'engager dans une relation médecin-malade unique où la dimension émotionnelle est cruciale. La gestion des émotions constitue un véritable défi dans ces situations, surtout pour les médecins généralistes qui peuvent être profondément attachés à leurs patientes en raison de la durée de leur relation de soins (192).

La patiente atteinte de cancer du sein se trouve dans un environnement familial à domicile, ce qui réduit son niveau d'anxiété pendant les examens et les consultations, par rapport à l'hôpital.

La douleur est un problème important et l'un des symptômes les plus invalidants chez les patientes atteintes d'un cancer du sein, qui affecte négativement l'état fonctionnel et la qualité de vie. La prise en charge de la douleur chez les patientes atteintes d'un cancer du sein nécessite une

évaluation approfondie de la patiente et une appréciation critique de la douleur. La cause réelle de la douleur doit être reconnue, afin que la prise en charge puisse être adaptée à chaque patiente (191,193).

En fin de vie, l'angoisse et la douleur sont souvent étroitement liées. Le patient peut souffrir de douleur physique, d'une altération de son image corporelle, de conséquences psychologiques et morales de la maladie, de sa vulnérabilité, de sa fatigue, de la remise en question du sens de sa vie, de la peur de l'aggravation de sa situation ou de la mort, ainsi que de la crainte de faire souffrir ses proches (191).

Une revue systématique et méta-analyse réalisée par **Gérard et al.** a examiné le rôle des médecins généralistes dans la fourniture de soins palliatifs. Les résultats ont montré que les médecins généralistes sont souvent les principaux prestataires de soins palliatifs pour les patients en fin de vie. Ils jouent un rôle crucial dans la coordination des soins, la gestion des symptômes, la communication avec les patients et les familles, ainsi que le soutien émotionnel. Les médecins généralistes ont également été reconnus comme des acteurs clés dans la prise de décisions concernant les traitements palliatifs et les directives anticipées (194).

Dans une étude qualitative réalisée par **Sellars et al.**, les perspectives des médecins généralistes et des oncologues concernant la discussion des soins palliatifs avec des patients atteints d'un cancer avancé ont été examinées. Les résultats ont montré que les médecins généralistes ressentent parfois un manque de confiance et d'expérience dans l'initiation de discussions sur les soins palliatifs. Ils ont identifié plusieurs obstacles à ces discussions, notamment le manque de temps, les difficultés de communication avec les patients et les préférences des patients. Les résultats soulignent la nécessité de renforcer les compétences en communication et de fournir un soutien aux médecins généralistes pour faciliter les discussions sur les soins palliatifs (195).

Dans notre étude, il a été constaté que seulement 21 % des médecins généralistes interrogés se sentent réellement impliqués dans les soins palliatifs, ce qui diverge considérablement des résultats obtenus dans d'autres études. L'étude menée par **Da Silva et al.** (187) a montré un taux d'implication de 69 %, tandis que l'enquête de **Laouissett et al.** (153) a révélé un pourcentage de 78,3 %, et l'enquête de **Nguyen et al.** (188) a rapporté un taux d'implication de 91 %.

Selon le **plan national du cancer**, la mise en place et l'application des soins palliatifs au Maroc représentent une avancée dans le domaine de la santé. Actuellement, l'accès aux soins palliatifs pour les patients atteints de cancer n'est pas encore généralisé à l'échelle nationale. Cette forme de prise en charge est uniquement réservée aux patients en phase terminale et se limite aux équipes spécialisées en soins palliatifs présentes dans les Centres Régionaux d'Oncologie (CRO). De plus, les soins à domicile sont limités à une zone géographique restreinte (135).

7. Difficultés et obstacles rencontrés par les MG et leurs attentes :

7.1 Participation aux RCP :

La prise en charge des patients atteints de cancer évolue vers une approche multidisciplinaire impliquant un large éventail de spécialités médicales, pas seulement les chirurgiens et les oncologues médicaux. Les futurs médecins de toutes les spécialités sont donc plus susceptibles d'être impliqués dans les soins contre le cancer, y compris les médecins généralistes, les pathologistes, les radiologues, les spécialistes des soins palliatifs et les psychiatres. Il est crucial que les étudiants en médecine se familiarisent avec les principes et la pratique de la multidisciplinarité dès le début de leur carrière médicale pour faciliter un travail d'équipe efficace. En fait, il est même envisagé que les patients atteints de cancer participent à la RCP dans l'avenir (196).

Une étude française a étudié l'impact de la participation à distance des MG, la satisfaction des participants et l'impact sur les décisions thérapeutiques. La participation des médecins généralistes à la RCP a entraîné une modification de la prise en charge dans cinq cas, avec une intensification du traitement quatre fois et une désintensification une fois. Les domaines médicaux, sociaux, familiaux et psychologiques ont été abordés avec l'aide des médecins généralistes. Dans l'ensemble, tous les participants étaient satisfaits de la RCP (197), un grand nombre des MG semblaient considérer que leur participation à cette étude faisait partie intégrante de leurs fonctions professionnelles (198). Une autre étude menée à Toulouse en 2016 (199) a confirmé cet impact des MG durant les RCP.

Une étude britannique a souligné que les facteurs psycho-sociaux et les comorbidités des patients étaient souvent négligés lors des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP). Pourtant, un médecin généraliste serait en mesure de fournir ces informations à ses collègues participant aux RCP (200).

Les médecins spécialistes ne sont pas demandeurs d'une participation du généraliste aux RCP, car ils estiment que ces derniers manquent de compétences médico-techniques nécessaires (201). Les médecins généralistes considèrent qu'ils devraient être les représentants de leurs patients, mais moins de la moitié envisagent de prendre part aux RCP (202); La participation du médecin généraliste aux RCP est souvent entravée par le manque de temps, considéré comme l'obstacle majeur (201).

Les médecins généralistes de notre enquête ont été peu impliqués aux RCP (5 %) ainsi que dans les autres séries, **Laouissett et al.** (11,6 %) et **de Da Silva et al.** (7 %).

7.2 Les diplômes complémentaires ou les formations en lien avec la cancérologie :

Seulement 9 % des MG interviewés ont reçu des formations en lien avec la cancérologie, à savoir des formations en soins palliatifs et douleurs, formation et diplôme d'échographie, dépistage du cancer du sein, médecine de famille, santé intégrative. Ils ont tous une expérience supérieure à 5 ans.

La formation initiale en cancérologie n'est pas suffisante devant l'évolution rapide des thérapies anti-cancéreuses (immunothérapie, chimiothérapie orale...).

Corroborant aux résultats de l'enquête de **Belaid et al.** (203) , qui a montré que seulement 23 % des MG ont bénéficié d'une formation en cancérologie, et ceux de l'enquête de **Nguyen et al.** (188) qui a souligné que 13 % des MG n'ont pas suivi de formation spécifique en cancérologie depuis la fin de leurs études, aussi L'étude de **Noonan et al.** faite en Irlande auprès de 198 MG, dont 18 % des MG ont reçu une formation formelle en soins palliatifs (204).

Ce qui discord avec l'enquête de **le poupon et al.** (143) qui a objectivé que 67 % des MG ont eu une formation (formation théorique ou pratique avec apprentissage du geste).

Une étude faite auprès des médecins femmes américaines, a conclu que le fait d'être un praticien de soins primaires et d'avoir soi-même des habitudes saines sont les corrélats les plus significatifs des pratiques de conseil et de dépistage en matière de prévention déclarées par les femmes médecins américaines. Ces résultats suggèrent de nouvelles orientations potentielles pour la formation des médecins (205).

7.3 Membre d'un réseau de cancérologie ou de soins palliatifs :

Seulement 3 % des médecins interrogés dans notre enquête sont membres d'un réseau de cancérologie ou de soins palliatifs, ce qui concorde avec l'enquête de **Marre et al.** (206) qui a objectivé

qu'une minorité de 7 % des MG appartiennent à un réseau de cancérologie ou de soins de support. Les causes principales semblaient être la méconnaissance de ces réseaux et le manque de temps.

Cela discordes avec les résultats obtenus par **Laouissett et al.** dont 39 % des médecins répondants adhèrent au réseau de cancérologie (153).

7.4 Avis sur la qualité des connaissances en cancérologie :

Dans notre étude, seulement 13 % des médecins généralistes interrogés ont confirmé avoir des compétences qui leurs permettent de prendre en charge les patients atteints d'un cancer d'une manière optimale. Ce que signifie que les connaissances en cancérologie ne satisfont pas la majorité des MG. Cela peut être justifié par le manque de formations et de diplômes dans ce sens.

Ce qui discordes avec l'étude de **Laouissett et al.** (153) dont cette catégorie représente 53 % des médecins généralistes, de même pour l'étude de **Da Silva et al.** (187), et l'étude de **Noonan et al.** (204) où elle représente successivement 46,5 % et 50 % des médecins généralistes.

Une étude de **Levasseur et al.** faite en Bretagne auprès de 300 MG, dont seulement un peu plus de la moitié des médecins (54 %) portent une appréciation positive sur leur pratique de gynécologie (examen clinique des seins, frottis cervico vaginal) , 43 % déclarent ne pas se sentir performants(207).

Des recherches menées dans des pays à niveaux socio-économiques moyens et faibles, tels que la Tunisie (109) le Pakistan (133) et le Nigeria (131), ont mis en évidence l'importance pour les professionnels de santé d'acquérir une meilleure connaissance du cancer du sein afin d'améliorer la prise en charge de cette maladie.

C'est ainsi que les jeunes médecins devront recevoir une formation approfondie et une sensibilisation sur les facteurs de risque, les méthodes de prévention, ainsi que les moyens de dépistage précoce de ce cancer. Il est essentiel que les étudiants en médecine commencent à développer des connaissances solides et des attitudes positives envers le dépistage de ce cancer dès les premières années de leur formation et lors de leurs stages pratiques (137).

7.5 Les contraintes qui freinent la pratique des MG dans la PEC des patients cancéreux :

Il ressort de cette étude, que la plupart des médecins généralistes rencontrent des difficultés dans la prise en charge des patients atteints de cancer. La contrainte la plus évoquée par les MG (88 %) est le manque de formation dans cette discipline. Ce qui discordes avec l'**enquête de Laouissett et al.** (153) dont 65 % des MG considèrent le caractère chronologique comme la principale contrainte

Les connaissances des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage, diagnostic et PEC du cancer du sein dans la région de Souss Massa

rencontrée ; et avec l'enquête de **Da Silva et al.** (187) qui a objectivé que 47 % des MG ont des difficultés d'organisation des soins dans la PEC multidisciplinaire.

Selon l'enquête de **Nguyen** (188) , la lourdeur de la charge morale est la contrainte qui freine la pratique de 65 % des médecins généralistes dans la PEC des patients cancéreux, suivie par le manque de temps mentionné par 58 % des MG.

Tableau XVII : Les obstacles entravant la prise en charge des patients atteints de cancer par les MG.

