



**HAL**  
open science

# Quels sont les facteurs motivant ou limitant l'examen clinique des seins par les médecins généralistes bas-normands ?

Amandine Bourgoïn

## ► To cite this version:

Amandine Bourgoïn. Quels sont les facteurs motivant ou limitant l'examen clinique des seins par les médecins généralistes bas-normands ?. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02114183

**HAL Id: dumas-02114183**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02114183>**

Submitted on 29 Apr 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ de CAEN - NORMANDIE

-----

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2018

THÈSE POUR L'OBTENTION  
DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 5 décembre 2018

par

Madame Amandine BOURGOIN

Née le 31 août 1989 à CAEN (Calvados)

QUELS SONT LES FACTEURS MOTIVANT OU LIMITANT  
L'EXAMEN CLINIQUE DES SEINS PAR LES MEDECINS  
GENERALISTES BAS-NORMANDS ?

Président : Madame le Professeur THARIAT Juliette

Membres : Madame le Professeur JOLY Florence

Madame le Docteur ABBATE-LERAY Pascale

Madame le Docteur CENDRIER-SCHAEFFERT Eliane -

Directrice de thèse

Année Universitaire 2017 / 2018*Doyen**Professeur Emmanuel TOUZÉ**Assesseurs**Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)**Professeur Guy LAUNOY (recherche)**Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3<sup>ème</sup> cycle)**Directrice administrative**Madame Sarah CHEMTOB*PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M. AOUBA Achille	Médecine interne
M. AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M. AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M. ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M. BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M. BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M. BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M. BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M. BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M. BROUARD Jacques	Pédiatrie
M. BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme CLIN-GODARD Bénédicte	Médecine et santé au travail

M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO Manh Thông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
M.	DERLON Jean-Michel Éméritat jusqu'au 31/08/2018	Neurochirurgie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
M.	DUHAMEL Jean-François Éméritat jusqu'au 31/08/2018	Pédiatrie
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie
Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie - Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie et réanimation
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie et réanimation
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	QUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUS Jean-Luc	Anesthésiologie et réanimation
M.	HÉRON Jean-François Éméritat jusqu'au 31/08/2018	Cancérologie
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	HURAU de LIGNY Bruno Éméritat jusqu'au 31/01/2020	Néphrologie
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et

prévention

M. LE COUTOUR Xavier

Epidémiologie, économie de la santé et

prévention

Mme LE MAUFF Brigitte

Immunologie

M. LEPORRIER Michel *Éméritat jusqu'au 31/08/2020* Hématologie

M. LEROY François

Rééducation fonctionnelle

M. LOBBEDEZ Thierry

Néphrologie

M. MANRIQUE Alain

Biophysique et médecine nucléaire

M. MARCÉLLI Christian

Rhumatologie

M. MARTINAUD Olivier

Neurologie

M. MAUREL Jean

Chirurgie générale

M. MILLIEZ Paul

Cardiologie

M. MOREAU Sylvain

Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie

M. MOUTEL Grégoire

Médecine légale et droit de la santé

M. NORMAND Hervé

Physiologie

M. PARIENTI Jean-Jacques

Biostatistiques, info. médicale et tech. de

communication

M. PELAGE Jean-Pierre

Radiologie et imagerie médicale

Mme PIQUET Marie-Astrid

Nutrition

M. RAVASSE Philippe

Chirurgie infantile

M. REZNIK Yves

Endocrinologie

M. ROUPIE Eric

Thérapeutique

Mme THARIAT Juliette

Radiothérapie

M. TILLOU Xavier

Urologie

M. TOUZÉ Emmanuel

Neurologie

M. TROUSSARD Xavier

Hématologie

Mme VABRET Astrid

Bactériologie - Virologie

M. VERDON Renaud

Maladies infectieuses

Mme VERNEUIL Laurence

Dermatologie

M. VIADER Fausto

Neurologie

M. VIVIEN Denis

Biologie cellulaire

Mme ZALCMAN Emmanuèle

Anatomie et cytologie pathologique

## PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. LUET Jacques Éméritat jusqu'au 31/08/2018 Médecine générale

## PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M. VABRET François Addictologie

## PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M. de la SAYETTE Vincent Neurologie

Mme DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne Dermatologie

Mme LESCURE Pascale Gériatrie et biologie du vieillissement

M. SABATIER Rémi Cardiologie

## PRCE

Mme LELEU Solveig Anglais

Année Universitaire 2017 / 2018*Doyen**Professeur Emmanuel TOUZÉ**Assesseurs**Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)**Professeur Guy LAUNOY (recherche)**Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3<sup>ème</sup> cycle)**Directrice administrative**Madame Sarah CHEMTOB*MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENSHOSPITALIERS

M. ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M. BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M. BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M. COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M. CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
Mme DEBRUYNE Danièle <i>Éméritat jusqu'au 31/08/2019</i>	Pharmacologie fondamentale
Mme DERLON-BOREL Annie <i>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</i>	Hématologie
Mme DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme DUPONT Claire	Pédiatrie
M. ÉTARD Olivier	Physiologie
M. GABEREL Thomas	Neurochirurgie

M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian sera en MAD à Nice jusqu'au 31/08/18	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	LANDEMORE Gérard sera en retraite à partir du 01/01/18	Histologie, embryologie, cytogénétique
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEPORRIER Nathalie Éméritat jusqu'au 31/10/2017	Génétique
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	REPESSÉ Yohann	Hématologie
M.	SESBOÜÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie

#### MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André	Médecine générale
M.	GRUJARD Philippe	Médecine générale
M.	LE BAS François	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas	Médecine générale



## REMERCIEMENTS

### **Aux Membres du Jury**

#### **Madame Le Professeur Juliette THARIAT**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse et je vous en suis très reconnaissante. Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à mon travail et pour votre disponibilité.

#### **Madame Le Professeur Florence JOLY**

Vous me faites l'honneur de juger mon travail. Je vous exprime toute ma gratitude et ma reconnaissance.

#### **Madame le Docteur Pascale ABBATE-LERAY**

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger mon travail. Soyez assurée de mon profond respect et de ma gratitude.

#### **Madame le Docteur Eliane CENDRIER-SCHAEFFERT**, directrice de thèse

Je te remercie pour ton aide dans ce travail, ton implication, ta disponibilité et tes conseils. J'ai découvert, grâce et avec toi, un exercice de la médecine générale très humain que j'ai beaucoup apprécié et qui m'a inspiré dans ma façon d'exercer.

### **Aux personnels médicaux et paramédicaux**

Merci aux médecins, infirmiers, aides-soignants que j'ai eu la chance de rencontrer lors de mes différents stages. Merci d'avoir partagé votre expérience et vos conseils précieux.

### **A mes amis**

Merci à mes co-internes devenus amis. C'était un plaisir de travailler, et ne pas travailler, à vos-côtés ! A Hélène et Emeline, merci d'avoir été présentes à chaque instant malgré nos moments de découragement réciproques. Pour nos petites sorties et soirées détentes et, pour Hélène, pour nos repas du mercredi midi qui se terminaient vers 18h..., un grand merci !

Merci à Ombeline, toujours là après les années ! Merci pour ton écoute et nos petits week-ends entre filles à travers la France !

Merci à Mélanie et Cyril pour nos crêpes party, raclettes et parties interminables de Munchkin !

**A ma belle-famille**, merci pour votre soutien et votre présence.

### **A mes parents et mes sœurs, Pauline et Anne,**

Merci de m'avoir permis de faire ces études. Merci pour votre soutien sans faille dès le premier jour et votre patience. Vous avez toujours cru en moi, même dans mes moments de doutes. Merci pour tous les moments de détente qui m'ont permis de tenir toutes ces années !

**A Astuce**, pour ton petit regard en accent circonflexe qui me faisait tant rire. **A Gavroche**, pour tes petites bêtises qui me changeaient les idées !

### **A Valentin,**

Merci pour ton amour, ta patience et ton humour. Tu as su me supporter quand ce n'était pas toujours facile. Merci pour tes tentatives, parfois réussies, pour me déstresser ! Et merci pour ce merveilleux futur bébé à venir.

## ABREVIATIONS

ATCD : Antécédent

DIU : Dispositif intra utérin

INCa : Institut National du Cancer

INVS : Institut de Veille Sanitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

NR : Non Répondu

NS : Non Significatif

NSP : Ne Se Prononce pas

ROSP : Revenus sur Objectif de Santé Publique.

Sem : Semaine

THS : Traitement Hormonal Substitutif

USA : United States of America

%age : pourcentage

## INDEX Tableaux et Figures

Tableau 1 : Score d'Eisinger .....	3
Tableau 2 : Suivi clinique et paraclinique recommandé par la HAS pour les patientes à haut risque de cancer du sein .....	5
Tableau 3 : Répartition des médecins en fonction de leur sexe .....	9
Tableau 4 : Distance entre les cabinets des médecins et un cabinet de gynécologie en fonction de leur département d'exercice .....	12
Tableau 5 : Répartition des médecins ayant fait une formation complémentaire en gynécologie en fonction de la période de formation et de l'âge du médecin. ....	13
Tableau 6 : Suivi gynécologique assuré par un spécialiste en fonction de la distance d'un cabinet de gynécologie .....	17
Tableau 7 : Evaluation du risque de cancer du sein des femmes sous traitement hormonal substitutif selon le sexe du médecin .....	33
Tableau 8 : Evaluation du risque de cancer du sein des femmes sous traitement hormonal substitutif en fonction d'une formation complémentaire ou non .....	34
Tableau 9 : Evaluation du risque de cancer du sein des femmes ayant un antécédent d'irradiation thoracique à haute dose en fonction du sexe .....	34
Tableau 10 : Evaluation du risque de cancer du sein des femmes ayant un antécédent d'irradiation thoracique à haute dose en fonction d'une formation complémentaire ou non .....	35
Tableau 11 : Evaluation du risque de cancer du sein des femmes aux seins denses selon le sexe du médecin.....	35
Tableau 12 : Evaluation du risque de cancer du sein chez les femmes ayant un antécédent personnel de cancer du sein invasif ou carcinome canalaire <i>in situ</i> selon le sexe du médecin .....	37
Tableau 13 : Evaluation du risque de cancer du sein chez les femmes ayant un antécédent personnel de cancer du sein invasif ou carcinome canalaire <i>in situ</i> selon la formation ou l'absence de formation complémentaire.....	37
Tableau 14 : Répartition de la fréquence de palpation mammaire en fonction du département d'exercice.....	41
Figure 1 : Répartition des médecins selon leur département d'exercice .....	10
Figure 2 : Répartition des médecins selon leur âge.....	10
Figure 3 : Répartition des médecins selon leur pratique de la médecine générale .....	11
Figure 4 : Répartition des médecins en fonction de leur distance d'un cabinet de gynécologie .....	11
Figure 5 : Répartition des médecins ayant effectué une formation complémentaire en gynécologie en fonction de leur sexe .....	12
Figure 6 : Sentiment de manque de compétence en fonction de l'âge du praticien .....	14

Figure 7 : Facteur Chronophage en fonction du sexe .....	15
Figure 8 : Réticence de la patiente en fonction de l'âge du médecin .....	16
Figure 9 : Gêne du médecin en fonction du sexe du praticien .....	16
Figure 10 : Répartition des médecins ayant considéré le « Suivi gynécologique assuré par un spécialiste » comme un frein en fonction de la distance d'un cabinet de gynécologie .....	17
Figure 11 : Suivi gynécologique assuré par un spécialiste en fonction du département d'exercice du praticien.....	18
Figure 12 : Crainte que le geste soit considéré comme une agression en fonction du sexe du praticien .....	19
Figure 13 : Crainte que le geste soit considéré comme une agression en fonction de l'âge du praticien .....	19
Figure 14 : Freins sélectionnés par les médecins (en effectif) .....	20
Figure 15 : Répartition des freins selon le sexe du praticien (en pourcentage) .....	21
Figure 16 : Répartition du facteur principal limitant la palpation mammaire en nombre effectif .....	22
Figure 17 : Répartition du facteur considéré comme principal frein selon le sexe du médecin .....	22
Figure 18 : Répartition des facteurs limitants classés « incertain » en fonction du sexe du praticien..	24
Figure 19 : Intérêt personnel pour la gynécologie selon l'âge du médecin .....	25
Figure 20 : Reconnaissance de la patiente selon le département d'exercice du praticien .....	25
Figure 21 : Sentiment de prise en charge globale selon la distance d'un cabinet de gynécologie .....	26
Figure 22 : Réassurance de la patiente en fonction du sexe du médecin .....	27
Figure 23 : Temps privilégié pour aborder des sujets intimes selon le sexe et l'âge du médecin .....	27
Figure 24 : Peur judiciaire de non diagnostic par omission en fonction de l'âge du médecin .....	28
Figure 25 : Motivations à la palpation mammaire selon les médecins (en effectif) .....	29
Figure 26 : Motivations à l'examen sénologique selon le sexe du praticien (en pourcentage) .....	30
Figure 27 : Facteur considéré comme principale motivation à l'examen clinique selon les médecins .....	30
Figure 28 : Principal facteur de motivation selon le sexe du médecin (en pourcentage) .....	31
Figure 29 : Facteurs de motivation classés « incertain » par les médecins .....	32
Figure 30 : Répartition des facteurs classés "incertain" en fonction du sexe .....	32
Figure 31 : Evaluation du risque de cancer du sein chez les femmes porteuses de mutation BRCA1 ou BRCA2 selon le sexe et l'âge du praticien .....	36
Figure 32 : Evaluation du risque de cancer du sein chez les femmes ayant un antécédent familial de cancer du sein selon le sexe du praticien .....	38
Figure 33 : Connaissance du score d'Eisinger en fonction du sexe du répondant .....	38
Figure 34 : Répartition des médecins effectuant ou non des actes de gynécologie selon leur sexe .....	39
Figure 35 : Répartition de la fréquence des examens sénologiques en fonction du sexe du médecin .....	40
Figure 36 : Fréquence de palpation mammaire en fonction d'une formation complémentaire en gynécologie ou non .....	40
Figure 37 : Répartition de la fréquence de palpation mammaire en fonction du département d'exercice .....	41

Figure 38 : Répartition de la fréquence de palpation mammaire en fonction de l'âge du praticien .....	42
Figure 39 : Répartition de la fréquence de palpation mammaire en fonction de l'âge de la patientèle.....	42
Figure 40 : Répartition de la fréquence des examens cliniques mammaires en fonction du motif de consultation.....	43
Figure 41 : Répartition de fréquence des examens cliniques mammaires en fonction du motif de consultation et du sexe du médecin .....	44
Figure 42 : Répartition des médecins selon leur technique de palpation mammaire.....	45
Figure 43 : Sentiment de compétence dans la palpation mammaire en fonction du sexe et de l'âge du praticien.....	45
Figure 44 : Sentiment de compétence dans la palpation mammaire selon la réalisation d'un stage chez un médecin généraliste .....	46
Figure 45 : Sentiment de compétence dans la palpation mammaire selon la réalisation d'un stage dans un service de gynécologie .....	46

# SOMMAIRE

I.	<u>Introduction</u> .....	1
	a. Quelques données épidémiologiques .....	1
	b. Le dépistage organisé du cancer du sein .....	1
	c. Les nouveautés du plan d'action sociale 2018 .....	2
	d. Classification des femmes selon leur facteur de risque d'après la HAS .....	2
	e. Rappel des recommandations de bonnes pratiques de l'examen clinique et paraclinique mammaire .....	4
	i. Examen clinique .....	4
	ii. Examens complémentaires .....	4
	f. Situations pour lesquelles la palpation mammaire est recommandée .....	5
	g. Examen clinique mammaire .....	6
	h. Recommandations à l'étranger .....	6
	i. Objectif de l'étude .....	7
II.	<u>Matériel et méthode</u> .....	8
	a. Description de l'étude .....	8
	b. Questionnaire .....	8
	c. Recueil et analyse des données .....	8
III.	<u>Résultats</u> .....	9
	a. Description des médecins .....	9
	i. Caractéristiques sociodémographiques .....	9
	ii. Mode d'exercice des médecins .....	11
	iii. Formation complémentaire en gynécologie obstétrique .....	12
	b. Freins à la palpation mammaire par les médecins .....	13
	i. Sentiment de manque de compétence .....	13
	ii. Sentiment d'inutilité versus mammographie .....	14
	iii. Chronophage .....	15
	iv. Réticence de la patiente .....	15
	v. Gêne du médecin .....	16
	vi. Suivi gynécologique assuré par un spécialiste .....	17
	vii. Manque d'intérêt pour la gynécologie .....	18
	viii. Crainte que le geste soit considéré comme une agression sexuelle .....	19
	ix. Autres freins à l'examen clinique des seins .....	20
	x. Récapitulatif des facteurs limitant la palpation mammaire .....	20
	xi. Le principal frein à la palpation mammaire .....	22
	xii. Facteurs limitants classés « incertain » .....	23
	c. Facteurs motivant l'examen clinique des seins par les médecins généralistes .....	24
	i. Intérêt personnel pour la gynécologie .....	24
	ii. Reconnaissance de la patiente .....	25
	iii. Sentiment de prise en charge globale de la patiente .....	26
	iv. Réassurance de la patiente .....	26
	v. Temps privilégié pour aborder des sujets intimes (contraception, sexualité, incontinence) .....	27
	vi. Pratique de gestes techniques .....	28
	vii. Peur judiciaire de non diagnostic par omission .....	28
	viii. Autres facteurs motivant l'examen sénologique .....	28
	ix. Récapitulatif des facteurs motivant l'examen clinique des seins .....	29
	x. Principal facteur de motivation à la palpation mammaire .....	30
	xi. Facteurs motivants classés « incertain » .....	32
	d. Connaissance des recommandations de la HAS et Pratiques de l'examen clinique des seins ..	33
	i. Evaluation du risque des femmes de développer un cancer du sein .....	33

1.	Sous traitement hormonal substitutif .....	33
2.	Antécédent d'irradiation thoracique à haute dose .....	34
3.	Densité mammaire élevée .....	35
4.	Mutation BRCA1 ou BRCA2 .....	36
5.	Antécédent personnel de cancer du sein invasif ou carcinome canalaire <i>in situ</i> .....	36
6.	Antécédent familial de cancer du sein .....	37
ii.	Connaissance du score d'Eisinger .....	38
iii.	Analyse de la pratique clinique .....	39
1.	Pratique d'actes de gynécologie .....	39
2.	Motifs de consultations gynécologiques pendant lesquelles les médecins pratiquent un examen clinique mammaire .....	43
3.	Techniques de palpation mammaire .....	44
4.	Sentiment de compétence dans la palpation mammaire .....	45
IV.	<u>Discussion</u> .....	48
a.	Critique de la méthodologie et du questionnaire .....	48
b.	Critères démographiques et pratique clinique .....	49
c.	Rappel des principaux facteurs limitant ou motivant la palpation mammaire par les médecins généralistes bas-normands .....	50
i.	Freins à l'examen clinique des seins .....	50
ii.	Motivations à l'examen sénologique .....	53
d.	Recommandations de la HAS .....	55
e.	Motifs de consultations gynécologiques pour lesquels un examen clinique des seins est réalisé.....	56
f.	Examen clinique des seins .....	56
g.	Perspectives .....	57
V.	<u>Conclusion</u> .....	58
VI.	<u>Bibliographie</u> .....	59
VII.	<u>Annexes</u> .....	63
a.	Annexe 1 : Extrait du Dossier Prénatal Partagé .....	63
b.	Annexe 2 : Questionnaire envoyé aux médecins .....	67
c.	Annexe 3 : Fiche récapitulative envoyée aux médecins généralistes .....	72
VIII.	<u>Résumé et mots-clés</u>	

# I. Introduction

## a. Quelques données épidémiologiques.

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme et la première cause de décès par cancer en France (1). En 2015, le cancer du sein est responsable du plus grand nombre de décès par cancer chez la femme, suivi de près par le cancer du poumon (2). Près de 59 000 cancers du sein ont été diagnostiqués à des femmes, en 2017, en France (1).

Dans 60% des cas, le cancer du sein est diagnostiqué par le dépistage (organisé ou individuel), 34% sont découverts grâce à un examen clinique réalisé à la suite de symptômes. Les 6% restants sont découverts fortuitement lors d'un autre examen (3).

## b. Le dépistage organisé du cancer du sein.

Depuis 2004, il existe un programme de dépistage organisé du cancer du sein en France. Celui-ci invite les femmes âgées de 50 à 74 ans, sans antécédent particulier ni symptôme, à réaliser une mammographie des deux seins. Lors de cet examen, des radiologues agréés pratiquent un examen clinique avant la mammographie. Celles considérées comme normales ou présentant des anomalies bénignes sont relues par un second radiologue. Dans le cas contraire, un bilan diagnostic est proposé directement à la patiente (sans seconde lecture). L'examen est pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale, les femmes ne font pas l'avance des frais (4).

