

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 16 juin 2016 à Poitiers
par **Mademoiselle Caroline Fernandez**

**Etude de la pratique de l'examen clinique des seins chez les femmes par les médecins
généralistes en Poitou-Charentes.**

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Madame le Professeur Virginie MIGEOT

Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE

Directrice de thèse : Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET

Co-directrice de thèse : Madame le Docteur Caroline TOURNOUX-FACON

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2016

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 16 juin 2016 à Poitiers
par **Mademoiselle Caroline Fernandez**

**Etude de la pratique de l'examen clinique des seins chez les femmes par les médecins
généralistes en Poitou-Charentes.**

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA

Membres : Madame le Professeur Virginie MIGEOT
Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE

Directrice de thèse : Madame le Docteur Valérie VICTOR-CHAPLET

Co-directrice de thèse : Madame le Docteur Caroline TOURNOUX-FACON



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2015 - 2016

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (surnombre jusqu'en 08/2018)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie (surnombre jusqu'en 08/2016)
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (en détachement)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (surnombre jusqu'en 08/2018)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PAQUEREAU Joël, physiologie (jusqu'au 31/10/2015)
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne (surnombre jusqu'en 08/2018)
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (surnombre jusqu'en 08/2017)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, oncologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie (ex-CATEAU)
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maitres de Conférences associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- SASU Elena, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maitres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie - virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino-Laryngologie (ex-émérite)
- GOMBERT Jacques, biochimie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur José Gomes Da Cunha,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie de votre disponibilité et de l'attention que vous porterez à mon travail. Soyez assuré de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

Madame le Professeur Virginie Migeot,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse et de juger mon travail. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mes sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Fabrice Pierre,

Vous vous êtes rendu disponible et me faites l'honneur de juger mon travail. Veuillez trouver en retour ma reconnaissance et mes sincères remerciements.

À ma directrice de thèse,

Madame le Docteur Valérie Victor-Chaplet,

Je te remercie de m'avoir aidée à définir ce sujet de thèse. Merci également pour ta disponibilité, ta confiance et tes conseils. J'ai aussi beaucoup appris à tes côtés lors de mon stage. Reçois ici toute ma gratitude.

À ma co-directrice de thèse,

Madame le Docteur Caroline Tournoux-Facon,

Pour m'avoir aidée dans le choix de ce sujet, pour vos conseils, l'aide que vous m'avez apportée et le temps que vous avez consacré à ce travail, je vous remercie sincèrement.

Aux médecins généralistes qui m'ont accordé un peu de leur temps précieux pour répondre à mon questionnaire et sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

À mes maîtres de stage qui m'ont ouvert les portes de leur cabinet lors de mes stages libéraux d'internat et m'ont transmis chacun à leur manière un peu de leur savoir-faire et savoir-être.

À ma famille

Mes parents,

Pour votre soutien et vos encouragements malgré mes doutes au cours de ces longues années d'études, je sais que je ne suis pas toujours facile à vivre ! Merci pour votre patience et pour les valeurs que vous m'avez transmises, vous me donnez tellement.

Papa, toi que j'admire tant, tu vas enfin pouvoir m'appeler Docteur !

Romain,

Pour ta patience, ton amour, ton aide précieuse... Merci pour tout ce que tu m'apportes chaque jour passé à tes côtés.

Nicolas mon frère et Lise,

Se retrouver est toujours un plaisir. J'espère que l'on se verra très souvent où que l'on atterrisse !

Virginie ma cousine,

Pour m'avoir soutenue quand j'en avais besoin et pour nos soirées sushis ; pour ta bonne humeur communicative, ta force de caractère, merci ma Ninie, je t'admire énormément. Je te souhaite plein de bonheur avec ton Sasa et votre futur bébé.

À ma belle-famille,

Quelle chance de vous avoir tous, en particulier **Raphaëlle**, tu es comme une sœur pour moi. Merci pour votre gentillesse, votre générosité et votre soutien.

À Gabriel mon neveu et à Théo mon filleul,

Je vous souhaite de réaliser vos rêves et de vous épanouir dans votre futur travail.

À mes amis

Adeline, Laurence,

Pour nos semestres passés ensemble, le soutien que l'on s'est apporté, nos échanges médicaux quasi-quotidiens ; pour nos soirées resto et nos sorties entre copines, un grand merci. J'ai découvert de véritables amies.

Violayne,

Sans nos heures de travail passées ensemble et la motivation que l'on s'est communiquée, je crois que j'en serais encore à l'introduction...merci ! C'est aussi une vraie chance de t'avoir retrouvée en région parisienne pour nos sorties sportives hebdomadaires et gastronomiques !
Merci pour ton amitié.

Emeline, Pascaline,

Notre trio d'externat et notre amitié sont toujours là malgré les kilomètres qui nous séparent. J'espère que nous nous verrons un peu plus maintenant que nos études s'achèvent.

Fanny, Lucie et la bande du 79,

Merci à tous pour ces bons moments passés et à venir. Même si nous nous voyons moins souvent à cause de la distance, nos liens sont éternels et vous êtes tous des amis en or que j'estime beaucoup, en particulier ma Pivoine, toujours si dynamique et pleine de joie de vivre, tu comptes tellement pour moi !

Emilie,

Tu es une amie que j'apprécie énormément, tu gardes toujours le sourire quelles que soient les circonstances. Merci pour ton amitié depuis la P1, et aux futurs moments que nous partagerons.

À tous ceux qui sont chers à mon cœur.

Sommaire

Glossaire des abréviations.....	1
Liste des tableaux et figures	2
1 Introduction	4
2 Matériels et méthodes	13
2.1 Type d'étude	13
2.2 Population étudiée	13
2.3 Questionnaire.....	13
2.4 Recueil des données.....	14
2.5 Analyse des données	15
3 Résultats.....	16
3.1 Taux de réponse	16
3.2 Description de l'échantillon étudié.....	16
3.3 Analyse des résultats.....	22
3.3.1 L'examen clinique des seins et ses modalités de pratique.....	22
3.3.1.1 Pratique de l'examen clinique des seins et motifs de réalisation	22
3.3.1.2 Âge de début et de fin de réalisation	25
3.3.1.3 Fréquence de réalisation et durée de l'examen par sein	26
3.3.1.4 Techniques de palpation des seins	27
3.3.1.5 Parties de la main utilisées, position et mouvements réalisés.....	28
3.3.1.6 Niveaux de profondeur des seins palpés et aires ganglionnaires palpées	30
3.3.1.7 Inspection des seins	31
3.3.1.8 Connaissance des recommandations chez les femmes à risque élevé ou très élevé de cancer du sein et du score d'Eisinger	32
3.3.2 Freins à la pratique de l'ECS.....	32
3.3.2.1 Freins chez les médecins pratiquant l'ECS	32
3.3.2.2 Freins chez les médecins ne pratiquant pas l'ECS	34
3.3.3 Formation reçue à l'ECS.....	34
3.3.4 Sentiment de performance dans l'ECS.....	35
3.3.5 Désir de formation à l'ECS et type de formation souhaitée	36

3.3.6	Autopalpation	37
3.3.6.1	Raisons avancées contre le conseil à l'autopalpation	38
3.3.6.2	Raisons avancées pour le conseil à l'autopalpation	38
4	Discussion.....	41
4.1	Limites de l'étude	41
4.1.1	Biais de sélection	41
4.1.2	Biais d'information	42
4.1.3	Le questionnaire	42
4.2	Rappel des principaux résultats et comparaison à la littérature	42
4.2.1	Echantillon étudié et activité gynécologique	42
4.2.2	L'examen clinique des seins et ses modalités de pratique.....	43
4.2.3	Freins à la pratique de l'examen clinique des seins	45
4.2.4	Performance et désir de formation à l'examen clinique des seins	45
4.2.5	L'autopalpation.....	46
4.3	Perspectives	47
5	Conclusion.....	48
6	Bibliographie	49
7	Annexes.....	53
8	Résumé et mots-clés	69
	SERMENT.....	71

Glossaire des abréviations

COGEMS-PC : Collège des Généralistes et Enseignants Maîtres de Stage du Poitou-Charentes

DI : Dépistage Individuel

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DO : Dépistage Organisé

DOCVIE : Dépistage Organisé des Cancers Vienne

ECS : Examen Clinique des Seins

FCV : Frottis Cervico-Vaginal

GO : Gynécologie-Obstétrique

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

INCa : Institut National du Cancer

MSU : Maître de Stage Universitaire

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Liste des tableaux et figures

Tableau 1 : Description des 141 médecins ayant répondu au questionnaire.....	17
Tableau 2 : Comparaison de la proportion d'hommes et de femmes médecins généralistes entre la population de l'échantillon et celle du Poitou-Charentes.....	18
Tableau 3 : Description des caractéristiques des médecins MSU ou non.	20
Tableau 4 : Description des caractéristiques des médecins selon la pratique de l'ECS.....	23
Tableau 5 : Position des mains lors de l'ECS selon le genre des médecins.....	29
Tableau 6 : Freins à la pratique de l'ECS chez les médecins le pratiquant.....	33
Tableau 7 : Type de formation à l'ECS (items proposés) reçue par les médecins interrogés..	34
Figure 1 : Incidence du cancer du sein et mortalité, tendance chronologique pour la France (d'après (4))	4
Figure 2 : Modalités de suivi des femmes avec antécédents personnels à risque élevé de cancer du sein	6
Figure 3 : Modalités de suivi des femmes avec antécédents familiaux à risque élevé ou très élevé de cancer du sein.....	7
Figure 4 : Répartition des médecins interrogés selon leur âge et leur genre.....	18
Figure 5 : Lieu d'exercice des médecins selon leur genre	19
Figure 6 : Validation d'un DIU de GO selon le genre	21
Figure 7 : Nombre de consultations gynécologiques par semaine selon le genre	21
Figure 8 : Proportion de médecins pratiquant l'examen clinique des seins	22
Figure 9 : Motifs de réalisation de l'ECS.....	24
Figure 10 : Répartition des médecins selon l'âge de début de réalisation de l'ECS.....	25
Figure 11 : Répartition des médecins interrogés selon l'âge de fin de réalisation de l'ECS ...	26
Figure 12 : Répartition des médecins selon la fréquence de réalisation de l'ECS.....	26
Figure 13 : Répartition des médecins selon la durée de l'examen par sein.....	27
Figure 14 : Techniques de palpation des seins utilisées par les médecins interrogés	28
Figure 15 : Parties de la main utilisées par les médecins lors de la palpation des seins	28
Figure 16 : Mouvements des mains réalisés par les médecins lors de l'ECS	29
Figure 17 : Niveaux de profondeur des seins palpés par les médecins	30
Figure 18 : Aires ganglionnaires palpées par les médecins lors de l'ECS	31
Figure 19 : Proportion de médecins ressentant des freins à la pratique de l'ECS parmi ceux le pratiquant.....	32

Figure 20 : Proportion de médecins se sentant performants dans la pratique de l'ECS.....	35
Figure 21 : Proportion de médecins souhaitant se former à l'ECS	36
Figure 22 : Répartition des médecins selon le type de formation souhaitée à l'ECS.....	37
Figure 23 : Types de conseils donnés par les médecins pour l'autopalpation	37

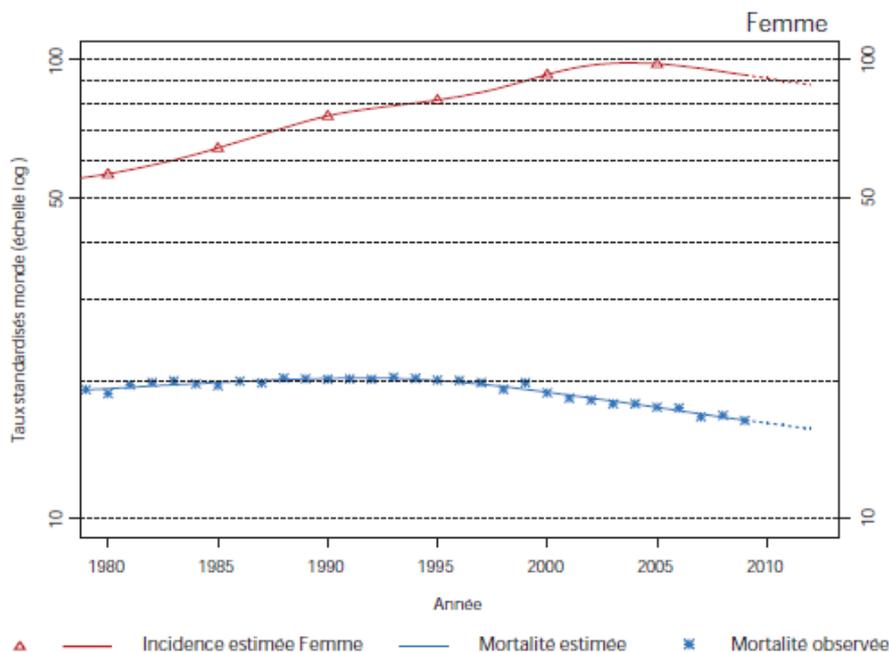
1 Introduction

Dans le monde, 1,7 millions de femmes ont un diagnostic de cancer du sein chaque année et en 2012, 6,3 millions de femmes vivaient avec un cancer du sein diagnostiqué au cours des cinq années précédentes. Le cancer du sein représente 11,9% du total des cancers (1).

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme en France avec 48 763 nouveaux cas et 11 886 décès en 2012 (2,3). Il représente un tiers des cancers de la femme et environ une femme sur huit sera concernée dans sa vie. Il survient dans 60% des cas entre 50 et 74 ans, l'âge médian lors du diagnostic étant de 63 ans (2). La survie à 5 ans est d'environ 86% en France (3). Diagnostiqué à un stade précoce, il peut être guéri dans 9 cas sur 10.

L'incidence du cancer du sein a connu une augmentation entre 1990 et 2004 puis une diminution depuis 2005 (-1,5% par an entre 2005 et 2012) qui serait liée selon Binder-Foucard F. *et al.*(4) à la diminution de la prescription du traitement hormonal substitutif et à l'effet de saturation du dépistage organisé ou individuel (Figure 1). Ces auteurs rapportent aussi une diminution de la mortalité du cancer du sein (-1,5% par an entre 2005 et 2012) qui serait liée à la fois aux progrès thérapeutiques et au diagnostic plus précoce grâce au dépistage (3-5).

Figure 1 : Incidence du cancer du sein et mortalité, tendance chronologique pour la France (d'après (4))



Le dépistage du cancer du sein en France s'est généralisé sur tout le territoire depuis 2004 avec le dépistage organisé (DO) où chaque femme entre 50 et 74 ans ne présentant pas de facteur de risque de cancer du sein est invitée à passer une mammographie tous les 2 ans avec double lecture accompagnée d'un examen clinique par le radiologue. Le taux de participation au DO était de 52% en 2013 alors que l'objectif fixé par le plan cancer 2009-2013 était de 65% de la population cible (70% fixé au niveau européen) (2,6). Le plan cancer 2014-2019 vise à renforcer cette participation notamment en informant davantage les patientes et les médecins sur les avantages et les inconvénients du dépistage organisé. Cependant, entre 20 et 25% des cancers du sein touchent des femmes de moins de 50 ans (7,8) et plus de 20% touchent celles de plus de 74 ans. De plus, environ 49% des décès par cancer du sein surviennent chez les plus de 75 ans (5).

L'HAS (Haute Autorité de Santé) et l'INCa (Institut National du Cancer) recommandent différents moyens de dépistage du cancer du sein, cliniques et paracliniques, en fonction de l'âge et des antécédents des patientes (Annexe 1). Les différentes stratégies proposées en fonction du niveau de risque (2,9) sont décrites ci-dessous (Figure 2, Figure 3).

Situation 1 : patientes sans antécédent personnel ou familial ou bien antécédents familiaux avec score d'Eisinger inférieur à 3 sans risque élevé (score d'analyse de l'arbre généalogique validant l'indication d'une consultation d'oncogénétique, (Annexe 1)) : ce sont des patientes dites non à risque pour lesquelles sont recommandés : une palpation mammaire une fois par an à partir de 25 ans, puis à partir de 50 ans, l'entrée dans le dépistage organisé avec en plus de l'examen clinique annuel une mammographie tous les 2 ans précédée d'un examen clinique par le radiologue.

Situation 2 : patientes avec antécédents personnels de cancer du sein, carcinome canalaire *in situ*, hyperplasie atypique canalaire ou lobulaire, irradiation thoracique à haute dose (maladie de Hodgkin) : ces femmes sont à risque élevé de cancer du sein (Figure 2). La surveillance clinique et mammographique au minimum annuelle est recommandée, couplée selon les cas à l'échographie ou l'IRM.

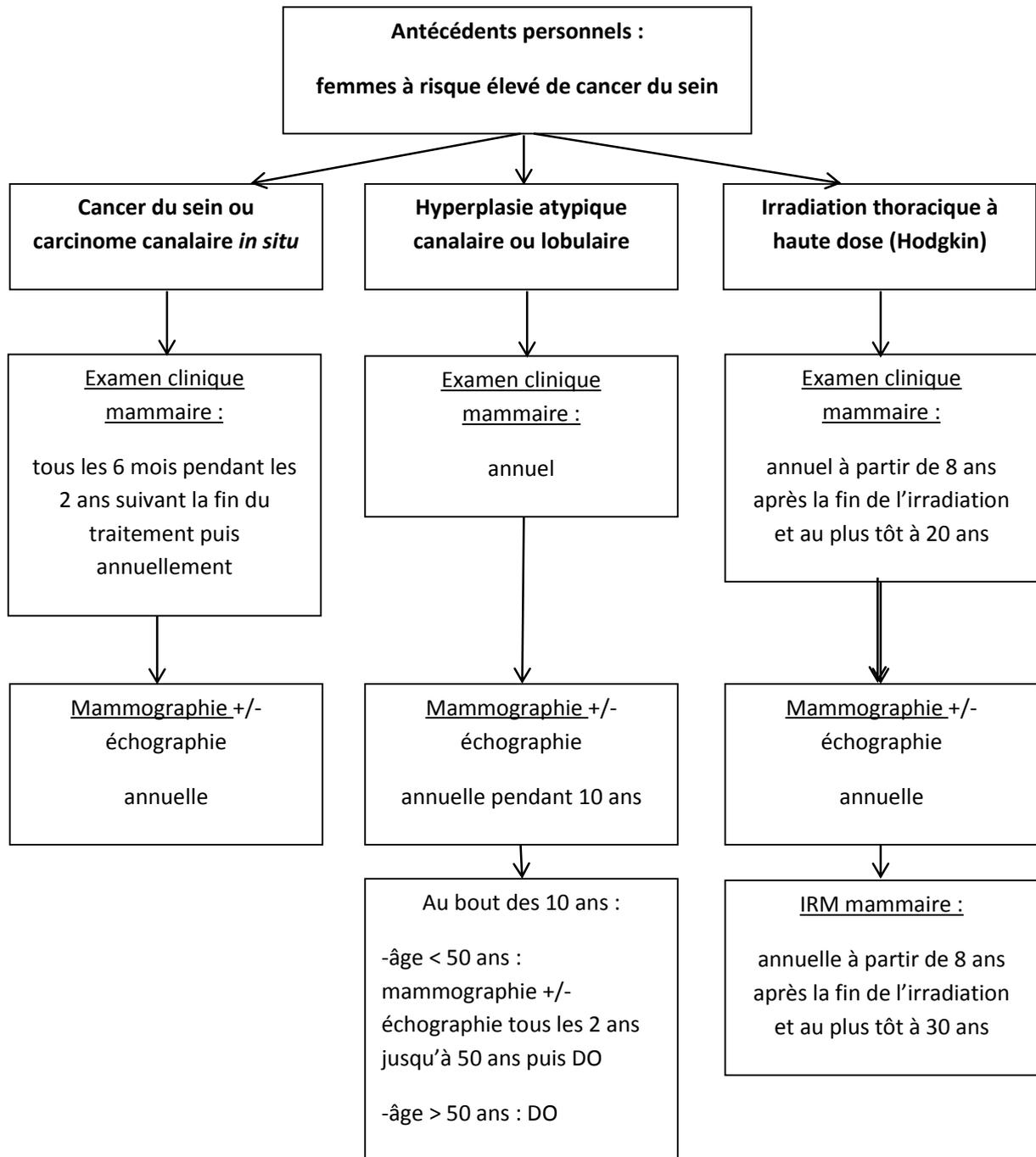


Figure 2 : Modalités de suivi des femmes avec antécédents personnels à risque élevé de cancer du sein

Situation 3 : patientes avec antécédents familiaux : évaluation du niveau de risque à l'aide du score d'Eisinger pour statuer entre un niveau de risque élevé ou très élevé de cancer du sein (Figure 3). Si ce score est inférieur à 3, la femme est orientée vers le dépistage organisé ; à partir de 3, la femme est orientée vers une consultation d'oncogénétique ; le suivi dépend

alors de l'identification d'une mutation BRCA1/2 chez la femme ou dans sa famille et de l'ensemble de l'arbre généalogique de la famille.