Auteurs	Le caractère chronophage %	La charge affective importante %	La difficulté d'organisation des soins %	L'absence de rémunération adaptée %	Le manque de formation dans cette discipline %
Enquête de Laouissett et al. (153)	65,2	18,8	50,7	47,8	44,9
Enquête de Da Silva et al. (187)	39	18	47	22	36
Notre étude	24	24	63	16	82

7.6 Les formations désirées par les MG :

Dans notre cohorte, 73 % des MG déclarent avoir besoin d'une formation complémentaire dans le cadre de la surveillance après traitement, et 71 % des MG désirent des formations dans le cadre de suivi de traitement. Ce qui rejoint l'étude de **Laouissett et al.** (153) , dont 81 % ont besoin des formations dans la surveillance après traitement, et 88 % des MG de l'étude de **Da Silva et al.** (187) ont mentionné leurs intérêts par des formations dans le suivi de traitement.

Tableau XVIII : Les types de formations souhaitées par les médecins généralistes.

Auteurs	Diagnostic (dépistage) %	Annonce de la maladie %	Décisions thérapeutiques %	Suivi de traitement (tolérance, PEC des effets secondaires) %	Surveillance après traitement (dépistage des récurrences, suivi des séquelles) %	Phase terminale (soins palliatifs) %
Enquête de Laouissett et al. (153)	57,8	23,4	40,6	78,1	81,3	56,2
Etude de Da Silva et al. (187)	39,5	25,6	66	88	-	69,8
Notre étude	63	43	50	71	73	43

7.7 La communication entre les MG et les spécialistes :

Une bonne communication est essentielle pour assurer une prise en charge partagée et efficace entre les centres de traitement du cancer et les médecins généralistes (208). Malheureusement, de nombreuses études suggèrent que les informations fournies aux médecins généralistes sont largement insuffisantes. La littérature estime que les médecins généralistes souhaitent recevoir des informations sur les traitements proposés, les effets indésirables potentiels et la manière de les gérer, mais qu'ils ne reçoivent souvent pas ces informations (209-212). **McConnell et al.** (212) ont constaté que 93,4 % des médecins généralistes souhaitaient obtenir des informations sur les effets indésirables des traitements, 91,5 % souhaitaient recevoir des suggestions pour la prise en charge des effets indésirables, et 85,8 % aimeraient être informés des indicateurs de révision non programmée par l'oncologue. Dans les lettres réelles, ces informations étaient contenues respectivement dans 16,2 %, 5,1 % et 8,1 % des cas.

Pringle et al. (213) ont suggéré que la lettre de réponse est la "voie la plus négligée de la formation des médecins généralistes". Les médecins généralistes sont réceptifs à l'utilisation des réponses de référence comme sources d'apprentissage (214). Les médecins généralistes semblent préférer des informations structurées, pertinentes pour leurs besoins. **McConnell et al.** (212) ont conclu que pour les médecins généralistes, des fiches d'information standard peuvent être incluses avec la lettre de réponse concernant les effets secondaires potentiels du traitement proposé et les recommandations pour leur prise en charge.

L'étude de **Noonan et al.** faite en Irlande auprès de 198 MG, 69 % d'entre eux ont estimé qu'ils ne reçoivent pas d'informations adéquates concernant le plan de traitement (204).

L'étude **Marre et al.** a objectivé qu'une minorité de 7 % des MG ne reçoivent aucune information de la part des oncologues de leurs patients en cours de chimiothérapie, et 47 % des MG déclarent avoir des informations manquantes (206).

Ce qui concorde avec les résultats de notre étude, dont seulement 22 % des médecins interrogés qui ont été informés par l'équipe des médecins spécialistes par rapport au diagnostic, pronostic et le traitement de leurs patientes.

III.Recommandations :

D'après notre enquête et la revue de la littérature qu'on avait étudiée, nous émettons quelques recommandations qui améliorent le rôle du MG dans le dépistage, le diagnostic et la prise en charge du cancer du sein :

- 1. Sensibiliser les médecins généralistes :** Les médecins généralistes doivent être sensibilisés à l'importance du dépistage précoce du cancer du sein.
Améliorer la sensibilisation et l'éducation de grand public : Le ministère peut augmenter la sensibilisation et l'éducation sur l'importance du dépistage du cancer du sein auprès du grand public, des professionnels de la santé et des fournisseurs de soins primaires. Cela peut être réalisé grâce à des campagnes de sensibilisation, des séances d'éducation et de formation, et des publications sur les médias sociaux et les sites web.
- 2. Utiliser les outils du dépistage disponibles :** Les médecins généralistes peuvent utiliser des outils du dépistage tels que des fiches de dépistage standardisées pour identifier les femmes à haut risque du cancer du sein et les orienter vers des services spécialisés.
- 3. Renforcer les programmes du dépistage :** Encourager le renforcement des programmes du dépistage existants pour le cancer du sein en élargissant la portée géographique et en augmentant le nombre de mammographies et d'échographies disponibles.
- 4. Encourager les formations continues :** Les médecins généralistes doivent se tenir au courant des dernières avancées en matière de dépistage, de traitement du cancer du sein et des effets secondaires associés aux différents traitements. Une formation continue peut être utile pour améliorer les compétences et les connaissances des médecins généralistes dans ce domaine.
- 5. Renforcer le suivi des patientes :** Les médecins généralistes devraient assurer le suivi des patientes qui ont été dépistées pour le cancer du sein et les aider à accéder aux soins de santé nécessaires. Ils devraient également encourager les patientes à suivre un traitement régulier et à effectuer des examens de suivi pour surveiller leur état de santé.
- 6. Communiquer avec l'équipe de soins :** Les médecins généralistes doivent être en communication étroite avec l'équipe de soins oncologiques et gynécologique pour être informés des traitements administrés, de la dose et de la durée, afin de pouvoir surveiller et anticiper les effets secondaires.
- 7. Évaluer les effets secondaires :** Les médecins généralistes doivent évaluer les effets secondaires chez les patientes atteintes du cancer du sein qui sont en cours du traitement ou qui ont terminé leur traitement. Ils peuvent utiliser des outils d'évaluation standardisés pour aider à identifier les symptômes les plus courants.

8. **Encourager la prise en charge des effets secondaires** : Les médecins généralistes peuvent gérer les effets secondaires mineurs, tels que les nausées et la fatigue, mais doivent référer les effets secondaires plus graves, tels que les infections et les effets cardiovasculaires, à des spécialistes appropriés.
9. **Faciliter l'accès à l'information** : Les médecins généralistes doivent avoir accès à des informations complètes et actualisées sur les traitements du cancer du sein et leurs effets secondaires, ainsi que sur les protocoles du traitement et les normes de soins.
10. **Développer les protocoles du suivi** : Les médecins généralistes doivent avoir des protocoles du suivi précis pour la surveillance des patients atteints du cancer du sein. Ces protocoles doivent inclure des directives claires pour la surveillance des effets secondaires du traitement et des directives pour la prise en charge des patients.
11. **Investir dans les technologies de la santé** : Le développement de technologies de la santé telles que la télémédecine, la télésurveillance et les dossiers électroniques des patients peut améliorer la communication et la coordination entre les médecins généralistes et les spécialistes en oncologie et en gynécologie.
12. **La transition d'un médecin généraliste en médecin de famille** : peut contribuer à améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge des effets secondaires du cancer du sein au Maroc, en offrant une approche de soins de santé primaires plus complète et continue.

IV.Limites de notre étude :

➤ **Le risque de biais :**

Le questionnaire auto-administré diffusé en ligne peut suggérer un biais d'auto-sélection, pour cela, les médecins ayant une expérience antérieure ou intéressés par le sujet seraient plus susceptibles à participer à notre étude.

La présence de réponses à choix multiples, et ce malgré la possibilité d'ajouter une réponse libre, permet d'orienter le choix de manière plus importante qu'en cas de réponse totalement libre.

Un biais de sélection, en raison d'une participation des médecins généralistes reposant uniquement sur la base du volontariat.

➤ **Difficultés rencontrées :**

Le seul obstacle rencontré lors de notre enquête est que vu l'indisponibilité des médecins, des fois, il fallait faire des allers-retours pour pouvoir récupérer les questionnaires.



CONCLUSION



Le cancer du sein est l'une des formes de cancer les plus courantes chez les femmes dans le monde. Il est considéré comme un fardeau pour les patientes et leurs familles, ainsi que pour les systèmes de santé, étant donné qu'il peut être coûteux et difficile à traiter à un stade avancé.

Après avoir examiné les résultats de notre thèse, il est clair que les connaissances des médecins généralistes en matière de la détection précoce, la coordination de la prise en charge et la surveillance à long terme des patientes atteintes de cancer du sein sont essentielles pour améliorer la qualité de la PEC des patientes atteintes de cette maladie. Les lacunes dans les connaissances des médecins généralistes peuvent entraîner des retards dans le diagnostic, une mauvaise gestion des patientes et une rupture dans leurs parcours de soins.

Il est important que les médecins généralistes soient correctement formés et régulièrement mis à jour sur les dernières avancées dans la prise en charge du cancer du sein, afin de pouvoir offrir à leurs patientes les meilleurs soins possibles.

Les médecins généralistes ont un rôle crucial à jouer en tant que premiers interlocuteurs des patientes, mais ils doivent travailler en étroite collaboration avec les spécialistes en oncologie et en gynécologie pour garantir une prise en charge globale et personnalisée des patientes atteintes de cancer du sein.



RESUMES



Résumé :

INTRODUCTION :

Le cancer du sein est un problème majeur de santé publique. Le médecin généraliste, qui entretient une relation privilégiée avec ses patients, joue un rôle crucial dans la prévention, le dépistage et le suivi à long terme des patientes cancéreuses. L'objectif principal de notre travail est d'évaluer les connaissances et les attitudes des médecins généralistes (MG) face au cancer du sein.

MATERIELS ET METHODES :

Il s'agit d'une étude descriptive transversale, menée sur une période de cinq mois s'étalant du 1 Août 2022 au 31 décembre 2022. Cent trente-cinq médecins généralistes exerçant dans la région de Souss Massa ont répondu à un questionnaire anonyme préétabli, avec un taux de participation de 96,4%.

RESULTATS :

L'âge moyen des médecins généralistes participant à notre enquête est de 39,7 ans, avec un sex ratio de 0,46.

✓ **Concernant les connaissances :**

Le facteur de risque le plus recherché par les médecins généralistes interrogés est la présence d'antécédents familiaux du cancer du sein (100 %).

Le symptôme le plus recherché par les MG est l'adénopathie axillaire (98 %).

✓ **Concernant les attitudes :**

Il ressort de notre enquête que la majorité des médecins (78 %) demandent le couple échographie-mammographie dans le cadre de dépistage. La demande de l'examen paraclinique se fait par 59 % des médecins interviewés chaque 2ans.

Le suivi est effectué par 52 % des MG interrogés. 81 % des MG de notre enquête accordent une attention particulière au soutien psychologique ; 96 % des MG de notre série se sentent impliqués surtout aux stades précoces de la maladie cancéreuse (dépistage, diagnostic).

La principale contrainte signalée par les médecins généralistes en ce qui concerne les obstacles auxquels ils font face est le manque de formation, cité par 88 % d'entre eux, avec 73 % des MG déclarant avoir besoin d'une formation complémentaire dans le cadre de la surveillance après traitement (dépistage des récidives, suivi des séquelles). De plus 71 % des médecins désirent des formations dans le cadre de suivi de traitement (tolérance, PEC des effets secondaires).