En 2013-2014, le taux de mammographies positives (ACR 0, 3, 4 ou 5 (5)) après 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> lecture est de 15,7% pour les femmes effectuant un dépistage initial (pas d'antécédent de mammographie). La probabilité d'avoir un cancer du sein en cas de mammographie de dépistage positive (1<sup>ère</sup> ou 2<sup>ème</sup> lecture) (autrement dit la Valeur Prédictive Positive) est de 8,7% en 2014 (6).

En 2015-2016, la participation des femmes au dépistage organisé du cancer du sein était de 51,8% au niveau national. Tandis qu'en Normandie, ce taux s'élevait à 57,4% (7).

Dans le Calvados, le dépistage est proposé par l'association Mathilde (8), une liste des radiologues conventionnés est téléchargeable sur le site de l'association. Un peu moins de 57% des femmes calvadosiennes participent à ce dépistage organisé, en 2015-2016 (7). Les résultats des examens sont adressés aux patientes ainsi qu'à leurs médecins généralistes et gynécologues. Si une anomalie est dépistée, le radiologue demande à la patiente de revoir son médecin traitant pour mettre en place les autres explorations.

Dans la Manche, l'association Iris Manche organise le dépistage du cancer du sein (9). Les femmes sont conviées à réaliser une mammographie auprès de radiologues conventionnés. La participation au dépistage organisé est de 58,4% (7). Les patientes, leurs médecins généralistes et/ou gynécologues sont informés des résultats de la mammographie. En cas d'anomalie, le radiologue propose à la patiente de consulter son médecin pour organiser la suite de la prise en charge.



Dans l'Orne, Régie 61 invite les femmes à réaliser une mammographie de dépistage (7). En revanche, contrairement aux autres départements, les femmes reçoivent l'invitation à réaliser l'examen ainsi qu'une date et heure de rendez-vous, en fonction de leur lieu de résidence. L'examen n'est pas réalisé dans un cabinet de radiologie classique mais dans le Mammobile 61 (10). Les clichés sont analysés à distance dans le Centre de Gestion d'Alençon par 2 radiologues. Les résultats sont envoyés au médecin traitant qui décide de la suite de la prise en charge en fonction des résultats. Les patientes ornaises sont environ 53% à participer à ce dépistage (7).

#### c. Les nouveautés du plan d'action sociale 2018

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, un plan d'action sociale pour réformer le programme de dépistage du cancer du sein est en cours (11,12). D'après ce plan, chaque femme âgée de 50 ans sera conviée à consulter son médecin traitant ou gynécologue pour aborder le sujet du dépistage (cancer du sein, colorectal, col de l'utérus...) Au cours de cette consultation, le médecin devra évaluer le risque auquel appartient la patiente et lui proposer de participer au dépistage organisé du cancer du sein ou prévoir un suivi individualisé. Les médecins pourront alors orienter les femmes vers le dépistage organisé de cancer du sein directement à partir de l'espace Pro. Les mammographies résultant de cette orientation seront valorisées dans les ROSP (11).

La grande nouveauté de ce plan est une consultation proposée aux femmes de 25 ans sans antécédent personnel de cancer du sein ; elle est prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale. L'objectif de cette consultation est de repérer les femmes à risque augmenté de cancer du sein, de les informer sur les examens paracliniques à réaliser (sous quel délai et à quelle fréquence), les symptômes devant amener à consulter et l'importance de rapporter l'apparition éventuelle de cancer féminin dans la famille (11).

#### d. Classification des femmes selon leurs facteurs de risque d'après la HAS

Les principaux facteurs de risque de cancer du sein sont les suivants (3,13) :

- l'âge (plus de 75 % des cancers sont diagnostiqués chez des femmes âgées de plus de 50 ans)
- un antécédent personnel de cancer du sein (risque augmenté de développer un cancer du sein si premier cancer survenu avant l'âge de 40 ans)
- un antécédent familial de cancer du sein
- une prédisposition génétique (5 à 10 % des cancers du sein sont d'origine génétique ; la mutation la plus fréquente concerne les gènes BRCA1 ou BRCA2).

La HAS a proposé un classement des femmes en fonction du risque de développer un cancer du sein :

- très haut risque ou risque très élevé,
- haut risque ou risque élevé,
- risque intermédiaire, les femmes ne faisant partie d'aucune des précédentes catégories sont considérées comme à risque intermédiaire. Ces dernières doivent bénéficier du dépistage organisé du cancer du sein.

Les femmes à **très haut risque** de cancer du sein ont (3,14) :

- une mutation des gènes BRCA1 ou BRCA2,
- ou une suspicion de mutation génétique (score d'Eisinger (voir tableau n°1)  $\geq 3$  ET risque estimé comme très élevé par l'onco-généticien. Cela comprend au moins un des éléments suivants : recherche familiale initiale de la mutation des gènes BRCA 1 et BRCA 2 non informative ou non faite ; plusieurs cas de cancers du sein chez des parents du 1er ou 2e degré dans la même branche parentale ; cancer du sein avant 40 ans ; atteinte mammaire bilatérale (notamment avant 65 ans) ; antécédent de cancer de l'ovaire ; antécédent de cancer du sein chez l'homme).

Les femmes à **haut risque** de cancer du sein sont celles présentant (3,14) :

- un antécédent personnel de cancer du sein invasif, carcinome canalaire ou lobulaire *in situ*, hyperplasie lobulaire ou canalaire atypique ;
- et/ou un antécédent personnel d'irradiation thoracique médicale à haute dose (dont antécédent d'irradiation pour maladie de Hodgkin) ;
- et/ou un antécédent familial de cancer du sein ;
- et/ou un score d'Eisinger  $\geq 3$  ET risque estimé comme élevé par l'onco-généticien

Ces femmes ne sont pas éligibles au dépistage organisé du cancer du sein et doivent bénéficier d'une prise en charge individuelle dont les modalités sont précisées par la HAS en fonction de leur(s) antécédent(s).

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
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 <sup>(2)</sup>	4

**RÉSULTATS :**

- **3 ou + :** consultation d'oncogénétique
- **inférieur à 3 :** dépistage organisé

Tableau 1 : Score d'Eisinger. Source <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Orienter-vos-patientes>

e. Rappel des recommandations de bonnes pratiques de l'examen clinique et paraclinique mammaire.

i. Examen clinique :

L'examen clinique des seins fait partie des recommandations de bonnes pratiques énoncées par la HAS. Chaque femme doit bénéficier d'un examen sénologique ; la fréquence de la palpation mammaire est fonction du groupe à risque auquel elle appartient (3).

Un examen clinique annuel est préconisé pour toutes les femmes à **risque intermédiaire** de cancer du sein, à partir de l'âge de 25 ans (3).

Les femmes à **risque élevé** se voient proposer un suivi sénologique annuel à partir de l'âge de 20 ans (15), à l'exception des femmes ayant un antécédent personnel de carcinome canalaire *in situ* ou de cancer du sein invasif qui doivent bénéficier d'un examen mammaire biannuel pendant 2 ans, puis annuel (3).

Pour les femmes à **très haut risque** de cancer du sein, la surveillance suit les recommandations de l'Institut National du Cancer (INCa), à savoir une surveillance clinique annuelle sans limitation dans le temps à partir de l'âge de 20 ans (3,15–17).

ii. Examens complémentaires :

Depuis 2004, un programme de dépistage organisé du cancer du sein existe en France. Toutes les femmes à **risque intermédiaire** sont conviées à réaliser une mammographie dès l'âge de 50 ans et jusqu'à 74 ans inclus.

Les femmes à risque élevé ou très élevé relèvent du dépistage individuel.

La fréquence des mammographies pour les femmes à **risque élevé** dépend des antécédents, comme résumé dans le tableau ci-après. En revanche, à partir de 50 ans, les femmes à risque élevé sont réorientées vers le dépistage organisé (15).

Pour les femmes à **risque très élevé**, une surveillance radiologique annuelle est préconisée à partir de l'âge de 30 ans, sauf antécédent familial précoce ; par IRM en premier lieu idéalement et mammographie dans un délai de 2 mois (une échographie peut être réalisée également selon l'appréciation du radiologue) jusqu'à 65 ans (en dehors d'une mastectomie bilatérale). Les examens complémentaires doivent être réalisés si possible à 6 mois de l'examen clinique afin d'assurer un suivi mammaire biannuel. Au-delà de 65 ans, une mammographie annuelle est préconisée (17). L'échographie pelvienne initialement proposée à partir de l'âge de 35 ans pour le dépistage du cancer des annexes (3) n'est plus recommandée depuis mai 2017. Seul un examen clinique pelvien annuel l'est (17).

**Tableau 2** : suivi clinique et paraclinique recommandé par la HAS pour les patientes à haut risque de cancer du sein

<b>Antécédent personnel</b>	<b>Examen clinique</b>	<b>Mammographie</b>	<b>Echographie</b>	<b>IRM</b>
score d'Eisinger $\geq 3$ et niveau de risque estimé élevé par oncogénéticien	1 par an à partir de 20 ans	1 par an avant 50 ans, 1 tous les 2 ans après 50 ans (début 5 ans avant l'âge du plus jeune apparenté au 1er degré)	si besoin	non recommandée
ATCD d'hyperplasie canalaire atypique, lobulaire atypique ou de carcinome lobulaire <i>in situ</i>	1 par an	1 par an pendant 10 ans, puis 1 fois tous les 2ans (après 50 ans -> Dépistage organisé)	si besoin	non recommandée
ATCD irradiation thoracique haute dose	1 par an pendant 8 ans après la fin de l'irradiation (au plus tôt à partir de l'âge de 20 ans)	1 par an	si besoin	1 par an pendant 8 ans après la fin de l'irradiation (au plus tôt à partir de l'âge de 30 ans)
ATCD cancer du sein invasif ou carcinome canalaire <i>in situ</i>	2 par an pendant 2 ans, puis 1 par an	1 par an unilatérale ou bilatérale (selon type de chirurgie)	si besoin	non recommandée

f. Situations pour lesquelles la palpation mammaire est recommandée

Contraception – Grossesse – Traitement hormonal substitutif de la ménopause :

La HAS recommande un examen clinique des seins lors de la première consultation pour débiter une contraception (18,19). La palpation mammaire recherche des lésions précancéreuses voire cancéreuses qui contre-indiqueraient certaines contraceptions (20). Cet examen fait également partie de l'examen clinique recommandé annuellement lors du renouvellement de contraception orale (20).

Dans le suivi de la grossesse, la HAS recommande un examen clinique des seins lors de la visite pré-conceptionnelle et/ou lors de la première consultation (<10SA) (21). Le Dossier Prénatal partagé, fourni gratuitement par le Conseil Départemental du Calvados, fait mention de « l'examen des seins » lors de la consultation du premier trimestre (cf annexe). Dans les autres départements, les femmes reçoivent

gratuitement un carnet de maternité avant la fin du 3<sup>ème</sup> mois de grossesse. En revanche, celui-ci ne comporte pas de partie expressément dédiée à l'examen clinique des seins (22) .

La palpation mammaire est également recommandée lors de la consultation du post-partum pour rechercher une tuméfaction ou un nodule si la femme n'allait pas. En cours d'allaitement, l'examen sénologique détecte d'éventuelles complications de l'allaitement (23).

Lors de l'introduction d'un traitement hormonal substitutif de la ménopause, un examen clinique des seins est préconisé, de même pour la surveillance de la bonne tolérance du traitement (examen 1 à 2 fois par an) (24).

#### g. Examen clinique mammaire

La première étape est l'inspection des seins, de face et à jour frisant pour détecter une voussure, masse, ulcération ou inflammation (3,25,26).

La deuxième étape est la palpation des seins. La palpation est bilatérale, symétrique et comparative. Plusieurs méthodes de palpation existent (23,25) :

- en position debout puis couchée, mains à plat exerçant une pression douce par mouvements rotatifs. Les mains pressent la glande mammaire sur le grill costal quadrant par quadrant.
- en position couchée, un bras sous la tête, pression par la pulpe des 3 doigts médians plus ou moins profonde de la glande sur le grill costal en exerçant des mouvements circulaires, en spirale à partir du mamelon ou quadrant par quadrant.

La troisième étape est celle de la palpation des aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires toujours de manière bilatérale et comparative (26).

Les aires axillaires se palpent, la patiente assise ou debout, le bras ne doit pas être en abduction, mais dans l'axe du thorax (27).

La quatrième étape est, éventuellement pour les tumeurs malignes, un examen général à la recherche de signes de localisation secondaires : pulmonaire, abdominale (hépatomégalie, ascite), ovarienne ou encore osseuse (26).

#### h. Recommandations à l'étranger :

Aux USA, depuis 2003, la palpation mammaire n'est plus recommandée. L'examen clinique n'a pas permis d'améliorer significativement la détection du cancer du sein (30). En revanche, la mammographie est recommandée à partir de 45 ans, annuellement jusqu'à 54 ans, puis tous les 2 ans tout pendant que la femme est en bonne santé et que son espérance de vie est d'au moins 10 ans (30).

Au Canada, la palpation mammaire n'est également plus recommandée pour les mêmes raisons que celles invoquées aux USA. Deux importants essais ont révélé que l'enseignement de l'autopalpation mammaire des femmes de 31 à 64 ans ne réduisait pas la mortalité par cancer du sein, mais qu'il augmentait le nombre de biopsies mammaires bénignes (31). Cependant, le Groupe de Prévention Canadien note que « l'examen clinique des seins demeure approprié lorsque les patientes présentent des

changements anormaux au niveau des seins ou lorsque les médecins sont préoccupés par de tels changements » (31).

En Suisse, en revanche, la palpation mammaire est toujours recommandée (32).

Déjà en 1999, l'INVS mettait en avant l'absence de preuve convaincante de l'efficacité du dépistage du cancer du sein basé sur l'examen clinique mammaire et sur l'autopalpation (33). Les recommandations européennes préconisent une mammographie aux femmes de 50 à 69 ans tous les 2 à 3 ans en absence de signes cliniques. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de recommandations européennes plus récentes.

L'OMS recommande uniquement la mammographie dans le dépistage du cancer du sein des femmes de plus de 50 ans des pays riches. Ni l'auto-examen, ni la palpation mammaire ne sont recommandés en raison du manque de preuve de leur efficacité (34).

En France, en 2015, les recommandations maintiennent l'examen clinique dans le dépistage du cancer du sein.

#### i. Objectif de l'étude

##### Contexte :

Dans le travail de N. Lauchet en 2010 (28) et celui de C. Dubois en 2007, le geste technique gynécologique le plus fréquemment réalisé en médecine générale est l'examen des seins, la plupart du temps dans le cadre d'un renouvellement de contraception (28).

D'après plusieurs travaux, notamment celui de R. Champeaux en 2013 (29), la part d'actes de gynécologie réalisés par le médecin généraliste représente environ 9% de l'activité hebdomadaire (29). Il met également en évidence plusieurs freins à la réalisation de tels actes tels que la réticence des patientes au premier plan, la présence d'un gynécologue à proximité ou encore le manque de temps (29).

##### Justification du sujet :

J'ai choisi de travailler sur ce sujet car la gynécologie m'intéresse. De plus, lors de mes différents stages d'externat ou internat, j'ai travaillé auprès de médecins généralistes et gynécologues, exerçant en milieu libéral (rural et urbain), hospitalier, dans le Calvados ou l'Orne. Chacun de ces professionnels avait une pratique différente de l'examen sénologique. Certains palpaient régulièrement les seins, d'autres très rarement, préférant se fier aux mammographies.

L'objectif de cette étude était de comprendre les motifs de ces différentes pratiques.

Je souhaitais également être plus à l'aise dans le suivi gynécologique de mes patientes et pouvoir leur justifier la palpation mammaire plus facilement.

## II. Matériel et Méthode :

### a. Description de l'étude

Nous avons effectué une étude quantitative prospective par la réalisation d'un questionnaire adressé aux médecins généralistes bas-normands par courrier postal et par informatique via le forum des médecins généralistes. Nous avons préféré utiliser un questionnaire pour obtenir un maximum de réponses comparativement à des entretiens, plus chronophages donc pouvant limiter le nombre de médecins répondants. Nous avons choisi un échantillon de 282 médecins généralistes tirés au sort à partir des Pages Jaunes. Dans le Calvados, 141 médecins sur 735 ont été choisis (soit environ 1 médecin/5), 91 médecins dans la Manche (91/474, soit environ 1/5) et 50 médecins dans l'Orne (50/248, environ 1/5). La période d'inclusion était du 20 juin au 29 juillet 2018.

### b. Questionnaire

Le questionnaire était composé de questions fermées afin de favoriser les réponses des médecins et faciliter l'exploitation des résultats. Néanmoins, chaque médecin avait la possibilité de proposer une réponse libre dans la partie « autre ».

La première partie concernait les facteurs limitant et motivant la palpation mammaire. La deuxième partie s'intéressait à la formation en gynécologie-obstétrique. Le but de ces réponses était de savoir si une formation complémentaire influait sur les freins ou motivations à l'examen clinique des seins, la fréquence de palpation mammaire ou encore la connaissance des recommandations de la HAS. La troisième partie était dédiée à ces recommandations. Le suivi mammaire des femmes varie en fonction de leur risque de développer un cancer du sein. Il nous semblait donc intéressant d'évaluer combien de médecins savent correctement classer ces femmes afin de prévoir le suivi gynécologique adéquat. La partie suivante détaillait la pratique clinique des médecins. L'objectif était de mettre en évidence des éventuelles différences de freins ou motivations en fonction des pratiques des médecins. Dans la dernière partie, les médecins devaient préciser leurs caractéristiques démographiques afin de déterminer si les facteurs limitant ou motivant l'examen sénologique étaient différents en fonction de ces caractéristiques.

### c. Recueil et analyse des données

Les questionnaires papiers et informatiques ont été collectés et leurs résultats entrés dans un tableur Excel. Nous avons utilisé le test du  $\text{Khi}^2$  et le plus fréquemment le test de Fisher en raison des petits effectifs (inférieurs à 5). Le risque alpha a été fixé à 5%.

# III. Résultats

282 questionnaires ont été envoyés par la Poste aux médecins des trois départements de l'ancienne Basse-Normandie. Les médecins ont été tirés au sort dans chaque département, à partir des Pages Jaunes : 141 médecins dans le Calvados, 91 dans la Manche et 50 dans l'Orne, soit une proportion d'environ 1/5 du nombre de médecins généralistes par département. Nous avons reçu 72 questionnaires par voie postale dans les délais fixés. 21 questionnaires par voie informatique nous sont parvenus.

## a. Description des médecins :

### i. Caractéristiques sociodémographiques

Tableau 3 : Répartition des médecins en fonction de leur sexe

Sexe	Nombre de réponses observées	Pourcentage
Homme	55	58%
Femme	39	42%
Total	93	100%

La population de médecins étudiée est composée à 58% d'hommes et à 42% de femmes. (NS) Ce qui correspond au sexe ratio des médecins bas normands. (35)

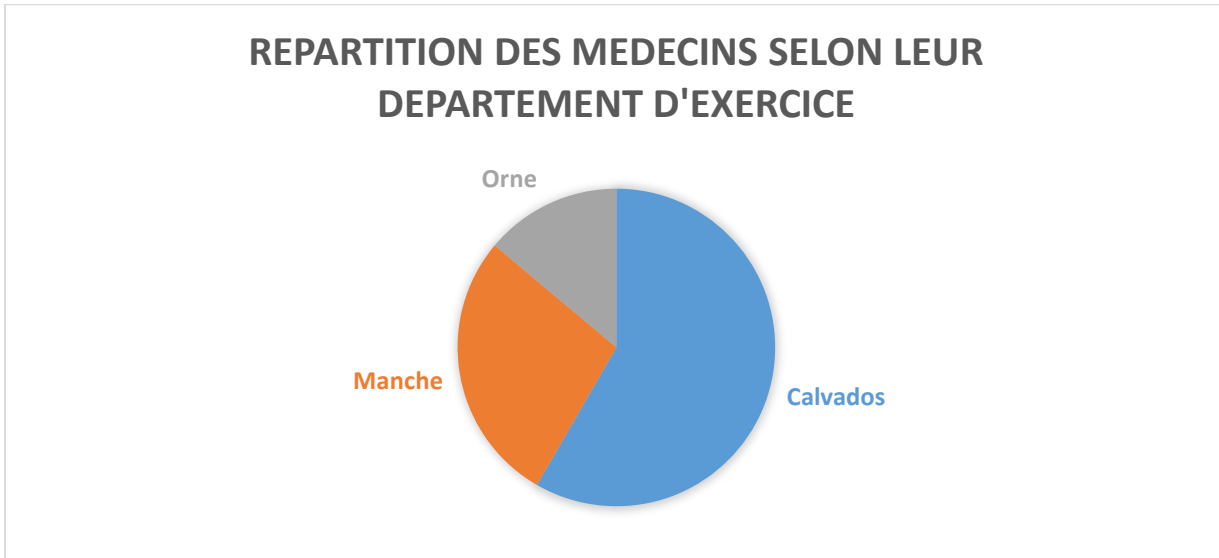
31% des femmes et 23% des hommes tirés au sort ont répondu au questionnaire. Le p du test khi deux descriptif est à 3.84. (NS).