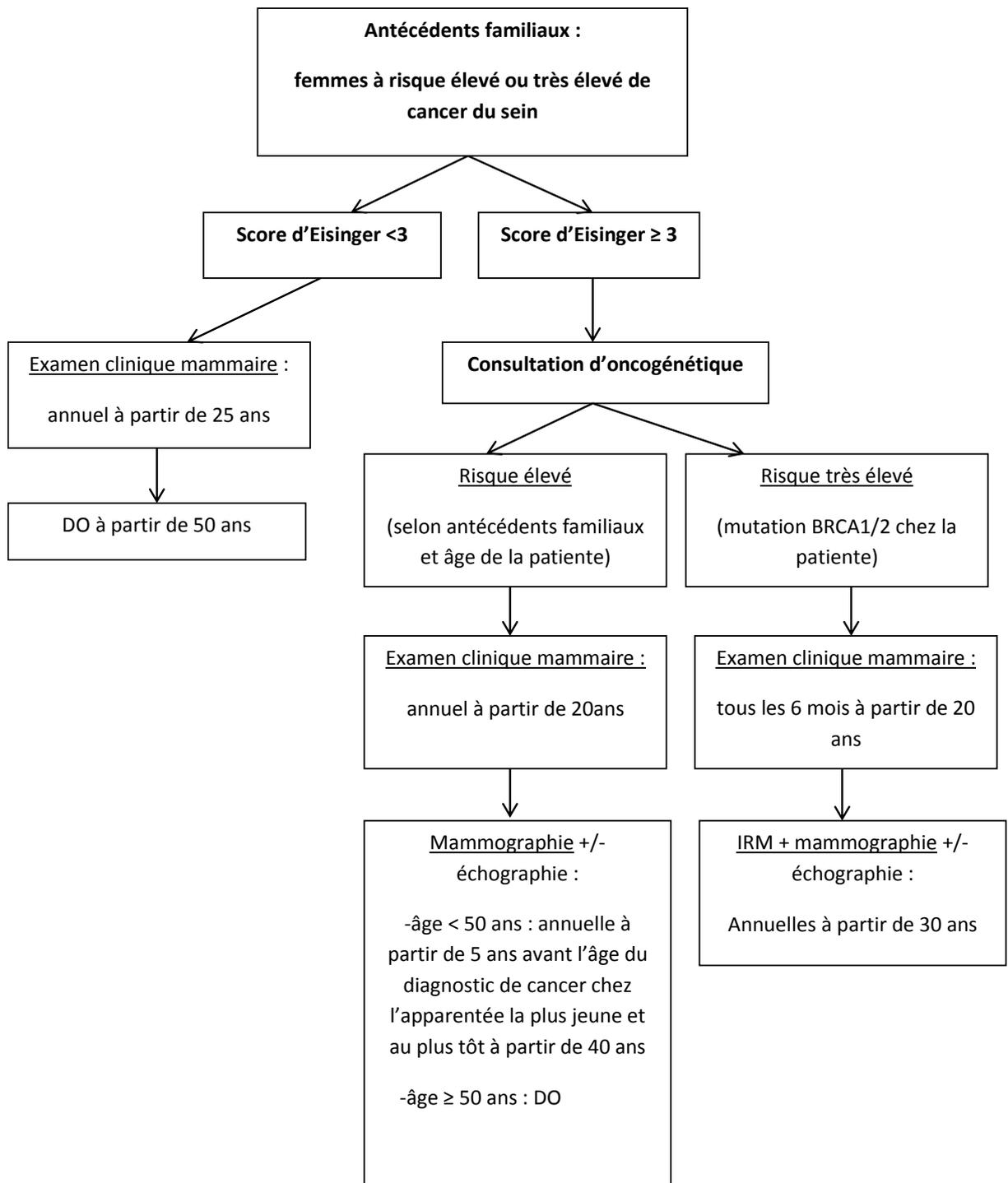


Figure 3 : Modalités de suivi des femmes avec antécédents familiaux à risque élevé ou très élevé de cancer du sein

D'après ces recommandations et quel que soit le niveau de risque, l'examen clinique des seins réalisé par un professionnel (ECS) est donc recommandé en France comme outil de dépistage et de suivi, seul ou en complément des examens radiologiques.

L'intérêt de l'ECS a été étudié dans plusieurs études. L'ECS posséderait une sensibilité de 54% et une spécificité de 94% (10,11). Il est très difficile d'évaluer à la palpation si la masse palpée est bénigne ou maligne ce qui nécessite la plupart du temps un complément d'imagerie (12). Cependant, un ECS bien conduit augmenterait de 2 à 6% le taux de détection du cancer du sein quand il est couplé à la mammographie (13,14), ce sont donc des outils complémentaires. L'ECS seul permettrait aussi de diagnostiquer 10 à 15% des cancers (15) passés inaperçus à la mammographie (seins trop denses, tumeur non radiosensible) ou qui se développent entre 2 mammographies (cancers dits de l'intervalle). Chez les femmes ne rentrant pas dans le dépistage organisé et ne présentant pas d'antécédents, il permet également d'en diagnostiquer (14,16,17). Mais selon la littérature, les différentes études analysant la pertinence de l'ECS comme outil de dépistage en termes de morbi-mortalité sont insuffisantes car elles n'évaluent pas l'ECS *versus* aucun moyen de dépistage (difficilement réalisable car peu éthique) mais comparent l'ECS seul à l'ECS couplé à la mammographie. C'est ce que montrent Barton *et al.*, Bancej *et al.* et Saslow *et al.* dans leurs revues de littérature (10,13,18). De plus, les études sont souvent biaisées ou trop anciennes (essai HIP à New-York dans les années 1960/70 et essai NBSS2 au Canada en 1980) ne permettant pas une comparaison adaptée aux techniques actuelles de mammographie (19,20). D'autre part, au niveau international, les recommandations ne sont pas les mêmes selon les pays et les organismes de santé (21–23). L'American College of Obstetricians and Gynecologists recommande l'ECS annuellement à partir de 40 ans, l'American Cancer Society tous les 3 ans entre 20 et 39 ans puis tous les ans, le Canadian Task Force on Preventive Health Care le propose tous les 1 à 2 ans chez les femmes de 50 à 69 ans.

Si l'ECS est recommandé en France, la question est de savoir par qui cet examen est réalisé et comment. En effet, les femmes bénéficient d'un suivi qui peut être réalisé par les gynécologues, les sages-femmes (24) ou les médecins généralistes. Le suivi gynécologique par le médecin généraliste a tendance à augmenter du fait de la décroissance du nombre de gynécologues médicaux. Seul un quart des femmes peuvent accéder à un gynécologue médical devant les effectifs réduits de cette spécialité (25). Les effectifs des spécialistes en gynécologie médicale et obstétricale ayant un exercice libéral ou mixte ont diminué de 31,3%

entre 2008 et 2015 en France. Leur âge moyen est de 55,2 ans et ils sont 59% à avoir 60 ans ou plus (26). En 2015, le Poitou-Charentes comptait 54 médecins gynécologues médicaux libéraux ou mixtes, leur effectif a diminué de 18% entre 2008 et 2015 et une baisse de 13% est attendue entre 2015 et 2020. Leur âge moyen était de 60 ans (27). Pour la période 2014-2018, aucun poste d'interne en gynécologie médicale n'est prévu à l'université de Poitiers (alors qu'en gynécologie-obstétrique, 25 postes sont prévus pour cette période). D'après une étude menée par l'Observatoire Thalès en 1999, le nombre moyen annuel de consultations pour motif gynécologique chez le médecin généraliste est de 3,6 par femme.

Devant la diminution du nombre de gynécologues libéraux (25,28), il apparaît indispensable que les médecins généralistes puissent répondre à la demande de leurs patientes pour effectuer leur suivi gynécologique médical avec notamment l'examen clinique des seins.

La fonction première de l'examen clinique des seins est d'identifier des anomalies qui nécessitent davantage d'explorations afin d'aboutir à un diagnostic plus précis et à une prise en charge adaptée. Bien qu'au niveau international plusieurs organisations recommandent de l'effectuer, il existe différentes techniques pour palper les seins : en bandes verticales, en cercles, par quadrants. Le manque de standardisation de la technique diminue les performances de cet examen d'autant plus que la sensibilité de la palpation mammaire varie d'un clinicien à un autre (23). Cet examen devrait donc être standardisé et structuré. Il semblerait qu'une technique soit plus performante que les autres : celle en bandes verticales (Annexe 2) car elle donne accès à davantage de tissu mammaire (10,29–31). L'étude de Saunders *et al.* en 1986 le montre en comparant la technique des cercles concentriques avec celle des bandes verticales : cette dernière est plus précise puisqu'elle permet de palper 64,4% de l'aire mammaire *versus* 38,9%. D'autre part, cette étude compare aussi la technique par quadrants avec celle en bandes verticales et donne un résultat similaire avec 67,9% de l'aire totale palpée avec la méthode verticale *versus* 44,7% (31).

Le bon déroulement de l'ECS nécessite dans un premier temps d'en expliquer les différentes étapes à la patiente. Il comprend ensuite l'inspection (23) : la patiente est assise avec les mains appuyant sur les hanches pour contracter les muscles pectoraux afin de mettre en évidence des asymétries et des anomalies de la peau tels qu'érythème, voussure, rétraction, épaissement, ride, ulcération, écoulement ou encore desquamation. Peu d'études ont évalué l'intérêt de l'inspection seule dans la détection de cancer et il s'agit d'anciennes études avec de petits échantillons ce qui ne permet pas de conclure sur son efficacité à dépister des

cancers du sein (32,33). Vient ensuite la palpation (23) : en position assise pour la palpation des aires ganglionnaires (axillaires, supra et infra-claviculaires) puis allongée pour la palpation des seins avec la main homolatérale de la patiente sous la tête. L'examineur doit palper la totalité de la glande mammaire c'est-à-dire le pentagone formé par la ligne médio-axillaire, la ligne sous-mammaire en regard des 5e-6e cotes, le bord latéral du sternum et la clavicule. La palpation s'effectue selon le modèle en bandes verticales en utilisant la pulpe des 3 doigts du milieu pour palper un sein à la fois, avec des petits mouvements circulaires se chevauchant (2,23,30), le mamelon et la zone aréolaire sont aussi palpés et non pincés sauf si écoulement spontané. Il faut insister particulièrement sur les quadrants supéro-externes et sous l'aréole et le mamelon car ce sont les sites les plus fréquents de cancer : 38,5% des cancers prennent leur origine dans le quadrant supéro-externe et 29% au centre du sein (34). Ceci peut s'expliquer en partie par le fait qu'une plus grande quantité de tissu mammaire se situe dans ces zones (34-36). Trois niveaux de pression contre le gril costal (superficiel, intermédiaire, profond) doivent être exercés sur chaque zone examinée (2,23). Les recommandations ne précisent pas de durée de palpation car elle dépend de l'expérience de l'examineur, de la taille des seins, de leur fermeté, du poids de la patiente et de ses facteurs de risque. Cependant cette technique prendrait en moyenne 3 à 5 minutes par seins (30).

Les données de l'examen physique sont interprétées en fonction des antécédents de la patiente. Une description de l'examen clinique devrait être notée permettant une comparaison prochaine ou la justification d'examens complémentaires. La masse est suspecte si sa consistance est dure, indolore, fixée, irrégulière, associée à une rétraction, un écoulement mamelonnaire ou une adénopathie mais ne s'en accompagne pas toujours (2). La palpation oriente vers un adénofibrome si la masse est bien limitée, élastique, mobile, sans autre anomalie. Une mastopathie fibrokystique se caractérise par un placard dense (37,38). Cependant il n'y a pas de standard pour interpréter ce qui est trouvé à l'examen clinique des seins (23) et des investigations complémentaires sont la plupart du temps indispensables. Il existe des algorithmes de prise en charge pour évaluer ensuite les anomalies palpées (2,39). Le niveau de sensibilité de la palpation des seins est plus élevé quand la méthode de palpation est standardisée. Des études utilisant des modèles de poitrines siliconées montrent que la sensibilité de l'examen clinique des seins est augmentée par l'entraînement à la technique de palpation et par l'expérience à détecter une masse mammaire (23,40). Cet examen pour être performant doit être pratiqué par un professionnel expérimenté selon une technique standardisée (23).

D'après la thèse de Dias réalisée en 2010 (41), 94% des 170 médecins d'Ile de France interrogés déclarent pratiquer un examen clinique des seins avec une palpation mammaire. L'étude de Leduc en 2013 (42), rapporte un chiffre un peu moins élevé : 73% des 282 médecins interrogés dans la Marne déclarent faire cet examen. Cela montre que cet outil de dépistage est largement pratiqué par les médecins généralistes. Différents travaux rapportent pourtant qu'un certain nombre d'entre eux juge leur formation initiale en gynécologie médicale insuffisante (43–46), notamment dans la thèse de Mauran en 2006 où 80% des médecins généralistes landais interrogés estiment que leur formation initiale en 2^e et 3^e cycle est insuffisante, ce que l'on retrouve aussi dans les études d'autres nationalités (32,47–49). Selon une enquête réalisée en 2002 auprès de médecins généralistes bretons, 40% d'entre eux estiment ne pas savoir examiner correctement les seins (50). D'autre part, une étude réalisée en 2004 en Picardie auprès de 480 médecins généralistes met en évidence un manque de connaissance des recommandations concernant la pratique de l'examen clinique des seins : 75% des médecins interrogés disent le pratiquer mais cet examen n'est réalisé annuellement que dans 10% des cas et l'âge de début se situe entre 40 et 50 ans pour 49% d'entre eux (28) alors qu'il est recommandé annuellement à partir de 25 ans. Il semble donc exister des carences dans les modalités de pratique de l'ECS par les médecins généralistes.

Au fil de mes stages en médecine générale, je me suis effectivement rendue compte que l'ECS n'était pas toujours pratiqué ou différemment des modalités recommandées alors qu'il s'agit d'un outil de dépistage primordial. L'existence de freins à la pratique d'actes gynécologiques a été mis en évidence par d'autres études : manque de temps, manque de demandes, manque d'intérêt de la part du médecin (45,51), le fait d'être un homme, le coût de l'élimination des déchets (43), le manque de compétence, le manque d'équipement, la gêne de la part du médecin ou de la patiente (52). En ce qui concerne l'examen physique des seins en particulier, il est légitime de se demander si des freins existent car aucune étude à notre connaissance ne les a explorés.

Selon différents travaux (28,50,51), les médecins généralistes ne se sentent pas performants dans la pratique de l'examen clinique des seins et souhaitent approfondir leurs connaissances et pratiques. Nous n'avons pas retrouvé de données concernant l'analyse détaillée de la pratique de l'examen clinique des seins en France en dehors de la fréquence de sa pratique qui ne correspond pas à celle recommandée.

L'objectif principal de notre thèse est de savoir si l'examen clinique des seins est pratiqué par les médecins généralistes en Poitou-Charentes et selon quelles modalités : chez quelles patientes, à quel moment, à quelle fréquence et par quelle technique ?

Les objectifs secondaires sont de mettre en évidence d'éventuels freins à la pratique de l'examen clinique des seins et de déterminer s'il existe un besoin de formation pour la réalisation de ce geste.

2 Matériels et méthodes

2.1 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude quantitative, transversale, descriptive de la pratique de l'ECS par les médecins généralistes, effectuée par envoi électronique d'un questionnaire.

2.2 Population étudiée

La population cible était l'ensemble des médecins généralistes installés en Poitou-Charentes.

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste, maître de stage universitaire (MSU) ou non et d'exercer en Poitou-Charentes.

Les critères d'exclusion étaient de ne pas être installé en libéral ou de ne pas exercer en Poitou-Charentes.

Le nombre de sujets nécessaires (n) a été calculé à partir de l'équation suivante (53) :

$$n = \frac{(z_{\alpha}^2 * p_0 * (1 - p_0))}{i^2}$$

Où, $z_{\alpha} = 1,96$ pour un risque de 5%, p_0 est le pourcentage estimé de médecins réalisant l'ECS (autour de 90% d'après la littérature) et i la précision (fixée ici à 5%).

Dans le cadre de l'étude présentée ici, le nombre de sujets nécessaire était donc de 138.

2.3 Questionnaire

Un questionnaire électronique (Annexe 3) a été établi à l'aide de l'outil Google Form. Nous avons préféré la diffusion par courrier électronique plutôt que postal devant la rapidité d'envoi et de réponses qu'elle permet, la facilitation du traitement des données par informatique et l'absence de coût financier. Il a été testé par 8 médecins généralistes et a abouti à la modification de certains énoncés permettant une meilleure compréhension de ces questions.

Le questionnaire était majoritairement constitué de questions fermées, d'autres permettaient de noter des commentaires libres. Le questionnaire était divisé en cinq parties.

Une première partie s'articulait autour de **l'examen clinique des seins** en lui-même avec une évaluation de sa pratique, son moment de réalisation, l'âge de début et de fin, sa fréquence de réalisation, le temps consacré à cet examen, les techniques et mouvements

utilisés, la palpation selon différents niveaux de profondeur, la palpation des aires ganglionnaires, l'inspection, la connaissance des recommandations chez les femmes à risque élevé et très élevé grâce au score d'Eisinger.

Une deuxième partie concernait le mode de formation à l'ECS, l'existence éventuelle de **freins** à sa pratique, le ressenti sur la compétence à la pratique de cet examen et le **désir de formation**.

La préconisation de **l'autopalpation** des seins par les médecins a été évaluée dans une **troisième partie**.

Une quatrième partie appréciait **l'activité gynécologique** des médecins généralistes en termes de nombre de consultations gynécologiques par semaine et l'obtention ou non d'un diplôme interuniversitaire de gynécologie-obstétrique.

Enfin **une dernière partie** concernait les **critères sociodémographiques** des médecins généralistes.

2.4 Recueil des données

Au départ, la population visée était l'ensemble des médecins généralistes installés en Poitou-Charentes. Le questionnaire a d'abord été soumis à la commission de l'URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé-Médecins Libéraux) du Poitou-Charentes qui en a accepté la diffusion. L'URPS a envoyé le questionnaire par courriel le 16/10/2015 : un email explicatif contenant un lien et un mot de passe dirigeait les médecins vers une page du site internet de l'URPS où ils étaient invités à entrer leurs identifiants. Ils étaient ensuite redirigés vers une page qui présentait l'ensemble des sujets de thèses en cours dont celui-ci. Les médecins choisissaient d'y répondre ou non.

Devant l'absence totale de réponse plus de 15 jours après l'envoi et n'ayant pu obtenir la liste de diffusion des médecins généralistes du Poitou-Charentes, nous avons décidé de cibler ensuite les médecins généralistes faisant partie du COGEMS-PC (Collège des Généralistes Enseignants et Maîtres de Stage du Poitou-Charentes). L'envoi a été effectué par le Docteur Victor-Chaplet (directrice de thèse) le 03/11/2015 à l'ensemble de la liste de diffusion des maîtres de stage universitaires puis une relance a été faite le 03/12/2015. Le Docteur Tournoux-Facon (co-directrice de thèse) qui est médecin coordonnateur à DOCVIE (Dépistage Organisé des Cancers Vienne) a également proposé d'envoyer le questionnaire à une liste de diffusion de médecins généralistes installés dans la Vienne. Il s'agissait de médecins lui ayant volontairement communiqué leur adresse email. Nous avons retiré de cette

liste les médecins MSU afin qu'ils ne reçoivent pas une nouvelle fois le questionnaire. Cet envoi a été effectué le 15/12/2015 par notre co-directrice. Le recueil de données a été clôturé le 15 janvier 2016.