En ce qui concerne la communication entre les médecins généralistes et les spécialistes, elle est pratiquement inexistante. Seuls 22 % des médecins interrogés ont déclaré avoir été informés par l'équipe médicale spécialisée sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de leurs patients cancéreux.

Notre étude permet également de déduire que les années d'expérience sont significativement liées au nombre d'examens cliniques des seins effectués ($p=0,022$), aux examens paracliniques demandés ($p=0,047$), au suivi des patientes ($P=0,001$) et aux moyens utilisés pour le suivi ($p=0.001$), et aux formations faites ou diplômes obtenus par les MG ($p=0,001$).

Conclusion :

Suite à l'analyse des résultats de notre étude, les connaissances des médecins généralistes concernant la détection précoce, la coordination des soins et le suivi à long terme des patientes atteintes du cancer du sein sont indispensables pour améliorer la qualité des soins prodigués à ces dernières.

Abstract:

INTRODUCTION :

Breast cancer is a major public health problem. General practitioners, who maintain a privileged relationship with their patients, play a crucial role in the prevention, screening, and long-term follow-up of cancer patients. The main objective of our work is to evaluate the knowledge and attitudes of general practitioners (GPs) towards breast cancer.

Materials and methods:

This is a cross-sectional descriptive study conducted over a period of five months from August 1, 2022, to December 31, 2022. One hundred and thirty-five general practitioners practicing in the region of Souss Massa responded to a pre-established anonymous questionnaire, with a participation rate of 96.4%.

Results:

The average age of the general practitioners participating in our survey is 39.7 years, with a sex ratio of 0.46.

✓ **Regarding knowledge :**

The most sought-after risk factor by the interviewed general practitioners is the presence of a family history of breast cancer (100%).

The most sought-after symptom by GPs is axillary lymphadenopathy (98%).

✓ **Regarding attitudes :**

The follow-up is conducted by 52% of the surveyed general practitioners (GPs). 81% of the GPs in our survey pay special attention to psychological support; 96% of the GPs in our study feel particularly involved, especially in the early stages of cancer (screening, diagnosis).

The main constraint reported by general practitioners regarding the obstacles they face is the lack of training, cited by 88% of them, with 73% of GPs stating that they need additional training in the context of post-treatment monitoring (recurrence screening, follow-up of sequelae). Furthermore, 71% of physicians desire training in the context of treatment follow-up (tolerance, management of side effects).

As for communication between general practitioners and specialists, it is practically non-existent. Only 22% of the interviewed doctors reported being informed by the specialized medical team on the diagnosis, prognosis, and treatment of their cancer patients.

Furthermore, our study allows us to deduce that years of experience are significantly related to the number of clinical breast examinations performed ($p=0.022$), paraclinical examinations requested ($p=0.047$), patient follow-up ($p=0.001$), and means used for follow-up ($p=0.001$), and training or diplomas obtained by GPs ($p=0.001$).

Conclusion :

Based on the analysis of the results of our study, the knowledge of general practitioners regarding early detection, care coordination, and long-term follow-up of breast cancer patients is essential to improve the quality of care provided to these patients.

ملخص

مقدمة:

يعتبر سرطان الثدي آفة صحية كبرى في العالم, حيث يلعب الطبيب العام دوراً حاسماً في الوقاية والكشف المبكر ومتابعة المرضى الذين يعانون من سرطان الثدي, إذ يحافظ على علاقة متميزة مع مرضاه. الهدف الرئيسي من عملنا هو تقييم معرفة ومواقف الأطباء العامين تجاه سرطان الثدي .

المواد والأساليب:

في هذا الصدد, تم إجراء دراسة وصفية ومقطعية على مدى أربعة أشهر تمتد من 01 أغسطس 2022 إلى 31 ديسمبر 2022. بالاستعانة باستبيان معد مسبقاً أجاب عليه 135 طبيباً عاماً يشغلون بمنطقة سوس ماسة حيث بلغ معدل المشاركة %96.4 .

النتائج:

متوسط عمر الأطباء العامين المشاركين هو 39.7 عاماً, مع نسبة الجنس كانت 0.46.

✓ بخصوص المعرفة:

يعتبر وجود تاريخ عائلي لسرطان الثدي أكثر عوامل الخطر التي يتفقدتها الأطباء العامون المستجوبون (100 %) . ويعتبر اعتلال العقد اللمفاوية الإبطية من أكثر الأعراض التي يبحث عنها الأطباء (98%) أظهر استطلاعنا أن العديد من الأطباء (78%) طلبوا زوج الموجات فوق الصوتية والتصوير الشعاعي للثدي كجزء من الفحص. يتم تقديم طلب الفحص السريري من قبل 59% من الأطباء العامين كل سنتين لمرضاهم.

✓ بخصوص المواقف:

تتم المتابعة من طرف 52% من الاطباء العامين الذين شملهم الاستطلاع. 81% منهم يولون اهتماماً خاصاً للدعم النفسي ؛ الأطباء العامون في سلسلتنا يشعرون بالالتزام بشكل خاص في المراحل المبكرة من السرطان (الفحص والتشخيص) (96%) . القيد الرئيسي الذي أدلى به الأطباء العامون بشأن العقبات التي يواجهونها هو نقص التكوين, أشار إليه 88% منهم. حيث ابدى 73% من الأطباء المشاركين في دراستنا حاجتهم إلى تدريب إضافي في إطار المراقبة بعد العلاج, ويرغب 71% منهم في التدريب في إطار متابعة العلاج.

بالنسبة للتواصل بين الأطباء العامين والأخصائيين, فإنه يكاد يكون شبه منعدم. حيث أفاد 22% فقط من الأطباء الذين تم استجوابهم بأنهم تلقوا معلومات من الفريق الطبي المتخصص حول تشخيص وتوقعات وعلاج مرضاهم المصابين بالسرطان. دراستنا نتيج الاستنتاج بأن سنوات الخبرة لها علاقة كبيرة بعدد الفحوصات السريرية للثدي المجراة ($p=0.022$) والفحوصات الطبية الإضافية المطلوبة, ($p=0,047$) ومتابعة المرضى ($P=0,001$) والوسائل المستخدمة للمتابعة, ($p=0.001$) والتدريبات أو الشهادات التي حصل عليها الأطباء العامون. ($p=0,001$)

الخاتمة:

تبعاً لتحليل نتائج دراستنا, فإن مستوى معرفة الاطباء العامون بالكشف المبكر وتنسيق الرعاية ومتابعة النساء اللواتي يعانين من سرطان الثدي ضرورية لتحسين جودة الرعاية المقدمة لهؤلاء المرضى



ANNEXES



Annexe 1 : Questionnaire

Les connaissances des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage, diagnostic et PEC du cancer du sein dans la région de Souss Massa

1/ Etes-vous ?

- Un Homme
- Une Femme

2/ Quel est votre âge ?

3/ Depuis quand vous exercez ?

- Depuis moins de 5 ans
- Depuis plus de 5ans

4/ Exercez-vous ?

- En milieu urbain
- En milieu rural

5/ Dans quel secteur pratiquez-vous ?

- Public
- Privé

6/ L'Incidence du cancer du sein au Maroc :

- 19,2
- 38,9
- 60 ,4
- Je ne sais pas
- Autre :

7/Quels facteurs de risque recherchez-vous pour dépister un éventuel cancer du sein :

- La présence d'antécédents familiaux de cancer du sein

Les connaissances des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage, diagnostic et PEC du cancer du sein dans la région de Souss Massa

- L'utilisation prolongée des contraceptifs oestroprogestatifs
- La nulliparité
- Puberté précoce
- La ménopause tardive
- Autre : précisez :

8/Quels Symptômes recherchez-vous devant une suspicion du cancer du sein :

- Autopalpation d'un nodule par la patiente
- Adénopathie axillaire
- Ecoulement mamelonnaire
- La rétraction mamelonnaire
- Inflammation du sein
- Autre :

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

- > 20
- 10-20
- 5-10
- < 5
- Aucun

10/A quel âge commencez-vous cet examen ?

- 25 ans
- 30 ans
- 40 ans
- Dès la prescription de la pilule
- Autre :

11/Au cours de votre examen des seins, palpez-vous systématiquement ?

- Le sein symptomatique seul
- Les deux seins
- Les aires axillaires

Les connaissances des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage, diagnostic et PEC du cancer du sein dans la région de Souss Massa

- Les aires sus claviculaires
- Autre :

12/ Dans le cadre de dépistage du cancer du sein, si vous prescrivez une imagerie médicale :

1/ Quel examen demandez-vous ?

- L'échographie mammaire seule
- La mammographie seule
- Le couple Echographie-mammographie

2/ A quelle fréquence réalisez-vous cet examen ?

- Tous les ans
- Tous les 2 ans
- Tous les 3 ans
- Autre :

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

- Oui
- Non

14/ Avez-vous dans votre patientèle des femmes qui sont actuellement en cours de traitement dans le cadre d'un cancer du sein ou qui ont été traitées pour un cancer du sein ?

- Oui
- Non

15/ Si oui, quel est leur nombre approximatif ?

- Moins de 10 patientes
- Entre 10 et 20 patientes
- Plus de 20 patientes

16/ Participez-vous au suivi des femmes atteintes d'un cancer du sein ?

- Oui

Les connaissances des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage, diagnostic et PEC du cancer du sein dans la région de Souss Massa

- Non

17/ Si oui, sur quel plan ?

- Soutien psychologique
- La prise en charge des complications de la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie et l'hormonothérapie
- Suivi pour dépistage de récurrence locorégionale
- Suivi pour dépistage de récurrence métastatique
- Autre :

18/ Quels moyens utilisez-vous pour le suivi de patientes atteintes de cancer du sein ?

- Examen clinique tous les ans après les 5 premières années
- Mammographie tous les ans
- TDM TAP
- CA15-3

19/ Devant une patiente traitée par : chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie vous cherchez :

- Infection du site opératoire
- Neutropénie fébrile devant une fièvre en cours de traitement par chimiothérapie
- Mucite buccale
- Vomissement, nausées
- Fracture des côtes
- Autre :

20/ Devant une patiente traitée par l'hormonothérapie (tamoxifène, aromatases) vous programmez :

- Examen gynécologique annuel
- Contraception efficace
- Echographie pelvienne annuelle pour surveillance de l'endomètre
- Bilan lipidique annuel
- Osteodensitométrie initiale puis annuelle

21/Quelle est votre pratique pour soulager les patientes :

- Prescrire un manchon de contention / gantelet de contention devant un lymphoedeme
- Prescrire les antalgiques devant les arthromyalgies
- Prescrire les ains devant les arthromyalgies
- Prescrire des antalgiques devant des douleurs neuropathiques
- Prescrire des antidépresseurs des douleurs neuropathiques
- Autre :

22/ Avez-vous déjà prescrit dans le cadre de dépistage de métastase du cancer du sein :

- Radiographie pulmonaire devant des douleurs thoraciques, toux, dyspnée
- Radiographie du rachis devant des douleurs rachidiennes
- Echographie hépatique devant : prurit, douleur abdominale
- IRM cérébrale devant des céphalées, vertige, troubles visuels
- TDM TAP
- Autre : précisez

23 / A quel(s) stade(s) de la maladie vous sentez-vous impliqué(e) ?