59% des médecins répondeurs exercent dans le Calvados, 28% dans la Manche et 13% dans l'Orne.

Le nombre de réponses attendues était d'environ  $\frac{1}{4}$ . Le p du test Khi<sup>2</sup> descriptif est à 2,08. Il n'y a pas de différence significative concernant le nombre de réponses observées en fonction du département.

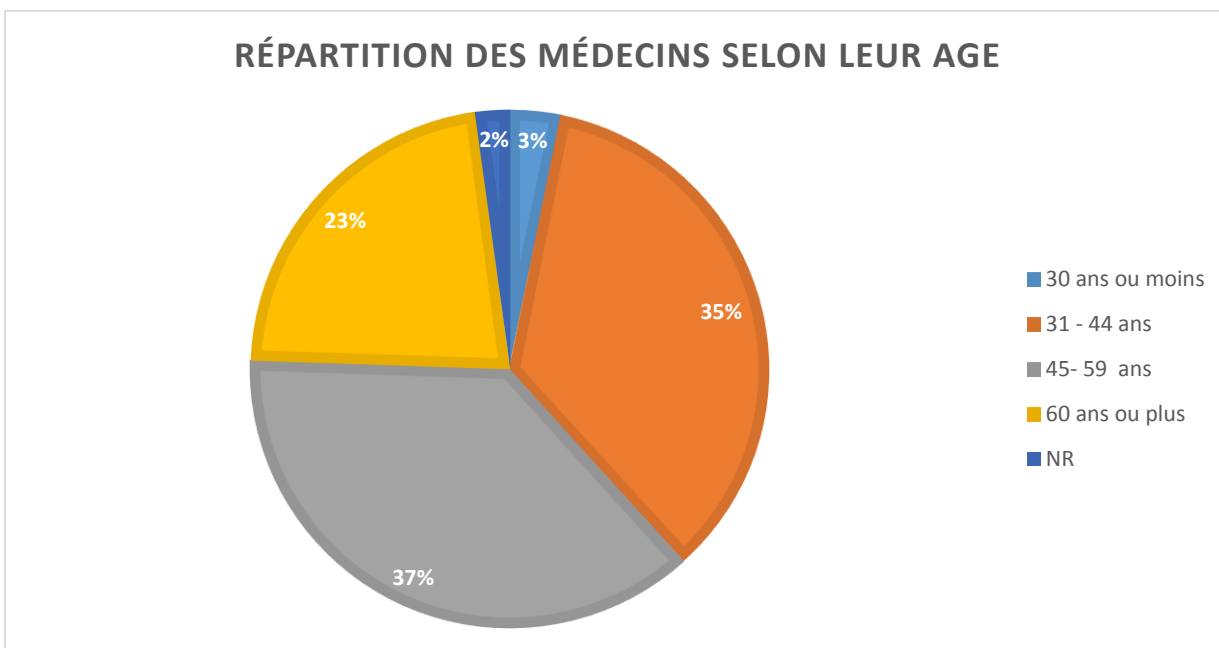


Figure 1 : Répartition des médecins selon leur département d'exercice



L'âge des médecins se répartit comme décrit dans la figure 2. Deux médecins n'ont pas précisé leur âge.

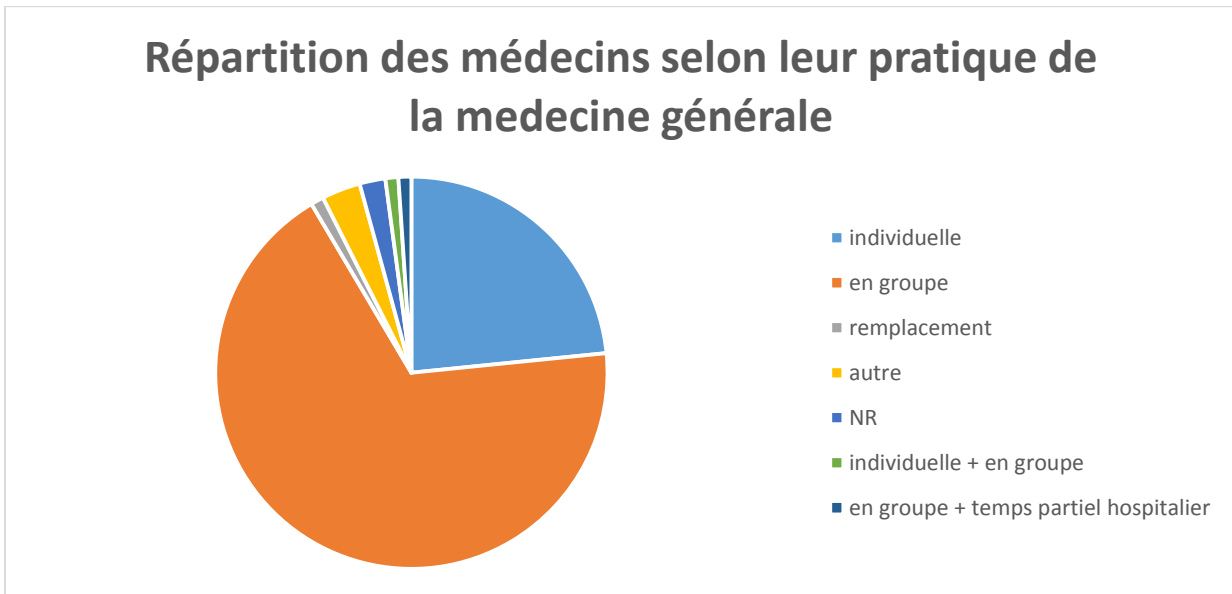
Figure 2 : répartition des médecins selon leur âge



## ii. Mode d'exercice des médecins

La grande majorité des médecins ayant répondu travaille en groupe (69%). 24% des praticiens exercent seuls. 2 médecins ont une pratique autre de la médecine générale : un médecin angiologue (pratique accessoire de la médecine générale) et une collaboratrice libérale. Un médecin a précisé exercer en PSLA.

Figure 3 : Répartition des médecins selon leur pratique de la médecine générale



La plupart des cabinets de médecins se situe à moins de 15 minutes d'un cabinet de gynécologie (65%) ; 21% sont situés entre 15 et 30 minutes et 14% à plus de 30 minutes.

Figure 4 : répartition des médecins en fonction de leur distance d'un cabinet de gynécologie

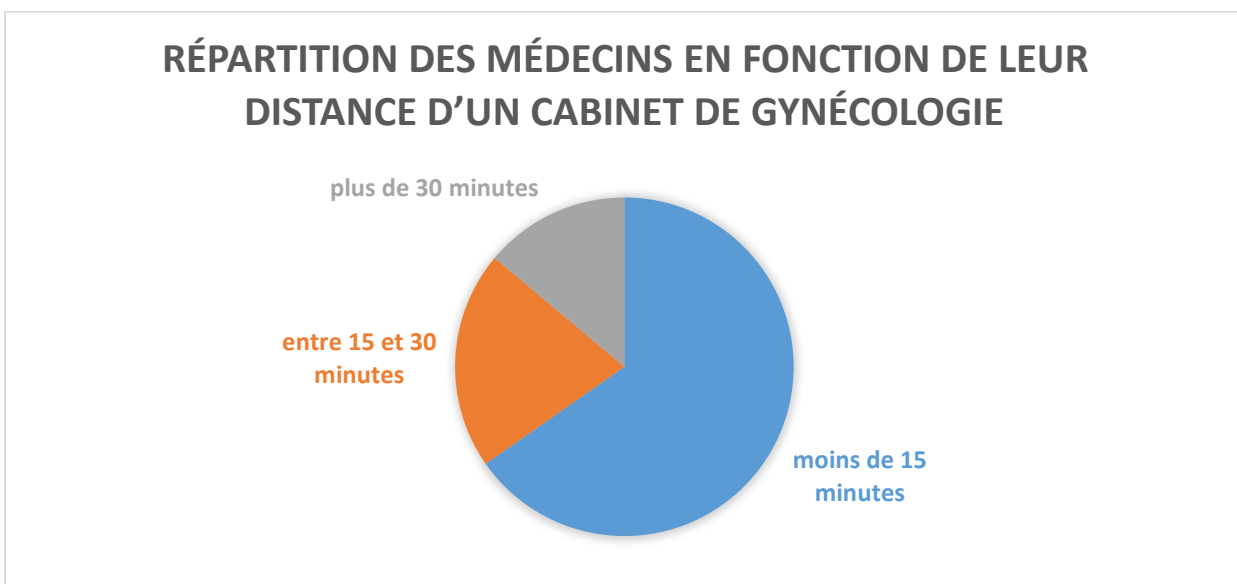


Tableau 4 : Distance entre les cabinets des médecins et un cabinet de gynécologie en fonction de leur département d'exercice

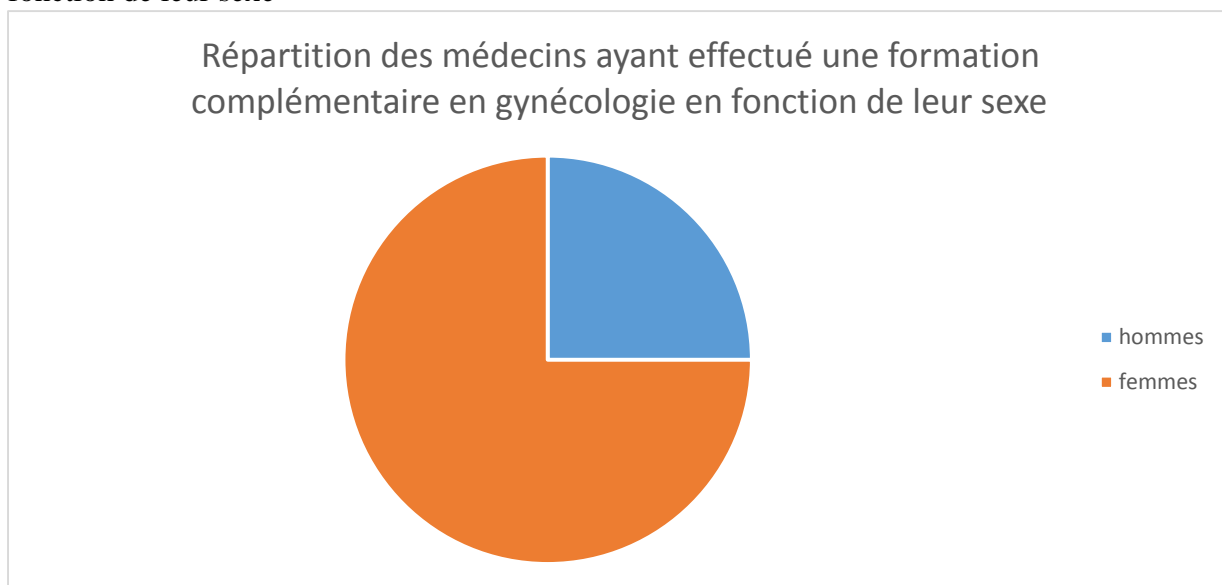
Distance d'un cabinet de gynécologie	Calvados		Manche		Orne	
	effectif	% selon la distance	effectif	% selon la distance	effectif	% selon la distance
moins de 15 minutes	38	69%	17	66%	5	42%
15 à 30 minutes	13	24%	4	15%	3	25%
plus de 30 minutes	4	7%	5	19%	4	33%
Total général	55	100%	26	100%	12	100%

La majorité des médecins de chaque département se trouve à moins de 15 minutes d'un cabinet de gynécologie (NS). La répartition des médecins situés entre 15 et 30 minutes d'un cabinet de gynécologie n'est pas statistiquement différente selon les départements (NS). Dans le Calvados, seuls 7% des médecins se situent à plus de 30 minutes d'un cabinet de spécialiste versus 19% dans la Manche et 33% dans l'Orne ( $p=0,03$ , différence significative).

### iii. Formation complémentaire en gynécologie obstétrique

12 médecins (13%) ont une formation complémentaire en gynécologie-obstétrique : 3 médecins hommes (5%) et 9 médecins femmes (23%) ( $p=0,02$ , différence significative).

Figure 5 : Répartition des médecins ayant effectué une formation complémentaire en gynécologie en fonction de leur sexe



La période de la formation complémentaire est représentée dans le tableau 5, en fonction de l'âge des médecins. La moitié des praticiens formés a effectué sa formation pendant ou à la suite de l'internat.

**Tableau 5** : répartition des médecins ayant fait une formation complémentaire en gynécologie en fonction de la période de formation et de l'âge du médecin.

Période de formation	Age du médecin				Total (période)
	30 ans ou moins	31-44ans	45-59 ans	60 ans ou plus	
pendant ou à la suite de l'internat	-	2	1	2	5
Dans les 5 1eres années d'exercice	-	-	3	-	3
5-15 ans après le début d'exercice	-	1	2	-	3
> 15 ans après le début d'exercice	-	-	-	1	1
<b>Total (âge)</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>12</b>

Les éléments ayant motivés ces 12 médecins à participer à une formation complémentaire sont :

- Amélioration de la prise en charge de toutes leurs patientes (cité par 10 médecins)
- Intérêt personnel pour la discipline (cité par 6 médecins)
- Pour pallier un manque géographique de gynécologue (cité par 3 médecins).

## **b. Freins à la palpation mammaire par les médecins**

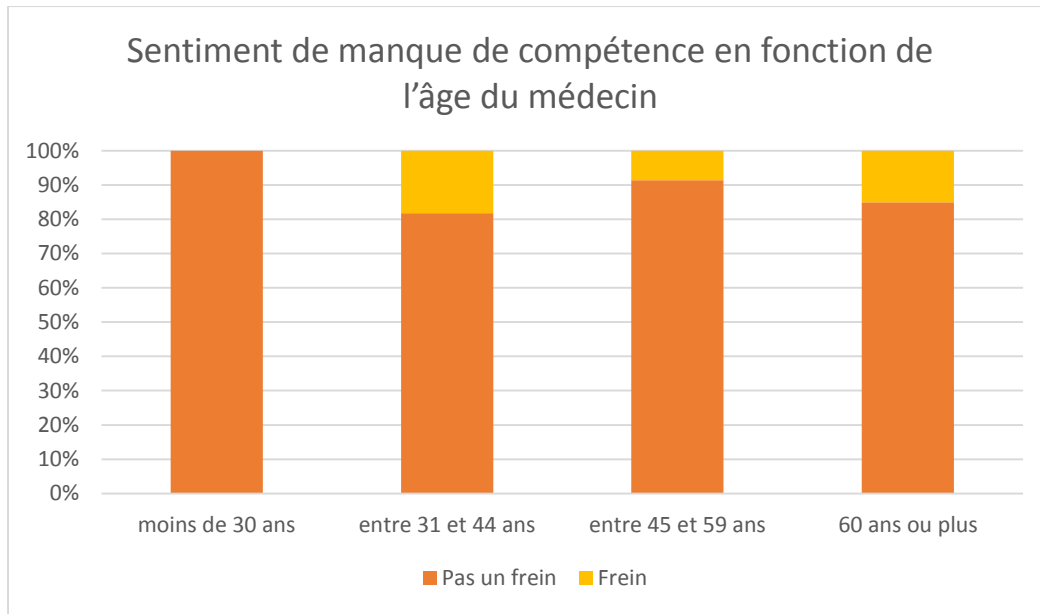
Nous nous sommes intéressés aux médecins ayant répondu « oui » aux différentes propositions de freins à l'examen sénologique.

### **i. Sentiment de manque de compétence**

13% des médecins considèrent que le sentiment de manque de compétence à la palpation mammaire est un frein à l'examen clinique des seins. (13% des médecins femmes et 13% des médecins hommes). Il n'y a pas de différence significative entre les réponses des hommes et des femmes.

Les médecins âgés entre 31 et 44 ans sont les plus nombreux à considérer que le sentiment de manque de compétence limite l'examen clinique des seins (18%). La différence de pourcentage observée entre les tranches d'âge n'est pas significative. Aucun médecin de 30 ans ou moins, 9% des médecins âgés de 45 à 59 ans et 14% des praticiens de 60 ans ou plus ont le sentiment que le manque de compétence dans la palpation mammaire est un frein à cet acte.

**Figure 6** : Sentiment de manque de compétence en fonction de l'âge du praticien



Il n'y a pas de différence observée dans l'expression de ce facteur limitant en fonction du département d'exercice.

Les médecins n'ayant pas de formation complémentaire en gynécologie sont moins nombreux à avoir répondu que le sentiment de manque de compétence est un frein à l'examen sénologique : 12% des médecins n'ayant pas de formation et 17% des médecins ayant une formation (NS).

Le manque de compétence est un frein à la palpation mammaire pour 13% des médecins.

## ii. Sentiment d'inutilité versus mammographie

17 médecins soit 18% citent le sentiment d'inutilité comme un élément limitant l'examen clinique des seins : 20% des hommes, 15% des femmes (NS).

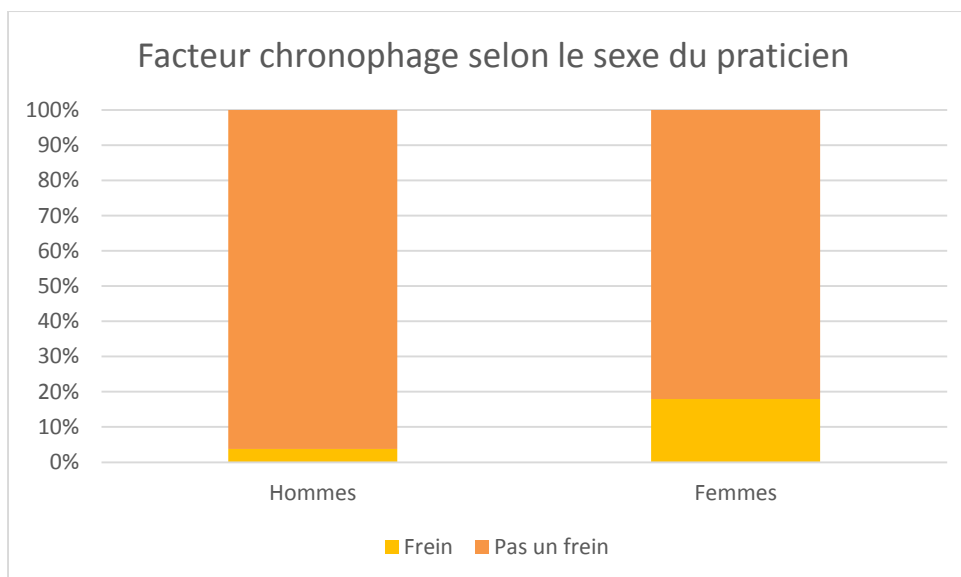
33% des médecins de 30 ans ou moins, 18% des médecins de 31 à 44 ans, 20% des médecins de 45 à 59 ans et 10% des médecins de 60 ans ou plus classent cet item comme frein à la palpation mammaire (NS). Les médecins n'ayant pas indiqué leur âge ont été exclus.

24% des médecins calvadosiens, 8% des médecins manchois et 16% des médecins ornais ont considéré cette proposition comme un frein. (NS)

### iii. Chronophage

Le temps nécessaire à l'examen des seins est un facteur limitant pour 10% des médecins. 4% des hommes et 18% des femmes. ( $p=0,03$ , différence significative).