2.5 Analyse des données

Les réponses au questionnaire ont été collectées dans un tableur Excel.

L'analyse statistique des données qualitatives a été réalisée en utilisant le test du Chi2 et le risque de première espèce alpha a été choisi égal à 5%. Le test de Fisher a été utilisé quand les effectifs théoriques étaient trop petits (inférieurs à 5).

3 Résultats

3.1 Taux de réponse

Le nombre de médecins généralistes MSU installés en Poitou-Charentes est de 254, le nombre de médecins généralistes installés dans la Vienne dont nous possédions les coordonnées en excluant les maîtres de stage est de 108 (145 médecins dont 37 MSU). Nous avons donc contacté 362 médecins généralistes installés en Poitou-Charentes. Parmi eux, 145 médecins ont répondu au questionnaire. Quatre répondants ont été exclus : trois étaient des médecins remplaçants et un avait un exercice salarié. Au total, 141 questionnaires ont été inclus. Le taux de réponse était finalement de 39%.

3.2 Description de l'échantillon étudié

Le Tableau 1 résume les caractéristiques de la population étudiée et est présenté ci-dessous. Parmi les 141 répondants, on observe 73 hommes (52%) et 68 femmes (48%). La tranche d'âge la plus représentée était celle des 45 à 59 ans avec 70 médecins (50%). La moyenne d'âge était de 48 ans. Un tiers d'entre eux exerçait en milieu rural et une large majorité (85%) en cabinet de groupe. Parmi les 141 médecins interrogés, 24 (17%) disaient avoir validé un diplôme interuniversitaire (DIU) de gynécologie-obstétrique (GO). Compte tenu des modalités de sollicitation des médecins, le statut MSU était plus largement représenté (82%) ainsi que le département de la Vienne (41%). La majorité des médecins déclaraient pratiquer moins de 10 consultations de gynécologie par semaine (82%).

Tableau 1 : Description des 141 médecins ayant répondu au questionnaire

	n	%
Sexe		
Hommes	73	52
Femmes	68	48
Age		
≤ 30 ans	4	2
30 à 44 ans	46	33
45 à 59 ans	70	50
≥ 60 ans	21	15
Zone d'exercice		
Rural	46	33
Semi-rural	57	40
Urbain	38	27
Département d'exercice		
Deux-Sèvres	25	18
Charente-Maritime	37	26
Charente	21	15
Vienne	58	41
Mode d'exercice		
Cabinet de groupe	120	85
Seul	21	15
Statut MSU		
oui	115	82
non	26	18
DIU de gynécologie		
oui	24	17
non	117	83
Nombre de consultations de gynécologie par semaine		
< 5	57	40
5 à 9	59	42
10 à 20	18	13
> 20	7	5

La proportion d'hommes et de femmes au sein de l'échantillon était légèrement différente de celle du Poitou-Charentes ($p = 0,002$) (Tableau 2). Par contre au niveau de leur moyenne d'âge, celle-ci était identique pour les MSU et non MSU (48 ans) mais s'écartait de 5 ans de celle des médecins du Poitou-Charentes (53 ans).

Tableau 2 : Comparaison de la proportion d’hommes et de femmes médecins généralistes entre la population de l’échantillon et celle du Poitou-Charentes

Populations	Hommes		Femmes		Total	p
	n	%	n	%		
Poitou-Charentes ^a	1053	64	581	36	1634	0,002
Echantillon total	73	52	68	48	141	

^a données issues de (27)

La répartition d’hommes et de femmes en fonction des tranches d’âges est présentée dans la Figure 4. L’analyse statistique a révélé une différence significative de répartition selon le genre ($p = 0,00153$), en particulier concernant les 30-44 ans (28 femmes (41%), 18 hommes (25%)) et les 60 ans et plus (3 femmes (4%), 18 hommes (25%)).

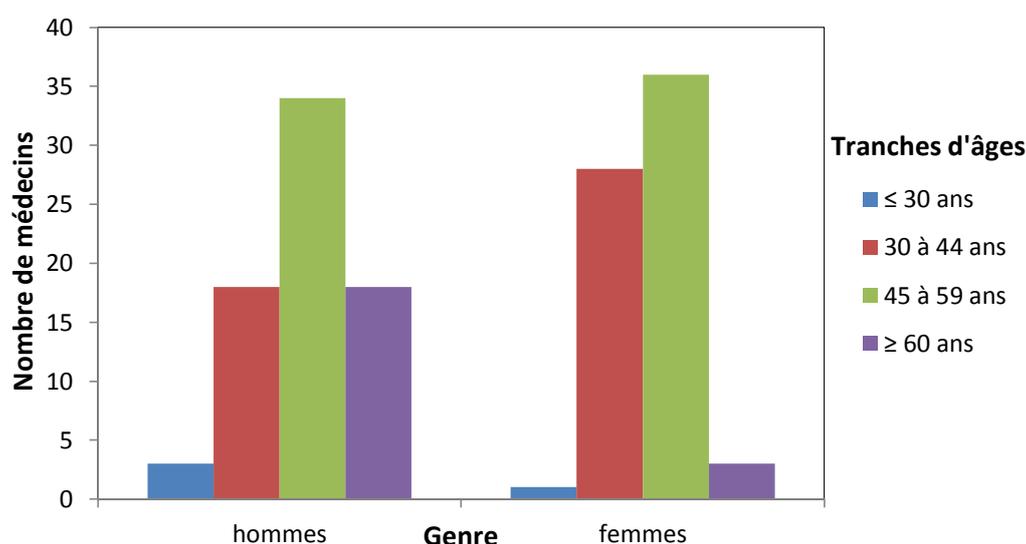


Figure 4 : Répartition des médecins interrogés selon leur âge et leur genre

Il existait peu de différence de répartition entre hommes et femmes concernant les secteurs rural et semi-rural. En revanche, les femmes étaient moins présentes que les hommes en secteur urbain (15 (22%) *versus* 23 (31,5%)) sans que la différence ne soit significative (Figure 5).

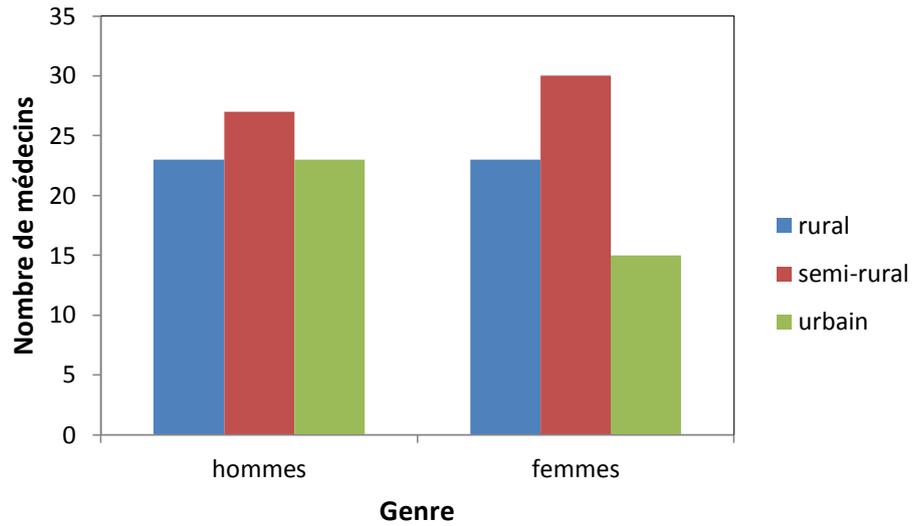


Figure 5 : Lieu d'exercice des médecins selon leur genre

Sur les 141 répondants, 115 (82%) étaient maîtres de stage universitaire. Concernant leurs caractéristiques sociodémographiques, il n'existait pas de différence entre les MSU et les non MSU en dehors de leur département d'exercice, différence directement liée à l'échantillonnage des médecins interrogés (Tableau 3).

Tableau 3 : Description des caractéristiques des médecins MSU ou non.

	MSU (n=115)		Non MSU (n=26)		p
	n	%	n	%	
Sexe					0,0525
Hommes	64	56	9	35	
Femmes	51	44	17	65	
Age					0,497
≤ 30 ans	3	3	1	4	
30 à 44 ans	36	31	10	38	
45 à 59 ans	60	52	10	38	
≥ 60 ans	16	14	5	19	
Zone d'exercice					0,969
Rural	38	33	8	31	
Semi-rural	46	40	11	42	
Urbain	31	27	7	27	
Département d'exercice					1,21·10 ⁻⁵
Deux-Sèvres	23	20	2	8	
Charente-Maritime	36	31	1	4	
Charente	20	17	1	4	
Vienne	36	31	22	85	
Mode d'exercice					0,069
Cabinet de groupe	101	88	19	73	
Seul	14	12	7	27	
DIU de gynécologie					0,389
oui	18	16	6	23	
non	97	84	20	77	
Nb de consultations de gynécologie par semaine					0,589
< 5	49	43	8	31	
5 à 9	47	41	12	46	
10 à 20	14	12	4	15	
> 20	5	4	2	8	

La Figure 6 montre que 19 femmes (28%) avaient validé un DIU de GO contre 5 hommes (13%) ($p = 0,0008$). La répartition des médecins possédant ce diplôme selon les tranches d'âges était statistiquement différente ($p = 0,0083$). En effet une majorité des médecins (58%) ayant validé ce diplôme appartenaient à la tranche d'âge 30-44 ans. Aucun des médecins installé seul ne le possédait.

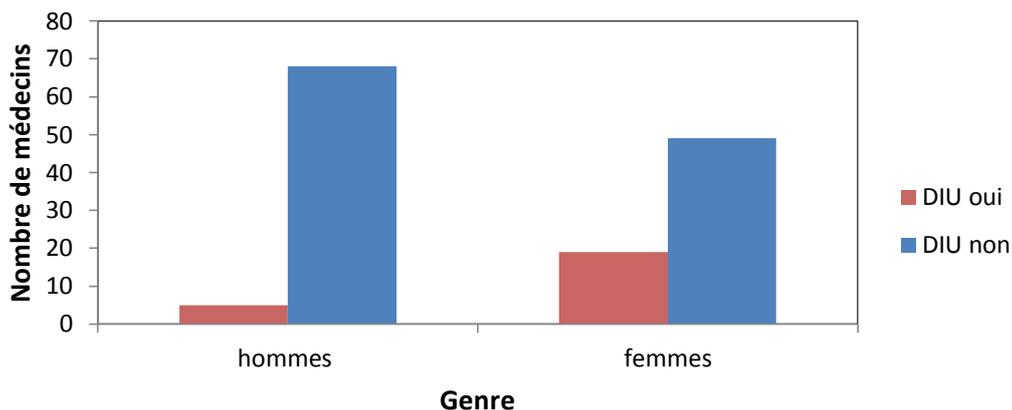


Figure 6 : Validation d'un DIU de GO selon le genre

Ceux qui possédaient ce DIU pratiquaient davantage d'actes gynécologiques que ceux ne l'ayant pas : parmi ceux ayant un DIU, 84% réalisaient entre 5 et 20 consultations gynécologiques par semaine contre 49% chez ceux ne l'ayant pas ($p = 0,0003$).

Le nombre moyen d'actes gynécologiques par semaine par médecin dans notre étude était de 6,5. Les hommes pratiquaient moins d'actes gynécologiques que les femmes : en moyenne 5.3 par semaine contre 9 ($p = 8,55 \cdot 10^{-5}$) (Figure 7).

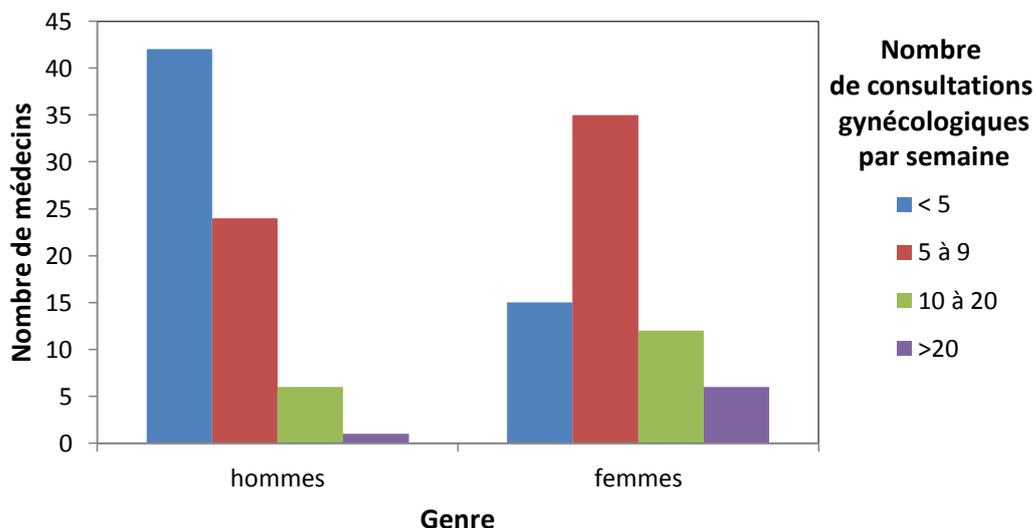


Figure 7 : Nombre de consultations gynécologiques par semaine selon le genre

3.3 Analyse des résultats

3.3.1 L'examen clinique des seins et ses modalités de pratique

3.3.1.1 Pratique de l'examen clinique des seins et motifs de réalisation

Parmi les 141 médecins interrogés, 134 (95%) ont répondu pratiquer l'examen clinique des seins (ECS) (Figure 8).

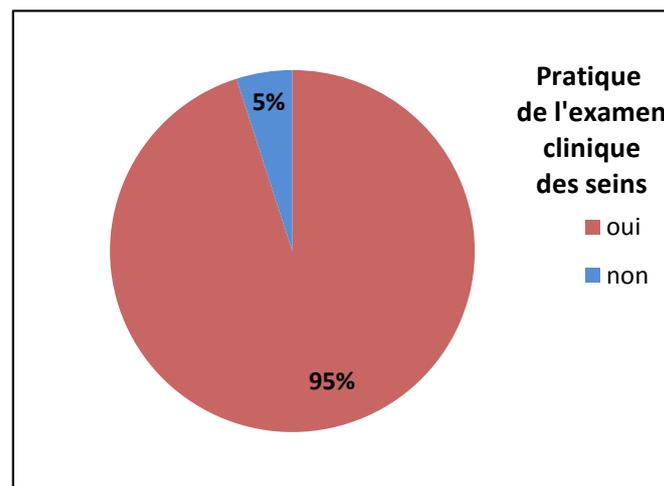


Figure 8 : Proportion de médecins pratiquant l'examen clinique des seins

Seuls sept médecins disaient ne pas le pratiquer : il s'agissait plutôt de médecins hommes (n=5), de moins de 45 ans (n=4), exerçant plutôt en milieu urbain (n=4), en cabinet de groupe (n=5) ; 6 d'entre eux étaient MSU mais aucun n'avait le DIU de gynécologie. Il n'a pas été trouvé de différence significative en fonction des critères sociodémographiques (Tableau 4).

Tableau 4 : Description des caractéristiques des médecins selon la pratique de l'ECS.

	ECS réalisé (n=134)		ECS non réalisé (n=7)	
	n	%	n	%
Sexe				
Hommes	68	51	5	71
Femmes	66	49	2	29
Age				
≤ 30 ans	4	3	0	0
30 à 44 ans	42	31	4	57
45 à 59 ans	69	52	1	14
≥ 60 ans	19	14	2	29
Zone d'exercice				
Rural	45	34	1	14
Semi-rural	55	41	2	29
Urbain	34	25	4	57
Département d'exercice				
Deux-Sèvres	24	18	1	14
Charente-Maritime	33	24	4	57
Charente	21	16	0	0
Vienne	56	42	2	29
Mode d'exercice				
Cabinet de groupe	115	86	5	71
Seul	19	14	2	29
MSU				
oui	109	81	6	86
non	25	19	1	14
DIU de gynécologie				
oui	24	18	0	0
non	110	82	7	100
Nb de consultations de gynécologie par semaine				
< 5	53	40	4	57
5 à 9	58	43	1	14
10 à 20	18	13	0	0
> 20	5	4	2	29

On peut noter que 2 des 7 médecins à forte activité gynécologique (> 20 actes par semaine) ne réalisaient pas l'examen clinique des seins.

Concernant les motifs de réalisation de l'examen clinique des seins, plusieurs réponses étaient possibles y compris des réponses ouvertes. La majorité des médecins ont répondu réaliser

l'ECS à la demande de la patiente (105 réponses (27%)). Le motif « lors d'un FCV (frottis cervico-vaginal) » a été cité 87 fois (23%), « à l'occasion d'un renouvellement de contraception » l'a été 84 fois (22%), « lors d'une consultation dédiée » était cité 64 fois (16%) et « quel que soit le motif de consultation s'il doit être fait » l'a été 37 fois (9%) (Figure 9).

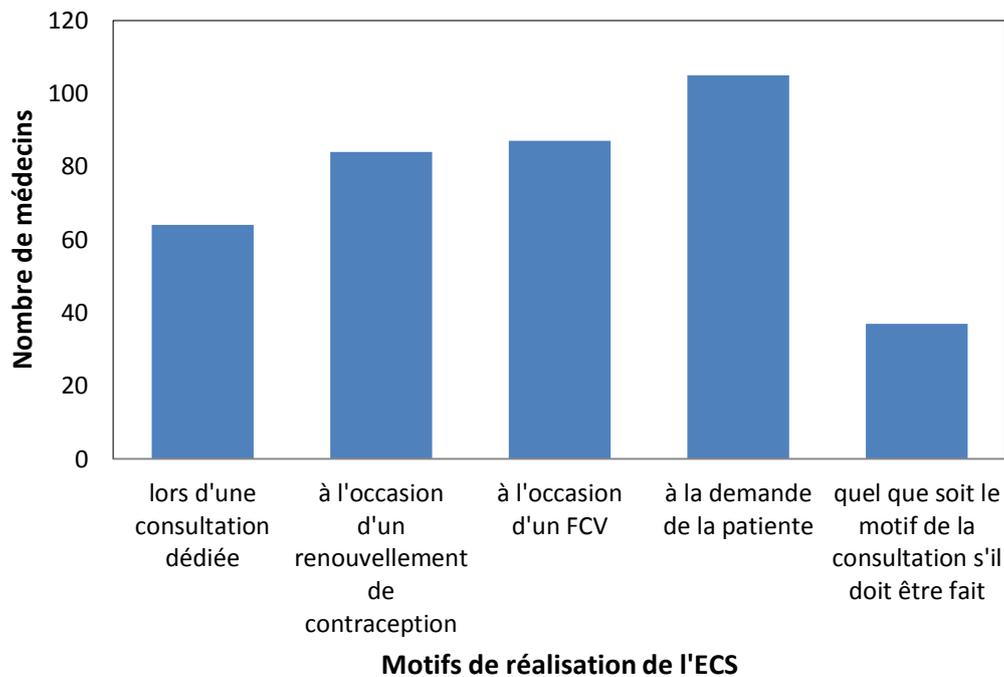


Figure 9 : Motifs de réalisation de l'ECS

Il a été rapporté sept motifs supplémentaires de réalisation de l'ECS par sept personnes : « si doléance en lien avec seins », « entre 2 FCV si pas de contraception », « juillet-août chaque année », « lors d'ECG (patiente déshabillée) », « suivi de traitement TSH », « symptômes : adénopathie, AEG (altération de l'état général) sans point d'appel », « adénopathie axillaire ». L'analyse de cette question montrait que 92% des médecins ayant validé un diplôme interuniversitaire de gynécologie ont répondu faire l'examen clinique des seins à l'occasion d'un FCV contre 60% de ceux n'en ayant pas validé. La différence était significative ($p = 0,0307$).

Pour le motif « à l'occasion d'un renouvellement de contraception », 79% des médecins de sexe féminin disaient réaliser l'examen des seins de leurs patientes contre 54% des hommes. La différence était significative ($p = 0,00281$). Il existait également une différence de pratique

pour cet item en fonction de leur activité gynécologique : les médecins à faible activité gynécologique (< 5 consultations par semaine) examinaient moins souvent les seins lors de ce motif que ceux ayant une activité plus importante (43% contre 71% si > 20 consultations par semaine, 73% si entre 5 et 9 consultations, 78% si entre 10 et 20).