- Diagnostic (dépistage)
- Annonce de la maladie
- Décisions thérapeutiques (participation aux Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP))
- Suivi du traitement (tolérance, prise en charge des effets secondaires)
- Surveillance après traitement (dépistage des récurrences, suivi des séquelles)
- Phase terminale (soins palliatifs)

24/Avez-vous un diplôme complémentaire ou avez-vous fait une formation en lien avec la cancérologie ?

- Oui
- Non

Si oui :

Les connaissances des médecins généralistes vis-à-vis du dépistage, diagnostic et PEC du cancer du sein dans la région de Souss Massa

Dans quel cadre

25/ Êtes-vous membre d'un réseau de cancérologie ou de soins palliatifs ?

- Oui
- Non

26 / Pensez-vous que vos compétences vous permettent de prendre en charge les patients atteints d'un cancer de manière optimale ?

- Oui
- Non

27 /Quelles sont les contraintes dans votre pratique qui vous freinent dans la prise en charge des patients cancéreux ?

- Le caractère chronophage
- La charge affective importante
- La difficulté d'organisation des soins dans cette prise en charge pluridisciplinaire
- L'absence de rémunération adaptée
- Le manque de formation dans cette discipline
- Autre :

28/ Etes-vous intéressé par une formation sur :

- Diagnostic (dépistage)
- Annonce de la maladie
- Décisions thérapeutiques
- Suivi du traitement (tolérance, prise en charge des effets secondaires)
- Surveillance après traitement (dépistage des récurrences, suivi des séquelles)
- Phase terminale (soins palliatifs)

29/Etes-vous informé (e) par l'équipe ou le médecin spécialisés par rapport au diagnostic, pronostic et traitement de votre patiente ?

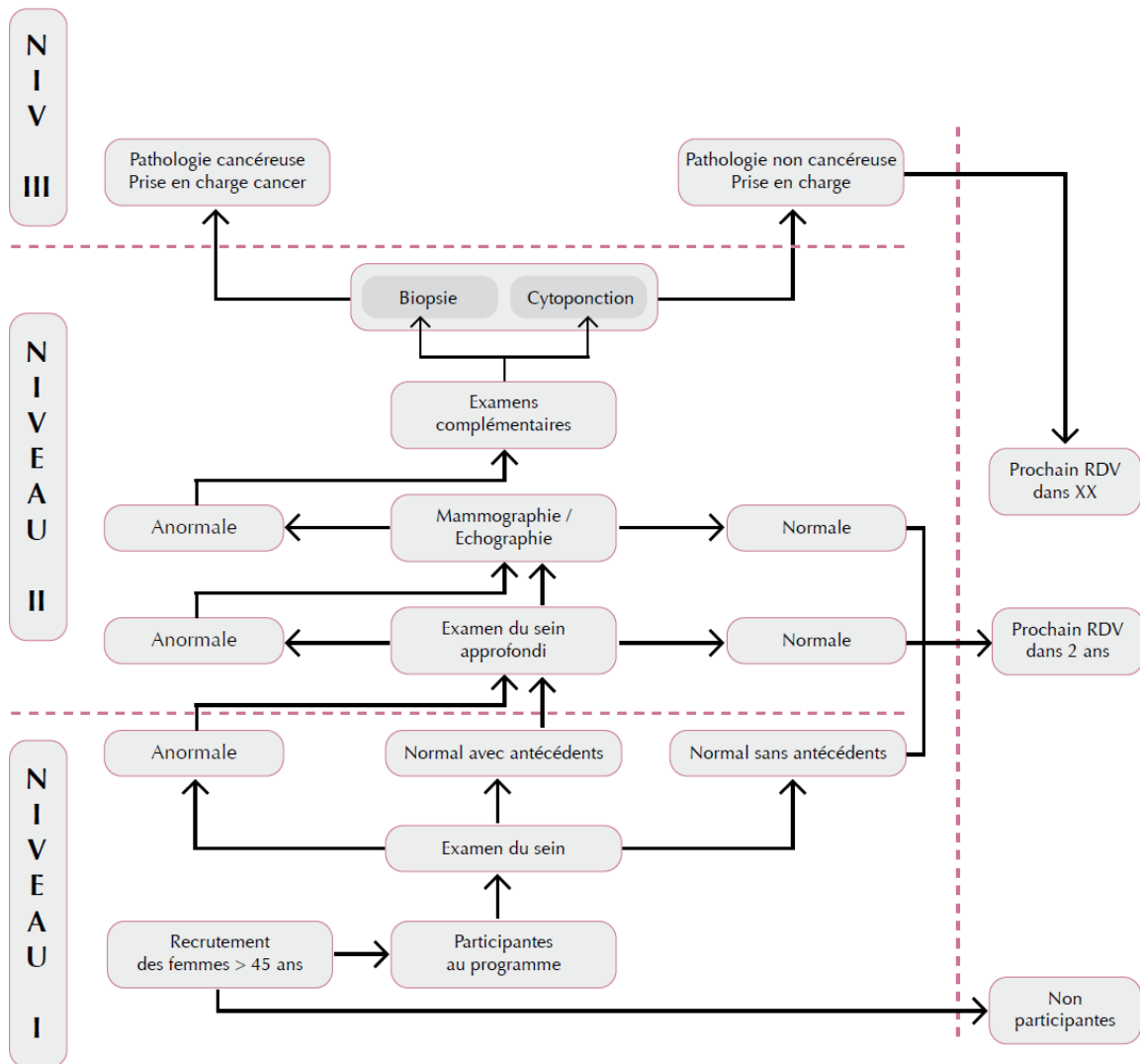
- Oui
- Non

30/ Souhaitez-vous ajouter des commentaires ou suggestions ?

Toutes les réponses sont anonymes

Sincères remerciements pour votre participation

ANNEXE 2 : ALGORITHME DE LA DETECTION PRECOCE DU CANCER DU SEIN (34)



ANNEXE 3 : LA CLASSIFICATION TNM

Classification T (clinique [cT] et pathologique [pT])

Catégorie	Critères
Tx	La tumeur primaire ne peut être évaluée
T0	Pas de tumeur primaire
Tis (DCIS)	Carcinome canalaire in situ
Tis (Paget)	Maladie de Paget sans lésion carcinomateuse in situ ou infiltrante sous-jacente (en cas de lésion sous-jacente, le T correspond à ladite lésion)
T1	Tumeur ≤ 20 mm
T1mi	Tumeur ≤ 1 mm
T1a	Tumeur > 1 mm et ≤ 5 mm (de 1,1 à 1,9 mm, arrondir à 2 mm)
T1b	Tumeur > 5 mm et ≤ 10 mm
T1c	Tumeur > 10 mm et ≤ 20 mm
T2	Tumeur > 20 mm et ≤ 50 mm
T3	Tumeur > 50 mm
T4	Extension à la paroi thoracique ou à la peau, quelle que soit la taille
T4a	Extension à la paroi thoracique (atteinte seule du muscle pectoral exclue)
T4b	Ulcération ou œdème/peau d'orange ou nodule macroscopique ipsilatéral séparé de la tumeur principale sans signe de sein inflammatoire
T4c	
T4d	T4a + T4b Carcinome (sein) inflammatoire (œdème/érythème ≥ 1/3 du sein)

Classification N clinique (cN), telle qu'évaluée par l'examen clinique et/ou l'imagerie.

Catégorie	Critères
CNx	Évaluation ganglionnaire régionale non réalisable (chirurgie antérieure)
cN0	Absence de métastase ganglionnaire
cN1	Métastase mobile dans les ganglions homolatéraux de niveau I/II
cN1 mi	Micrométastase (< 0,2 mm et ≤ 2 mm) [rare, mais possible en cas de ganglion sentinelle avant la chirurgie du sein]
cN2	Métastase fixée dans les ganglions homolatéraux de niveau I/II
cN2a	Métastase dans les ganglions mammaires internes sans envahissement axillaire
cN2b	
cN3	Métastase dans les ganglions sous-claviculaires homolatéraux Métastase dans les ganglions mammaires internes avec envahissement axillaire Métastase dans les ganglions sus-claviculaires homolatéraux
cN3a	
cN3b	
cN3c	

Classification M clinique.

Catégorie	Critère
Mx	renseignements insuffisants pour classer les métastases à distance
M0	absence de métastases à distance
M1	présence de métastase(s) à distance

Stade pronostique dit "anatomique"

T	N	M	Stade pronostique "anatomique"
Tis	N0	M0	0
T1	N0	M0	IA
T0-1	N1 mi	M0	IB
T0-1	N1	M0	IIA
T2	N0		
T2	N1	M0	IIB
T3	N0		
T0-3	N2	M0	IIIA
T3	N1		
T4	N0-2	M0	IIIB
Tout T	N3	M0	IIIC
Tout T	Tout N	M1	IV



BIBLIOGRAPHIE



1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al.**
Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2021;71(3):209-49.
2. **McAvoy BR.**
General practitioners and cancer control. Medical Journal of Australia. juill 2007;187(2):115-7.
3. **Bouchbika Z, Serhier Z, Sahraoui S, Bennani-Othmani M, Benider A.**
Stade du cancer du sein lors du diagnostic : impact des campagnes de sensibilisation. Pratiques et Organisation des Soins. 2012;43(4):269-75.
4. **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A.**
Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2018;68(6):394-424.
5. Registre des cancers Nord-Tunisie. Données 2004-2006, Institut National de la Santé Publique, <http://www.insp.rns.tn/doc/cancer/cancer17>.
6. **Cherif MH, Kara L, Atoui S, Boudefar F.**
Epidemiological data on cancer in eastern and south-eastern Algeria,.
7. **WORD HEALTH RANKINGS, Cancer du sein en Mauritanie,**
<https://www.worldlifeexpectancy.com/fr/mauritania-breast-cancer>.
8. **Corbex M, Bouzbid S, Boffetta P.**
Features of breast cancer in developing countries, examples from North-Africa. Eur J Cancer. juill 2014;50(10):1808-18.
9. Registre des cancers de la région du Grand Casablanca 2005-2006-2007. Edition 2012.
10. Registre des cancers de la région du Grand Casablanca pour la période 2008-2012. Edition 2016.
11. Registre des Cancers de la Région du Grand Casablanca 2013-2017.
12. **Elbakali R, Abdellatif M, Smiri Y.**
EPIDEMIOLOGICAL STUDY OF SOLID AND HEMATOLOGICAL CANCERS AND THEIR RISK FACTORS IN A POPULATION OF 8851 CASES IN MOROCCO. International Medical Journal (1994). 7 déc 2021;Volume 28:6305-26.
13. **Morrow M, Jordan VC.**
Managing Breast Cancer Risk. PMPH-USA; 2003. 328 p.
14. **Viassolo V, Ayme A, Chappuis PO.**
Cancer du sein : risque génétique. Imagerie de la Femme. 1 juin 2016;26(2):95-104.
15. **Key TJ, Verkasalo PK, Banks E.**
Epidemiology of breast cancer. The Lancet Oncology. 1 mars 2001;2(3):133-40.