Figure 7 : Facteur Chronophage en fonction du sexe



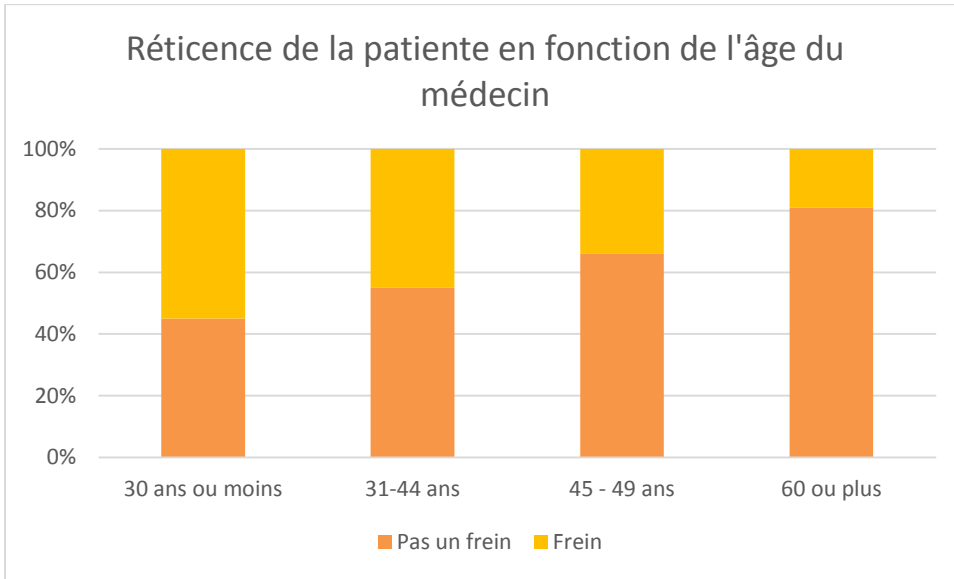
La répartition des médecins ayant choisi ce frein est composée à 78% de femmes et 22% d'hommes ( $p=0,06$ , tendance significative).

### iv. Réticence de la patiente

La réticence de la patiente est un frein à la palpation mammaire pour 33 médecins (35%) : 22 hommes (41%) et 11 femmes (28%) (NS).

Comme le montre la figure 8, il n'y a pas de différence significative entre les différentes tranches d'âge des médecins considérant la réticence de la patiente comme facteur limitant l'examen sénologique. Le lieu d'exercice n'a pas non plus d'influence sur la sélection de ce facteur.

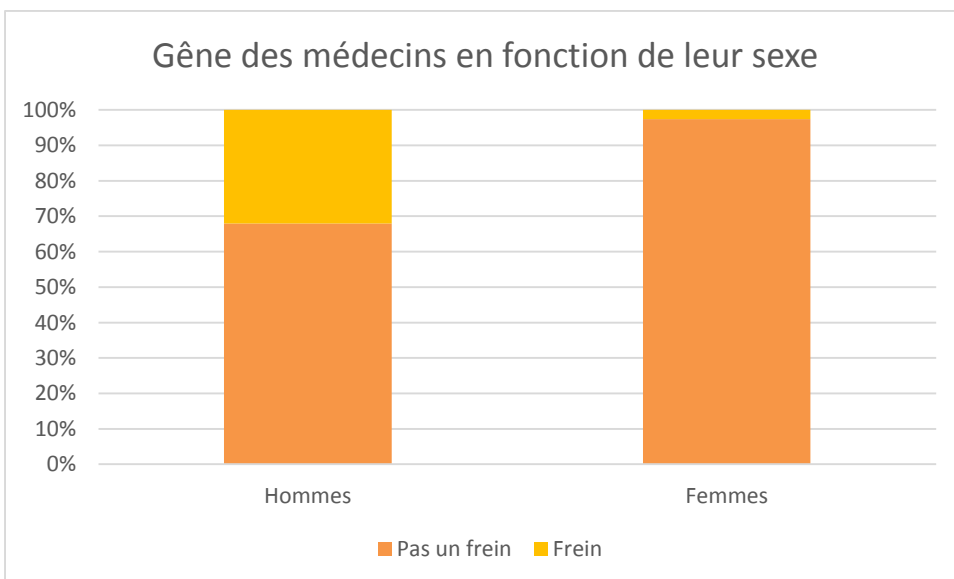
**Figure 8** : Réticence de la patiente en fonction de l'âge du médecin



v. Gêne du médecin

31% des médecins hommes considèrent que la gêne du médecin est un frein à l'examen clinique des seins contre 3% des médecins femmes. ( $p=0,0003$ , différence significative). Une seule femme, de plus de 60 ans, a sélectionné ce frein.

**Figure 9** : Gêne du médecin en fonction du sexe du praticien



Aucun médecin de 30 ans ou moins n'a déclaré la gêne du médecin comme étant un facteur limitant la palpation mammaire. Pour 21% des médecins de 31 à 44 ans, 11% des médecins de 45 à 59 ans et 33% des médecins de 60 ans ou plus, la gêne du médecin limite la palpation mammaire. (NS)

vi. Suivi gynécologique assuré par un spécialiste

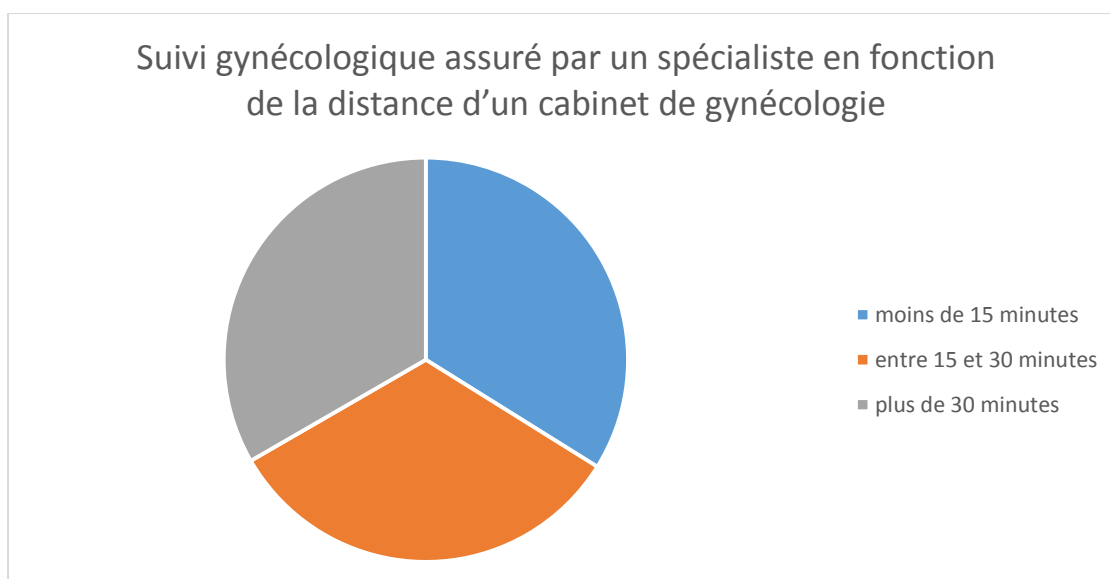
Le suivi gynécologique assuré par un spécialiste est un facteur limitant l'examen des seins pour 61% des médecins, 65% des hommes et 56% des femmes (NS).

Tableau 6 : Suivi gynécologique assuré par un spécialiste en fonction de la distance d'un cabinet de gynécologie.

Suivi assuré par un spécialiste	moins de 15 minutes	entre 15 et 30 minutes	plus de 30 minutes	Total (%age sur effectif total des médecins)
Pas un frein	14 (23%)	6 (30%)	3 (23%)	23 (25%)
incertain	9 (15%)	2 (10%)	2 (15%)	13 (14%)
Frein	<b>37 (62%)</b>	<b>12 (60%)</b>	<b>8 (61%)</b>	<b>57 (61%)</b>
<b>Total général</b>	60 (100%)	20 (100%)	13 (100%)	93 (100%)

La répartition des médecins ayant sélectionné « le suivi gynécologique assuré par un spécialiste » comme un frein à la palpation mammaire ne diffère pas selon la distance d'un cabinet de gynécologie (NS).

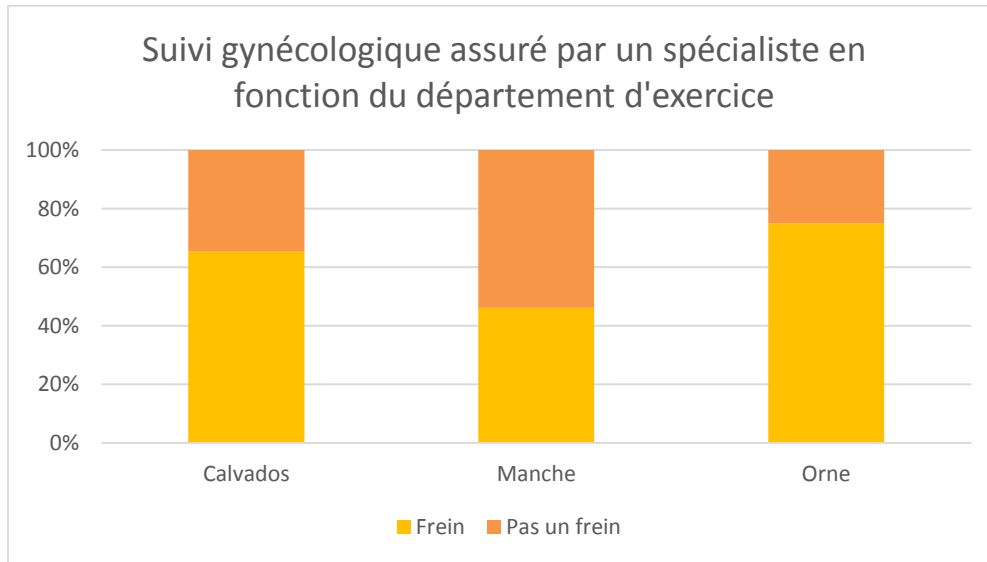
Figure 10 : Répartition des médecins ayant considéré le « Suivi gynécologique assuré par un spécialiste » comme un frein en fonction de la distance d'un cabinet de gynécologie





Pour 65% des médecins du Calvados, 46% des médecins de la Manche et 75% des médecins de l'Orne, le fait que la patiente soit suivie au point de vue gynécologique par un spécialiste est un facteur limitant la palpation mammaire (NS).

**Figure 11** : Suivi gynécologique assuré par un spécialiste en fonction du département d'exercice du praticien



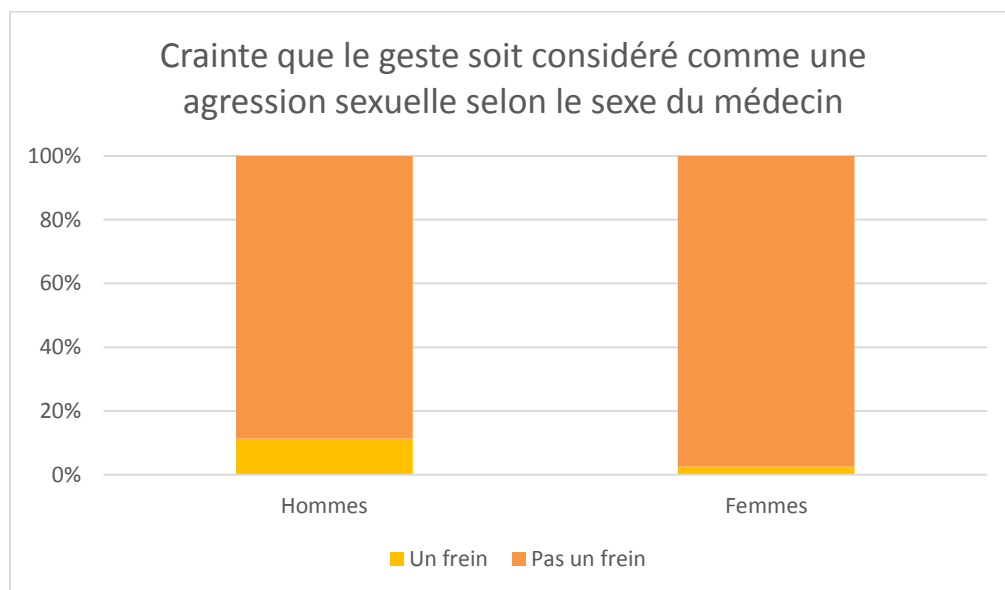
Les médecins de la Manche ont proportionnellement moins choisi ce facteur comme étant un frein à leur examen sénologique mais la différence est statistiquement non significative.

vii. Manque d'intérêt pour la gynécologie

Le manque d'intérêt pour la gynécologie n'a été sélectionné que par deux médecins hommes comme étant un frein à la palpation mammaire. Ceux-ci sont âgés entre 31 et 44 ans.

viii.  Crainte que le geste soit considéré comme une agression sexuelle

**Figure 12** : Crainte que le geste soit considéré comme une agression en fonction du sexe du praticien

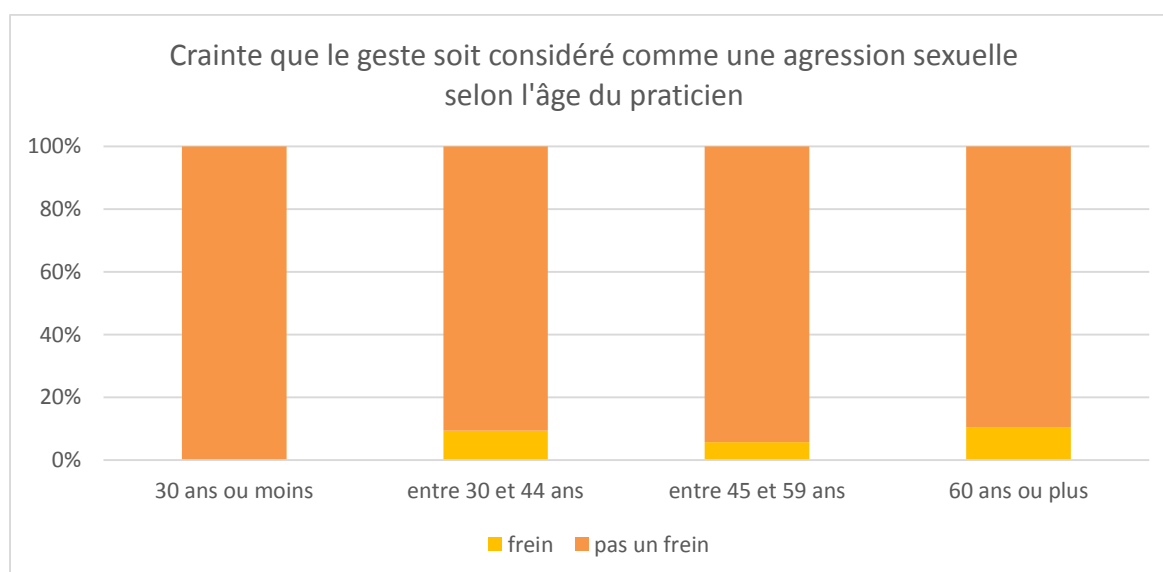


Pour 7 médecins (7%), la crainte que le geste soit considéré comme une agression sexuelle est un frein à leur examen clinique (1 femme (2%) et 6 hommes (11%)) (NS).

Les médecins ayant sélectionné ce facteur limitant sont des hommes à 85% ( $p=0,03$ , différence significative).

Parmi les médecins ayant la crainte que le geste soit considéré comme une agression sexuelle, la répartition des réponses ne varie pas en fonction de l'âge du médecin : 9% sont âgés de 31 à 44 ans, 6% de 45 à 59 ans et 11% de 60 ans ou plus (NS) comme le montre la figure 13.

**Figure 13** : Crainte que le geste soit considéré comme une agression sexuelle en fonction de l'âge du praticien



5% des médecins exerçant dans le Calvados, 7% dans la Manche et 16% dans l'Orne craignent que le geste soit considéré comme une agression sexuelle (NS).

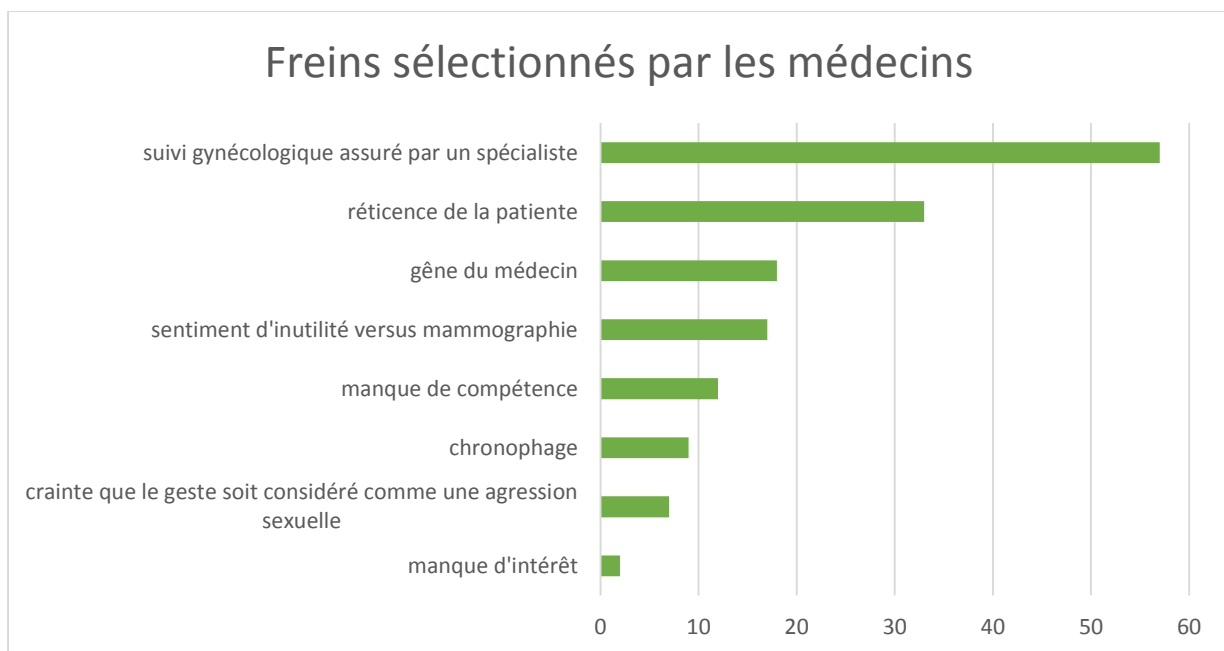
ix. Autres freins à l'examen clinique des seins

15 médecins ont évoqué d'autres freins à la palpation mammaire :

- Négligence, cité à 5 reprises
- Multiples autres motifs de consultation encombrant la consultation, cités à 4 reprises
- Examen peu fiable sauf en cas de tuméfaction palpable, cité 2 fois
- Manque de connaissance de la patiente sur l'intérêt de cet examen, cité 1 fois
- Orientation régulière vers une collègue sage-femme si besoin, cité 1 fois
- Absence de source indiquant l'intérêt de l'examen des seins dans le cadre de la contraception, cité 1 fois ; dans tous les cadres, cité 1 fois
- Prescription d'un bilan radiologique systématique à toute patiente inquiète pour sa poitrine (quel que soit le motif de consultation et le résultat de la palpation), cité 1 fois.