3.3.1.2 Âge de début et de fin de réalisation

L'âge de début de la pratique de l'ECS était très variable entre les médecins généralistes (Figure 10). La majorité des médecins, 36 (27%), déclaraient débuter l'ECS à partir de 20 ans.

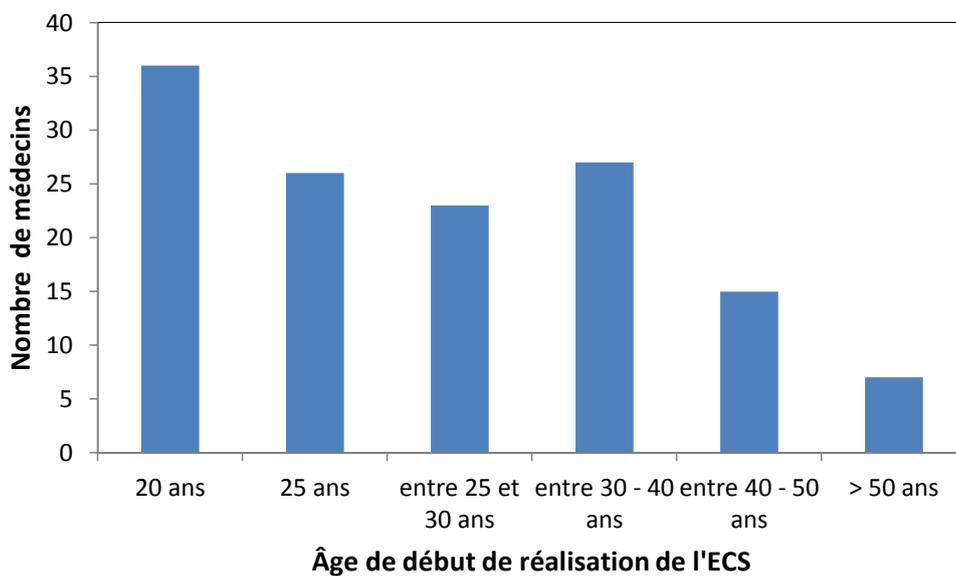


Figure 10 : Répartition des médecins selon l'âge de début de réalisation de l'ECS

Il n'a pas été retrouvé de différence significative en fonction des critères sociodémographiques ni de la validation d'un DIU ou de l'activité gynécologique des médecins.

La majorité des répondants, 79 (59%), déclaraient ne pas fixer de limite d'âge pour cesser d'examiner les seins de leurs patientes (Figure 11).

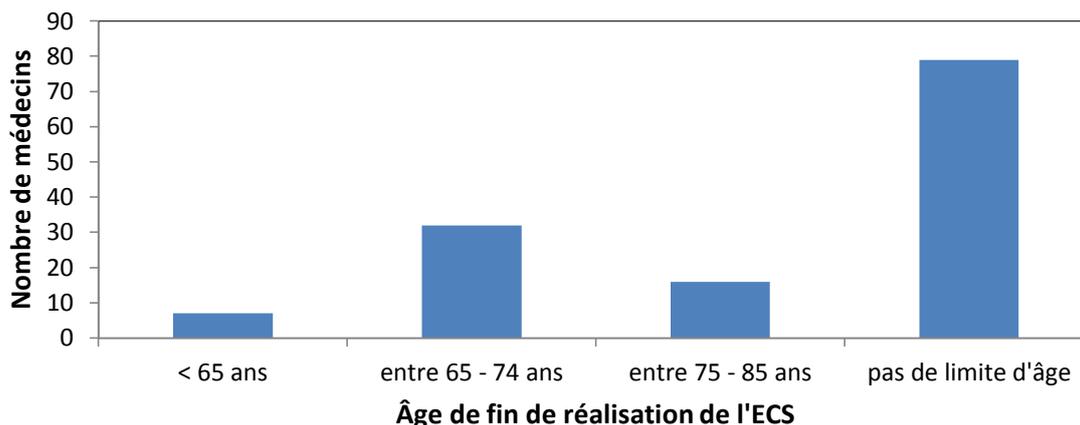


Figure 11 : Répartition des médecins interrogés selon l'âge de fin de réalisation de l'ECS

Chez les jeunes médecins (< 30 ans), aucun n'a répondu ne pas fixer d'âge de fin pour la réalisation de l'examen des seins alors qu'ils étaient 24 (57%) chez les 30-44 ans, 47 (68%) chez les 45-59 ans et 8 (42%) chez les 60 ans et plus.

3.3.1.3 Fréquence de réalisation et durée de l'examen par sein

Parmi les médecins interrogés pratiquant l'ECS, 83 (62%) ont déclaré le réaliser une fois par an. 27 (20%) ont répondu que cela dépendait de l'âge de la patiente, 13 (10%) disaient le réaliser tous les 2 ans, 3 (2%) tous les 3 ans et 1 (1%) tous les 6 mois (Figure 12).

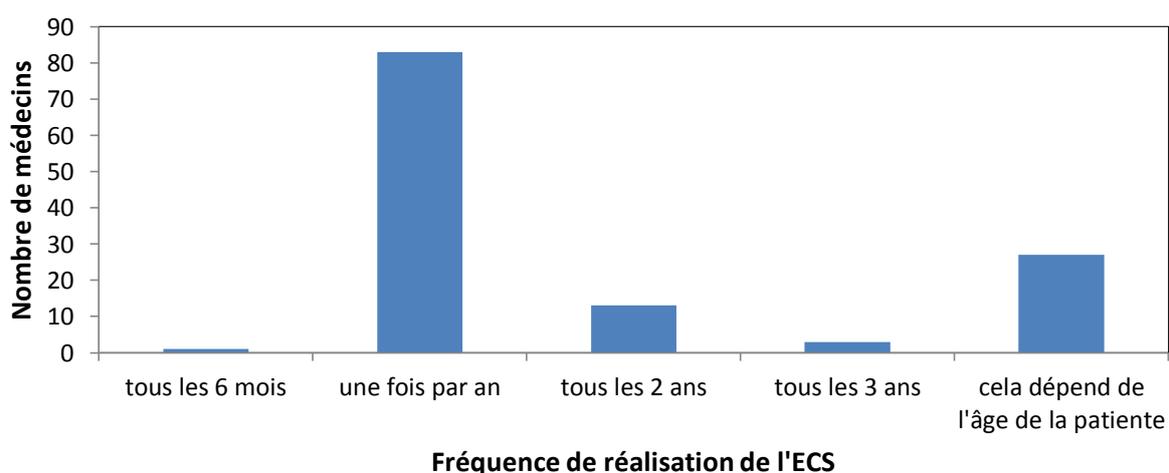


Figure 12 : Répartition des médecins selon la fréquence de réalisation de l'ECS

L'examen clinique des seins était réalisé une fois par an par 74% des médecins de sexe féminin contre 50% des hommes. Cette différence était significative ($p = 0,032$)

Par ailleurs, pour cette question, cinq modalités de fréquence étaient proposées en laissant la possibilité aux médecins d'en ajouter en texte libre si elles ne correspondaient pas à leur pratique. Il en a été décrit cinq autres par sept médecins : trois ont répondu faire l'ECS à la demande de la patiente, un selon le suivi gynécologique, un en fonction des plaintes, des découvertes de l'auto-examen ou des mammographies, un à chaque consultations si espacées et un selon le motif de consultation.

Les répondants estimaient pour 56 (42%) d'entre eux passer 1 minute pour examiner chaque sein. Ils étaient 29 (21%) à déclarer y passer 2 minutes, 21 (16%) à déclarer y passer 3 minutes, 20 (15%) disaient y consacrer moins d'une minute et 8 (6%) plus de 3 minutes (Figure 13).

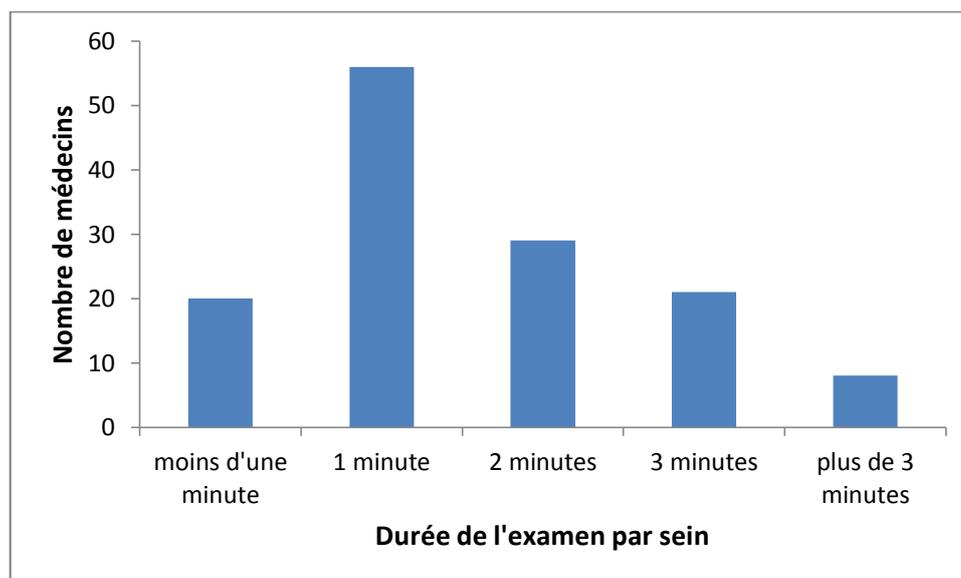


Figure 13 : Répartition des médecins selon la durée de l'examen par sein

3.3.1.4 Techniques de palpation des seins

Plusieurs réponses étaient possibles concernant cette question. Les différentes techniques de palpation des seins utilisées par les médecins interrogés sont présentées Figure 14. Certains médecins utilisaient une seule technique alors que d'autres en pratiquaient plusieurs. La

technique par quadrants était la plus pratiquée (71%). Il n'existait pas de différence significative en fonction des critères sociodémographiques ou de l'activité gynécologique.

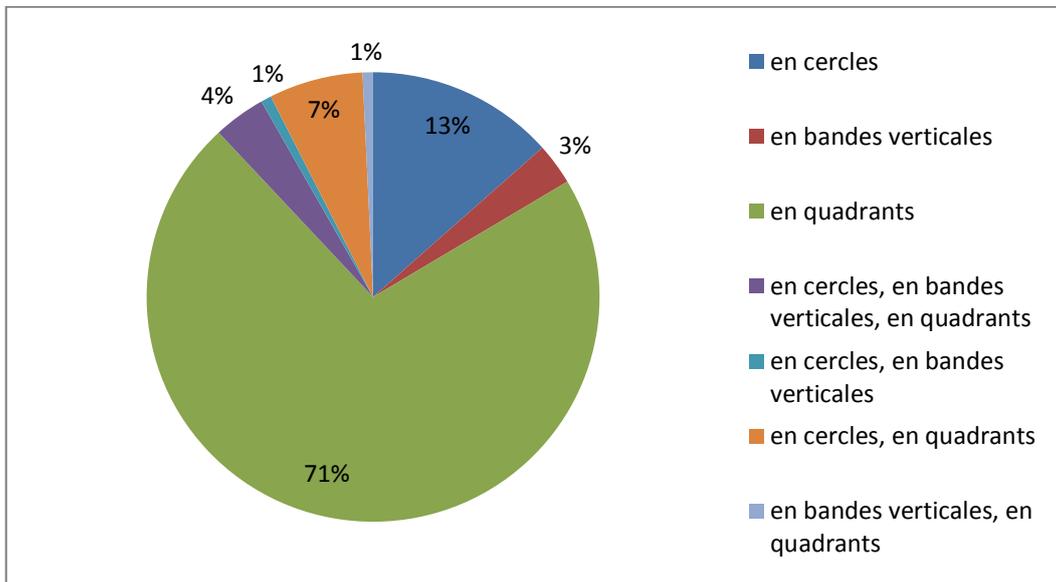


Figure 14 : Techniques de palpation des seins utilisées par les médecins interrogés

3.3.1.5 Parties de la main utilisées, position et mouvements réalisés

A peine la moitié des médecins utilisaient la pulpe des 3 doigts du milieu de la main (Figure 15). Il n'a pas été observé de différence significative selon l'activité gynécologique ou les critères sociodémographiques concernant les parties de la main utilisées.

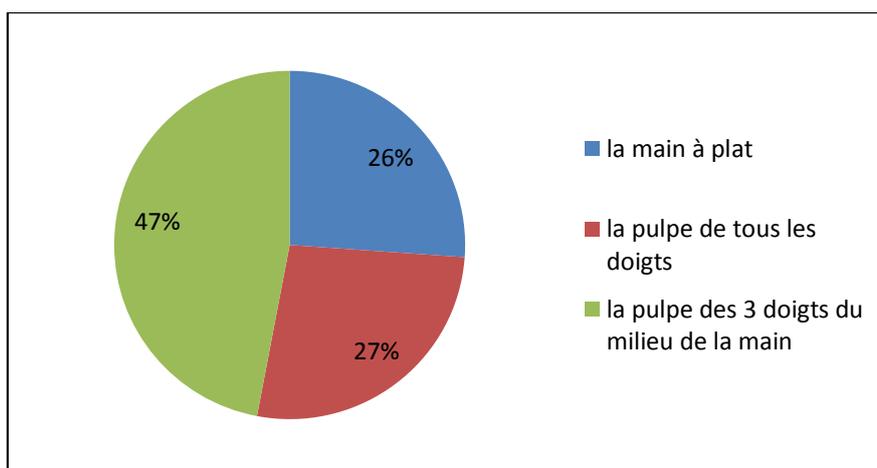


Figure 15 : Parties de la main utilisées par les médecins lors de la palpation des seins

L'évaluation de la position des mains sur les seins montrait que 66% des médecins interrogés mettaient les 2 mains en même temps sur un même sein, 33% utilisaient une main sur un sein puis sur l'autre sein et 1% examinaient les 2 seins en même temps avec une main sur chaque sein.

Il existait une différence significative entre hommes et femmes concernant la position des mains lors de l'examen clinique des seins : 77% des femmes utilisaient les 2 mains en même temps sur un sein contre 54% des hommes, 46% des hommes plaçaient une main sur un sein puis sur l'autre sein contre 21% des femmes ($p = 0,0044$) (Tableau 5).

Tableau 5 : Position des mains lors de l'ECS selon le genre des médecins

	Hommes		Femmes		p
	n	%	n	%	
Position des mains					0,0044
Les deux mains sur un sein	37	54	51	77	
Une main sur un sein	31	46	14	21	
Une main sur chaque sein	0	0	1	2	

La Figure 16 décrit les mouvements des mains réalisés lors de l'ECS par les médecins interrogés. La plupart, 104 (78%), déclaraient faire de petits cercles, 22 (16%) déclaraient faire des mouvements de bas en haut et 8 (6%) des mouvements de droite à gauche. Il n'a pas été retrouvé de différence significative concernant la question sur les mouvements des mains selon les critères sociodémographiques ou l'activité gynécologique des médecins

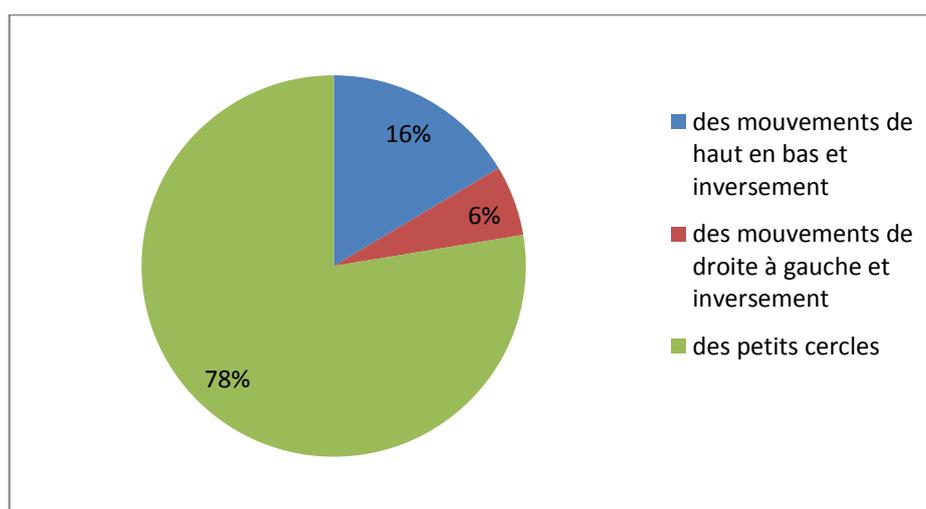


Figure 16 : Mouvements des mains réalisés par les médecins lors de l'ECS

3.3.1.6 Niveaux de profondeur des seins palpés et aires ganglionnaires palpées

Pour cette question, les médecins pouvaient cocher quel(s) niveaux de profondeur ils palpaient (question à choix multiples). 88 répondants (66%) ont déclaré palper les seins selon différents niveaux de profondeur. La majorité, 31 (35%) disaient palper les 3 niveaux de profondeur (Figure 17).

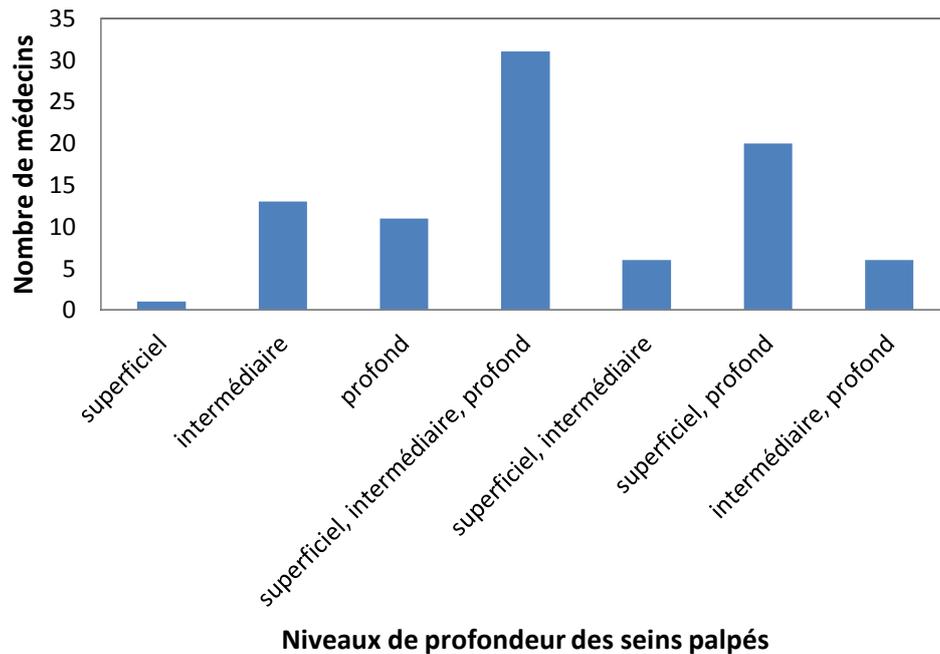


Figure 17 : Niveaux de profondeur des seins palpés par les médecins

Un médecin ayant répondu non à cette question avait déclaré palper les seins selon un niveau intermédiaire.

Sur 134 médecins, 132 disaient palper les aires ganglionnaires. Plusieurs réponses étaient possibles pour cette question. Trois groupes d'aires ganglionnaires étaient davantage palpés : aires sus-claviculaires et axillaires (35%), aires axillaires (33%) et aires cervicales, sus-claviculaires et axillaires (26%) (Figure 18).