16. **Hunter DJ, Spiegelman D, Adami HO, van den Brandt PA, Folsom AR, Goldbohm RA, et al.**
Non-dietary factors as risk factors for breast cancer, and as effect modifiers of the association of fat intake and risk of breast cancer. *Cancer Causes Control*. 1 janv 1997;8(1):49-56.
17. **Page DL, Schuyler PA, Dupont WD, Jensen RA, Plummer WD, Simpson JF.**
Atypical lobular hyperplasia as a unilateral predictor of breast cancer risk: a retrospective cohort study. *The Lancet*. 11 janv 2003;361(9352):125-9.
18. **Boyd NF, Lockwood GA, Byng JW, Trichler DL, Yaffe MJ.**
Mammographic densities and breast cancer risk. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*. 1 déc 1998;7(12):1133-44.
19. **ROJAS K, STUCKEY A.**
Breast Cancer Epidemiology and Risk Factors. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 1 déc 2016;59(4):651-72.
20. **Grabrick DM, Hartmann LC, Cerhan JR, Vierkant RA, Therneau TM, Vachon CM, et al.**
Risk of breast cancer with oral contraceptive use in women with a family history of breast cancer. *JAMA*. 11 oct 2000;284(14):1791-8.
21. **Cordina-Duverger E, Truong T, Anger A, Sanchez M, Arveux P, Kerbrat P, et al**
Risk of Breast Cancer by Type of Menopausal Hormone Therapy: a Case-Control Study among Post-Menopausal Women in France. *PLOS ONE*. 1 nov 2013;8(11):e78016.
22. **Layde PM, Webster LA, Baughman AL, Wingo PA, Rubin GL, Ory HW. et al.**
The independent associations of parity, age at first full term pregnancy, and duration of breastfeeding with the risk of breast cancer. *Journal of Clinical Epidemiology*. 1 janv 1989;42(10):963-73.
23. **Freund C, Mirabel L, Annane K, Mathelin C.**
Allaitement maternel et cancer du sein. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 oct 2005;33(10):739-44.
24. **Freudenheim JL, Marshall JR, Vena JE, Moysich KB, Muti P, Laughlin R, et al.**
Lactation history and breast cancer risk. *Am J Epidemiol*. 1 déc 1997;146(11):932-8.
25. **Donnenfeld M, Julia C, Kesse-Guyot E, Méjean C, Ducrot P, Péneau S, et al.**
Association entre le risque de cancer et un score individuel de qualité de l'alimentation basé sur un système de profilage nutritionnel des aliments dans la cohorte SU.VI.MAX. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. 1 févr 2017;31(1):54.
26. **Deschasaux M, Julia C, Kesse-Guyot E, Lécuyer L, Adriouch S, Méjean C, et al.**
Association entre un score reflétant la qualité globale de l'alimentation (FSA-NPS DI) et le risque de cancer du sein. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. 1 sept 2017;31(3):247-8.
27. **Chazelas E, Srour B, Desmetz E, Kesse-Guyot E, Julia C, Deschamps V, et al.**
Consommation de boissons sucrées et risque de cancer : résultats de la cohorte prospective NutriNet-Santé. *Nutrition Clinique et Métabolisme*. 1 mars 2019;33(1):108-9.

- 28. Dossus L, Boutron-Ruault MC, Kaaks R, Gram IT, Vilier A, Fervers B, et al.**
Active and passive cigarette smoking and breast cancer risk: Results from the EPIC cohort. *International Journal of Cancer*. 2014;134(8):1871-88.
- 29. Romieu I, Scocianti C, Chajès V, de Batlle J, Biessy C, Dossus L, et al.**
Alcohol intake and breast cancer in the European prospective investigation into cancer and nutrition. *International Journal of Cancer*. 2015;137(8):1921-30.
- 30. De Boer MC, Wörner EA, Verlaan D, van Leeuwen PAM.**
The Mechanisms and Effects of Physical Activity on Breast Cancer. *Clinical Breast Cancer*. 1 juill 2017;17(4):272-8.
- 31. Argolo DF, Hudis CA, Iyengar NM.**
The Impact of Obesity on Breast Cancer. *Curr Oncol Rep*. 11 avr 2018;20(6):47.
- 32. Merviel P, Jouvance O, Naepels P, Fauvet R, Cabry-Goubet R, Gagneur O, et al.**
Existe-t-il encore des facteurs de risque de survenue d'un cancer du sein ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 sept 2011;39(9):486-90.
- 33. Khalis M, Dossus L, Rinaldi S, Biessy C, Chajès V, Moskal A, et al.**
Facteurs anthropométriques et risque de cancer du sein chez les femmes Marocaines : étude cas-témoins dans la région de Fès, Maroc. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 1 mai 2019;67:S165.
- 34. Organisation mondiale de la santé.**
Programme de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus du Maroc. 2017.
- 35. Masson E.**
Examen clinique du cancer du sein. <https://www.em-consulte.com/article/1994/examen-clinique-du-cancer-du-sein>. 1997.
- 36. Khalil AI, Bendahhou K, Mestaghanmi H, Saile R, Benider A.**
Cancer du sein bilatéral synchrones: expériences du centre Mohammed VI pour le traitement des cancers CHU Ibn Rochd Casablanca. *Pan Afr Med J*. 27 oct 2016;25:121.
- 37. Masson E.**
Histoire naturelle des cancers du sein. <https://www.em-consulte.com/article/1990/histoire-naturelle-des-cancers-du-sein>. 2000.
- 38. Factors. BMJ.**
10 déc 1994;309(6968):1573-6.
- 39. Berment H, Dolores M, Genevois A, Dacher JN.**
La galacto-IRM : une nouvelle méthode d'exploration des écoulements mamelonnaires. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 mai 2011;39(5):315-20.
- 40. Hou MF, Chuang HY, Ou-Yang F, Wang CY, Huang CL, Fan HM, et al.**
Comparison of breast mammography, sonography and physical examination for screening women at high risk of breast cancer in taiwan. *Ultrasound in Medicine & Biology*. 1 avr 2002;28(4):415-20.

41. Deghaye M.

Mammographie de dépistage : détection. Journal de Radiologie. 1 oct 2007;88(10):1492.

42. Boisserie-Lacroix M, Dos Santos E, Lebiez-Michel N, Galtier JB, Bouzgarrou M, Trillaud H. et al. Mammographie de la femme jeune : comment interpréter une image anormale? Journal de Radiologie. 1 déc 2004;85(12, Part 2):2135-42.

43. Mathelin C, Molière S.

La consultation de suivi du THM. Conduite à tenir en cas de tumeur mammaire (clinique ou radiologique) et de microcalcifications. RPC Les femmes ménopausées du CNGOF et du GEMVi. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 1 mai 2021;49(5):485-92.

44. Institut national du cancer.

Mammographie – Diagnostic. <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Diagnostic/Mammographie>.

45. Cambier L.

Échographie du sein : pièges à éviter. Imagerie de la Femme. 1 juin 2012;22(2):92-9.

46. Boisserie-Lacroix M, Lebiez-Michel N, Cavigni P, Bentolila J, Laumonier H, Bouzgarrou M, et al.

Échographie du sein : nouvelles approches. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 1 déc 2006;34(12):1170-7.

47. Boisserie-Lacroix M, Depetiteville MP, Chamming's F.

Interprétation en échographie mammaire : images hyperéchogènes. Imagerie de la Femme. 1 mars 2019;29(1):34-42.

48. Tardivon A, Athanasiou A, Ollivier L, Neuenschwander S.

Mise au point sur la place de l'IRM dans le bilan initial du cancer du sein localisé. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 1 mai 2007;35(5):457-63.

49. Taourel P, Thomassin I, Tardivon A.

Indications actualisées de l'IRM du sein : synthèse du référentiel édité par The European Society of Breast Cancer Specialist (EUSOMA). Imagerie de la Femme. 1 déc 2011;21(4):154-9.

50. Morin B, Bretz-Grenier MF, Foessel L, Guillaume A, Gangi A, Mathelin C. et al.

Micro- ou macrobiopsie mammaire guidée par IRM : quel est le meilleur choix pour une petite tumeur ? Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 1 juin 2014;42(6):462-6.

51. Lamy PJ, Romieu G, Rouanet P, Jacot W.

Classification moléculaire des cancers du sein : utilité en clinique. Médecine Nucléaire. 1 janv 2010;34(1):32-43.

52. Penault-Llorca F, Radosevic-Robin N.

Ki67 assessment in breast cancer: an update. Pathology. févr 2017;49(2):166-71.

53. Lacroix-Triki M, Penault-Llorca F.

Classification TNM pour le cancer du sein (8e édition). 2017;

- 54. Gaillard T, Latouche A, Houzard S, Rouzier R, Héquet D.**
Indications et réalisations du bilan d'extension dans le cancer du sein en France. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. avr 2019;47(4):389-90.
- 55. Balu-Maestro C, Chapellier C, Carrier P, Darcourt J, Ettore F, Raoust I. et al.**
Imagerie dans le bilan d'extension ganglionnaire et métastatique du cancer du sein. *Journal de Radiologie*. 1 nov 2005;86(11):1649-57.
- 56. Riedinger JM.**
Intérêt des marqueurs tumoraux : quelle place pour l'ACE et le CA 15-3 ? *Médecine Nucléaire*. 1 janv 2010;34(1):44-51.
- 57. Espié M.**
Prise en charge du cancer du sein. *Journal de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle*. 1 juill 2014;95(7):740-4.
- 58. J. HERANNEY**
.Indications chirurgicales pour le traitement du cancer du sein. Janvier 2022.
- 59. Classe JM, Sentilhes L, Jaffré I, Mezzadri M, Lefebvre-Lacoeuille C, Dejode M, et al.**
Chirurgie des cancers invasifs du sein (à l'exception de la reconstruction mammaire). *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 déc 2010;39(8, Supplement):F43-62.
- 60. Ho Quoc C, Delay E.**
Reconstruction mammaire après mastectomie. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 févr 2013;42(1):29-39.
- 61. Cothier-Savey I, Rimareix F.**
Principes généraux de la chirurgie oncoplastique du sein. *Annales de Chirurgie Plastique Esthétique*. 1 avr 2008;53(2):102-11.
- 62. Bodin F.**
Les paradoxes de la mastectomie prophylactique. e-mémoires de l'Académie Nationale de Chirurgie. 2016;15(1):034-6.
- 63. Hoen N, Pral L, Golfier F.**
Intérêt de l'examen extemporané du ganglion sentinelle dans le cancer du sein. Étude rétrospective sur 293 patientes. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 mai 2016;44(5):2749.
- 64. Maxwell F, de Margerie Mellon C, Bricout M, Cauderlier E, Chapelier M, Albiter M, et al.**
Stratégie diagnostique devant un ganglion axillaire dans le cancer du sein. *Journal de Radiologie Diagnostique et Interventionnelle*. 1 oct 2015;96(5):507-19.
- 65. G. BODY , C. ARLICOT , L. OULDAMER , O. ACKER , T. HÉBERT , H. MARRET , et al.**
Intérêt de l'examen extemporané dans la prise en charge chirurgicale des cancers du sein. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. sept 2005;34(5):513.