x. Récapitulatif des facteurs limitant la palpation mammaire

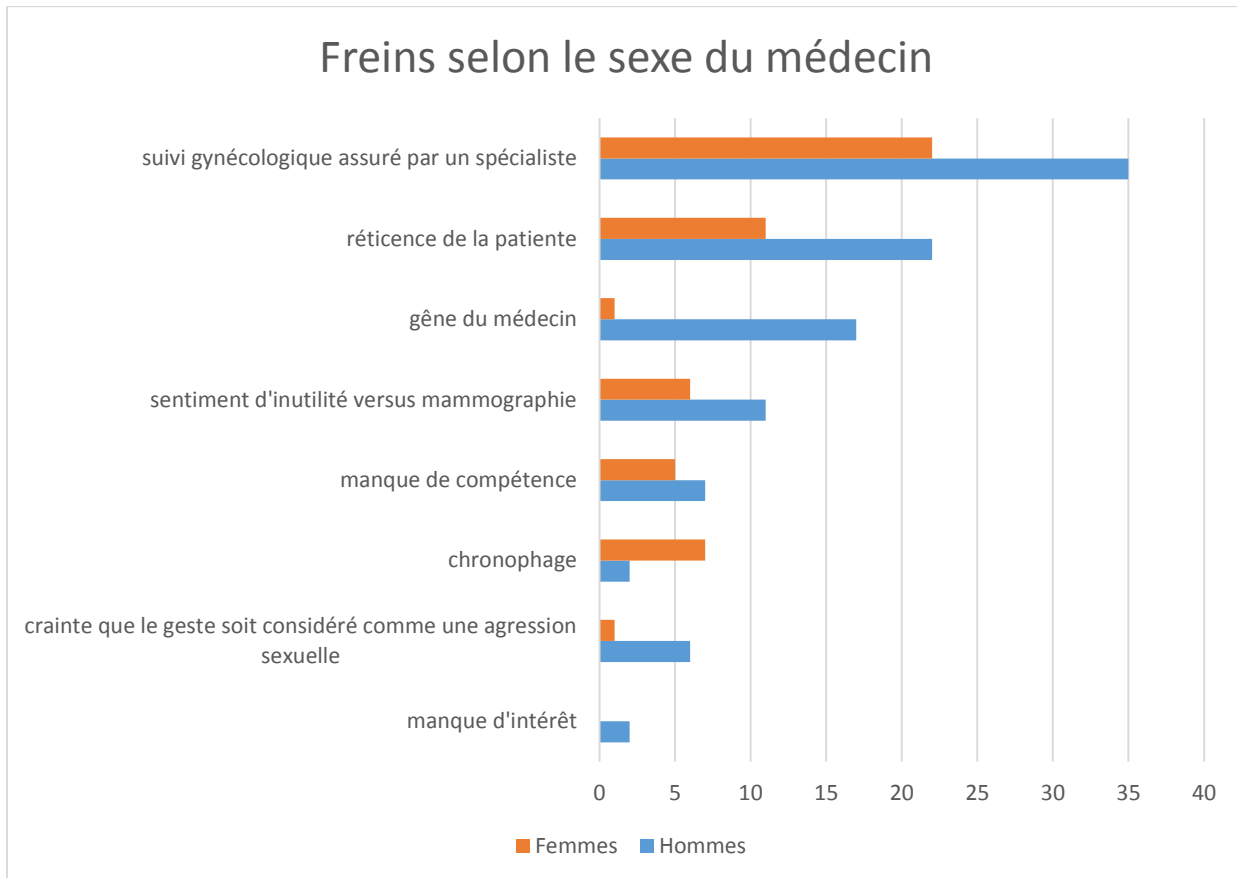
Figure 14 : Freins sélectionnés par les médecins (en effectif)



Les facteurs limitant la palpation mammaire sont, par ordre de fréquence décroissante :

- Suivi gynécologique assuré par un spécialiste (61%)
- La réticence de la patiente (35%)
- La gêne du médecin (19%)
- Sentiment d'inutilité versus mammographie (18%)
- Manque de compétence (13%)
- Chronophage (9%)
- Crainte que le geste soit considéré comme une agression sexuelle (7%)
- Manque d'intérêt (2%)

**Figure 15** : Répartition des freins selon le sexe du praticien (en pourcentage)



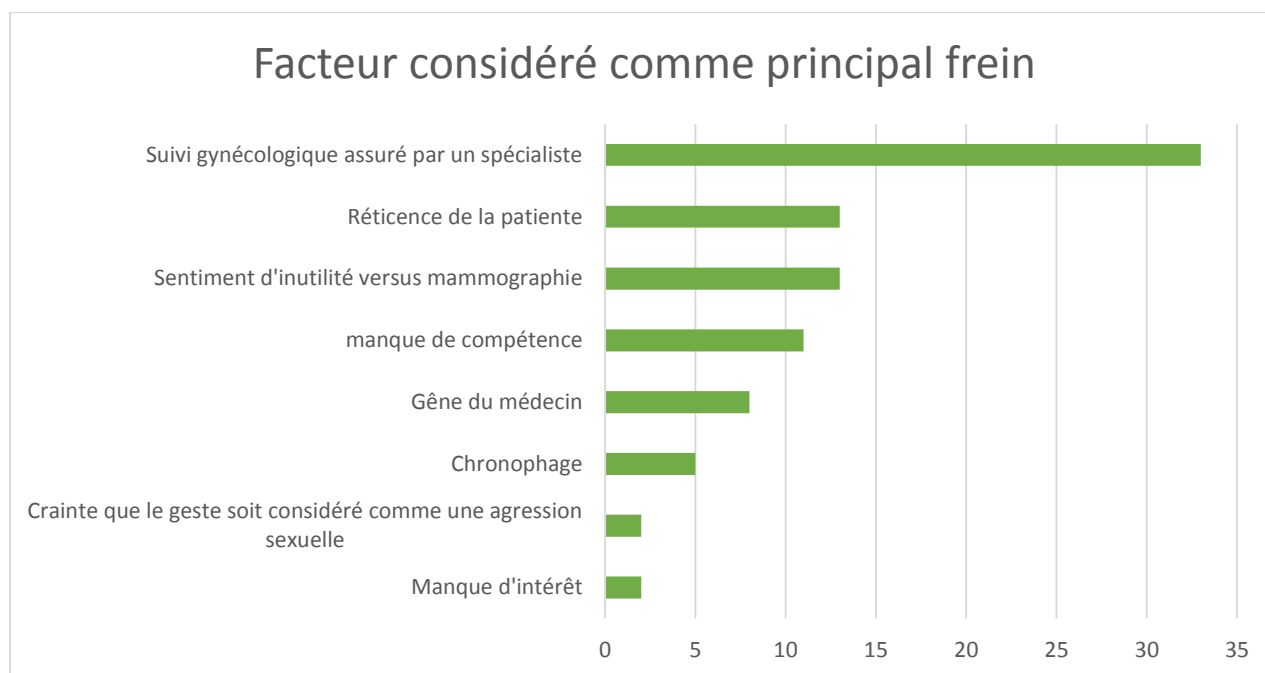
Les facteurs suivants sont statistiquement différents selon le sexe du médecin :

- Gêne du médecin, cité plus fréquemment par les praticiens hommes ( $p=0,0003$ , différence significative)
- Chronophage, plus souvent choisi par les médecins femmes ( $p=0,02$ , différence significative)

Concernant les autres facteurs, nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative selon le sexe.

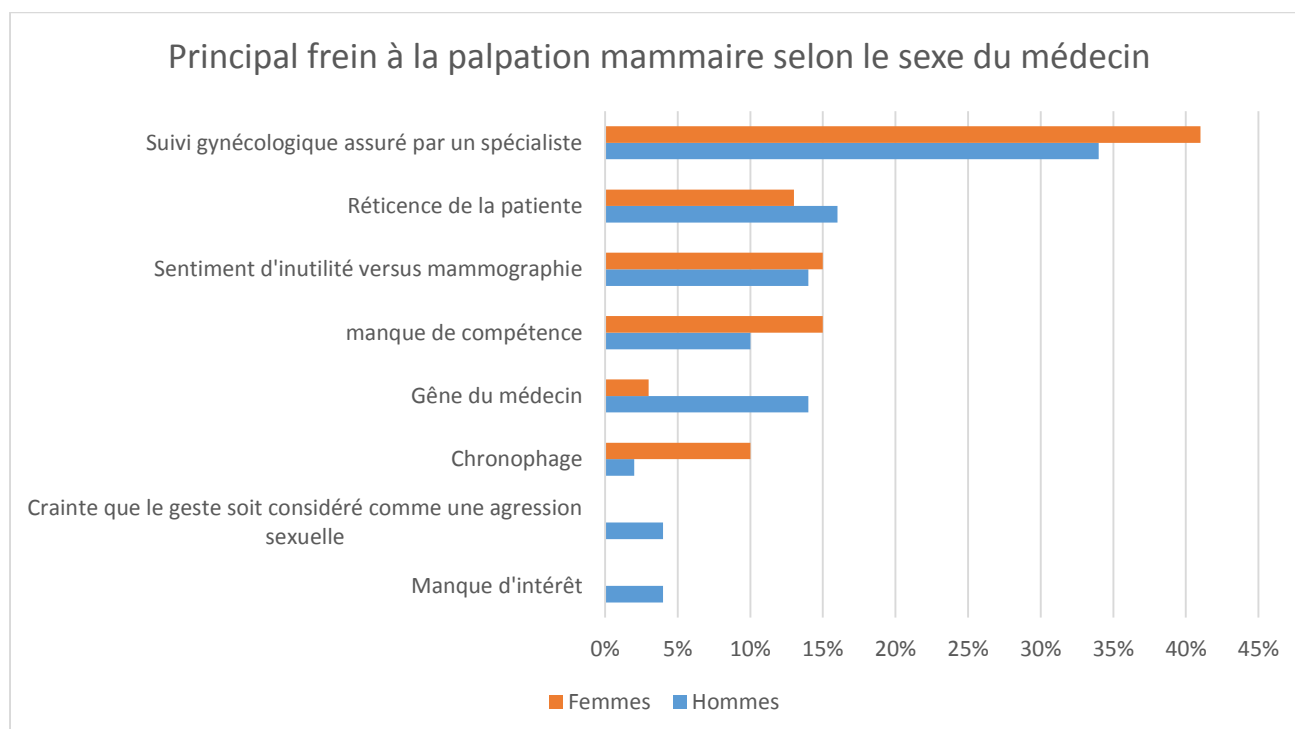
xi. Le principal frein à la palpation mammaire

Figure 16 : Répartition du facteur principal limitant la palpation mammaire en nombre effectif



Le principal frein à la palpation mammaire pour l'ensemble des médecins de l'étude est le suivi gynécologique assuré par un spécialiste (36%). 5 réponses ont été exclues car le médecin a sélectionné plusieurs facteurs limitants ou n'a pas répondu à la question.

Figure 17 : répartition du facteur considéré comme principal frein selon le sexe du médecin



Les 3 principaux facteurs limitants la palpation mammaire d'après les médecins hommes sont :

- Suivi gynécologique assuré par un spécialiste (34%)
- Réticence de la patiente (16%)
- Sentiment d'inutilité versus mammographie (14%)

Pour les médecins femmes, les 3 principaux freins à l'examen des seins sont, par ordre de fréquence décroissante :

- Suivi gynécologique assuré par un spécialiste (41%)
- Réticence de la patiente (13%)
- Sentiment d'inutilité versus mammographie (15%) et Manque de compétence (15%)

La gêne du médecin est choisie comme principal frein par d'avantage d'hommes (14%) que de femmes (3%) ( $p=0,07$ , tendance significative). A l'inverse, le temps dédié à cet examen est considéré comme limitant l'examen des seins pour 10% des femmes contre 2% des hommes mais la différence est non significative statistiquement.

#### xii. Facteurs limitants classés « incertain »

Le questionnaire permettait aux médecins de choisir pour chaque facteur limitant l'examen sénologique 3 options de réponses : « oui », « incertain » et « non ».

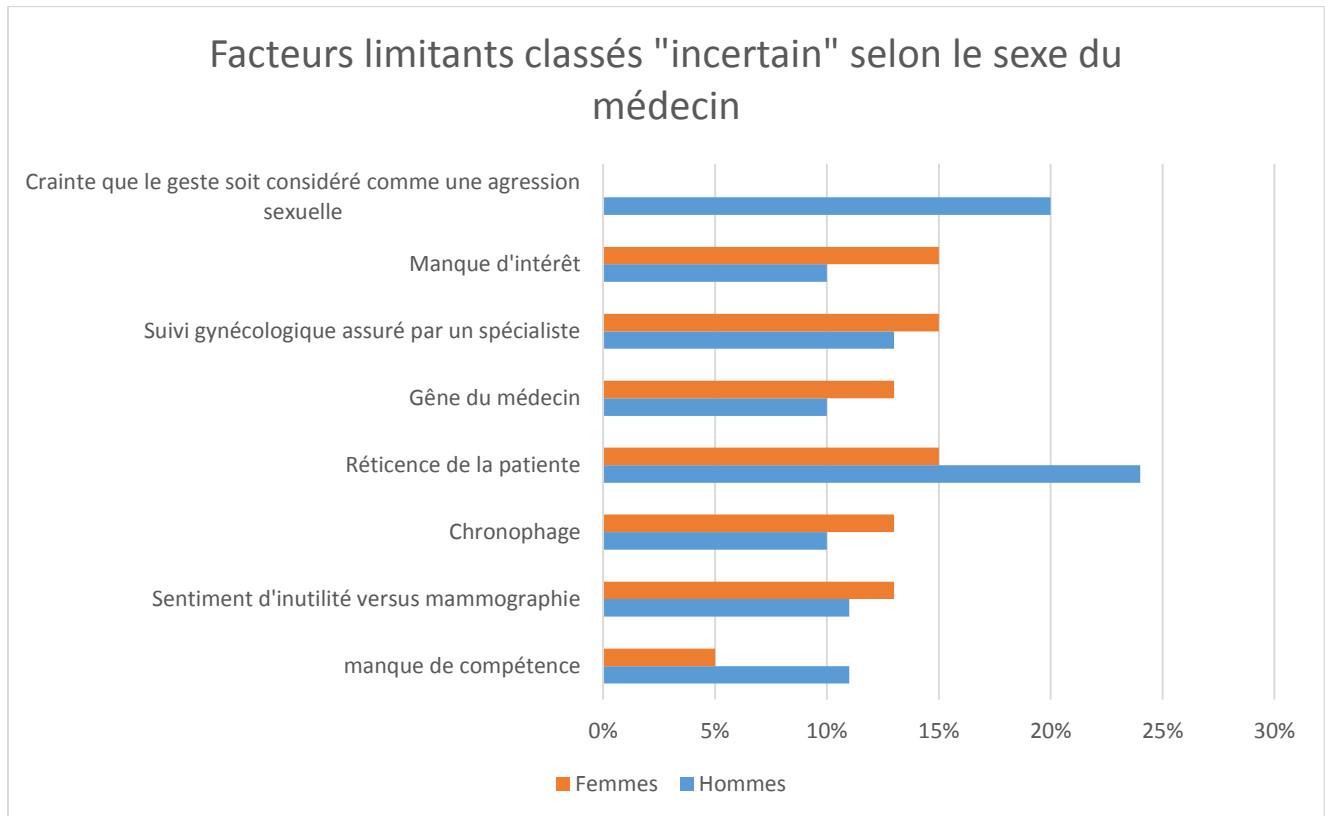
Le facteur ayant été classé le plus fréquemment comme « incertain » est « la réticence de la patiente ». (19 médecins, 20%).

Ce facteur a également été le plus souvent classé comme « incertain » par les médecins hommes (13 réponses, soit 24%).

En revanche, les médecins femmes ont classé 3 facteurs comme « incertain » à la même fréquence (6 réponses, soit 15%) :

- Réticence de la patiente
- Suivi gynécologique assuré par un spécialiste
- Manque d'intérêt pour la gynécologie.

Figure 18 : Répartition des facteurs limitants classés « incertain » en fonction du sexe du praticien



La crainte que le geste soit considéré comme une agression sexuelle a été classée « incertain » par 20% des médecins hommes et aucun médecin femme ( $p=0,002$ , différence significative).

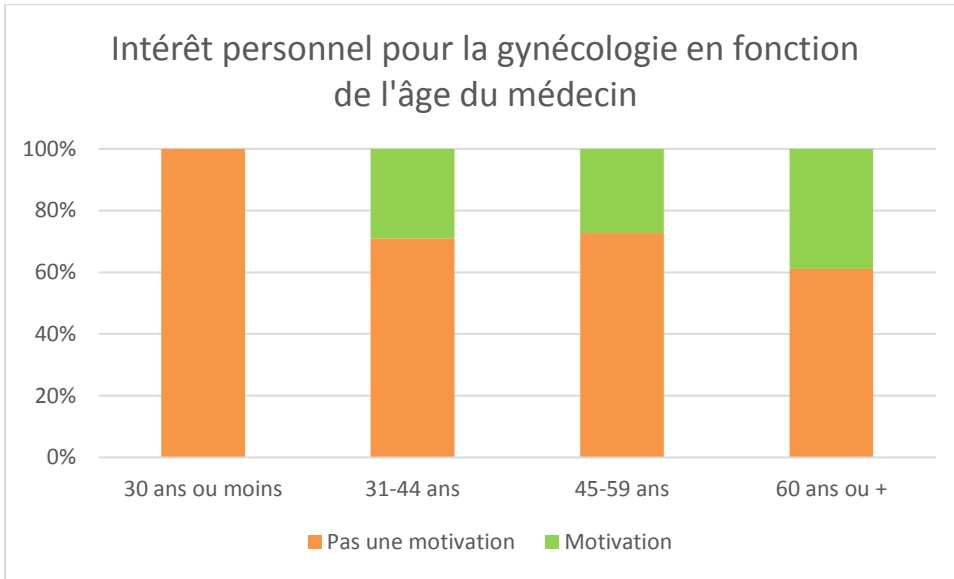
### c. Facteurs motivant l'examen clinique des seins par les médecins généralistes

#### i. Intérêt personnel pour la gynécologie

27% des médecins ont déclaré que l'intérêt personnel pour la gynécologie est un facteur motivant l'examen clinique des seins. 24% des hommes et 31% des femmes ont répondu positivement à cet item. (NS)

La figure 19 montre la fréquence de choix de ce facteur en fonction de l'âge du médecin. (NS)

Figure 19 : Intérêt personnel pour la gynécologie selon l'âge du médecin.

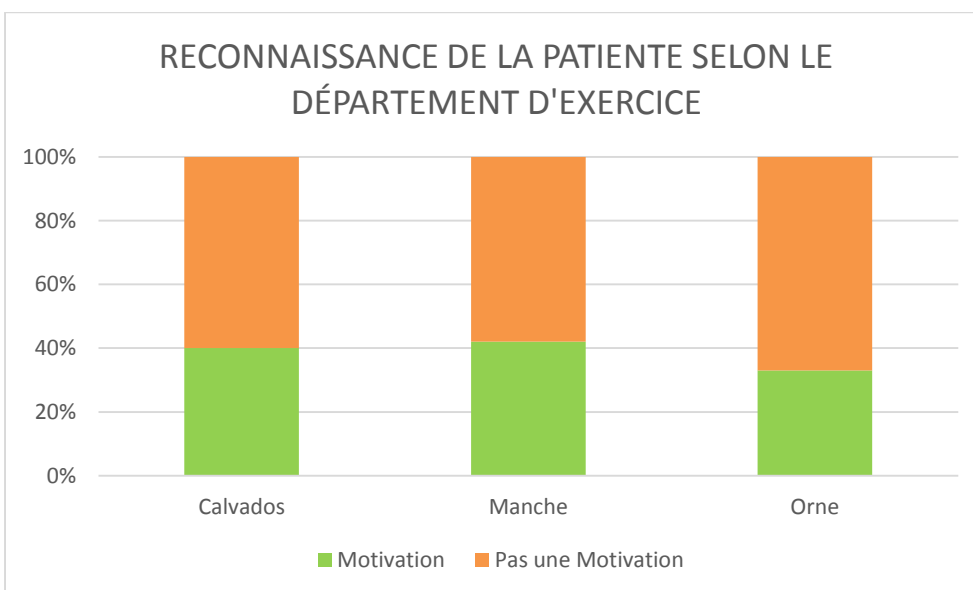


ii. Reconnaissance de la patiente

35 médecins (38%) ont classé « la reconnaissance de la patiente » comme facteur motivant l'examen clinique des seins. 15 femmes (38%) et 20 hommes (37%) (NS).

40% des médecins du Calvados, 42% de la Manche et 33% de l'Orne ont sélectionné ce facteur comme étant une motivation (NS).

Figure 20 : Reconnaissance de la patiente selon le département d'exercice du praticien

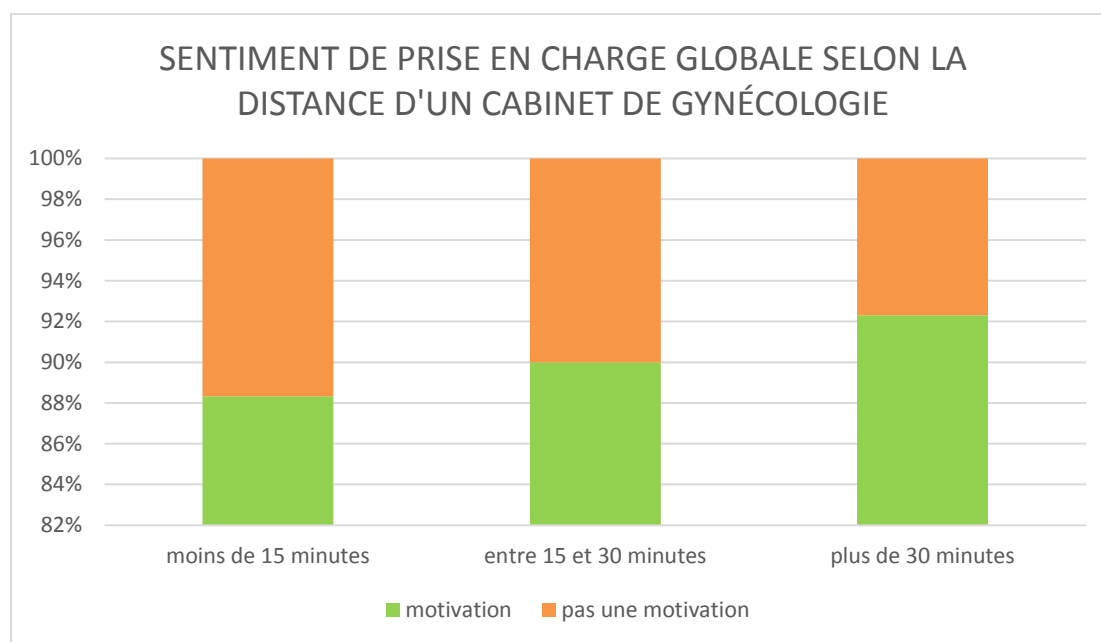




### iii. Sentiment de prise en charge globale de la patiente

83 médecins, soit 89% considèrent que le sentiment de prise en charge globale motive la palpation des seins. 49 hommes (91%) et 34 femmes (87%) (NS).