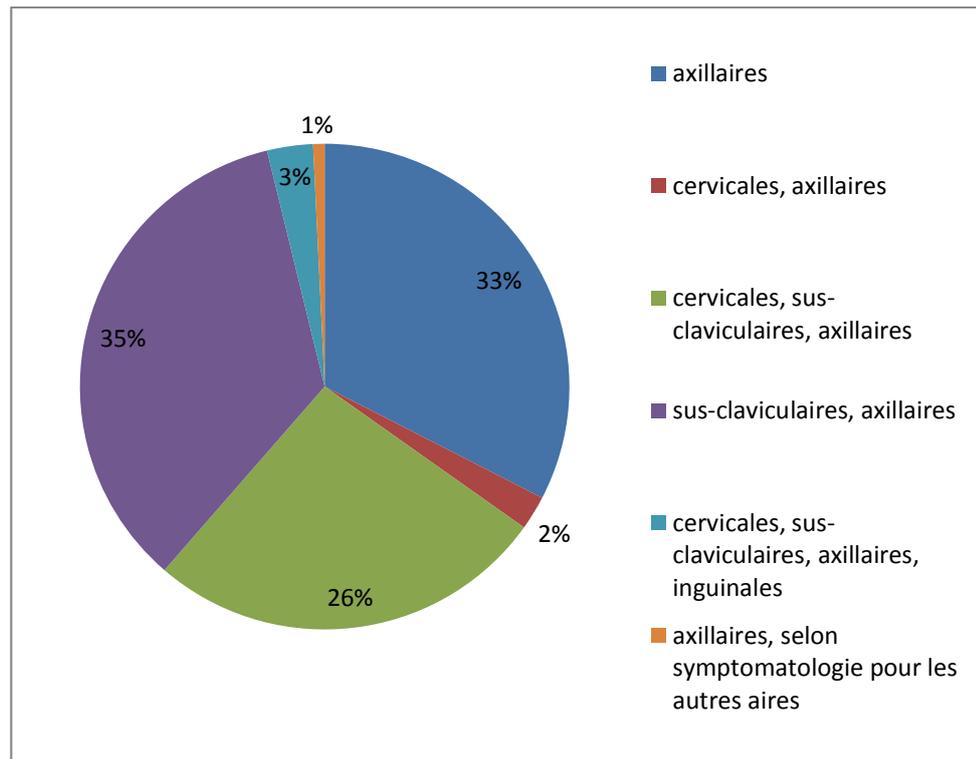


Figure 18 : Aires ganglionnaires palpées par les médecins lors de l'ECS

Tous les médecins qui pratiquaient la palpation des aires ganglionnaires ont répondu examiner les aires axillaires.

Chez les médecins ayant validé un DIU de GO, il existait une différence significative de pratique : les aires cervicales étaient palpées par 61% des médecins ayant validé un DIU de GO alors que seuls 26% les palpaient chez ceux n'en ayant pas ($p = 0,00099$).

Aucun des 4 médecins de 30 ans ou moins ne palpaient les aires sus-claviculaires alors que 47% des 60 ans et plus les palpaient, 66% des 30-44 ans et 68% des 45-59 ans les palpaient.

3.3.1.7 Inspection des seins

Parmi les médecins interrogés, 133 (99%) déclaraient inspecter les seins avant de les palper.

Il n'existait pas de différence significative selon les critères sociodémographiques ni selon l'activité gynécologique des médecins.

3.3.1.8 Connaissance des recommandations chez les femmes à risque élevé ou très élevé de cancer du sein et du score d'Eisinger

L'analyse de cette question a montré que 44% des médecins pratiquant l'examen clinique des seins ont répondu connaître les recommandations chez les femmes à risque élevé de cancer du sein. Les médecins pratiquant le plus de consultations gynécologiques avaient tendance à davantage déclarer connaître ces recommandation (80% des médecins pratiquant 20 consultations par semaine ou plus disaient les connaître contre 34% de ceux en pratiquant 5 ou moins). Les 30-44 ans étaient 21% à avoir répondu les connaître contre 50 à 55% pour les autres tranches d'âge.

Parmi les médecins déclarant connaître les recommandations chez les femmes à risque élevé et très élevé, seuls 12% disaient connaître le score d'Eisinger.

3.3.2 Freins à la pratique de l'ECS

3.3.2.1 Freins chez les médecins pratiquant l'ECS

Parmi les 134 médecins pratiquant l'examen clinique des seins, 96 (72%) ont estimé ne pas ressentir de freins à cette pratique (Figure 19).

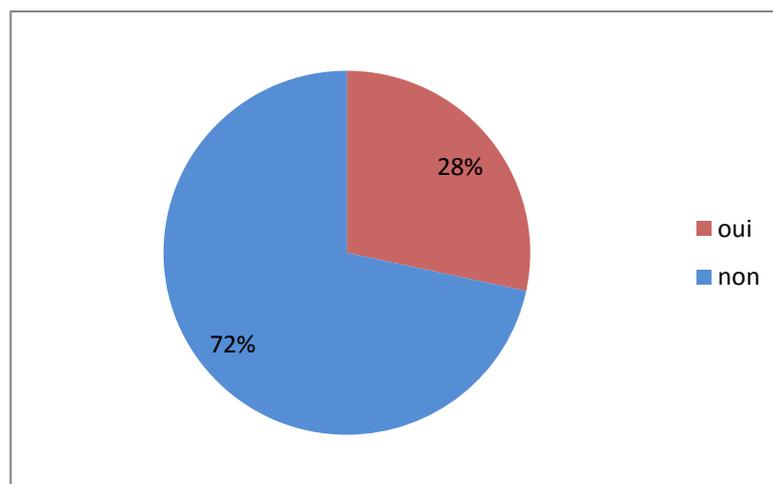


Figure 19 : Proportion de médecins ressentant des freins à la pratique de l'ECS parmi ceux le pratiquant

Il était demandé aux médecins qui ressentait des freins de sélectionner ceux qu'ils ressentait parmi 8. Plusieurs réponses étaient possibles pour cette question. Les résultats sont regroupés dans le Tableau 6 par fréquence de citation décroissante. Les freins les plus fréquemment cités étaient : la peur que la patiente soit gênée (>1/3), le sentiment d'incompétence et le refus de la part de la patiente (somme = 66%).

Tableau 6 : Freins à la pratique de l'ECS chez les médecins le pratiquant

	Nombre de citation	Pourcentage de citation
J'ai peur que la patiente soit gênée	24	36
J'ai un sentiment d'incompétence par rapport à ce geste	10	15
Refus de la part de la patiente	10	15
Je suis gêné(e) par la pratique de cet examen	7	10
Il devrait y avoir une consultation de prévention dédiée et rémunérée différemment de la CS	6	9
Cet examen n'a pas d'intérêt	5	7
J'ai peur d'une plainte de la part de la patiente	3	5
Cela prend trop de temps	2	3
Total	67	100

Il était possible de mettre en texte libre d'autres freins. Les médecins en ont cité 4 supplémentaires : « ne pas s'imposer en tant qu'homme »; « le manque de résultat dans la pratique de l'ECS »; « le peu d'intérêt de l'ECS dans la détection de tumeurs »; « le frein vient de la patiente ». 2 médecins avaient répondu ne pas ressentir de frein à cette pratique mais ont tout de même cité des freins.

Il a été retrouvé une différence significative entre hommes et femmes : 41% des médecins de sexe masculin interrogés disaient ressentir des freins à la pratique de l'ECS contre 15% des femmes ($p = 0,001$).

Les médecins pratiquant peu d'actes gynécologiques (< 5 consultations par semaine) disaient ressentir des freins pour 49% d'entre eux alors que ceux en pratiquant 20 ou plus n'en décrivaient pas.

Chez les médecins installés seuls, 47% disaient ressentir des freins à cet examen contre 25% chez ceux installés en cabinet de groupe, différence statistiquement significative ($p = 0,0472$). Seuls 4% des médecins ayant validé un DIU de GO disaient ressentir des freins à cette pratique contre 34% chez ceux n'en ayant pas validé. Cette différence était également significative ($p = 0,00239$).

3.3.2.2 Freins chez les médecins ne pratiquant pas l'ECS

Parmi les 141 médecins interrogés, 7 disaient ne pas pratiquer l'examen clinique des seins soit 5%. Les raisons qu'ils ont mentionnées étaient : pour trois d'entre eux que cet examen n'avait pas d'intérêt. Pour deux, il s'agissait à la fois de la peur que la patiente soit gênée et d'un refus de la part de la patiente. Un médecin mentionnait 3 raisons : « il devrait y avoir une consultation de prévention dédiée et rémunérée différemment de la CS, peur que la patiente soit gênée, l'ECS prend trop de temps ». Un autre citait 2 raisons : « je suis gêné(e) par la pratique de cet examen, j'ai peur que la patiente soit gênée ».

3.3.3 Formation reçue à l'ECS

232 réponses cumulées concernaient les 7 items proposés et figurent dans le Tableau 7 ci-dessous. Cette question était à choix multiples et il était possible de rajouter du texte libre.

Tableau 7 : Type de formation à l'ECS (items proposés) reçue par les médecins interrogés

	Nombre de citation	Pourcentage
Cours théoriques universitaires	66	28,5
Stage clinique d'internat hospitalier	48	21
Formation médicale continue	40	17
Stage clinique d'externat hospitalier	35	15
Livres	22	9,5
Stage clinique d'internat ambulatoire	16	7
Stage clinique d'externat ambulatoire	5	2
Total	232	100

Il ressort de l'analyse des réponses à cette question quatre principaux moyens de formation : les cours théoriques universitaires sont le premier mode de formation cité par les médecins de

l'étude, viennent ensuite les stages d'internat hospitaliers, puis la formation médicale continue et les stages cliniques d'externat hospitaliers.

Les items suivants ont été cités par 6 médecins : stage DIU de gynéco (cité 3 fois), suivi gynécologique personnel (cité 2 fois), seule (cité 1 fois).

3.3.4 Sentiment de performance dans l'ECS

La majorité des médecins interrogés, 105 (74%), ont répondu se sentir performant dans la pratique de l'examen clinique des seins (Figure 20). Il n'a pas été retrouvé de différence significative selon les critères sociodémographiques ou l'activité gynécologique des médecins.

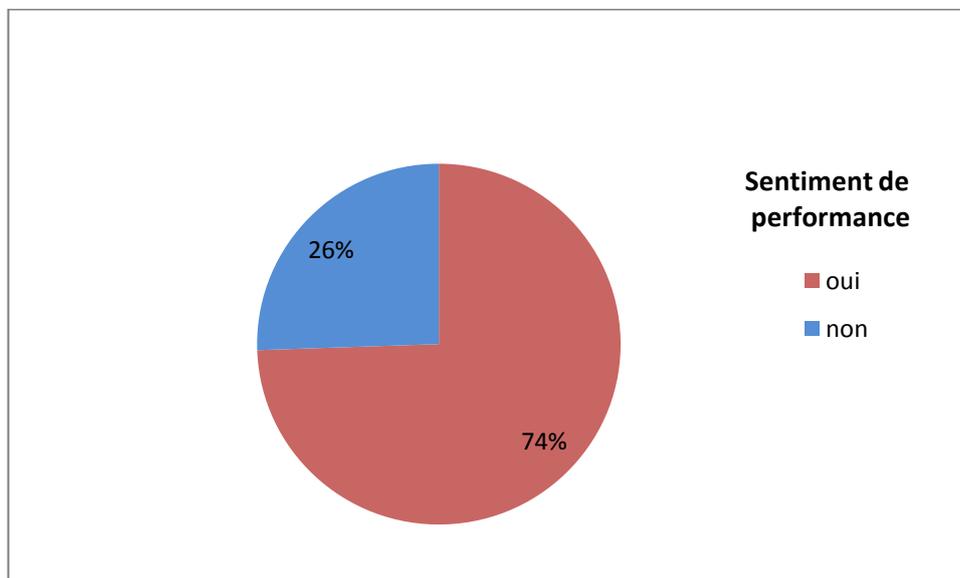


Figure 20 : Proportion de médecins se sentant performants dans la pratique de l'ECS

Parmi les 36 médecins (26%) ayant répondu ne pas se sentir performants dans l'ECS, 24 ont justifié leur réponse. Nous avons classé leurs justifications par thème et par fréquence de citation : manque de pratique (cité 10 fois); crainte de méconnaître une lésion (cité 7 fois); manque de formation (cité 2 fois); meilleurs résultats avec l'autopalpation (cité 2 fois); méconnaissance de la recommandation (1 fois); seins volumineux (1 fois); performance jamais acquise (1 fois).

3.3.5 Désir de formation à l'ECS et type de formation souhaitée

69 médecins interrogés (49%) souhaitaient se former à l'ECS (Figure 21).

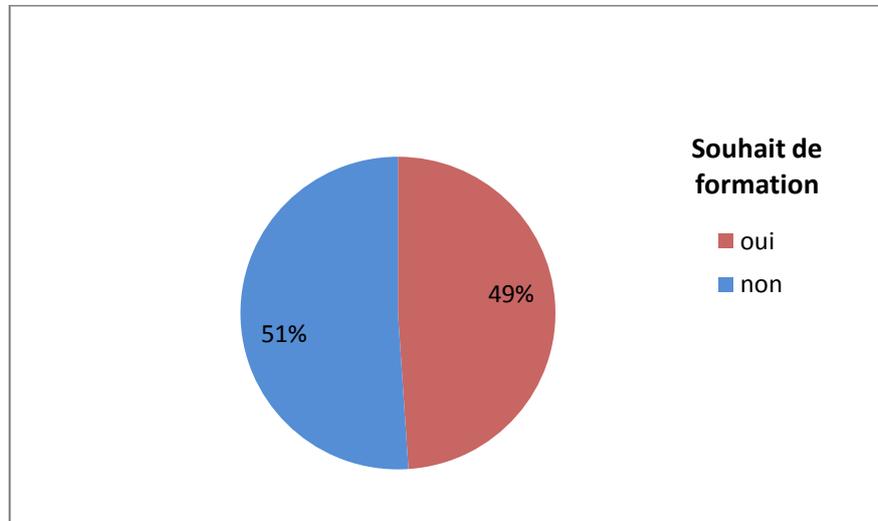


Figure 21 : Proportion de médecins souhaitant se former à l'ECS

Parmi les médecins qui se sentaient performants dans leur examen, 35% souhaitaient tout de même s'y former. Il n'a pas été retrouvé de différence significative selon les critères sociodémographiques ou l'activité gynécologique des médecins.

Chez ceux ne se sentant pas performants, 88% exprimaient un désir de formation.

Concernant le type de formation, il était proposé les 2 items « apprentissage sur des mannequins siliconés » et « cours théoriques » (choix multiples possibles) mais les médecins pouvaient également ajouter en texte libre le type de formation qu'ils désiraient. Ils ont majoritairement répondu souhaiter se former sur mannequins seuls (cité 54 fois soit 79%). 11 (16%) ont cité les cours théoriques et les mannequins, 2 ont proposé des consultations auprès d'un gynécologue (dont un accompagné de cours sur mannequins) et 1 a suggéré un accompagnement avec des experts (Figure 22).

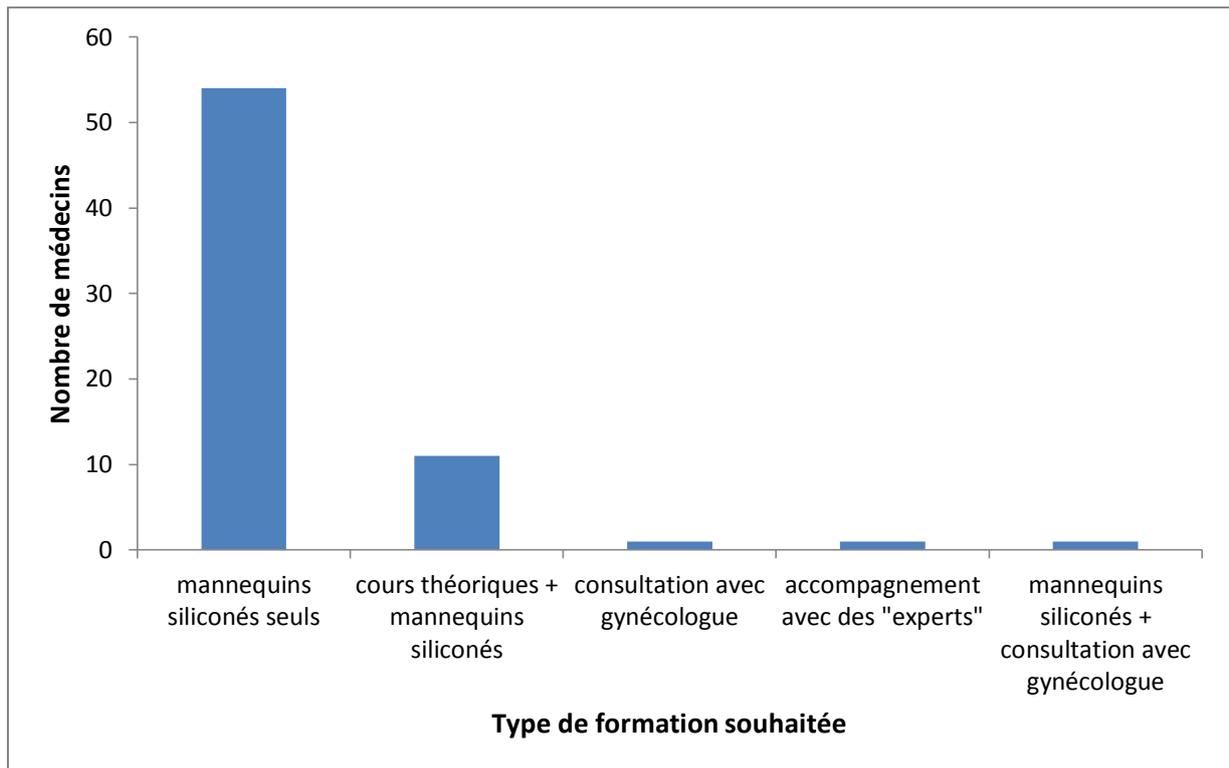


Figure 22 : Répartition des médecins selon le type de formation souhaitée à l'ECS

3.3.6 Autopalpation

La majorité des médecins interrogés, 126 (89%), ont répondu qu'ils conseillaient l'autopalpation à leurs patientes. La plupart l'expliquait (40%) ou l'expliquait et la montrait (44%), très peu la montrait uniquement (16%) (Figure 23).

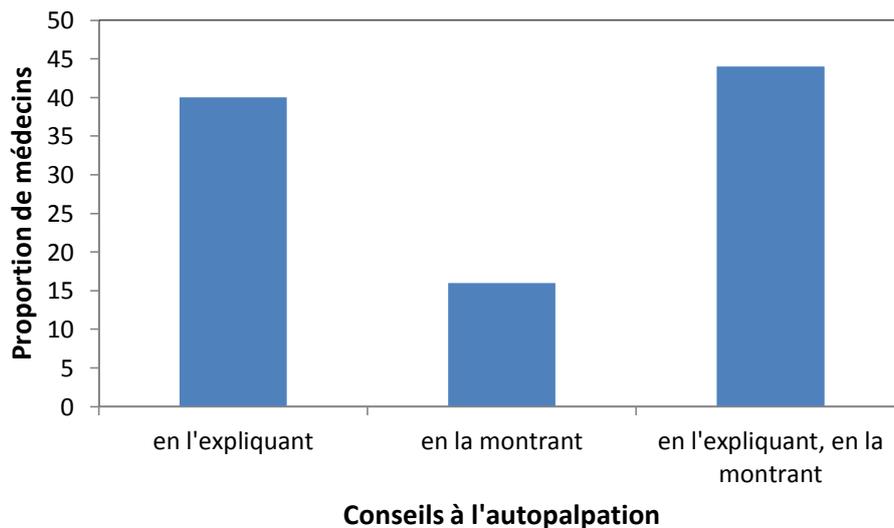


Figure 23 : Types de conseils donnés par les médecins pour l'autopalpation

Il n'y avait pas de différence significative en ce qui concerne le conseil à l'autopalpation et le type de conseils donnés selon les critères sociodémographiques ou l'activité gynécologique des médecins interrogés.

3.3.6.1 Raisons avancées contre le conseil à l'autopalpation

L'analyse de cette question montrait que 15 médecins ne conseillaient pas l'autopalpation. Parmi eux, 13 ont justifié leur choix. Leurs réponses ont été regroupées par thèmes du plus fréquemment évoqué au moins évoqué.

-Anxiogène :

6 médecins ont répondu que l'autopalpation des seins était une pratique anxiogène pour les femmes :

« Car ne savent pas ce qu'elles palpent et le geste est souvent décrit anxiogène par la patiente » (femme, 45-59ans).

-Pas de preuve scientifique de son intérêt :

6 médecins considéraient que l'intérêt de l'autopalpation des seins dans le dépistage du cancer du sein n'était pas prouvé au regard de la littérature scientifique et pouvait entraîner des examens inutiles :

« Il me semble qu'il n'est pas démontré un bénéfice en terme de mortalité ou de précocité du diagnostic malgré les recommandations de la HAS » (homme, 45-59 ans).