66. Olsen MA, Lefta M, Dietz JR, Brandt KE, Aft R, Matthews R, et al.
Risk Factors for Surgical Site Infection Following Major Breast Surgery. *J Am Coll Surg.* sept 2008;207(3):326-35.
67. INC.
Effets secondaires - Chirurgie (tumorectomie et mastectomie). <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Chirurgie-tumorectomie-et-mastectomie/Effets-secondaires>.
68. Douay N, Akerman G, Clément D, Malartic C, Morel O, Barranger E. et al.
Prise en charge des lymphocèles après curage axillaire dans le cancer du sein. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité.* 1 févr 2008;36(2):130-5.
69. Ferrandez JC, Ganchou PH, Theys S.
Prévention du lymphœdème du membre supérieur après cancer du sein. *Kinésithérapie, la Revue.* 1 nov 2020;20(227):3-10.
70. Smith WCS, Bourne D, Squair J, O. Phillips D, Alastair Chambers W.
A retrospective cohort study of post mastectomy pain syndrome. *PAIN.* 1 oct 1999;83(1):91-5.
71. Yang S, Park DH, Ahn SH, Kim J, Lee JW, Han JY, et al.
Prevalence and risk factors of adhesive capsulitis of the shoulder after breast cancer treatment. *Support Care Cancer.* 1 avr 2017;25(4):1317-22.
72. Clere N.
Les traitements du cancer du sein. *Actualités Pharmaceutiques.* 1 sept 2016;55(558):20-5.
73. Hennequin C, Barillot I, Azria D, Belkacémi Y, Bollet M, Chauvet B, et al.
Radiothérapie du cancer du sein. *Cancer/Radiothérapie.* sept 2016;20:S139-46.
74. Chand MÈ, Rivera S, Hennequin C, Hannoun-Lévi JM, Quero L.
Curiethérapie du cancer du sein. *Cancer/Radiothérapie.* 1 avr 2013;17(2):125-9.
75. Masson E.
Rôle du médecin généraliste dans le suivi du cancer du sein. <https://www.em-consulte.com/article/64864/role-du-medecin-generaliste-dans-le-suivi-du-cance>. 2007.
76. Giraud-Robert AM.
L'huile essentielle de niaouli (*Melaleuca quinquenervia*) dans la prévention des radiodermites du cancer du sein. *De La Recherche A La Pratique.* mai 2004;2(3).
77. Ben Salah H, Bahri M, Jbali B, Guermazi M, Frikha M, Daoud J. et al.
Lymphœdème du membre supérieur après traitement du cancer du sein. *Cancer/Radiothérapie.* 1 avr 2012;16(2):123-7.

- 78. Lind PARM, Wennberg B, Gagliardi G, Fornander T.**
Pulmonary complications following different radiotherapy techniques for breast cancer, and the association to irradiated lung volume and dose. *Breast Cancer Res Treat.* 1 août 2001;68(3):199-210.
- 79. Senkus-Konefka E, Jassem J.**
Complications of Breast-cancer Radiotherapy. *Clinical Oncology.* 1 avr 2006;18(3):229-35.
- 80. Fowble BL, Solin LJ, Schultz DJ, Goodman RL.**
Ten year results of conservative surgery and irradiation for stage I and II breast cancer. *International Journal of Radiation Oncology*Biology*Physics.* 1 juill 1991;21(2):269-77.
- 81. SUSAN M. PIERCE ,ABRAM RECHT, TATIANA I. LINGOS, M.D., ANTHONY ABNER, M.D., FRANK VICINI, M.D., BARBARA SILVER, B.A., et al.**
Long-term radiation complications following conservative surgery (CS) and radiation therapy (RT) in patients with early stage breast cancer. *International Journal of Radiation Oncology*Biology*Physics.* 1 janv 1992;23(5):915-23.
- 82. Neugut AI, Lee WC, Murray T, Robinson E, Karwoski K, Kutcher GJ. et al.**
Lung cancer after radiation therapy for breast cancer. *Cancer.* 1993;71(10):3054-7.
- 83. Taghian A, de Vathaire F, Terrier P, Le M, Auquier A, Mouriesse H, et al.**
Long-term risk of sarcoma following radiation treatment for breast cancer. *International Journal of Radiation Oncology*Biology*Physics.* 1 juill 1991;21(2):361-7.
- 84. Frénel JS, Campone M.**
Chimiothérapie des cancers du sein non métastatiques : état des lieux en 2010. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* 1 déc 2010;39(8, Supplement):F79-84.
- 85. Organization WH, Cancer IA for R on.**
Pathology and Genetics of Tumours of the Breast and Female Genital Organs. IARC; 2003. 436 p.
- 86. Anampa J, Makower D, Sparano JA.**
Progress in adjuvant chemotherapy for breast cancer: an overview. *BMC Medicine.* 17 août 2015;13(1):195.
- 87. Trüeb RM.**
Chemotherapy-Induced Alopecia. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery.* mars 2009;28(1):11-4.
- 88. Glaus A, Senn H.**
Thérapie de soutien palliative lors de maladies cancéreuses avancées (2e partie). <https://doi.emh.ch/fms.2001.04194> . *Forum Med Suisse.* 27 juin 2001;
- 89. Taillibert S, Le Rhun E, Chamberlain MC.**
Chemotherapy-Related Neurotoxicity. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 21 juill 2016;16(9):81.

90. **Morandi P, Ruffini PA, Benvenuto GM, Raimondi R, Fosser V.**
Cardiac toxicity of high-dose chemotherapy. *Bone Marrow Transplant.* févr 2005;35(4):323-34.
91. **Omarini C, Thanopoulou E, Johnston SRD.**
Pneumonitis and pulmonary fibrosis associated with breast cancer treatments. *Breast Cancer Res Treat.* 1 juill 2014;146(2):245-58.
92. **Hernberg M, Virkkunen P, Maasilta P, Keyriläinen J, Blomqvist C, Bergh J, et al.**
Pulmonary toxicity after radiotherapy in primary breast cancer patients: results from a randomized chemotherapy study1 1This study was supported by Finska Läkaresällskapet. *International Journal of Radiation Oncology*Biology*Physics.* 1 janv 2002;52(1):128-36.
93. **Goodwin PJ, Ennis M, Pritchard KI, Trudeau M, Hood N.**
Risk of Menopause During the First Year After Breast Cancer Diagnosis. *JCO.* 8 janv 1999;17(8):2365-2365.
94. **Cremoux P de, Diéras V, Poupon MF, Magdelénat H, Sigal-Zafrani B, Fourquet A, et al**
Le tamoxifène et les inhibiteurs d'aromatase dans le traitement des cancers du sein : aspects pharmacologiques et cliniques. *Bulletin du Cancer.* 1 déc 2004;91(12):917-27.
95. **Delozier T.**
Hormonothérapie du cancer du sein. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* 1 déc 2010;39(8, Supplement):F71-8.
96. **Molnar-Stanciu D, Guimas V, Bensalem A, Thiery-Vuillemin A.**
Thérapie ciblée et cancer du sein : état de l'art. *Pathologie Biologie.* 1 août 2012;60(4):254-63.
97. **Rotenberg L, Guigui J, Lenczner G, Bèges C, Ouazan H.**
Surveillance des femmes qui ont eu un cancer du sein jeunes.
98. **Barnsley GP, Grunfeld E, Coyle D, Paszat L.**
Surveillance Mammography following the Treatment of Primary Breast Cancer with Breast Reconstruction: A Systematic Review. *Plastic and Reconstructive Surgery.* oct 2007;120(5):1125.
99. **Classe JM, Sentilhes L, Jaffré I, Mezzadri M, Lefebvre-Lacoeuille C, Dejode M, et al.**
Surveillance d'une femme traitée pour cancer du sein. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* 1 déc 2010;39(8, Supplement):F85-8.
100. **de la Lande B.**
Place actuelle des dosages du CA 15.3 dans le cancer du sein. *Immuno-analyse & Biologie Spécialisée.* 1 oct 2004;19(5):274-8.
101. **Khatcheressian JL, Hurley P, Bantug E, Esserman LJ, Grunfeld E, Halberg F, et al.**
Breast Cancer Follow-Up and Management After Primary Treatment: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *JCO.* 1 mars 2013;31(7):961-5.

102. **Lhommé C, Pautier P, Zagamé L, Taïeb S, Descamps P, Delalogue S, et al.**
Surveillance de l'endomètre des femmes sous tamoxifène. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 juill 2003;31(7):647-56.
103. **Hortobagyi GN, de la Garza Salazar J, Pritchard K, Amadori D, Haidinger R, Hudis CA, et al.**
The Global Breast Cancer Burden: Variations in Epidemiology and Survival. *Clinical Breast Cancer*. 1 déc 2005;6(5):391-401.
104. **Ceber E, Turk M, Ciceklioglu M.**
The effects of an educational program on knowledge of breast cancer, early detection practices and health beliefs of nurses and midwives. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19(15-16):2363-71.
105. **Weller DP, Harris MF.**
Cancer care: what role for the general practitioner? *Medical Journal of Australia*. 2008;189(2):59-59.
106. **Anderiesz C, Hill DJ, Elwood M.**
Cancer control policy in Australia. *Australia and New Zealand health policy*. 2006;3(1).
107. **Chanchabi L.**
Aperçu sur la population de Souss Massa. Site de la Direction Régionale du Plan – Souss Massa.
https://www.hcp.ma/region-agadir/Apercu-sur-la-population-de-Souss-Massa_a31.html.
108. **Carte sanitaire.**
Ministère de la santé et de la protection socialé.
109. **Hsairi M, Fakhfakh R, Bellaaj R, Achour N.**
[Knowledge and practice of doctors and midwives working in primary health care regarding screening for cervical and breast cancers]. *EMHJ – Eastern Mediterranean Health Journal*, 9 (3), 353–363, 2003. 2003;
110. **Abda N.**
Etude des connaissances, comportements, perception des médecins généralistes en matière de détection précoce du cancer du sein au Maroc. Thèse en médecine Fès. 2012.
111. **Zine K, Nani S, Lahmadi IA, Maaroufi A.**
Connaissances des médecins généralistes de Mohammedia (Maroc) concernant le dépistage du cancer du sein. *Pan Afr Med J*. 15 juill 2016;24:243.
112. **El Fakir S, Abda N, Najdi A, Bendahou K, Obtel M, Berraho M, et al.**
[Cancer screening practices of general practitioners working in the Fez Prefecture health center]. *Sante Publique*. 1 sept 2013;25(5):685-91.
113. **Sollie A, Helsper CW, Ader RJM, Ausems M, Van der Wouden JC, Numans ME. et al.**
Primary care management of women with breast cancer-related concerns—a dynamic cohort study using a network database. *European Journal of Cancer Care*. 2016;25(6):1005-14.