**Figure 21** : Sentiment de prise en charge globale selon la distance d'un cabinet de gynécologie

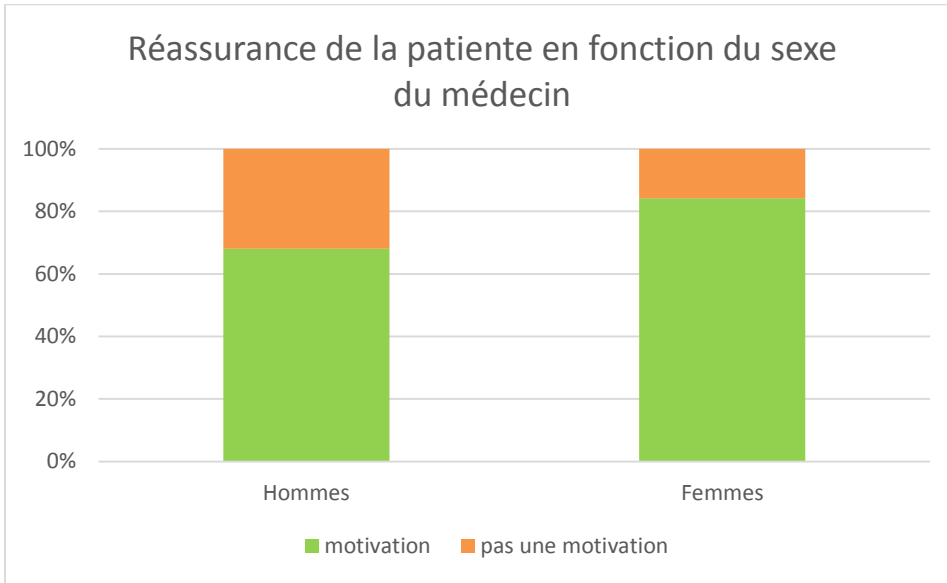


88% des répondants situés à moins de 15 minutes d'un cabinet de gynécologie, 90% situés entre 15 et 30 minutes et 92% situés à plus de 30 minutes sont motivés par le sentiment de prise en charge globale de la patiente lors de l'examen mammaire. (NS)

### iv. Réassurance de la patiente

Le facteur « réassurance de la patiente » est considéré comme un facteur motivant l'examen clinique mammaire pour 71% des médecins. 63% des hommes et 82% des femmes. ( $p=0,05$ , différence significative).

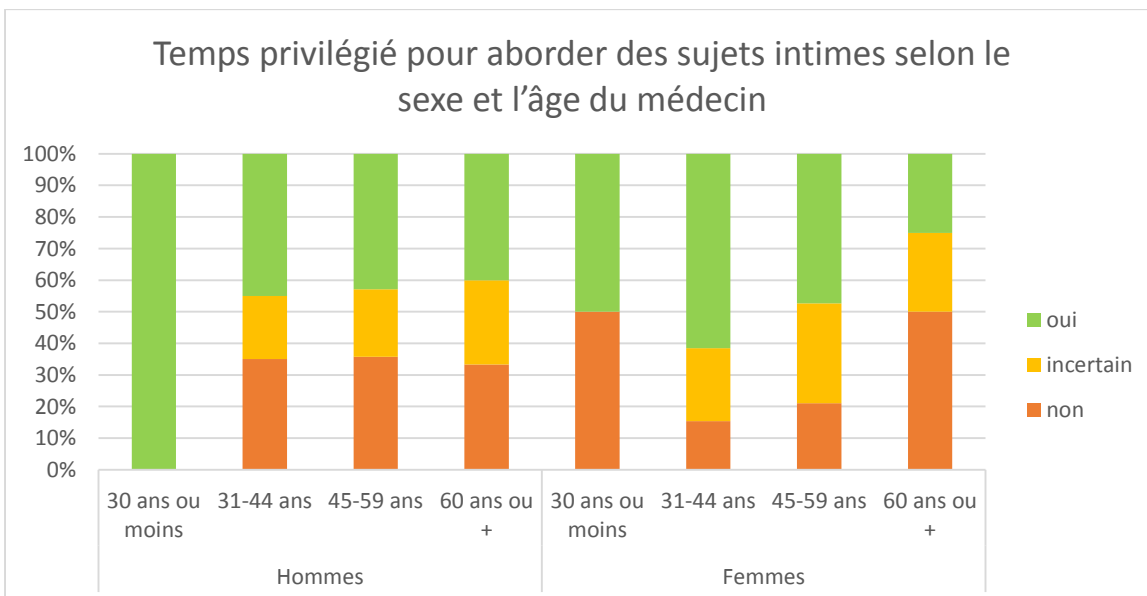
Figure 22 : Réassurance de la patiente en fonction du sexe du médecin



Il n'y pas de différence significative de choix du facteur « réassurance de la patiente » en fonction de l'âge du médecin.

v. Temps privilégié pour aborder des sujets intimes (contraception, sexualité, incontinence)

Figure 23 : Temps privilégié pour aborder des sujets intimes selon le sexe et l'âge du médecin



Le temps privilégié pour aborder des sujets intimes qu'offre la palpation mammaire est un facteur motivant ce geste clinique pour 44% des médecins : 41% des hommes et 49% des femmes (NS).

Les médecins de 30 ans ou moins ont sélectionné cette proposition comme facteur motivant à 67%, tandis que les médecins de 60 ans ou plus n'ont répondu positivement qu'à 29%. (NS)

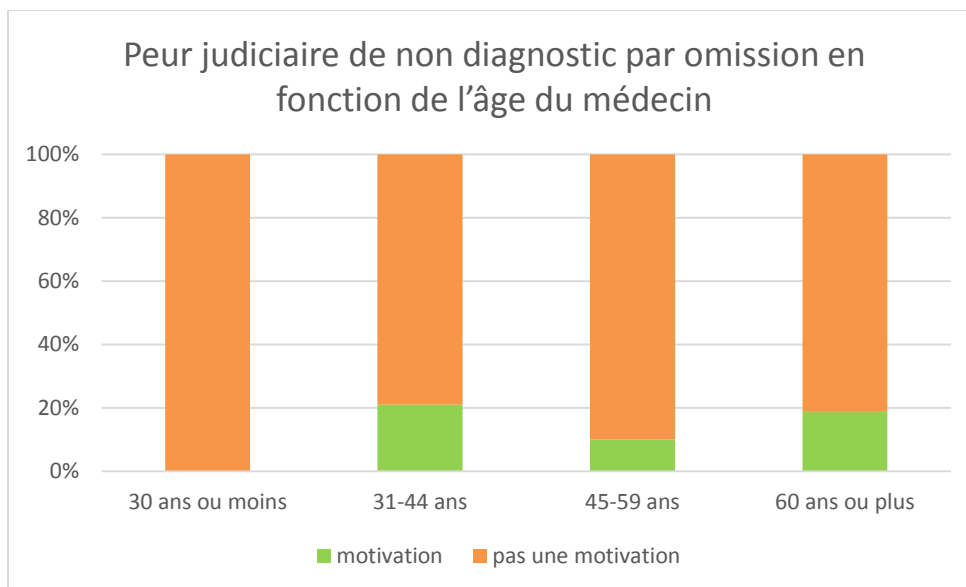
vi. Pratique de gestes techniques

Ce facteur est classé motivant pour 26% des médecins : 19% des hommes et 28% des femmes. (NS)

vii. Peur judiciaire de non diagnostic par omission

14 médecins (15%) ont déclaré que ce facteur est une motivation à l'examen clinique des seins. 7 hommes (13%) et 7 femmes (31%). (NS)

Figure 24 : Peur judiciaire de non diagnostic par omission en fonction de l'âge du médecin



L'âge du praticien n'influe pas sur la sélection de ce facteur comme motivation (NS).

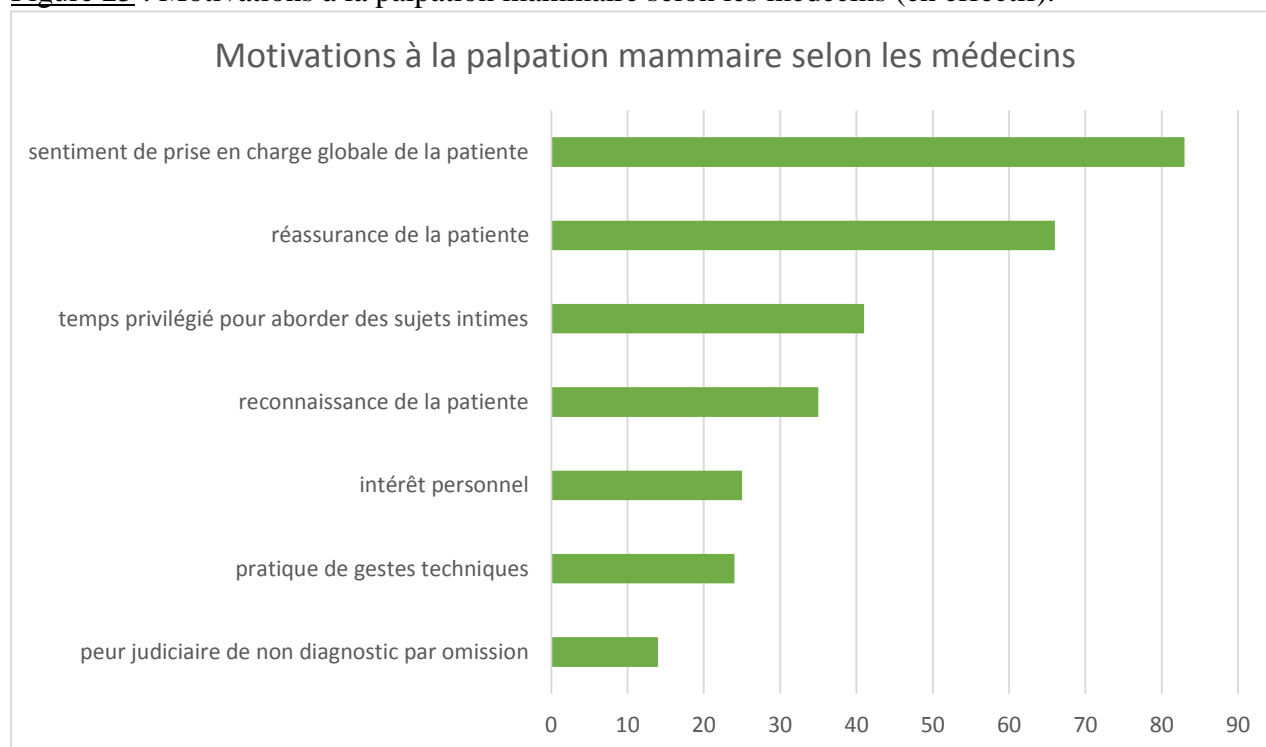
viii. Autres facteurs motivant l'examen sénologique

5 médecins ont rapporté un autre facteur motivant (4 hommes et 1 femme) :

- Intérêt du dépistage ou de la prévention cité par les 4 médecins hommes
- Examen réalisé intégralement cité par 1 médecin femme

ix. Récapitulatif des facteurs motivant l'examen clinique des seins

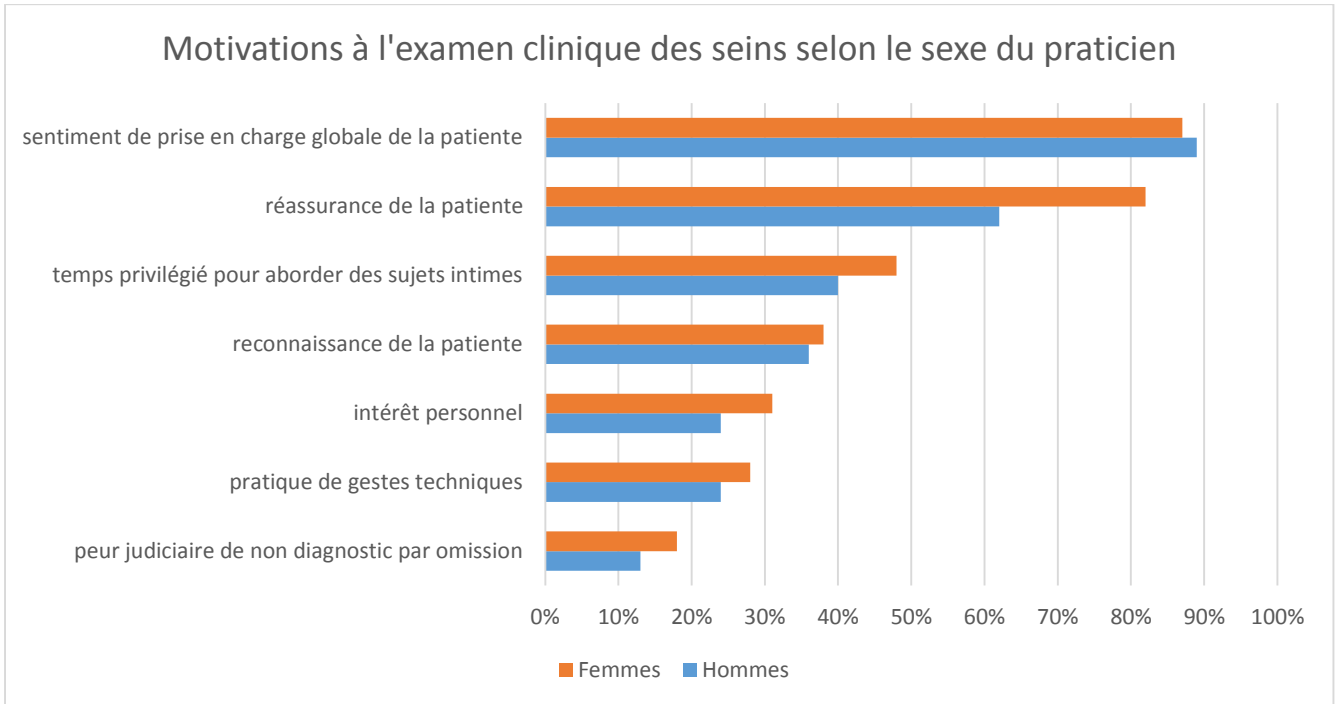
Figure 25 : Motivations à la palpation mammaire selon les médecins (en effectif).



Les motivations à la palpation mammaires sont par ordre de fréquence décroissante :

- Le sentiment de prise en charge globale de la patiente (88%)
- La réassurance de la patiente (70%)
- Le temps privilégié pour aborder des sujets intimes (44%)
- La reconnaissance de la patiente (37%)
- L'intérêt personnel (27%)
- La pratique de gestes techniques (25%)
- La peur judiciaire de non diagnostic par omission (15%)

**Figure 26** : Motivations à l'examen sénologique selon le sexe du praticien (en pourcentage)

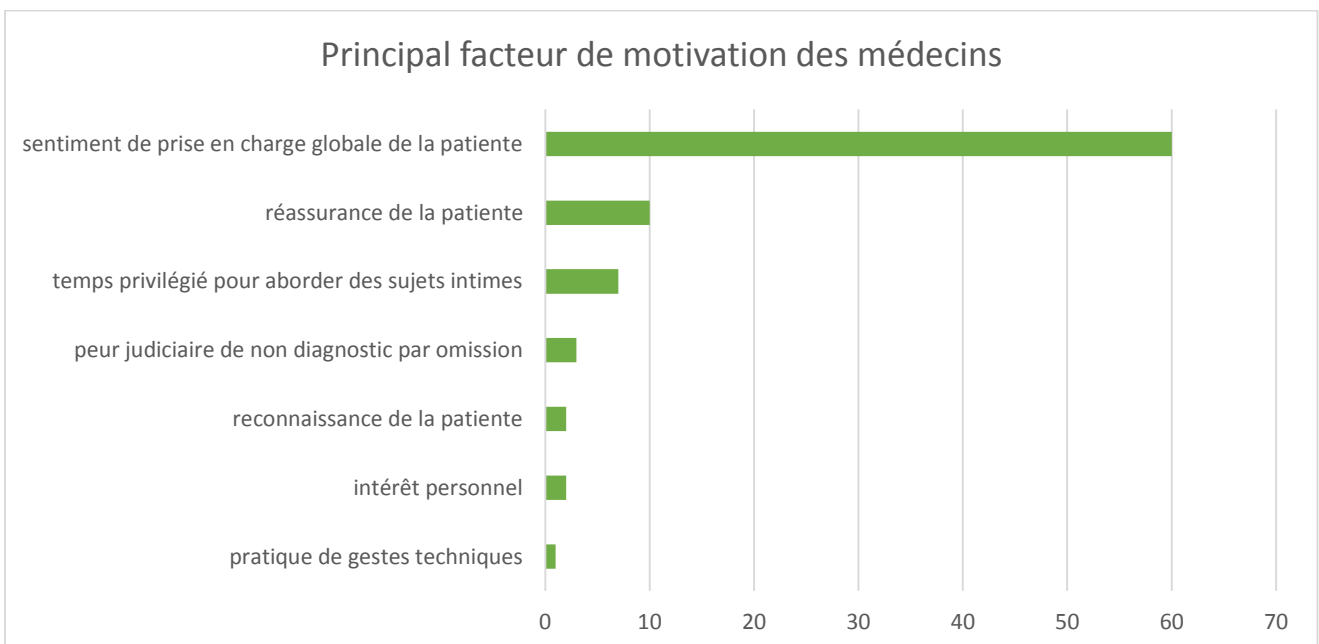


La réassurance de la patiente est le seul facteur de motivation qui diffère selon le sexe du praticien. Ce critère est davantage cité comme une motivation par les médecins femmes (82% des femmes contre 62% des hommes) ( $p=0,04$ , différence significative).

x. Principal facteur de motivation à la palpation mammaire

1 médecin femme et 4 médecins hommes ont choisi plusieurs critères comme principal critère motivant, ils ont été exclus de cette analyse.

**Figure 27** : Facteur considéré comme principale motivation à l'examen clinique selon les médecins

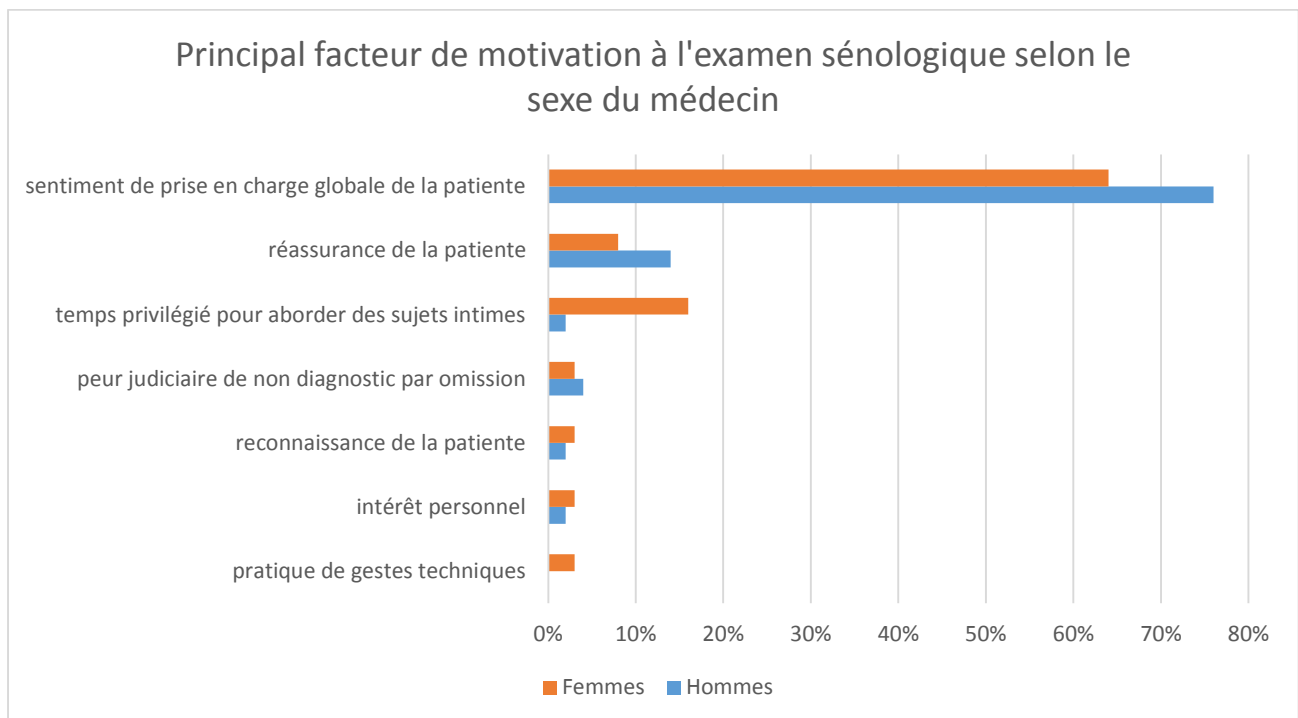


Le sentiment de prise en charge globale de la patiente est le critère considéré comme principale motivation à la palpation mammaire par la grande majorité des médecins (64%).