« Plus de faux positifs et de biopsie inutiles » (homme, 45-59 ans).

Un médecin a déclaré qu'il ne pensait pas à recommander cette pratique.

3.3.6.2 Raisons avancées pour le conseil à l'autopalpation

67 médecins sur 126 ont expliqué les raisons pour lesquelles ils conseillaient l'autopalpation à leurs patientes. Nous les avons classées par thèmes du plus fréquemment abordé au moins abordé.

-Familiariser la femme avec son corps pour une meilleure détection d'anomalies :

Ce thème a été évoqué 15 fois :

« Plus les seins sont surveillés plus on a de chance de découvrir quelque chose à temps, les patientes sont plus à même de découvrir quelque chose d'inhabituel quand elles connaissent leurs seins » (femme, 30-44 ans).

« Les patientes connaissent leur corps donc sont plus à même de juger d'une anomalie » (homme, 30-44 ans).

« Elles se connaissent bien et si elles me disent qu'elles ont palpé quelque chose et que je ne sens rien, elle aura quand même une mammo » (femme, 30-44 ans).

« La patiente est la mieux placée pour noter une anomalie, ayant la mémoire à court moyen terme de ses repères » (homme, 45-59 ans).

-Cela fait partie du dépistage, de la prévention :

Selon 14 médecins, l'autopalpation était considérée comme un outil de dépistage :

« Prévention la plus facile et précoce » (homme, 45-49 ans).

« Amélioration du dépistage » (homme, 30-44 ans).

« Bon examen de dépistage selon moi » (homme, 30-44ans).

-Précocité de découverte des lésions :

13 médecins considéraient que l'autopalpation permettait de diagnostiquer plus rapidement des tumeurs ou à un stade plus précoce :

« Pour détecter plus vite des lésions » (femme, 45-59 ans).

« Tumeur à croissance rapide pouvant échapper à la palpation annuelle » (femme, 30-44ans).

« Perception précoce des changements de structure du sein » (homme, 45-59 ans).

« Afin de réagir vite en cas de palpation d'une anomalie » (femme, 30-44 ans).

-Tumeurs fréquemment trouvées par les patientes :

Ce thème a été cité 11 fois :

« L'expérience me montre que ce sont les patientes qui découvrent leur cancer » (femme 30-44 ans).

« Il arrive assez régulièrement que ce soient les femmes qui découvrent une anomalie » (femme, 30-44 ans).

« Découverte de plusieurs cancers chez des patientes jeunes avec autopalpation dans l'intervalle des consultations gynéco » (femmes, 30-44 ans).

-Augmenter la fréquence de suivi :

4 médecins ont évoqué cette idée :

« Je ne suis pas sûr de voir chaque femme tous les ans » (homme \geq 60 ans).

« 2 contrôles valent mieux qu'un » (femme, 45-59 ans).

« Augmenter les cas dépistés » (homme, 45-59 ans).

-Autonomisation, éducation thérapeutique :

Ce thème a été mentionné 4 fois :

« Cela autonomise les patientes » (femme, 45-59 ans).

« Surveillance intérimaire et implication de la patiente » (homme, 30-44 ans).

« Patiente actrice de sa prévention » (femme, 30-44 ans).

-Parfois :

4 médecins recommandaient parfois la pratique de l'autopalpation :

« Parfois, la preuve d'un intérêt en terme de mortalité n'est pas démontré » (femme, 30-44 ans).

« Parfois, chez les femmes à risque ou paraissant motivées » (homme, \geq 60 ans).

« Je les laisse décider de pratiquer ou pas l'autopalpation » (femme, 45-59 ans).

-Faire la surveillance au moment le plus adapté :

Un médecin citait cette raison :

« Surveillance au bon moment du cycle » (femme, 30-44 ans).

4 Discussion

4.1 Limites de l'étude

4.1.1 Biais de sélection

Les médecins auxquels le questionnaire a été adressé n'ont pas été choisis par tirage au sort ce qui constitue un biais de sélection. Ils ont été sollicités par courriel *via* deux listes de diffusion. Ce choix a été fait afin d'atteindre le plus grand nombre possible de médecins. La première liste de diffusion contenait toutes les adresses mail des médecins maîtres de stage du Poitou-Charentes. La deuxième concernait des médecins non MSU installés dans la Vienne. Sur les 362 mails envoyés, 217 sont restés sans réponse. Il est possible que certains n'aient pas pris le temps d'ouvrir ce mail ou qu'il soit passé inaperçu devant la multitude de messages qu'ils peuvent recevoir ou bien par lassitude envers ce type de sollicitations. Certains n'y ont peut-être pas répondu par manque d'intérêt pour le sujet de l'étude.

Concernant les médecins maîtres de stage, ces derniers sont sans doute plus sensibilisés que les médecins non maîtres de stage à la formation continue et à répondre à des questionnaires de thèse. Ils sont peut-être aussi plus intéressés aux questions de prévention, ont sans doute le souci de transmettre à leurs étudiants une pratique actualisée et respectueuse des recommandations. Nous avons cependant préféré nous adresser à cette population devant l'absence totale de réponse lors d'un premier envoi du questionnaire par l'URPS sans doute lié au fait qu'il fallait plusieurs étapes pour se rendre sur la page où figurait le lien du questionnaire et qu'il n'y avait pas que ce questionnaire de disponible. Il n'a pas été possible d'obtenir les adresses mail de l'ensemble des médecins généralistes du Poitou-Charentes. Afin de comparer les pratiques de MSU *versus* non MSU, il a été décidé de solliciter des médecins non maîtres de stage grâce à la seconde liste de diffusion. Parmi les répondants, quatre ne sont pas MSU et sont installés dans d'autres départements que la Vienne. Il est probable que d'autres médecins MSU ou faisant partie de l'autre liste de diffusion leur aient diffusé notre questionnaire, à moins qu'il s'agisse de réponses tardives au mail de l'URPS, nous ne pouvons le savoir.

Afin que l'échantillon de cette étude soit représentatif de la population étudiée et comparable aux données de la littérature, il a été exclu 4 personnes qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion : 3 étaient des remplaçants et un avait une activité salariée. Cela se justifie

d'autant plus que le critère de jugement étudié ici, l'examen clinique des seins, peut être refusé plus facilement par la patiente auprès d'un médecin remplaçant qu'elle ne connaît pas et à l'inverse le médecin remplaçant aura peut-être plus de difficultés à proposer cet examen à une femme qu'il ne va recevoir qu'une fois.

4.1.2 Biais d'information

Les données recueillies dans l'étude étant déclaratives et non pas observées, il peut exister une différence entre ce qui est dit et ce qui est fait dans la réalité par les médecins. Les médecins se savent observés et peuvent ainsi modifier leurs comportements ou leurs réponses de ce simple fait, c'est l'effet Hawthorne (53). D'autre part, certaines questions comportaient une part de subjectivité car elles faisaient appel au ressenti des médecins.

4.1.3 Le questionnaire

La question 14 concernant les connaissances des recommandations chez les femmes à risque élevé de cancer du sein était mal posée : elle manquait de précision puisque chez les femmes aux antécédents de cancer du sein, il est recommandé de palper les seins au départ tous les 6 mois pendant 2 ans puis tous les ans alors que nous ne l'avons pas précisé. Cela rendait donc son analyse peu pertinente. Nous aurions pu formuler différemment la question sans vouloir évaluer leur connaissance mais plutôt dans le but de savoir si les médecins connaissaient un document auquel se référer pour estimer le niveau de risque de leurs patientes.

Une question abordant la posture de la patiente (décubitus ou assise) et la position du bras lors de l'examen aurait pu être ajoutée.

4.2 Rappel des principaux résultats et comparaison à la littérature

4.2.1 Echantillon étudié et activité gynécologique

La moyenne d'âge des médecins interrogés est inférieure de cinq ans à celle des médecins du Poitou-Charentes en 2015 (27). Parmi les médecins de l'étude se trouvent 52% d'hommes et 48% de femmes alors qu'en Poitou-Charentes exercent 64% d'hommes et 36% de femmes. La proportion de femmes dans l'échantillon est nettement supérieure à celle du Poitou-Charentes. Effectivement, 46% des femmes ayant reçu le questionnaire y ont répondu contre 34% des

hommes. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le sujet traité intéresse peut-être d'avantage les femmes que les hommes et les médecins plus jeunes.

Le nombre moyen d'actes gynécologiques par semaine par médecin dans notre étude est de 6,5. Il existe une différence selon le genre : 5,3 actes par semaine pour les médecins de sexe masculin contre 9 pour ceux de sexe féminin. L'enquête postale réalisée en Bretagne en 2002 par Levasseur *et al.* retrouvait elle 10,6 actes pour les hommes contre 12,2 pour les femmes sans différence significative (50). Nous n'avons pas retrouvé de différence au niveau de l'activité gynécologique selon le mode d'installation des médecins (installés en groupe ou non) contrairement à l'étude citée ci-dessus. La majorité des médecins ayant répondu à notre étude pratique moins de 10 actes gynécologiques par semaine (82%) et 40% en font moins de 5. Nos chiffres se rapprochent de ceux trouvés dans la thèse de Mauran en 2006 où environ 59% des médecins disaient réaliser 1 à 5 actes gynécologiques par semaine (43).

4.2.2 L'examen clinique des seins et ses modalités de pratique

Concernant l'objectif principal, 95% des médecins interrogés déclarent pratiquer l'examen clinique des seins. Ce chiffre est comparable ou supérieur à celui retrouvé dans d'autres travaux auprès de médecins généralistes (thèse de Dias en 2010 en Ile de France : 94% (41), thèse de Humeau-Aubin en 2004 en Loire-Atlantique: 100% (54), enquête de Levasseur *et al* en 2002 en Bretagne : 90% (50), thèse de Costes et Louzeau-Arnal dans le Midi-Pyrénées en 2006 (44): 57,3%, thèse de Leduc en 2013 dans la Marne : 73% (42), étude en Picardie en 2004 : 75% (28), thèse de Lauchet en 2010 dans la Haute Vienne: 78%(51)).

Les trois principaux motifs de réalisation de l'examen clinique des seins mis en avant dans notre étude sont à la demande de la patiente, lors d'un frottis cervico-vaginal et lors d'un renouvellement de contraception. La majorité des médecins possédant une formation supplémentaire en gynécologie (DIU) disent examiner les seins de leurs patientes au moment de la réalisation d'un frottis. Il est également notable que les médecins de sexe féminin déclarent pratiquer davantage l'ECS à l'occasion d'un renouvellement de contraception que ceux de sexe masculin. Elles y sont peut-être plus sensibilisées en tant que femmes.

Les médecins interrogés ont répondu majoritairement débiter l'examen des seins à partir de l'âge de 20 ans alors que les recommandations actuelles préconisent de le commencer à 25 ans (2,9) (ce qui n'apparaît qu'en troisième position dans la pratique des médecins de notre étude). Par contre, conformément aux recommandations, la majorité (59%) disent ne pas fixer

de limite d'âge pour le stopper et le pratiquer une fois par an (62%). Nos résultats diffèrent de ceux de l'étude réalisée en Picardie en 2004 dans laquelle parmi les 480 répondants, 49% disent le débuter entre 40 et 50 ans (11% dans notre étude), 23% disent ne pas fixer de limite d'âge et 10% déclarent le pratiquer une fois par an.

Il est intéressant de constater que la majorité des médecins qui nous ont répondu déclarent ne pas fixer de limite d'âge pour examiner les seins de leurs patientes. En effet environ 20% des cancers du sein surviennent au-delà de 74 ans ce qui amène à penser que l'examen clinique garde alors toute son importance puisqu'il reste le seul outil de dépistage à partir de cet âge en l'absence d'antécédent. De plus, si le taux de mortalité par cancer du sein a baissé depuis 2005, cela n'a pas été le cas chez les femmes de plus de 85 ans pour lesquelles il a au contraire augmenté passant de 201,7 à 217,6 décès pour 100 000 entre les périodes 1983-87 et 2003-07 (55).

La plupart des médecins interrogés estiment prendre 1 minute par sein lors de leur examen. D'après la littérature, il n'est pas recommandé de durée de palpation car elle dépend de plusieurs facteurs (volume des seins, antécédents, expérience de l'examineur) mais une palpation bien conduite par bandes verticales prendrait 3 à 5 minutes par sein (30).

La technique de palpation par quadrants est la plus utilisée d'après les réponses analysées. Bien que la technique par bandes verticales semble être celle permettant de palper le plus de tissu mammaire (23,30), seuls 3% des répondants disent l'utiliser seule et 6% en association avec les autres techniques. Les raisons pour lesquelles la technique par bandes verticales est si peu utilisée n'ont pas été explorées dans ce travail. Des études futures pourraient permettre d'évaluer si cette méthode de palpation est connue des médecins généralistes.

La majorité des participants déclarent utiliser la pulpe des 3 doigts du milieu de la main lors de l'ECS, méthode décrite dans la littérature et les recommandations (2,10,23). De même, ils disent en majorité positionner leurs 2 mains en même temps sur un sein. Il existe une différence significative selon le genre puisque les femmes ont répondu en plus grand nombre que les hommes positionner leurs mains de cette manière. Les médecins de 60 ans et plus disent eux positionner une main sur un sein puis une main sur l'autre sein. Nous n'avons pas trouvé de précision dans la littérature concernant la position des mains. La plupart des médecins déclarent faire de petits cercles avec leurs mains, palper selon trois niveaux de profondeur et palper les aires ganglionnaires (sus-claviculaires et axillaires en première position), modalités correspondant à celles des recommandations (2,23). Les médecins interrogés disent inspecter les seins de leurs patientes pour 99% d'entre eux. L'inspection des

seins, bien que recommandée par la HAS, n'a pourtant pas fait sa preuve en terme de performance dans la détection de tumeur : peu d'étude l'évaluant ont été réalisées, une inspection rigoureuse est chronophage alors qu'une rétraction s'accompagne le plus souvent d'une masse qui sera détectée à la palpation. De plus, quand les seins sont volumineux, seule la moitié du sein est visualisée (17,33,56).

La majorité des médecins pratiquant l'ECS déclarent ne pas connaître les recommandations concernant les femmes à risque élevé de cancer du sein. Parmi les médecins disant connaître ces recommandations, seuls 12% déclarent connaître le score d'Eisinger évaluant l'indication d'une consultation d'oncogénétique. Pourtant le rythme de l'ECS diffère selon les antécédents des patientes et lorsque ce score est inférieur à 3, seul l'ECS reste un moyen de dépistage individuel étant donné que la mammographie n'est recommandée qu'à partir de 50 ans chez ces femmes (8,9). Il semble donc nécessaire de renforcer les connaissances des médecins généralistes dans ce domaine.

4.2.3 Freins à la pratique de l'examen clinique des seins

Environ 30% des médecins interrogés pratiquant l'examen clinique des seins déclarent ressentir des freins à sa pratique. Le premier qu'ils citent est la peur que la patiente soit gênée, vient ensuite le sentiment d'incompétence et le refus de la patiente. Les freins sont davantage exprimés par les médecins de sexe masculin, par les médecins ayant une faible activité gynécologique, ceux installés seuls et ceux ne possédant de DIU de gynécologie obstétrique (différence significative pour chacun). Nous n'avons retrouvé dans la littérature que des freins concernant la pratique d'actes gynécologiques en général mais certains sont les mêmes : être un homme (37% des répondants au questionnaire de thèse Mauran en 2006 (43)), manque de compétence, réticence des patientes, gêne de la part du médecin ou de la patiente (respectivement 39,1%, 59,8% et 29% dans la thèse de Champeaux en 2013). Etaient décrits comme freins dans d'autres thèses la présence d'un gynécologue à proximité, le manque de temps, le manque d'intérêt personnel, le manque de demande, le manque de formation gynécologique, le manque d'équipement, les poursuites judiciaires (51,52)).

4.2.4 Performance et désir de formation à l'examen clinique des seins

Si la majorité (74%) des médecins interrogés a le sentiment d'être performant dans la pratique de l'examen clinique des seins (résultat proche de celui de la thèse de 2006 de Costes et

Louzeaux-Arnal :72,3% (44)), 49% expriment le souhait de s'y former et ce quels que soient leurs critères sociodémographiques ou leur niveau d'activité gynécologique.

Il est remarquable de constater que parmi ceux déclarant se sentir performant, plus d'un tiers expriment tout de même le désir de se former à cet examen. Dans l'étude réalisée en Bretagne en 2002, 40% des médecins interrogés pensaient ne pas savoir examiner correctement les seins de leurs patientes (50). De nombreuses études révèlent une insatisfaction des médecins concernant leur formation en gynécologie-obstétrique : selon les études, entre 42,5 et 80% des médecins généralistes interrogés disaient être insatisfaits de leur formation en 2^e et 3^e cycle (43–45,52). Certains déclaraient ressentir un manque de performance dans leur pratique comme c'était le cas pour 43% des répondants à l'enquête de Levasseur *et al* en 2002 (50).

La plupart des médecins de notre étude ayant répondu désirer une formation à l'ECS souhaitent que cette dernière soit pratique et réalisée sur des mannequins. Cette méthode d'apprentissage a d'ailleurs été évaluée par différents essais et l'entraînement sur modèles de seins siliconés ou sur patientes a montré une meilleure sensibilité de détection de tumeurs par rapport à l'absence d'entraînement (29,30). Un essai réalisé en 2003 sur des poitrines siliconées dynamiques (différentes sélections de tailles, profondeurs, duretés, fixation ou mobilité de 15 masses possibles) a montré une amélioration de la détection des tumeurs après entraînement sur ces modèles (40).

4.2.5 L'autopalpation

Dans notre étude, 89% des médecins déclarent conseiller l'autopalpation. Ils estiment que cette pratique fait partie du dépistage et que les femmes trouvent fréquemment voire plus souvent une tumeur que le médecin. Les travaux de Ganry et Boche en 2004 et de Leduc en 2013 retrouvent des chiffres un peu inférieurs concernant la pratique de l'autopalpation : respectivement 77% et 61%.

Deux essais cliniques randomisés et contrôlés de grande ampleur datant de 1999 et de 2002 ont respectivement été réalisés en Russie et en Chine dans le but de mesurer les effets de l'auto-examen des seins sur le pronostic du cancer du sein. Dans ces deux populations il n'y avait pas de programme de dépistage concomitant. Il n'a pas été retrouvé de différence entre les 2 groupes concernant la mortalité ou le stade tumoral, par contre le taux de résultats bénins à la biopsie était plus élevé dans le groupe pratiquant l'autopalpation que dans le groupe témoin. Il a également été retrouvé des degrés d'anxiété voire de dépression plus importants (19,57–59). Son rapport bénéfice-risque apparait donc non favorable. Cependant, il a été

montré que la pratique de l'auto-examen des seins favorise la participation au dépistage organisé et pourrait renforcer l'attention que les femmes peuvent porter sur leur santé mammaire (60).

4.3 Perspectives

Devant la diminution du nombre de gynécologues médicaux et les difficultés pour les médecins généralistes à y pallier, un transfert de compétence a débuté depuis 2009 avec loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) auprès des sages-femmes qui peuvent prescrire et mettre en place les différentes contraceptions existantes et réaliser le suivi gynécologique de prévention des femmes (FCV et examen clinique des seins) (24). Lors de leur cursus, les sages-femmes reçoivent une formation pratique à l'examen des seins sur des mannequins ce qui n'est pas le cas en médecine alors que cela semble améliorer la sensibilité de l'ECS. Une formation sur modèles siliconés pendant l'externat ou l'internat pourrait être mise en place afin d'améliorer les performances de tous les médecins à l'examen clinique des seins et donc d'assurer un meilleur dépistage et suivi des femmes quel que soit leur âge. Etant donné que le score d'Eisinger est peu connu des médecins de notre étude, il pourrait être intéressant d'ajouter à la formation pratique proposée une phase d'interrogatoire explorant le niveau de risque de la patiente.