114. **Berkcan S, Correia JC, Pataky Z.**
Comment prendre en charge l'obésité au cabinet d'un médecin généraliste? *Revue Médicale Suisse*. 2022;18(774):508-11.
115. **Aïm-Eusébi A, Cussac F, Aubin-Auger I.**
Place des médecins généralistes dans le dispositif de prévention/dépistage des cancers en France. *Bulletin du Cancer*. 1 juill 2019;106(7):707-13.
116. **Ganry O, Boche T.**
Prevention practices and cancer screening among general practitioners in Picardy, France. *Public Health*. 1 nov 2005;119(11):1023-30.
117. **HAS.**
Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours; 2011.
118. **Eakin EG, Glasgow RE, Riley KM.**
Review of primary care-based physical activity intervention studies: effectiveness and implications for practice and future research. *Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-Assessed Reviews*. 2000;
119. **Hillsdon M, Foster C, Cavill N, Crombie H, Naidoo B.**
The effectiveness of public health interventions for increasing physical activity among adults: a review of reviews: Evidence briefing. *Health Development Agency London*; 2005.
120. **DEBEY C.**
Prévention et promotion de la santé en médecine générale dans le cadre de la parentalité. *Rev Med Brux*. 2022;43:395-9.
121. **Bonuck K, Stuebe A, Barnett J, Labbok MH, Fletcher J, Bernstein PS. et al.**
Effect of Primary Care Intervention on Breastfeeding Duration and Intensity. *Am J Public Health*. févr 2014;104(S1):S119-27.
122. **Hill C, Laplanche A.**
Évolution de la consommation de cigarettes en France par sexe, 1900-2003.
123. **Slama K, Karsenty S, Hirsch A.**
Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomised, controlled trial in France. *Tob Control*. juin 1995;4(2):162-9.
124. **Cornuz J, Humair JP, Seematter L, Stoianov R, van Melle G, Stalder H, et al.**
Efficacy of resident training in smoking cessation: a randomized, controlled trial of a program based on application of behavioral theory and practice with standardized patients. *Annals of internal medicine*. 2002;136(6):429-37.
125. **Groppi M, Geiger S, Lafortune J.**
Parler d'alcool avec son patient en médecine générale Simple ou gênant? *Médecine*. 28 févr 2011;7(2):83-6.

126. **Anderson P.**
Effectiveness of general practice interventions for patients with harmful alcohol consumption. *Br J Gen Pract.* 1 sept 1993;43(374):386-9.
127. **Harvie M, Pegington M, French D, Cooper G, McDiarmid S, Howell A, et al.**
Breast cancer risk status influences uptake, retention and efficacy of a weight loss programme amongst breast cancer screening attendees: two randomised controlled feasibility trials. *BMC Cancer.* 4 déc 2019;19:1089.
128. **Chang KL, Brown L.**
Screening for hereditary cancer syndromes. *American Family Physician.* 2015;91(2):125-31.
129. **Anne De Leener.**
Hérédité du cancer du sein : place du médecin généraliste? | Louvain Médical. Congrès UCL de Médecine Générale. 2017.
130. **Derbez B, El Haffaf Z, Galactéros F, de Montgolfier S.**
Prévention des maladies génétiques. Le retour du médecin de famille? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.* 1 févr 2021;69(1):30-8.
131. **Ghanem S, Glaoui M, Elkhoyaali S, Mesmoudi M, Boutayeb S, Errihani H. et al.**
Knowledge of risk factors, beliefs and practices of female healthcare professionals towards breast cancer, Morocco. *Pan African Medical Journal.* 2011;10.
132. **Saeedi MY. Knowledge,**
Attitude and Practice of Breast Cancer Screening among Female General Practitioners in Riyadh, Saudi Arabia. *CRJ.* 2014;2(6):108.
133. **Kumar S, Imam AM, Manzoor NF, Masood N.**
Knowledge, attitude and preventive practices for breast cancer among health care professionals at Aga Khan Hospital Karachi. *Journal of the Pakistan Medical Association.* 1 juill 2009;59(7):474-8.
134. **Ministère de la santé.**
Plan national de prévention et de contrôle du cancer 2010 – 2019.
135. **Ministère de la santé.**
Plan national de prévention et de contrôle du cancer 2020 – 2029.
136. **Aalders CJM, Schade E.**
Role of the general practitioner in breast cancer screening in the netherlands. *Journal of Cancer Education.* 1 janv 1991;6(3):175-8.
137. **Hsairi M, Ben Gobrane H, Ben Alaya N, Bellaaj R, Achour N.**
Connaissances et attitudes des étudiants en fin d'études médicales vis-à-vis des dépistages des cancers du col utérin et du sein. *Santé Publique.* 2007;19(2):119-32.
138. **Attali C, Médioni M, Dubois C, Renard V, Compagnon L, Cittée J, et al.**
Enquête d'opinion sur le dépistage du cancer du sein chez les généralistes de l'Essonne. *Revue Exercer.* 2008;19(83):98-103.

139. **Duport N, Ancelle-Park R, Boussac-Zarebska M, Uhry Z, Bloch J.**
Les inégalités de recours au dépistage du cancer du sein : étude FADO-sein. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 1 oct 2008;56(6, Supplement):S367.
140. **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. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 1 déc 2012;60(6):421-30.
141. **Roetzheim RG, Ferrante JM, Lee JH, Chen R, Love-Jackson KM, Gonzalez EC, et al.**
Influence of Primary Care on Breast Cancer Outcomes Among Medicare Beneficiaries. Annals of Family Medicine. Sept 2012;10(5):401.
142. **Poole B, Black C, Gelmon K, Kan L.**
Is Canadian women's breast cancer screening behaviour associated with having a family doctor? Canadian Family Physician. 1 avr 2010;56(4):e150-7.
143. **Anaïs LP.**
Quel suivi sénologique clinique les médecins généralistes réalisent-ils auprès de leurs patientes ? Angers; 2018.
144. **Lagneau A.**
Les consultations de gynécologie obstétrique menées par les médecins généralistes des Alpes-Maritimes et les Alpes de Haute-Provence: analyse des pratiques. 2016;
145. **Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage.** Haute Autorité de Santé. 2014.
146. **Abda N, Elfakir S, Berraho M, Bijjou A, Chami Khazraji Y, Nejjar C. et al.**
Connaissances et pratiques des médecins généralistes vis-à-vis du cancer du sein au Maroc. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 1 sept 2012;60:S103-4.
147. **Charaka H, Khali M, Elfaki S, Elkhazraji YC, El Rhaz K, Nejjar C. et al.**
La pratique de l'examen clinique du sein par les médecins généralistes dans le cadre du programme national de la détection précoce du cancer du sein au Maroc. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 1 mai 2015;63:S81-2.
148. **Aurèche A.**
Le dépistage du cancer du sein et les médecins généralistes. 2000;
149. **Ruel C.**
Dépistage organisé du cancer du sein, comment améliorer l'adhésion des généralistes : A propos d'une enquête d'opinion chez les médecins généralistes de Moselle [other]. UHP - Université Henri Poincaré; 2009.
150. **Kolb TM, Lichy J, Newhouse JH.**
Comparison of the Performance of Screening Mammography, Physical Examination, and Breast US and Evaluation of Factors that Influence Them: An Analysis of 27,825 Patient Evaluations¹. Radiology. [https://pubs.rsna.org/doi/ . /radiol.2251011667 1148;](https://pubs.rsna.org/doi/. /radiol.2251011667 1148;)

151. **Berg WA, Gutierrez L, NessAiver MS, Carter WB, Bhargavan M, Lewis RS, et al.**
Diagnostic Accuracy of Mammography, Clinical Examination, US, and MR Imaging in Preoperative Assessment of Breast Cancer. *Radiology*. déc 2004;233(3):830-49.
152. **Vivier J.**
L'annonce d'une maladie grave. Enquête auprès de médecins généralistes de la région nancéenne. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734486> . Université de Lorraine; 2013.
153. **Laouisset CC.**
Le médecin généraliste face à la prise en charge des patients atteints de cancer. Thèse de médecine générale. 2011.
154. **Bungener M, Demagny BJ, Vazeilles HK, Letourmy A.**
Prendre en charge le cancer en médecine générale. Médecine générale, médecine spécialisée entre hiérarchie, concurrence et complémentarité. Rapport de recherche CERMES, octobre 2008.
155. **Vivar CG, McQueen A.**
Informational and emotional needs of long-term survivors of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;51(5):520-8.
156. **Manning-Walsh J.**
Social Support as a Mediator Between Symptom Distress and Quality of Life in Women With Breast Cancer. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2005;34(4):482-93.
157. **Dewar JA, Kerr GR.**
Value of routine follow up of women treated for early carcinoma of the breast. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 23 nov 1985;291(6507):1464-7.
158. **Houzard S, Hassoun D, Dagousset I.**
Organisation de la surveillance des femmes traitées pour un cancer du sein en France: une mise en commun d'expériences. *La lettre du sénologue*. 2012;56:26-9.
159. **Grunfeld E, Fitzpatrick R, Mant D, Yudkin P, Adewuyi-Dalton R, Stewart J, et al.**
Comparison of breast cancer patient satisfaction with follow-up in primary care versus specialist care: results from a randomized controlled trial. *Br J Gen Pract*. 1 sept 1999;49(446):705-10.
160. **Balu-Maestro C.**
Imagerie de la récurrence locorégionale du cancer du sein. In: Namer M, Héry M, Spielmann M, Gligorov J, éditeurs. *Cancer du sein en situation métastatique: Compte-rendu du cours supérieur francophone de cancérologie — Nice · Saint-Paul-de-Vence 7-9 Janvier 2010*. Paris: Springer; 2010. p. 135-55.
161. **Grunfeld E, Mant D, Yudkin P, Adewuyi-Dalton R, Cole D, Stewart J, et al.**
Routine follow up of breast cancer in primary care: randomised trial. *BMJ*. 14 sept 1996;313(7058):665-9.

162. **Emery J.**
Cancer survivorship – the role of the GP. *Australian Family Physician*. 43(8):521-5.
163. **Kerrigan D, Waters P, Ryan M, Irfan M, Hanaghan J, Khan W, et al.**
Follow-up arrangements for breast cancer patients; is it appropriate to transfer surveillance to general practitioners. *Ir Med J*. 1 oct 2014;107(9):273-5.
164. **Grunfeld E, Levine M, Julian J, Coyle D, Szechtman B, Mirsky D, et al.**
Randomized Trial of Long-Term Follow-Up for Early-Stage Breast Cancer: A Comparison of Family Physician Versus Specialist Care. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 1 mars 2006;24:848-55.
165. **Grunfeld E, Gray A, Mant D, Yudkin P, Adewuyi-Dalton R, Coyle D, et al.**
Follow-up of breast cancer in primary care vs specialist care: results of an economic evaluation. *Br J Cancer*. mars 1999;79(7):1227-33.
166. **Baena-Cañada JM, Ramírez-Daffós P, Cortés-Carmona C, Rosado-Varela P, Nieto-Vera J, Benítez-Rodríguez E. et al.**
Follow-up of long-term survivors of breast cancer in primary care versus specialist attention. *Family Practice*. 1 oct 2013;30(5):525-32.
167. **Maly RC, Liu Y, Diamant AL, Thind A.**
The Impact of Primary Care Physicians on Follow-up Care of Underserved Breast Cancer Survivors. *J Am Board Fam Med*. 1 nov 2013;26(6):628-36.
168. **Roorda C, Berendsen AJ, Haverkamp M, van der Meer K, de Bock GH.**
Discharge of breast cancer patients to primary care at the end of hospital follow-up: A cross-sectional survey. *European Journal of Cancer*. 1 mai 2013;49(8):1836-44.
169. **Seguin E.**
Place du médecin généraliste dans la surveillance des patientes atteintes d'un cancer du sein: enquête de pratique dans le département de la Haute-Savoie. 2016.
170. **Bouyssié H, Baget N, de Lara CT.**
IMPLICATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LA SURVEILLANCE DES PATIENTES TRAITÉES POUR UN CANCER DU SEIN.
171. **DELOZIER T, ANTOINE EC, SALMON R, SPIELMANN M, GUASTALLA JP, BELKACEMI Y, et al. –**
(Modalités de prescription et de surveillance des inhibiteurs de l'aromatase dans le traitement adjuvant du cancer du sein: résultats d'une enquête menée en France en 2008. *Lett sénol*. 2009;(44):34-6.
172. **Pruthi S, Brandt KR, Degnim AC, Goetz MP, Perez EA, Reynolds CA, et al.**
A Multidisciplinary Approach to the Management of Breast Cancer, Part 1: Prevention and Diagnosis. *Mayo Clinic Proceedings*. août 2007;82(8):999-1012.