Les autres items ont été sélectionnés comme principale motivation à l'examen sénologique dans une moindre proportion :

- Réassurance de la patiente (11%)
- Temps privilégié pour aborder des sujets intimes (7%)
- Peur judiciaire de non diagnostic par omission (3%)
- Reconnaissance de la patiente (2%)
- Intérêt personnel (2%)
- Pratique de gestes techniques (1%)

**Figure 28** : Principal facteur de motivation selon le sexe du médecin (en pourcentage)



Les 3 principaux facteurs motivant l'examen clinique des seins pour les médecins hommes sont :

- Sentiment de prise en charge globale de la patiente (76%)
- Réassurance de la patiente (14%)
- Peur judiciaire de non diagnostic par omission (4%)

Les 3 principaux facteurs motivant l'examen clinique mammaire pour les femmes médecins sont :

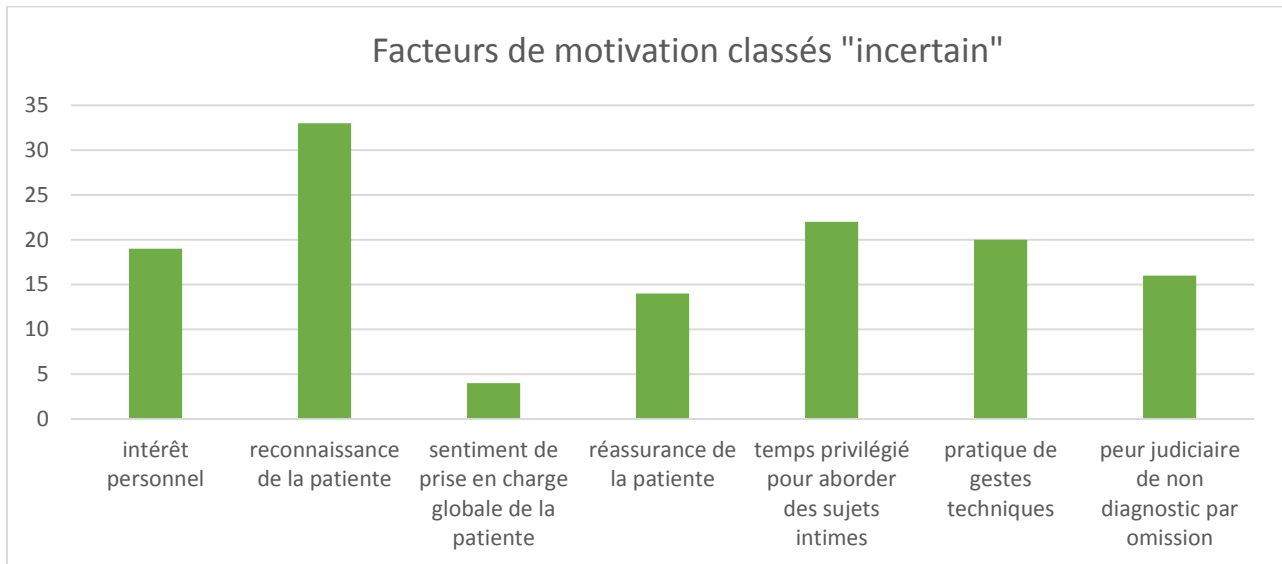
- Sentiment de prise en charge globale de la patiente (64%)
- Temps privilégié pour aborder des sujets intimes (16%)
- Réassurance de la patiente (8%)

Le temps pour aborder les sujets intimes est significativement plus considéré par les femmes comme principale motivation à la palpation mammaire ( $p=0,04$ ).

xi. Facteurs motivants classés « incertain »

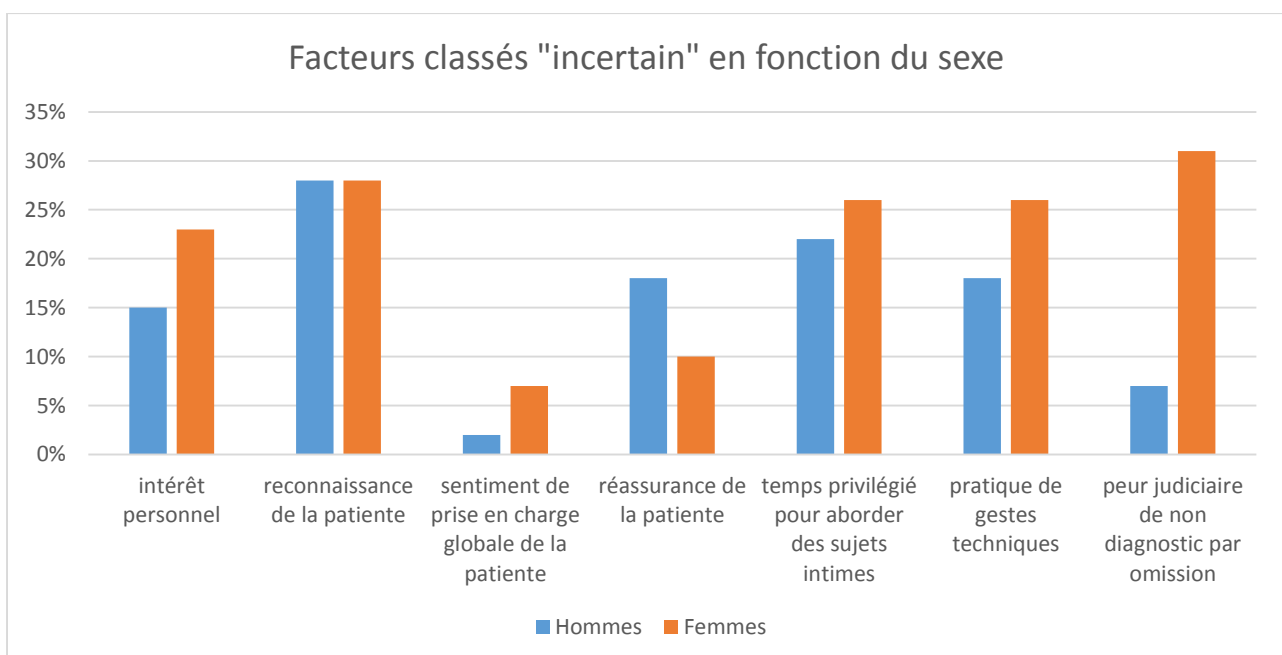
Le facteur classé « incertain » par le plus grand nombre de médecin est « la reconnaissance de la patiente ». (33 médecins, soit 36%).

**Figure 29** : Facteurs de motivation classés « incertain » par les médecins



Le facteur classé le plus fréquemment comme « incertain » par les médecins femmes est « la peur judiciaire de non diagnostic par omission » (31%) et par les médecins hommes « la reconnaissance de la patiente » (28%).

**Figure 30** : Répartition des facteurs classés "incertain" en fonction du sexe



La peur judiciaire de non diagnostic par omission est significativement plus souvent classée comme facteur motivant « incertain » par les médecins femmes (31%) ( $p=0,005$ ).

#### d. Connaissance des recommandations de la HAS et Pratiques de l'examen clinique des seins

36% des médecins déclarent connaître les recommandations de pratique clinique concernant l'examen des seins : 35% des hommes et 36% des femmes (NS). 3 médecins, des hommes, n'ont pas répondu à cette question.

Parmi les 81 médecins n'ayant pas de formation complémentaire en gynécologie, 29 (35%) connaissent les recommandations de la HAS. 5 médecins (42%) ayant une formation complémentaire déclarent les connaître. (NS)

##### i. Evaluation du risque des femmes de développer un cancer du sein

L'objectif de cette question était de savoir si les médecins savent évaluer le risque des femmes de développer un cancer du sein en fonction de certains antécédents.

Seulement deux médecins ont su classer correctement toutes les femmes. Il s'agit de deux femmes de plus de 60 ans, n'ayant pas de formation complémentaire en gynécologie.

##### 1. Sous traitement hormonal substitutif

Les femmes sous traitement hormonal substitutif sont à **risque intermédiaire**.

Tableau 7 : Evaluation du risque de cancer du sein des femmes sous traitement hormonal substitutif selon le sexe du médecin

évaluation du risque	Hommes Effectif (pourcentage)	Femmes Effectif (pourcentage)	Pourcentage sur total médecins
ne sait pas	3 (5%)	2 (5%)	5%
<b>intermédiaire</b>	<b>20 (38%)</b>	<b>20 (51%)</b>	<b>43%</b>
élevé	27 (50%)	15 (38%)	46%
très élevé	3 (5%)	1 (3%)	4%
NR	1 (2%)	1 (3%)	2%
Total	54 (100%)	39 (100%)	100%

43% des médecins ont classé correctement ces femmes. 46% des médecins ont considéré cet antécédent comme à risque élevé. Il n'y a pas de différence significative entre les bonnes réponses des femmes et des hommes.



**Tableau 8** : Evaluation du risque de cancer du sein des femmes sous traitement hormonal substitutif en fonction d'une formation complémentaire ou non

évaluation du risque	Formation (effectif)	Formation (pourcentage)	Pas de formation (effectif)	Pas de formation (pourcentage)
ne sait pas	0	0%	5	6%
<b>intermédiaire</b>	<b>7</b>	<b>58%</b>	<b>32</b>	<b>40%</b>
élevé	5	42%	38	46%
très élevé	0	0%	4	5%
NR	0	0%	2	3%
Total	12	100%	81	100%

Les médecins ayant une formation complémentaire ont su évaluer le risque de cancer de ces femmes à 58% contre 40% pour ceux n'ayant pas de formation complémentaire (NS). Nous remarquons que la plupart des médecins a classé les femmes sous traitement hormonal substitutif de la ménopause comme étant à risque élevé de cancer du sein.

## 2. Antécédent d'irradiation thoracique à haute dose

Les femmes ayant un antécédent d'irradiation thoracique à haute dose, notamment dans le cadre d'un traitement pour maladie de Hodgkin, sont à **risque élevé** de développer un cancer du sein.

**Tableau 9** : Evaluation du risque de cancer du sein des femmes ayant un antécédent d'irradiation thoracique à haute dose en fonction du sexe

Evaluation du risque	Hommes (effectif)	Hommes (pourcentage)	Femmes (effectif)	Femmes (pourcentage)	Pourcentage général
ne sait pas	7	13%	6	65%	14%
intermédiaire	4	7%	3	8%	7%
<b>élevé</b>	<b>35</b>	<b>65%</b>	<b>18</b>	<b>46%</b>	<b>58%</b>
très élevé	7	13%	11	28%	19%
NR	1	2%	1	2%	2%
Total	54	100%	39	100%	100%

58% des médecins ont correctement évalué le risque de ces femmes : 65% des hommes et 46% des femmes (NS)

**Tableau 10** : Evaluation du risque de cancer du sein des femmes ayant un antécédent d'irradiation thoracique à haute dose en fonction d'une formation complémentaire ou non

Risque si ATCD d'irradiation thoracique à haute dose	formation (effectif)	formation (pourcentage)	pas de formation (effectif)	pas de formation (pourcentage)
ne sait pas	1	8%	12	15%
intermédiaire	0	0%	7	8%
<b>élevé</b>	<b>7</b>	<b>58%</b>	<b>46</b>	<b>57%</b>
très élevé	4	34%	14	17%
NR	0	0%	2	2%
Total	12	100%	81	100%

Les médecins formés en gynécologie ont correctement répondu à 58% à cette question contre 57% pour les médecins non formés. (NS)

### 3. Densité mammaire élevée

Les femmes ayant une densité mammaire élevée n'ont pas de sur-risque de cancer du sein, elles sont donc à **risque intermédiaire**.

**Tableau 11** : Evaluation du risque de cancer du sein des femmes aux seins denses selon le sexe du médecin

Evaluation du risque si seins denses	Hommes (effectif)	Hommes (pourcentage)	Femmes (effectif)	Femmes (pourcentage)	Pourcentage sur total médecin
ne sait pas	17	32%	14	36%	33%
<b>intermédiaire</b>	<b>26</b>	<b>48%</b>	<b>18</b>	<b>46%</b>	<b>48%</b>
élevé	9	16%	7	18%	17%
très élevé	1	2%	0	0%	1%
NR	1	2%	0	0%	1%
Total	54	100%	39	100%	100%

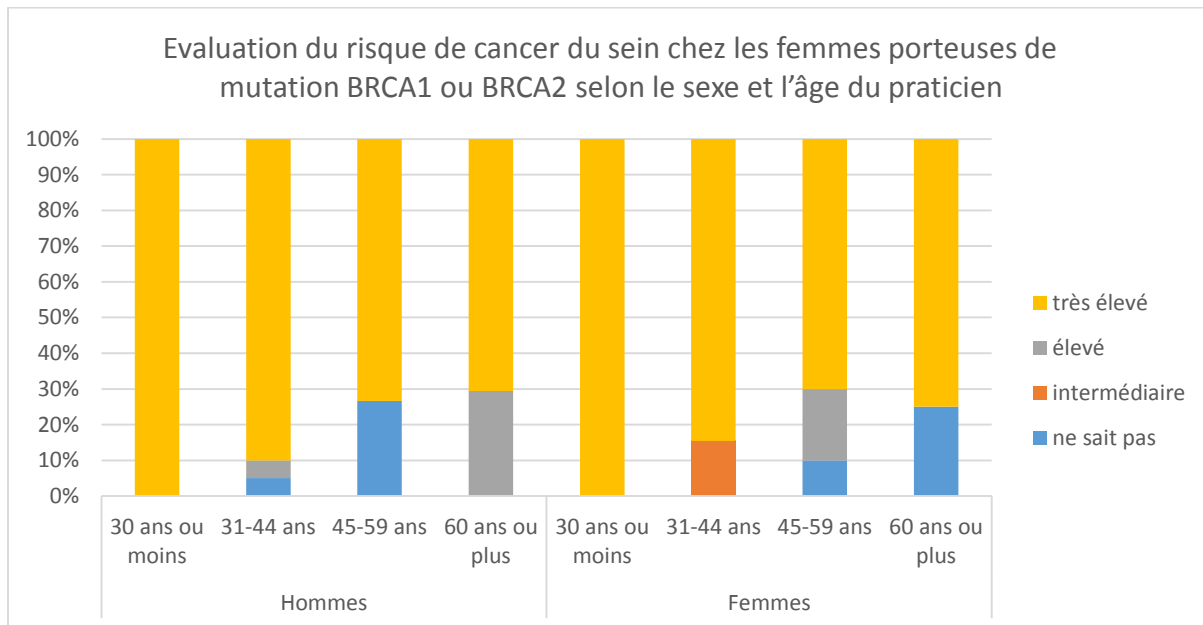
48% des médecins ont correctement évalué le risque de développer un cancer du sein chez les femmes à densité mammaire élevée, 46% des femmes et 48% des hommes (NS).

7 médecins ayant une formation complémentaire en gynécologie (58%) et 38 médecins n'en n'ayant pas (46%) ont bien classé le risque de ces femmes. Il n'y a pas de différence significative entre les médecins ayant une formation complémentaire et ceux n'en ayant pas concernant la réponse à cette question.

#### 4. Mutation BRCA1 ou BRCA2

Les femmes ayant une mutation BRCA1 ou BRCA2 sont à **risque très élevé** de développer un cancer du sein.

**Figure 31** : Evaluation du risque de cancer du sein chez les femmes porteuses de mutation BRCA1 ou BRCA2 selon le sexe et l'âge du praticien



77% des médecins ont classé correctement le risque des femmes porteuses de mutation génétique. (Meilleur taux de bonne réponse parmi le classement des risques selon les antécédents des femmes). Il n'y a pas de différence significative entre les réponses des femmes et celles des hommes.

11 des 12 médecins ayant une formation complémentaire (92%) et 62 des 81 médecins n'en n'ayant pas (76%) ont reconnu le risque très élevé de développer un cancer chez ces patientes (NS).

#### 5. Antécédent personnel de cancer du sein invasif ou carcinome canalaire *in situ*

Les femmes ayant un antécédent personnel de cancer du sein invasif ou carcinome canalaire *in situ* sont à **risque élevé** de développer un cancer du sein (selon la HAS).

**Tableau 12** : Evaluation du risque de cancer du sein chez les femmes ayant un antécédent personnel de cancer du sein invasif ou carcinome canalaire *in situ* selon le sexe du médecin

<b>Evaluation du risque si ATCD de cancer du sein invasif</b>	<b>Hommes (effectif)</b>	<b>Hommes (pourcentage)</b>	<b>Femmes (effectif)</b>	<b>Femmes (pourcentage)</b>	<b>Pourcentage sur total médecins</b>
ne sait pas	1	2%	0	0%	1%
<b>élevé</b>	<b>9</b>	<b>17%</b>	<b>10</b>	<b>26%</b>	<b>20%</b>
très élevé	43	79%	29	74%	78%
NR	1	2%	0	0%	1%
Total général	54	100%	39	100%	100%

La grande majorité des médecins a classé ces femmes, à tort, comme étant à risque très élevé (74% des femmes et 79% des hommes, NS).

20% des médecins ont correctement évalué le risque de ces patientes (26% des femmes contre 17% des hommes, NS).

**Tableau 13** : Evaluation du risque de cancer du sein chez les femmes ayant un antécédent personnel de cancer du sein invasif ou carcinome canalaire *in situ* selon la formation ou l'absence de formation complémentaire

<b>Evaluation du risque si ATCD cancer In situ</b>	<b>Formation (effectif)</b>	<b>Formation (pourcentage)</b>	<b>Pas de formation (effectif)</b>	<b>Pas de formation (pourcentage)</b>
ne sait pas	0	0%	1	1%
<b>élevé</b>	<b>2</b>	<b>16%</b>	<b>17</b>	<b>21%</b>
très élevé	10	84%	62	77%
NR	0	0%	1	1%
Total général	12	100%	81	100%

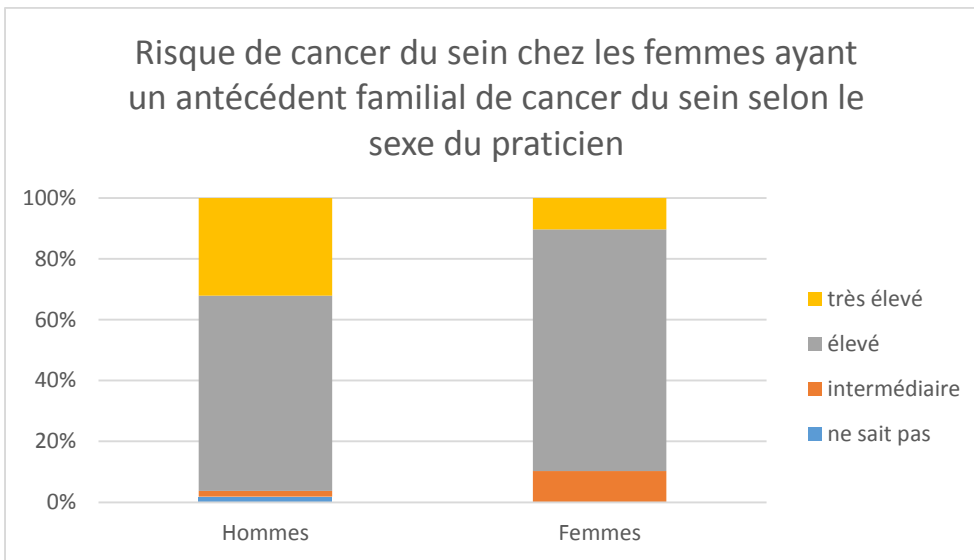
Les médecins formés ont davantage répondu correctement à cette question que les médecins n'ayant pas de formation complémentaire, mais la différence reste non significative.