La pratique de l'ECS chez la femme âgée semble plus performante que chez la femme jeune : avec l'âge survient une involution graisseuse rendant les seins moins denses et leur examen est donc plus aisé. Il existe également moins de pathologies bénignes et donc moins de faux positifs (10). Le travail d'Ecomard (61) en 2013 montre qu'il existe un nombre important de cancers du sein diagnostiqués à des stades tardifs après 74 ans rendant compliquée leur prise en charge. La poursuite du dépistage organisé au-delà de cet âge ne peut pas être recommandée étant donné le manque de données actuelles. Ecomard a également mis en évidence dans sa thèse (2013) le manque d'informations fournies à ces femmes à la sortie du DO sur la persistance du risque de cancer du sein et la possibilité de le dépister par un ECS régulier. Il propose de sensibiliser femmes et médecins à ce risque et de promouvoir l'ECS. Il serait intéressant d'évaluer si ces moyens ont bien été mis en places, en particulier le courrier d'information envoyé aux femmes à la sortie du DO et quel est leur impact.

5 Conclusion

Le cancer du sein est un problème de santé publique actuel important puisqu'il touche une femme sur huit et bien que sa mortalité globale connaisse une diminution depuis 2005, ce n'est pas le cas pour les femmes âgées de 85 ans et plus. Une concertation citoyenne a d'ailleurs été proposée par la Ministre de la Santé sur le dépistage du cancer du sein afin d'établir un plan d'actions national qui sera rendu public à l'automne 2016.

L'examen clinique des seins est utile quel que soit l'âge des patientes dans le cadre du dépistage des cancers du sein ou de leur suivi, que ce soit dans le cadre du dépistage organisé ou en dehors. Les médecins généralistes du Poitou-Charentes ayant participé à notre étude déclarent en majorité le pratiquer mais selon des modalités qui ne sont pas le reflet de celles apportant les meilleures performances. Cet examen n'est pas standardisé de manière officielle alors qu'une méthode de palpation semble permettre l'examen de davantage de tissu mammaire, la technique en bandes verticales. D'après nos résultats, elle semble être très peu utilisée. Il serait intéressant d'en explorer les raisons. Les médecins ne connaissent-ils pas cette méthode ou ne la trouvent-ils pas évidente à pratiquer ?

L'ECS est réalisé selon divers motifs de consultation qui diffèrent en fonction du genre du médecin ou de sa possession d'une formation complémentaire en gynécologie. Une consultation de prévention annuelle, incluant l'évaluation du risque propre à chaque femme grâce au score d'Eisinger, pourrait permettre d'étendre sa pratique quels que soient le motif de la consultation et les caractéristiques du médecin. Cependant, près de 30% des médecins interrogés pratiquant l'ECS disent ressentir un ou plusieurs freins à sa réalisation notamment la crainte que la patiente soit gênée et le sentiment d'incompétence par rapport à sa pratique. Ils souhaitent se former à cette pratique même chez un tiers de ceux qui se sentent performants. Des campagnes d'information à destination des femmes de tous âges et des médecins rappelant l'âge de début de l'ECS et sa poursuite à la sortie du DO pourraient renforcer le dépistage. Des ateliers pratiques d'entraînement à un examen standardisé sur modèles siliconés de seins lors de l'externat ou de l'internat permettraient peut-être une meilleure formation des médecins.

6 Bibliographie

1. Centre International de Recherche sur le Cancer, Organisation Mondiale de la Santé. Dernières statistiques mondiales sur le cancer en augmentation à 14,1 millions de nouveaux cas en 2012 : l'augmentation marquée du cancer du sein demande des réponses [Internet]. 2013 [cité 22 juin 2015]. Disponible sur: https://www.iarc.fr/fr/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_F.pdf
2. Haute Autorité de Santé. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé. Dépistage et prévention du cancer du sein [Internet]. 2015 [cité 8 juin 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2024558/fr/actualisation-du-referentiel-de-pratiques-de-l-examen-periodique-de-sante-eps-depistage-et-prevention-du-cancer-du-du-sein
3. Institut National du Cancer. Les cancers en France en 2014. L'essentiel des faits et chiffres [Internet]. 2015 [cité 8 juin 2015]. Disponible sur: www.e-cancer.fr > Catalogue des publications
4. Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff AS, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 – Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra). Institut de Veille Sanitaire ; 2013. 122 p.
5. Leone N, Voirin N, Roche L, Binder-Foucard F, Woronoff A, Delafosse P. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015. Rapport technique [Internet]. Saint-Maurice (Fra); 2015 [cité 30 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr>
6. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Institut National du Cancer. Plan cancer 2014-2019. Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France. Paris; 2014 p. 152.
7. Eisinger F, Lefranc J. Identification et prise en charge des prédispositions héréditaires aux cancers du sein et de l'ovaire. John Libbey Eurotext ; 2005. 188 p.
8. Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage. 2011.
9. Institut National du Cancer. Cancer du sein : quelles modalités de dépistage, pour quelles femmes? 2015.
10. Barton MB, Harris R, Fletcher SW. Does This Patient Have Breast Cancer? The Screening Clinical Breast Examination: Should It Be Done? How? *Jama*. 1999;282(13):1270–1280.
11. Fletcher SW. Following up abnormal breast cancer screening results : lessons for primary care clinicians. *JABFP*. 2000;13(2):153-4.
12. Freund K. Rationale and Technique of Clinical Breast Examination [Internet]. *Medscape*. 2000 [cité 10 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.medscape.com/viewarticle/408932>
13. Bancej C, Decker K, Chiarelli A, Harrison M, Turner D, Brisson J. Contribution of clinical breast examination to mammography screening in the early detection of breast cancer. *J Med Screen*. 2003;10(1):16-21.
14. Delaloye J, Meuwly J, Ducros C. Le dépistage du cancer du sein. *Forum Méd Suisse*. 2012;12(10):218-20.
15. Siles P, Colavolpe A, Bouscarle D, Juhan V. Masse palpable dans le sein : quelle stratégie ? *Imag Femme*. 2013;23(3):156-64.

16. Foster RS, Worden JK, Costanza MC, Solomon LJ. Clinical breast examination and breast self-examination. Past and present effect on breast cancer survival. *Cancer*. 1992;69(S7):1992-8.
17. Freund KM. Rationale and technique of clinical breast examination. *Medscape Womens Health*. nov 2000;5(6):E2.
18. Saslow D, Hannan J, Osuch J, Alciati MH, Baines C, Barton M, et al. Clinical breast examination: practical recommendations for optimizing performance and reporting. *CA Cancer J Clin*. 2004;54(6):327-344.
19. Prescrire Rédaction. Dépister les cancers du sein sans mammographie? Mieux évaluer la place de l'examen clinique et de l'échographie. *Rev Prescrire*. 2006;26(271):286-9.
20. Prescrire Rédaction. Mammographie et dépistage des cancers du sein. *Rev Prescrire*. 2006;26(272):348.1-348.37.
21. Elmore JG, Armstrong K, Lehman CD, Fletcher SW. Screening for breast cancer. *JAMA*. 2005;293(10):1245-56.
22. Martires KJ, Kurlander DE, Minwell GJ, Dahms EB, Bordeaux JS. Patterns of cancer screening in primary care from 2005 to 2010. *Cancer*. 2014;120(2):253-61.
23. Saslow D, Hannan J, Osuch J, Alciati MH, Baines C, Barton M, et al. Clinical Breast Examination: Practical Recommendations for Optimizing Performance and Reporting. *CA Cancer J Clin*. 2004;54(6):327-44.
24. Collectif des Associations et des Syndicats de Sages-Femmes, Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. Paris; 2010 p. 34.
25. Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Compte rendu de l'audition des gynécologues médicaux du 2 février 2011. 2011.
26. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France : Situation au 1er janvier 2015 [Internet]. [cité 10 août 2015]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf
27. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Le Breton-Lerouvillois. La démographie médicale en Région Poitou-Charentes. Situation en 2015. 2015.
28. Ganry O, Boche T. Prévention des cancers par les médecins généralistes de Picardie : résultats d'une enquête de type déclarative. *Bull Cancer (Paris)*. 2004;91(10):785-91.
29. Steiner E, Austin DF, Prouser NC. Detection and Description of Small Breast Masses by Residents Trained Using a Standardized Clinical Breast Exam Curriculum. *J Gen Intern Med*. 2008;23(2):129-34.
30. Wendling P. Vertical strip breast exam improves detection. *Obgynnews* [Internet]. 15 nov 2005; Disponible sur: www.obgynnews.com
31. Saunders KJ, Pilgrim CA, Pennypacker HS. Increased Proficiency of Search in Breast Self Examination. 1986;(58):2531-7.

32. McDonald S, Saslow D, Alciati MH. Performance and Reporting of Clinical Breast Examination: A Review of the Literature. *CA Cancer J Clin.* 2004;54(6):345-61.
33. Mahoney L, Csima A. Efficiency of palpation in clinical detection of breast cancer. *Can Med Assoc J.* 1982;127(8):729-30.
34. Di Saia PJ, Creasman WT. *Clinical gynecologic oncology* [Internet]. 8^e éd. Elsevier Saunders ; 2012 [cité 4 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.us.elsevierhealth.com/clinical-gynecologic-oncology-9780323074193.html>
35. Darbre PD. Recorded quadrant incidence of female breast cancer in Great Britain suggests a disproportionate increase in the upper outer quadrant of the breast. *Anticancer research.* 2005;(25):2543-50.
36. Lee AHS. Why is carcinoma of the breast more frequent in the upper outer quadrant? A case series based on needle core biopsy diagnoses. *The Breast.* 2005;(14):151-2.
37. Pruthi S. Detection and evaluation of a palpable breast mass. *Mayo Clin Proc.* 2001;76:641-648.
38. Coutant C, Bremaud N, Barranger E. *Tumeur du sein.* 2008;58:422.
39. California Department of Public Health. Breast cancer diagnostic algorithms for primary care providers [Internet]. 2011 [cité 6 mars 2015]. Disponible sur: <http://qap.sdsu.edu>
40. Gerling GJ, Weissman AM, Thomas GW, Dove EL. Effectiveness of a dynamic breast examination training model to improve clinical breast examination (CBE) skills. *Cancer Detect Prev.* 2003;27(6):451-6.
41. Dias S. *Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes de l'île-de-France.* [Thèse]. Université de Paris Diderot-Paris 7; 2010. 139 p.
42. Leduc S. *Dépistage du cancer du sein de la femme entre 40 et 49 ans : pratiques et opinions des Médecins Généralistes de la Marne.* [Thèse]. Université de Reims; 2013.
43. Mauran N. *Place du médecin généraliste en gynécologie-obstétrique.* [Thèse]. Université de Bordeaux; 2006.
44. Costes M, Louzeau Arnal G. *Analyse des pratiques et des attentes en gynécologie obstétrique des médecins généralistes de Midi-Pyrénées.* [Thèse]. Université de Toulouse; 2006.
45. Nicolle C. *Les besoins de formation des médecins généralistes en gynécologie obstétrique.* [Thèse]. Université de Toulouse; 2004.
46. Auney S. *Activité gynécologique des médecins généralistes.* [Thèse]. Université de Toulouse; 2001.
47. Meissner HI, Klabunde CN, Han PK, Benard VB, Breen N. Breast cancer screening beliefs, recommendations and practices: primary care physicians in the United States. *Cancer.* 2011;117(14):3101-11.
48. Wiecha J, Gann P. Provider confidence in breast examination. *Fam Pract Res J.* 1993;13(1):37-41.

49. Chalabian MD J, Dunnington MD G. Do Our Current Assessments Assure Competency in Clinical Breast Evaluation Skills? 1 2. *Am J Surg.* 1998;175(6):497-502.
50. Levasseur G, Bagot C, Homnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. 2005;17(I):109-19.
51. Lauchet N. Pratique de la gynécologie médicale des médecins généralistes libéraux de la Haute-Vienne: obstacles et besoins de formations identifiés. [Thèse]. Limoges, France: Université de Limoges; 2010.
52. Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale: point de vue de médecins généralistes et de patientes. [Thèse]. Poitiers: Université de Poitiers; 2013. 116 p.
53. Frappé P. Initiation à la recherche. Neuilly sur Seine. GMSanté, CNGE ; 2011.
54. Humeau-Aubin S. Etat des lieux et perspectives à partir d'une enquête menée auprès de 40 médecins généralistes, 10 résidents et 154 patientes. [Thèse]. Université de Nantes; 2004. 67 p.
55. Institut National du Cancer. Dynamique d'évolution des taux de mortalité des principaux cancers en France. Boulogne-Billancourt. Institut National du Cancer ; 2010.
56. Winchester DP. Physical examination of the breast. *Cancer.* 1992;69(S7):1947-9.
57. Allen TL, Van Groningen BJ, Barksdale DJ, McCarthy R. The Breast Self-Examination Controversy: What Providers and Patients Should Know. *J Nurse Pract.* 2010;6(6):444-51.
58. Baxter N. Les femmes devraient-elles procéder régulièrement à l'auto-examen des seins pour le dépistage du cancer du sein? *Médecin Qué.* 2001;36(11):117-27.
59. Kösters JP, Gøtzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. The Cochrane Collaboration, éditeur. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003.
60. Jelinski SE, Maxwell CJ, Onysko J, Bancej CM. The influence of breast self-examination on subsequent mammography participation. *Am J Public Health.* 2005;95(3):506.
61. Ecomard L. Modalités diagnostiques du cancer du sein chez la femme, à partir de 75 ans, en Gironde : rôle du médecin généraliste. [Thèse]. Université de Bordeaux 2; 2013. 117 p.

7 Annexes

Annexe 1 : Cancer du sein : quelles modalités de dépistage, pour quelles femmes ?



DÉPISTAGE
DES CANCERS
PARLONS-EN

CANCER DU SEIN QUELLES MODALITÉS DE DÉPISTAGE, POUR QUELLES FEMMES?

Chaque année, près de 49000 cas de cancer du sein sont détectés et 11 900 femmes décèdent des suites de cette maladie. Pourtant, détecté à un stade précoce, ce cancer de bon pronostic peut être guéri dans 9 cas sur 10.
Ce document vous indique les modalités de dépistage recommandées selon l'âge et le niveau de risque de vos patientes.

LES FACTEURS DE RISQUE EN SYNTHÈSE

1. L'ÂGE : le premier facteur de risque de développer un cancer du sein.
À partir de 50 ans. Le cancer du sein survient majoritairement chez les femmes ne présentant pas de facteur de risque particulier autre que leur âge.

2. LES ANTÉCÉDENTS PERSONNELS : un risque élevé de développer un cancer du sein.

- Cancer du sein ou carcinome canalaire *in situ*
- Hyperplasie atypique canalaire ou lobulaire
- Irradiation thoracique à haute dose (maladie de Hodgkin)

3. LES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX : un risque potentiellement très élevé de développer un cancer du sein.

- Cancer du sein chez la femme
- Cancer de l'ovaire
- Cancer du sein chez l'homme

Les modalités de dépistage et de suivi pour l'ensemble des facteurs de risque sont présentées en pages intérieures.

Pour toutes les femmes, un examen clinique mammaire annuel est recommandé dès 25 ans.



LIBERTÉ • ÉGALITÉ • FRATERNITÉ
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES



L'Assurance
Maladie



INSTITUT
NATIONAL
DU CANCER

L'ÂGE : le premier facteur de risque de développer un cancer du sein

Le cancer du sein survient majoritairement chez les femmes de plus de 50 ans ne présentant pas de facteur de risque particulier. Pour ces femmes, un programme de dépistage organisé est proposé jusqu'à 74 ans. Il répond à des exigences de qualité strictes. En effet, en complément du contrôle régulier tous les 6 mois des appareils mammographiques, il inclut :

- une seconde lecture systématique de tous les clichés jugés normaux par un radiologue indépendant;
- une formation spécifique des radiologues qui participent à ce programme;
- une évaluation régulière du programme permettant d'y apporter les évolutions nécessaires.

LE DÉPISTAGE ORGANISÉ EN PRATIQUE	
Étape 1	Votre patiente reçoit tous les 2 ans, de la structure de gestion en charge du dépistage des cancers, un courrier l'invitant à réaliser une mammographie. Si votre patiente n'a plus son invitation, vous pouvez prescrire une mammographie en précisant « mammographie de dépistage ».
Étape 2	Votre patiente prend rendez-vous auprès d'un radiologue agréé (liste jointe avec l'invitation). Au centre de radiologie, elle bénéficie d'un examen clinique et d'une mammographie de dépistage (2 incidences par sein) pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie sans avance de frais.
Étape 3	<ul style="list-style-type: none">• Si aucune anomalie n'est suspectée :<ul style="list-style-type: none">– les clichés de mammographie sont adressés à la structure de gestion en charge du dépistage des cancers du département et font l'objet d'une seconde lecture;– sans aucune anomalie détectée à la première et à la seconde lecture, votre patiente est réinvitée 2 ans plus tard pour réaliser un nouveau dépistage.• Si une anomalie est suspectée :<ul style="list-style-type: none">– à l'issue de la première ou de la seconde lecture des clichés de mammographie, votre patiente est invitée à réaliser des examens complémentaires (échographie, biopsie...). Ils sont pris en charge aux conditions habituelles de remboursement.
Étape 4	Votre patiente et vous-même recevrez un compte rendu vous informant des résultats des différents examens.

Le dépistage organisé est également recommandé pour les femmes de 50 à 74 ans :

- présentant une densité mammaire radiologique après la ménopause supérieure à 75% (type 4 de la classification BI-RADS de la densité mammaire);
- suivant un traitement hormonal substitutif ou traitement hormonal de la ménopause.

LES ANTÉCÉDENTS PERSONNELS : un risque élevé de développer un cancer du sein

Des modalités spécifiques de dépistage sont recommandées par la Haute Autorité de Santé pour les femmes présentant un risque élevé de développer un cancer du sein lié à leurs antécédents personnels.

LES MODALITÉS DE SUIVI		
ATCD de : cancer du sein ou carcinome canalaire <i>in situ</i>	ATCD de : hyperplasie atypique canalaire ou lobulaire	ATCD de : irradiation thoracique à haute dose (maladie de Hodgkin)
<p>Un examen clinique tous les 6 mois pendant les 2 ans suivant la fin du traitement, puis, tous les ans.</p> <p>Et une mammographie annuelle unilatérale ou bilatérale, suivie ou non d'une échographie.</p>	<p>Une mammographie annuelle pendant 10 ans, suivie ou non d'une échographie.</p> <p>À la fin des 10 ans :</p> <ul style="list-style-type: none"> la patiente a plus de 50 ans : elle est dirigée vers le dépistage organisé ; la patiente a moins de 50 ans : mammographie avec ou sans échographie tous les 2 ans jusqu'à 50 ans. 	<p>Un examen clinique et une IRM tous les ans, à partir de 8 ans après la fin de l'irradiation.</p> <p>Et une mammographie annuelle (incidence oblique) et une éventuelle échographie en complément recommandées.</p> <p>(Au plus tôt à 20 ans pour l'examen clinique et 30 ans pour l'IRM).</p>

LES ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE CANCER DU SEIN : un risque potentiellement très élevé de développer un cancer du sein

Il existe un score familial d'analyse de l'arbre généalogique pour valider l'indication de la consultation d'oncogénétique et envisager une recherche de mutations : le score d'Eisinger. Ce score permet également de graduer le risque de prédisposition génétique de cancer du sein en l'absence de mutation familiale identifiée.

CALCUL DU SCORE D'EISINGER ET CONDUITE À TENIR

Pour calculer le score d'Eisinger, les cotations doivent être additionnées pour chaque cas de la même branche parentale.

Mutation BRCA1/2 identifiée dans la famille	5	RÉSULTATS 3 ou + : consultation d'oncogénétique Inférieur à 3 : dépistage organisé
Cancer du sein chez une femme avant 30 ans	4	
Cancer du sein chez une femme entre 30 et 39 ans	3	
Cancer du sein chez une femme entre 40 et 49 ans	2	
Cancer du sein chez une femme entre 50 et 70 ans	1	
Cancer du sein chez un homme	4	
Cancer de l'ovaire avant 70 ans	4	

Score d'Eisinger < 3	La patiente est dirigée vers le dépistage organisé si elle a plus de 50 ans. Avant cet âge, un examen clinique annuel est recommandé dès 25 ans.
Score d'Eisinger ≥ 3	<p>L'oncogénéticien⁽¹⁾ évalue le niveau de risque de la patiente en fonction de son arbre généalogique et de son âge. Selon les résultats de cette première étape, le médecin peut envisager des recherches génétiques. À l'issue de la consultation et/ou de la recherche de mutations, le risque peut être élevé ou très élevé.</p> <p>Plusieurs cas de figure se présentent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mutation BRCA1 ou BRCA2 avérée : la patiente présente un risque très élevé ; • absence d'identification d'une mutation BRCA1 ou BRCA2 dans la famille ou en cas de recherche non réalisée : l'oncogénéticien évalue le niveau de risque personnel de cancer du sein de la femme au vu de son arbre généalogique et de son âge. Le risque pourra être élevé ou très élevé ; • identification d'une mutation BRCA1 ou BRCA2 au sein de la famille mais non retrouvée chez la femme : la patiente est dirigée vers le dépistage organisé si elle a plus de 50 ans.