173. **Warmenhoven F, van Weel C, Veldhuisen H.**
The role of general practice in the follow-up of women with a history of breast cancer: a systematic review. *Journal of Cancer Survivorship*. 2016 Apr;10(2):287–303. doi: 10.1007/s11764-015-0484-4.
174. **Roorda C, de Bock GH, van der Veen WJ, Lindeman A, Jansen L, van der Meer K. et al.**
Role of the general practitioner during the active breast cancer treatment phase: an analysis of health care use. *Support Care Cancer*. 2012;20(4):705-14.
175. **American Cancer Society.**
Breast Cancer: Managing Pain.(2021) <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/patient-support/pain-management.html>.
176. **Cheville, A. L., Wieland, M. L., Hayes, S. N., & Loprinzi, C. L. et al.**
(2010). Impact of a primary care-based intervention on pain and other outcomes in patients with breast cancer-related musculoskeletal syndromes. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(7), 604–612.
177. **Nogaret JM, Bernard-Mary C, Mancini I, Piccart-Gebhart M.**
Le cancer du sein en 2004: vers une prise en charge plus personnalisée. *Rev Med Brux*. 2004;25(4):23-5.
178. **Simon M, Vignes S.**
Enquête en médecine générale sur les lymphœdèmes du membre supérieur après cancer du sein. *JMV-Journal de Médecine Vasculaire*. 1 févr 2019;44(1):3-8.
179. **Zanotti, C., Di Pietro, C., Brunelli, C., & Miccinesi, G.**
General practitioners' experience, knowledge, and expectations of their role in the follow-up of patients after curative treatment for breast cancer. *Journal : BMC Health Services Research* 2016; 16(1): 1–9.
180. **National Cancer Institute.**
Fatigue
(PDQ).(2021).https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/fatigue/fatigue-pdq#section/_114. 2022.
181. **Donovan K, Jacobsen P. B, Davis, K. M, Masters J. A, Blomquist K. A , Small H. S. et al.**
Small randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy and relaxation for fatigue during treatment for breast cancer. *Ann Behav Med*. 2010;39(3):348–57.
182. **American Cancer Society.**
Chemotherapy Side Effects: Nausea and Vomiting.(2021).
<https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/treatment-types/chemotherapy/chemotherapy-side>.
183. **Joly F, Alibhai S, Galica J, Casadebaig AI, Héron F, Woronoff-Lemsi A Husson B. et al.**
Impact of homecare programs on the management of chemotherapy-related toxicities: results of a multicenter observational study. *J Clin Oncol*. 2012;30(6):628–636.

- 184. National Cancer Institute.**
Sleep Disorders (PDQ) – Health Professional Version. <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/sleep-disorders/sleep>.
- 185. Direction Québécoise de cancer.**
Traitement pharmacologique et non hormonal des bouffées de chaleur chez les femmes atteintes d'un cancer du sein. Comité de l'évolution des pratiques en oncologie (CEPO) Juin 2012.
- 186. Beatty L, Koczwara B., Rice J., & Wade T.**
General practitioners' knowledge and management of menopausal symptoms in breast cancer survivors. 2017. 25(11), 3473–3479.
- 187. DA SILVA P.**
IMPLICATIONS, ATTENTES, PERSPECTIVES DES MEDECINS GENERALISTES DANS LA PRISE EN CHARGE DU CANCER [PhD Thesis]. UNIVERSITE DE LIMOGES; 1984.
- 188. Nguyen TD, Vincent P, Lamberth F, Robles V, Curé H.**
Perspectives en cancérologie pour les médecins généralistes : enquête interrégionale 2010. Bulletin du Cancer. 1 oct 2011;98(10):1143-52.
- 189. Organisation mondiale de la santé. Soins palliatifs. 2020.** <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
- 190. Peinoit A, Robert G, Lassus I, Evin A, Morel V.**
Ressenti des patients atteints de cancer en soins palliatifs exclusifs: vers un binôme médecin généraliste, cancérologue? Bulletin du Cancer. 1 mai 2022;109(5):612-9.
- 191. Fougère B, Mytych I, Baudemont C, Gautier-Roques E, Montaz L.**
Prise en charge des patients douloureux en soins palliatifs par les médecins généralistes. Médecine Palliative : Soins de Support – Accompagnement – Éthique. 1 avr 2012;11(2):90-7.
- 192. Serresse L.**
Paroles de médecins généralistes : comment font-ils avec les difficultés ressenties pendant l'accompagnement d'un patient en fin de vie ? Médecine Palliative : Soins de Support – Accompagnement – Éthique. 1 déc 2011;10(6):286-91.
- 193. Alhazmi LSS, Bawadood MAA, Aljohani AMS, Alzahrani AAR, Moshref L, Trabulsi N, et al.**
Pain Management in Breast Cancer Patients: A Multidisciplinary Approach. Cureus [Internet]. 28 juin 2021 [cité 4 avr 2023];13(6). Disponible sur: <https://www.cureus.com/articles/62407-pain-management-in-breast-cancer-patients-a-multidisciplinary-approach>
- 194. Gérard S, De Moor G, De Geest S, Moons P, De Groote Z, Vander Stichele R. et al.**
Role of general practitioners in providing palliative care: a systematic review and meta-analysis. Palliat Med. 2019;33(7):714–33.

195. **Sellars M, Chung O, Nolte L, Tong A, Pond D, Luckett T. et al.**
Perspectives of general practitioners and oncologists on discussing palliative care with patients with advanced cancer: an Australian qualitative study. *BMJ Support Palliat Care.* 2019;9(2):e22.
196. **Jnr GA.**
The effect of multidisciplinary team care on cancer management. <https://www.ajol.info/index.php/pamj/article/view/71195>. *Pan African Medical Journal.* 2011;9(1).
197. **Druel V, Gimenez L, Tachousin P, Boussier N, Bauvin E, Pascale G, et al.**
Adapting patients' oncological treatment through remote participation of general practitioners in multi-disciplinary consultation meetings: A feasibility study. *Eur J Gen Pract.* déc 2022;28(1):15-22.
198. **Pype P, Mertens F, Belche J, Duchesnes C, Kohn L, Sercu M, et al.**
Experiences of hospital-based multidisciplinary team meetings in oncology: An interview study among participating general practitioners. *European Journal of General Practice.* 2 oct 2017;23(1):156-64.
199. **Tachousin P.**
Intégration des médecins généralistes aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP): étude de faisabilité à partir de la RCP « myélodysplasies » de l'IUCT-Oncopole [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2016.
200. **Chirgwin J, Craike M, Gray C, Watty K, Mileshkin L, Livingston PM. et al.**
Does Multidisciplinary Care Enhance the Management of Advanced Breast Cancer?: Evaluation of Advanced Breast Cancer Multidisciplinary Team Meetings. *JOP.* nov 2010;6(6):294-300.
201. **Asquier L.**
Louis Asquier – Le rôle de la médecine générale, en collaboration avec le gynécologue et l'oncologue, dans la prise en charge thérapeutique et post-thérapeutique du cancer du sein. Thèse de doctorat en médecine. Université de Poitiers. 2016.
202. **Guichard A, Chancerel C, Fremenville H de.**
La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie: place du médecin généraliste traitant. Lyon ; 1971-....., France. <http://n2t.net/ark:/47881/m6xs5sqv> .; 2015.
203. **Belaid I, ben fatma L, Hochlaf M, Mnasser S, Boudagga MZ, Chabchoub I, et al.**
What could be the contribution of general practitioners in the management of cancer patients from the central region of tunisia: A retrospective study about 215 physicians. *La Tunisie medicale.* 1 juill 2015;93.

204. Noonan AM, Carney DN, McCaffrey J.
Study to assess satisfaction of general practitioners (GP) with oncology services, GP awareness of follow-up guidelines for patients with cancer, and GP access to oncology services. *JCO*. 20 mai 2011;29(15_suppl):e19643-e19643.
205. Frank E, Rothenberg R, Lewis C, Belodoff BF.
Correlates of Physicians' Prevention-Related Practices: Findings From the Women Physicians' Health Study. *Archives of Family Medicine*. 4 janv 2000;9(4):359.
206. Kadiatou Marre M. Kadiatou Marre M.
Place du médecin généraliste dans la prise en charge des soins de support chez les patients en cours de chimiothérapie. Thèse en médecine. Université Claude Bernard. 2019. Université Claude Bernard; 2019.
207. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C.
L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. *Santé Publique*. 2005;17(1):109-19.
208. Hampson J, Roberts R, Morgan D.
Shared care: a review of the literature. *Family Practice*. 1 janv 1996;13(3):264-79.
209. Tattersall MHN, Monaghan H, Griffin A, Scatchard K, Dunn SM, Butow PN. et al.
Writing to referring doctors after a new patient consultation. *Australian and New Zealand Journal of Medicine*. 1995;25(5):479-82.
210. Tattersall MH, Butow PN, Brown JE, Thompson JF.
Improving doctors' letters. *Medical Journal of Australia*. 2002;177(9):516-20.
211. Babington S, Wynne C, Atkinson C, Hickey B, Abdelaal A.
Oncology service correspondence: Do we communicate? *Australasian Radiology*. 2003;47(1):50-4.
212. McConnell D, Butow PN, Tattersall MHN.
Improving the letters we write: an exploration of doctor-doctor communication in cancer care. *Br J Cancer*. mai 1999;80(3):427-37.
213. Pringle M.
Referral letters--ensuring quality. *Practitioner*. 1 juin 1991;235(1503):507-10.
214. Gagliardi A.
Use of referral reply letters for continuing medical education: A review. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. sept 2002;22(4):222-9.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف
والأحوال باذلة وسعي في انقاذها من الهلاك والمرض
والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،
للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أخذا لكل زميل في المهنة الطبية
متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلانيتي،

نقية مما يشينها تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

معارف الأطباء العامون تجاه كشف ، تشخيص و علاج سرطان
الثدي في جهة سوس ماسة .

الاطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2023/06/12
من طرف

الآنسة نادية لعسري

المزودة في 27 ماي 1996 بشتوكة ايت باها

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية

الأطباء العامون - كشف - تشخيص - علاج - سرطان الثدي

اللجنة

الرئيسة

المشرفة

الحكام



ب. فاخر

أستاذة في أمراض النساء والتوليد

غ. بلبركة

أستاذة في أمراض السرطان

س. علج

أستاذة في طب الأشعة

م. فضلي

أستاذ في أمراض السرطان

السيدة

السيدة

السيدة

السيد