(1) Les coordonnées des consultations d'oncogénétique sont disponibles sur le site e-cancer.fr.

LES MODALITÉS DE SUIVI

Les modalités de suivi pour les femmes présentant un risque élevé ou très élevé de développer un cancer du sein sont présentées ci-dessous.

Risque élevé	Risque très élevé
<ul style="list-style-type: none"> • À partir de l'âge de 20 ans, un examen clinique annuel. • Avant l'âge de 50 ans (et au plus tôt à partir de 40 ans), une mammographie annuelle (en association éventuelle avec une échographie mammaire). <p>Les situations justifiant d'un suivi radiologique plus précoce (avec IRM mammaire éventuelle) sont discutées au cas par cas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • À partir de 50 ans, la patiente est orientée vers le dépistage organisé. <p>Il convient de commencer la surveillance radiologique 5 ans avant l'âge du diagnostic de cancer du sein chez l'apparentée la plus jeune (apparentée au premier degré ou nièce par un frère).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • À partir de l'âge de 20 ans, une surveillance clinique tous les 6 mois. • À partir de l'âge de 30 ans, un suivi annuel par imagerie mammaire (examen par IRM et mammographie ± échographie en cas de seins denses dans les 2 mois au maximum). <p>Les situations justifiant d'un suivi radiologique plus précoce sont discutées au cas par cas.</p> <p>Il est recommandé de proposer aux femmes atteintes de cancer du sein (ou de l'ovaire), à leurs apparentées au premier degré et à leurs nièces par un frère une surveillance mammaire identique à celle réalisée chez les femmes ayant une mutation des gènes BRCA1 ou BRCA2.</p>

QUE FAIRE AVANT 50 ANS ET APRÈS 74 ANS?

En l'absence de facteur de risque justifiant un dépistage spécifique, il est recommandé de ne pas proposer de dépistage mammographique, même dans les situations suivantes :

- un diabète de type 2 ;
- une prise de contraception orale ;
- des lésions mammaires sans atypie ;
- une ménopause tardive ;
- une première grossesse après 30 ans ;
- la nulliparité ;
- le port d'implants mammaires.

POUR
TOUTES LES FEMMES,
UN EXAMEN CLINIQUE
MAMMAIRE ANNUEL
EST RECOMMANDÉ
DÈS 25 ANS.

SYMPTÔMES À SURVEILLER

Quelles que soient les modalités de dépistage proposées, une mammographie de diagnostic doit être prescrite, entre 2 examens, devant certains symptômes évoquant un cancer du sein :

- une tuméfaction ;
- une rétraction cutanée ou mamelonnaire ;
- une inflammation ;
- un écoulement mamelonnaire ;
- un eczéma du mamelon ;
- une adénopathie axillaire.

CLASSIFICATION, PAR LE RADIOLOGUE, DES RÉSULTATS DE MAMMOGRAPHIES selon le degré de suspicion de leur caractère pathologique – BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System). Le tableau précise également la conduite à tenir.

Classification	Conduite à tenir
ACR 0	Des investigations supplémentaires sont nécessaires (incidences complémentaires, agrandissement de calcifications, échographie...). Il s'agit d'une classification provisoire utilisée dans l'attente des résultats complémentaires d'imagerie afin d'établir une classification définitive.
ACR 1	Mammographie normale.
ACR 2	Présence d'anomalies bénignes ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire.
ACR 3	Présence d'une anomalie probablement bénigne qui justifie une surveillance rigoureuse à court terme (dont un premier contrôle à 4 ou 6 mois généralement).
ACR 4	Présence d'une anomalie suspecte qui indique une vérification histologique (microbiopsie, macrobiopsie ou biopsie chirurgicale).
ACR 5	Présence d'une anomalie évocatrice d'un cancer, qui implique systématiquement une biopsie ou une exérèse chirurgicale.

Pour en savoir plus
 Afin de vous aider
 dans l'information, l'orientation
 et la prise en charge
 de vos patientes,
 l'Institut national du cancer
 met à votre disposition
 des documents sur

e-cancer.fr



DOCUMENTS POUR VOTRE PRATIQUE

- Le document *Bénéfices et limites du dépistage organisé du cancer du sein. Quels éléments en 2013?*
- Les coordonnées de la structure de gestion en charge du dépistage des cancers de votre département
- Les informations sur la prise en charge des cancers et les parcours de soins
- Un guide ALD *La prise en charge du cancer du sein*

Sur le site de la HAS, vous pouvez également consulter le document *Modalités spécifiques de dépistage pour les femmes à haut risque*

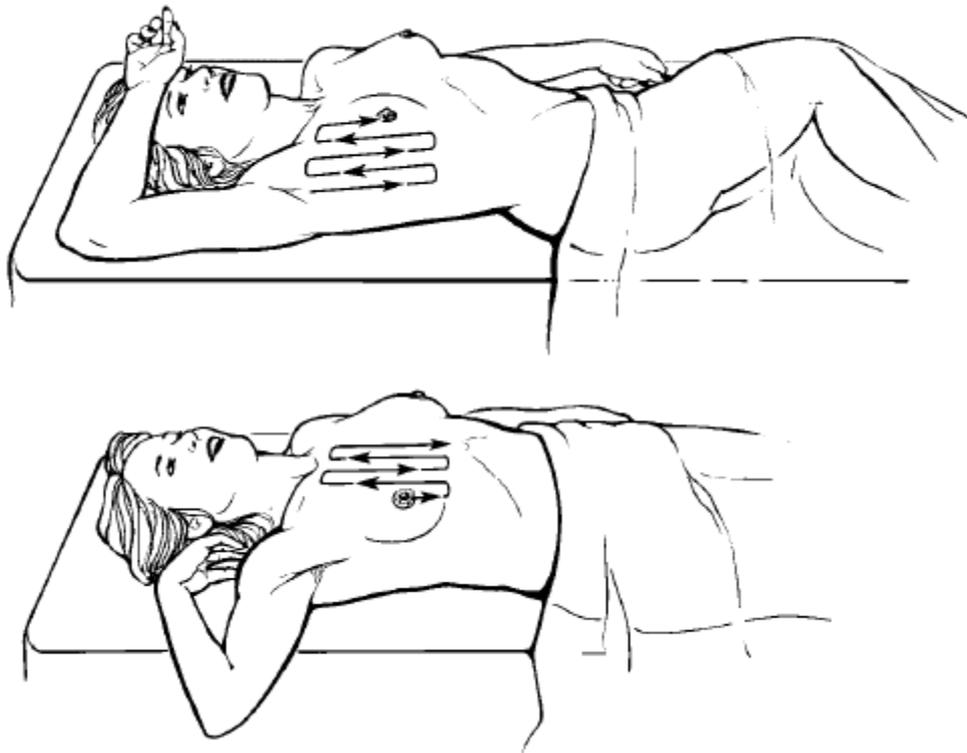


DOCUMENTS POUR VOS PATIENTES

- La brochure d'information complète également consultable en e-pdf
- L'espace d'information dédié avec des vidéos thématiques
- Le guide ALD patient
- Le guide Cancer info *Les traitements des cancers du sein*



Annexe 2 : Technique de palpation en bandes verticales



Source: Barton MB, Harris R, Fletcher SW. Does This Patient Have Breast Cancer? The Screening Clinical Breast Examination: Should It Be Done? How? Jama. 1999;282(13):1270-80

Annexe 3 : Mail explicatif et questionnaire

L'examen clinique des seins en médecine générale

Chères consœurs, chers confrères, dans le cadre de ma thèse en médecine générale, j'ai besoin d'informations concernant votre pratique de l'examen clinique des seins chez les femmes. En effet, cet examen peut permettre de dépister des cancers du sein ou bien des anomalies bénignes et également de surveiller les patientes ayant des antécédents.

Le but de ce travail est d'évaluer la pratique de l'examen clinique des seins en consultation de médecine générale.

Je vous remercie de répondre à ce court questionnaire d'une vingtaine de questions qui sera traité de manière anonyme et vous prendra moins de 5 minutes.

En vous remerciant de l'attention que vous y porterez.

Je vous tiendrai informé des résultats de ce travail si vous le souhaitez.

Caroline Fernandez

Faculté de Médecine de Poitiers

I/ L'examen clinique des seins

1) Pratiquez-vous l'examen clinique des seins chez vos patientes ?

oui

non

2) A quel moment le réalisez-vous? (plusieurs réponses possibles)

- lors d'une consultation dédiée
- à l'occasion d'un renouvellement de contraception
- à l'occasion d'un FCV

- à la demande de la patiente
- quel que soit le motif de la consultation s'il doit être fait
- Autre :

3) A partir de quel âge débutez-vous l'examen clinique des seins chez une femme sans antécédent personnel ou familial?

- 20 ans
- 25 ans
- entre 25 et 30 ans
- entre 30 - 40 ans
- entre 40 - 50 ans
- > 50 ans

4) Jusqu'à quel âge le pratiquez-vous?

- < 65 ans
- entre 65 - 74 ans
- entre 75 - 85 ans
- pas de limite d'âge

5) A quelle fréquence le faites-vous s'il n'existe pas d'antécédents?

- tous les 6 mois
- une fois par an
- tous les 2 ans
- tous les 3 ans
- cela dépend de l'âge de la patiente
- Autre :

6) Combien de temps consacrez-vous à cet examen (par sein) ?

- moins d'une minute
- 1 minute
- 2 minutes
- 3 minutes
- plus de 3 minutes

7) Quelle(s) technique(s) utilisez-vous?

- en cercles
- en bandes verticales
- en quadrants

8) Avec quelles parties de la main ou des doigts le réalisez-vous?

- la main à plat
- la pulpe de tous les doigts
- la pulpe des 3 doigts du milieu de la main

9) Comment ?

- les 2 mains en même temps sur un même sein
- une main sur un sein puis sur l'autre sein
- les 2 seins en même temps avec une main sur chaque sein

10) Quels types de mouvements faites-vous?

- des mouvements de haut en bas et inversement
- des mouvements de droite à gauche et inversement
- des petits cercles

11) Palpez-vous les seins selon différents niveaux de profondeur?

- oui
- non

Si oui, le/lesquel(s)?

- superficiel
- intermédiaire
- profond

12) Palpez-vous les aires ganglionnaires?

- oui
- non

Si oui, lesquelles?

- cervicales
- sus-claviculaires
- axillaires
- inguinales
- Autre :

13) Inspectez-vous les seins de la patiente avant de les palper?

- oui
- non

14) Connaissez-vous les recommandations concernant les femmes à risque élevé et très élevé de développer un cancer du sein?

- oui
- non

Si oui, cochez les bonnes réponses :

	examen clinique tous les 6 mois	examen clinique tous les ans	examen clinique tous les 3 ans
antécédent personnel de cancer du sein ou de carcinome canalaire in situ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
antécédent personnel d'hyperplasie atypique canalaire ou lobulaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
antécédent personnel d'irradiation thoracique à haute dose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
antécédents familiaux de cancer du sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Connaissez-vous le score d'Eisinger?

- oui
- non

II/ Ressentez-vous des freins à la pratique de l'examen clinique des seins?

- oui
- non

Si oui pourquoi ?

- j'ai un sentiment d'incompétence par rapport à ce geste
- il devrait y avoir une consultation de prévention dédiée et rémunérée différemment de la CS
- j'ai peur d'une plainte de la part de la patiente
- je suis gêné(e) par la pratique de cet examen
- j'ai peur que la patiente soit gênée
- refus de la part de la patiente
- cela prend trop de temps
- cet examen n'a pas d'intérêt
- Autre :

II/ Si vous ne pratiquez pas l'examen clinique des seins : Pour quelle(s) raison(s) ?

- j'ai un sentiment d'incompétence par rapport à ce geste
- il devrait y avoir une consultation de prévention dédiée et rémunérée différemment de la CS
- j'ai peur d'une plainte de la part de la patiente
- je suis gêné(e) par la pratique de cet examen
- j'ai peur que la patiente soit gênée
- refus de la part de la patiente
- cela prend trop de temps
- cet examen n'a pas d'intérêt
- Autre :

III/ Comment avez-vous été formé à la palpation mammaire? (plusieurs réponses possibles)

- cours théoriques universitaires

- livres
- stage clinique d'externat ambulatoire
- stage clinique d'externat hospitalier
- stage clinique d'internat hospitalier
- stage clinique d'internat ambulatoire
- formation médicale continue
- Autre :

IV/ Vous sentez-vous performant dans l'examen clinique des seins?

- oui
- non

Si non pourquoi?

V/ Souhaiteriez-vous être davantage formé à la pratique de la palpation mammaire?

- oui
- non

Si oui comment?

- cours théoriques
- apprentissage sur des mannequins siliconés
- Autre :

VI/ L'autopalpation

1) La conseillez-vous à vos patientes?

- oui

- non

Dans les 2 cas, pourquoi ?

2) Comment la conseillez-vous?

- en l'expliquant
- en la montrant

VII/ Votre pratique en gynécologie

1) Nombre de consultations de gynécologie que vous pratiquez par semaine :

- < 5
- 5 à 9
- 10 à 20
- >20

2) Avez-vous validé un diplôme interuniversitaire en gynécologie?

- oui
- non

VIII/ Données sociodémographiques

1) Vous êtes :

- un homme
- une femme

2) Votre tranche d'âge :

- ≤ 30 ans

- 30 à 44 ans
- 45 à 59 ans
- ≥ 60 ans

3) Votre lieu d'exercice :

- rural
- urbain
- semi-rural

4) Votre département d'exercice :

5) Etes-vous installé en cabinet de groupe?

- oui
- non
- Autre :

6) Etes-vous enseignant maître de stage?

- oui
- non

Souhaitez-vous être informé des résultats de ce travail?

- oui Si oui, laissez- moi votre adresse mail
- non

8 Résumé et mots-clés

FERNANDEZ Caroline

Study of the practice of clinical breast examination of women by general practitioners in Poitou-Charentes.

Objectives : Study the general practitioners' (GP) practice of clinical breast examination (CBE) in Poitou-Charentes, and the way they carry out this examination (age, occasion, frequency, technique). Identify potential hindrances and specific training needs.

Methods : A quantitative, transversal and descriptive study of the GP's practice based on a questionnaire sent between 03/11/2015 and 15/01/2016. Studied population : all general practitioners teaching trainee doctors in Poitou-Charentes and a general practitioners group from the département Vienne who were not teaching.

Results : The study included 141 physicians. 95% of them said they practised CBE. Three main reasons for carrying out the examination were found : at the simple request of the patient, on the occasion of a cervical smear and a contraception renewal. 27% of practitioners said they started examining patients from 20 years of age and 59% of them said they had no fixed age for stopping. 62% answered they examined the breast once a year and for 42%, the examination lasted 1 minute per breast. Radial palpation was the most common (71%), the majority used the finger pads of the three middle fingers making small circular movements and placing the two hands on one breast. The three levels of depth were examined by 66% of the respondents and 99% palpated the lymph nodes. Hindrances were mentioned by 28% of the physicians who carry out CBE and 49% expressed a wish for training in this practice. There were no significant differences in practice between teaching and non-teaching physicians.

Conclusion : CBE is widely practised but, considering the great need for specific training, the methods could be improved through an annual preventative consultation and training workshops using silicon breast models.

Keywords : Clinical breast examination, breast cancer, screening, general practitioners

Etude de la pratique de l'examen clinique des seins chez les femmes par les médecins généralistes en Poitou-Charentes.

Objectifs : Etudier la pratique et les modalités de l'examen clinique des seins (ECS) par les médecins généralistes du Poitou-Charentes (âge, circonstance, fréquence, technique). Mettre en évidence les freins et les besoins de formation de ces médecins.

Méthodes : Etude quantitative, transversale, descriptive de la pratique des médecins généralistes à partir d'un questionnaire envoyé entre le 03/11/2015 et le 15/01/2016. Population étudiée : l'ensemble des maîtres de stage universitaires (MSU) du Poitou-Charentes ainsi qu'un groupe de médecins généralistes de la Vienne non MSU.

Résultats : Ont été inclus 141 médecins. 95% déclaraient pratiquer l'ECS. Trois motifs de réalisation ressortaient : à la demande de la patiente, lors d'un frottis cervico-vaginal et lors d'un renouvellement de contraception. Pour 27% de ces médecins, l'âge de leurs patientes à leur premier examen était de 20 ans et 59% disaient ne pas fixer d'âge limite pour l'arrêter. 62% ont répondu examiner les seins une fois par an et la durée par sein était d'une minute chez 42%. La technique de palpation par quadrants était la plus utilisée (71%), la majorité utilisait la pulpe des 3 doigts du milieu de la main, réalisait de petits cercles et plaçait les 2 mains sur un sein. Les 3 niveaux de profondeur étaient palpés par 66% des répondants et 99% palpaient les aires ganglionnaires. Des freins étaient évoqués par 28% des médecins pratiquant l'ECS et 49% exprimaient un désir de formation à cette pratique. Il n'apparaissait pas de différence significative de pratique que le médecin soit enseignant ou non.

Conclusion : L'ECS était largement pratiqué mais devant un désir important de formation, ses modalités pourraient être améliorées, notamment par une consultation de prévention annuelle et par des ateliers de formation sur modèles de seins siliconés.

Discipline : Médecine Générale

Mots-Clés : Examen clinique des seins, cancer du sein, dépistage, médecins généralistes

U.F.R. : Faculté de médecine de Poitiers, 6 rue de la Milétrie 86073 POITIERS

Directrices de thèse : Dr Valérie Victor-Chaplet et Dr Caroline Tournoux-Facon



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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



Etude de la pratique de l'examen clinique des seins chez les femmes par les médecins généralistes en Poitou-Charentes.

Objectifs : Etudier la pratique et les modalités de l'examen clinique des seins (ECS) par les médecins généralistes du Poitou-Charentes (âge, circonstance, fréquence, technique). Mettre en évidence les freins et les besoins de formation de ces médecins.

Méthodes : Etude quantitative, transversale, descriptive de la pratique des médecins généralistes à partir d'un questionnaire envoyé entre le 03/11/2015 et le 15/01/2016. Population étudiée : l'ensemble des maîtres de stage universitaires (MSU) du Poitou-Charentes ainsi qu'un groupe de médecins généralistes de la Vienne non MSU.

Résultats : Ont été inclus 141 médecins. 95% déclaraient pratiquer l'ECS. Trois motifs de réalisation ressortaient : à la demande de la patiente, lors d'un frottis cervico-vaginal et lors d'un renouvellement de contraception. Pour 27% de ces médecins, l'âge de leurs patientes à leur premier examen était de 20 ans et 59% disaient ne pas fixer d'âge limite pour l'arrêter. 62% ont répondu examiner les seins une fois par an et la durée par sein était d'une minute chez 42%. La technique de palpation par quadrants était la plus utilisée (71%), la majorité utilisait la pulpe des 3 doigts du milieu de la main, réalisait de petits cercles et plaçait les 2 mains sur un sein. Les 3 niveaux de profondeur étaient palpés par 66% des répondants et 99% palpaient les aires ganglionnaires. Des freins étaient évoqués par 28% des médecins pratiquant l'ECS et 49% exprimaient un désir de formation à cette pratique. Il n'apparaissait pas de différence significative de pratique que le médecin soit enseignant ou non.

Conclusion : L'ECS était largement pratiqué mais devant un désir important de formation, ses modalités pourraient être améliorées, notamment par une consultation de prévention annuelle et par des ateliers de formation sur modèles de seins siliconés.

Discipline : Médecine Générale

Mots-Clés : Examen clinique des seins, cancer du sein, dépistage, médecins généralistes

U.F.R. : Faculté de médecine de Poitiers, 6 rue de la Milétrie 86073 POITIERS

Directrices de thèse : Dr Valérie Victor-Chaplet et Dr Caroline Tournoux-Facon