En revanche, la grande majorité des médecins ayant une formation complémentaire a également considéré les femmes ayant un antécédent de carcinome canalaire *in situ* ou cancer du sein invasif comme à risque très élevé.

## 6. Antécédent familial de cancer du sein

Les patientes ayant un antécédent familial de cancer du sein ont un **risque élevé** de développer un cancer du sein. (À l'exception des formes familiales faisant évoquer une anomalie génétique à risque très élevé).

**Figure 32** : Evaluation du risque de cancer du sein chez les femmes ayant un antécédent familial de cancer du sein selon le sexe du praticien



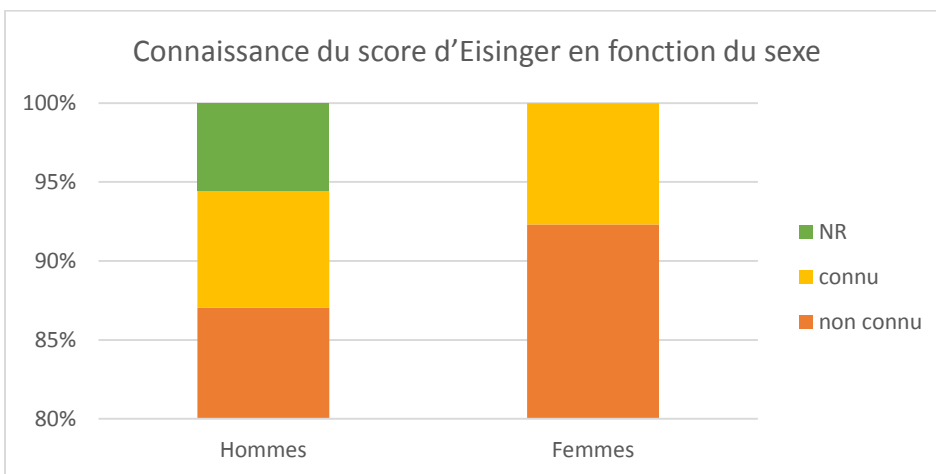
70% des médecins ont reconnu le risque élevé des femmes aux antécédents familiaux de cancer du sein (2<sup>ème</sup> meilleur taux de réponse correcte parmi les différents antécédents), 63% des praticiens et 79% des praticiennes. Il n'existe pas de différence significative entre les femmes et les hommes pour cet item.

58% des médecins formés de manière complémentaire et 72% des médecins n'ayant pas de formation complémentaire ont évalué justement le risque élevé auquel appartient ces femmes. (NS)

ii. Connaissance du score d'Eisinger

L'objectif de cette question était d'évaluer la connaissance de ce score par les médecins généralistes puisqu'il intervient dans le calcul de risque de cancer du sein de certaines patientes et permet donc d'établir leur suivi clinique et paraclinique.

**Figure 33** : Connaissance du score d'Eisinger en fonction du sexe du répondant



Seulement 7 médecins, soit 8%, connaissent le score d'Eisinger, 4 hommes et 3 femmes (NS).

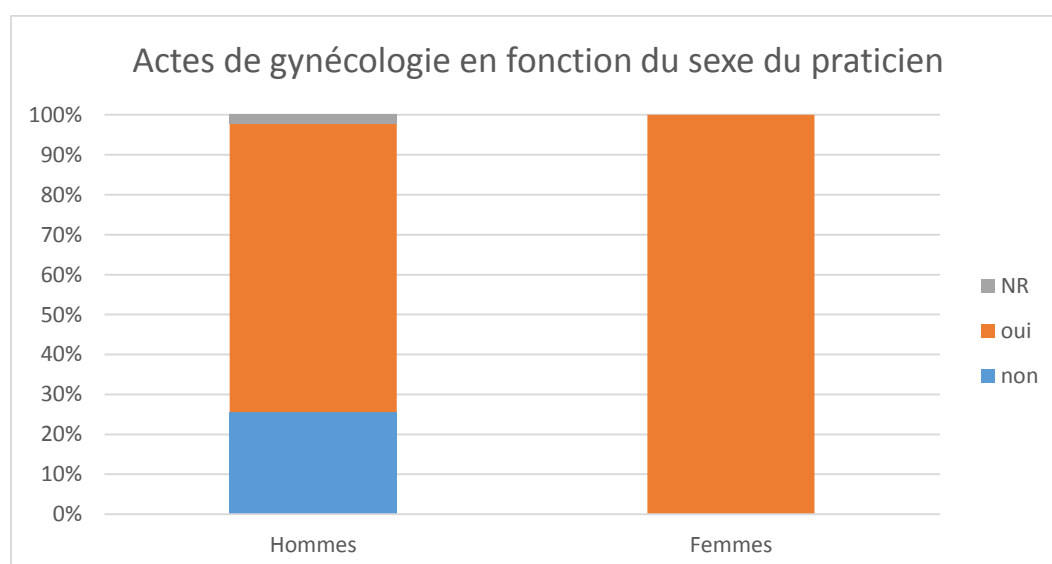
### iii. Analyse de la pratique clinique

#### 1. Pratique d'actes de gynécologie

Le questionnaire comportait une partie dédiée à la pratique clinique des médecins. Le but était de déterminer les motifs de consultation pour lesquels les médecins palpent les seins de leurs patientes et de pouvoir corrélérer avec les recommandations de pratique clinique de la HAS, notamment.

La fréquence de palpation ainsi que les motifs de consultations ont été analysés en fonction de l'âge de la patientèle.

**Figure 34** : répartition des médecins effectuant ou non des actes de gynécologie selon leur sexe

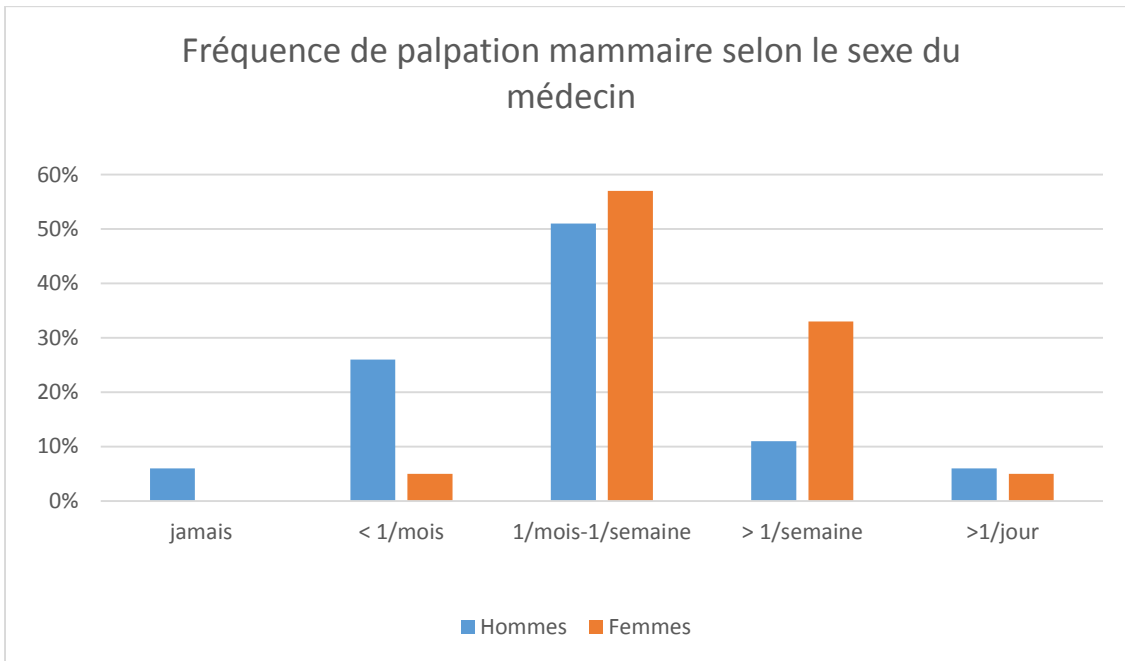


87% des médecins déclarent effectuer des actes de gynécologie : 100% des femmes et 77% des hommes (NS).

100% des praticiens de 30 ans ou moins, 90% de 31 à 44 ans, 88% de 45 à 59 ans et 80% de 60 ans ou plus effectuent des actes de gynécologie. 1 médecin n'a ni précisé son âge ni s'il pratiquait des actes de gynécologie, il a donc été exclu de l'analyse. L'âge du médecin n'influe pas sur la pratique d'actes de gynécologie (NS).

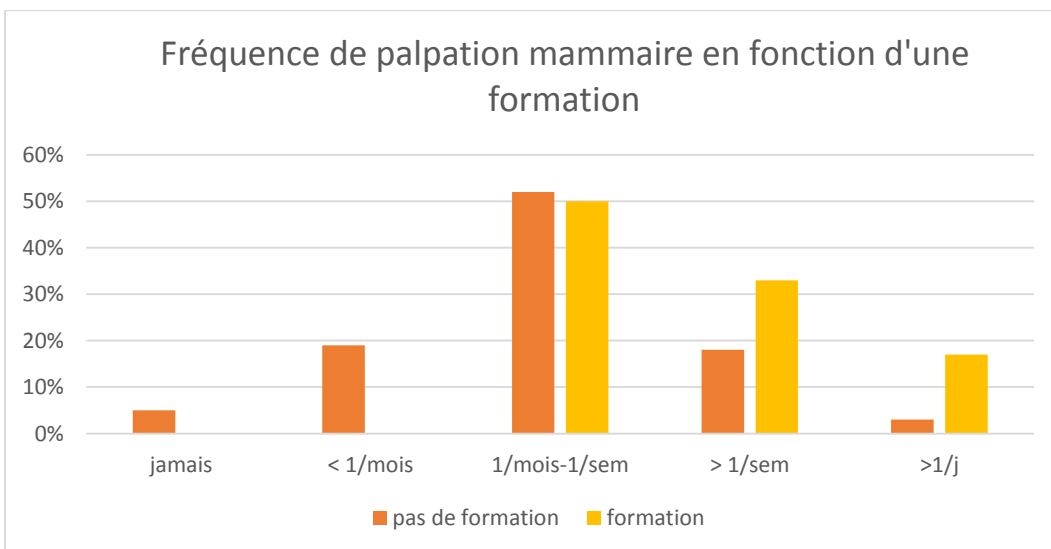
Nous n'avons pas mis en évidence de différence en fonction du département d'installation du médecin ni de la distance le séparant d'un cabinet de gynécologie.

**Figure 35** : Répartition de la fréquence des examens sénologiques en fonction du sexe du médecin



La plus grande proportion de médecins (52%) effectue un examen sénologique entre 1 fois par mois et 1 fois par semaine. (57% des hommes et 51% des femmes, NS). 33% des femmes et 11% des hommes palpent les seins de leurs patientes plus d'une fois par semaine ( $p=0,01$ , différence significative). Tandis que 5% des femmes et 26% des hommes pratiquent un examen clinique des seins moins d'une fois par mois ( $p=0,01$ , différence significative).

**Figure 36** : Fréquence de palpation mammaire en fonction d'une formation complémentaire en gynécologie ou non



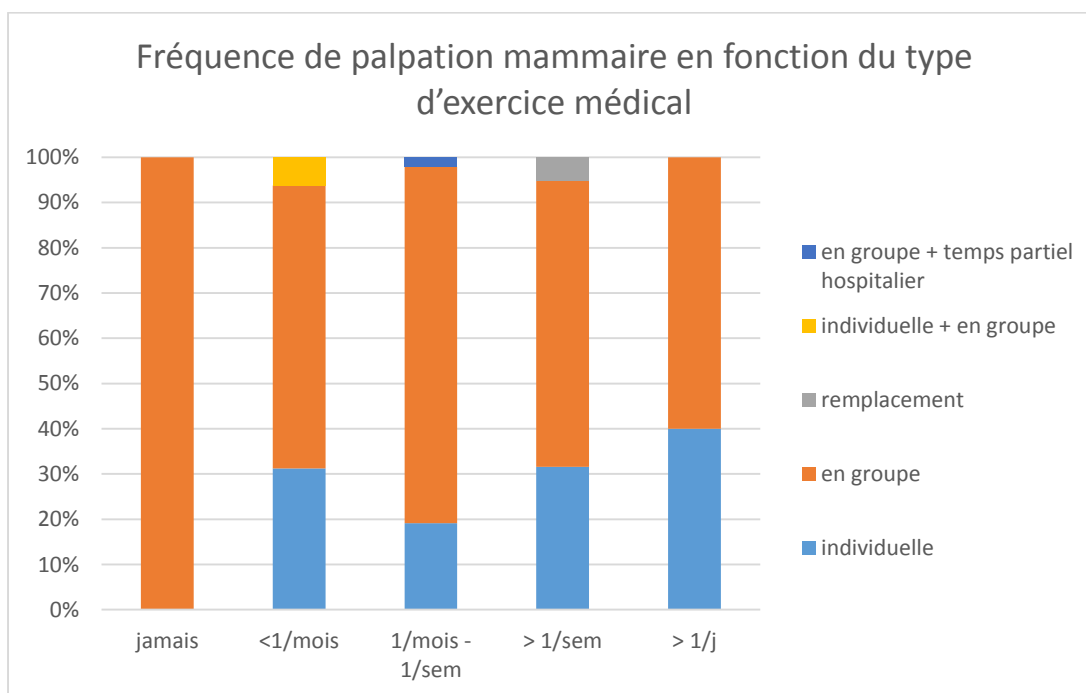
Comme le montre la figure 36, Les médecins ayant une formation complémentaire palpent plus fréquemment les seins de leurs patientes mais cette différence n'est pas statistiquement significative.

**Tableau 14** : Répartition de la fréquence de palpation mammaire et en fonction du département d'exercice

Fréquence de palpation mammaire	Calvados (effectif)	Calvados (%age)	Manche (effectif)	Manche (%age)	Orne (effectif)	Orne (%age)
jamais	2	4%	0	0%	1	8%
<1/mois	11	20%	4	15%	1	8%
1/mois - 1/semaine	31	56%	12	47%	6	50%
> 1/semaine	8	14%	8	30%	3	26%
> 1/j	2	4%	2	8%	1	8%
NR	1	2%	0	0%	0	0%
<b>Total général</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>	<b>26</b>	<b>100%</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

Environ la moitié des médecins calvadosiens, manchois et ornaïens pratiquent un examen clinique des seins entre 1 fois par mois et 1 fois par semaine. (NS)

**Figure 37** : Répartition de la fréquence de palpation mammaire en fonction du type d'exercice médical

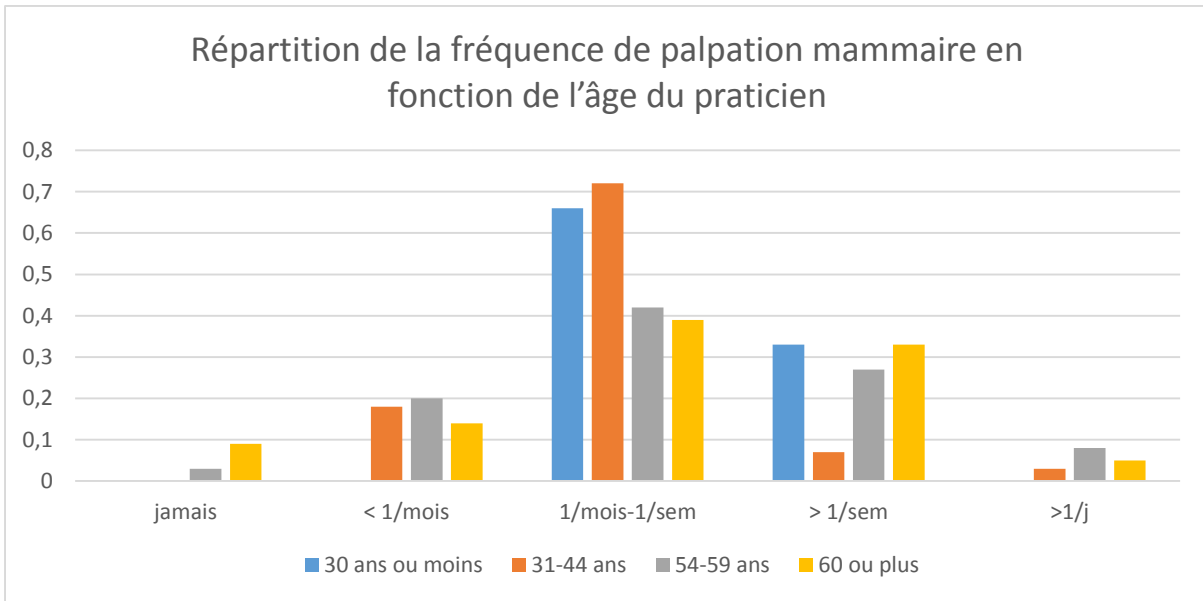


Nous n'avons pas mis en évidence de différence de fréquence de palpation mammaire selon l'activité du praticien (individuelle, en groupe, remplacement ou encore temps partiel hospitalier).



Comme le montre la figure 38, il n'y pas de différence statistiquement significative de la fréquence de palpation mammaire selon l'âge du praticien.

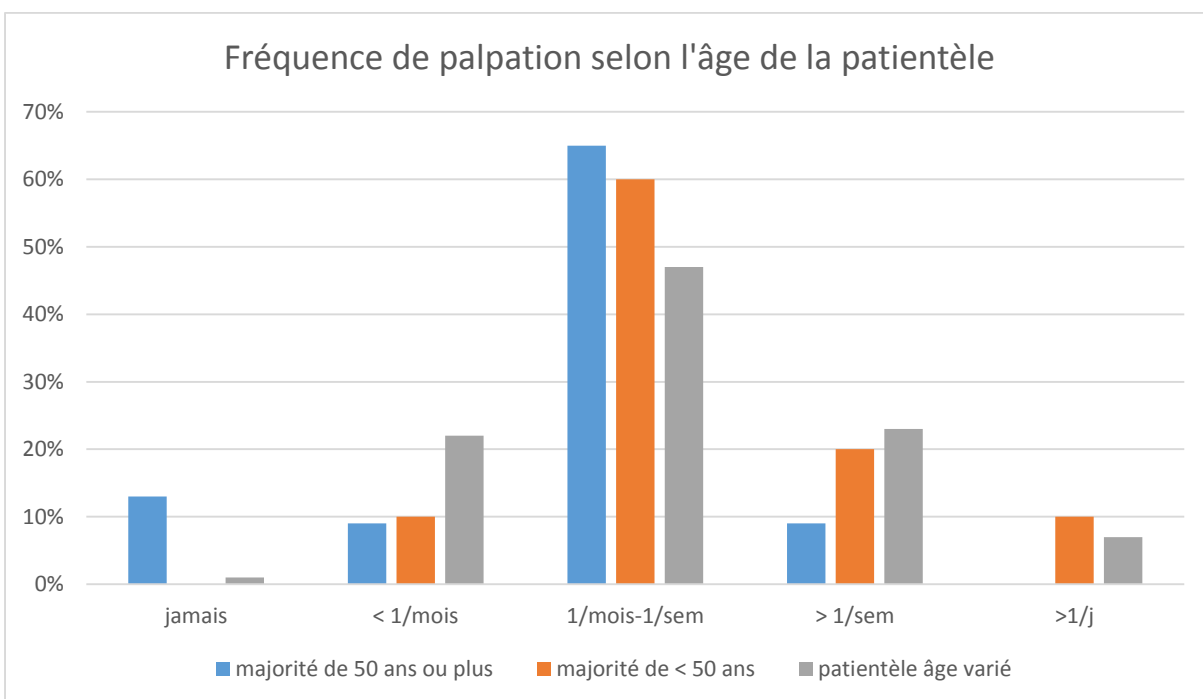
**Figure 38** : Répartition de la fréquence de palpation mammaire en fonction de l'âge du praticien



1 médecin n'a pas précisé l'âge moyen de sa patientèle, il a donc été exclu de l'analyse.

3 médecins ne palpant jamais les seins de leurs patientes ont une majorité de patientes de moins de 50 ans. (NS). Il n'y pas de différence significative de la fréquence de palpation mammaire en fonction de l'âge de la patientèle.

**Figure 39** : Répartition de la fréquence de palpation mammaire en fonction de l'âge de la patientèle



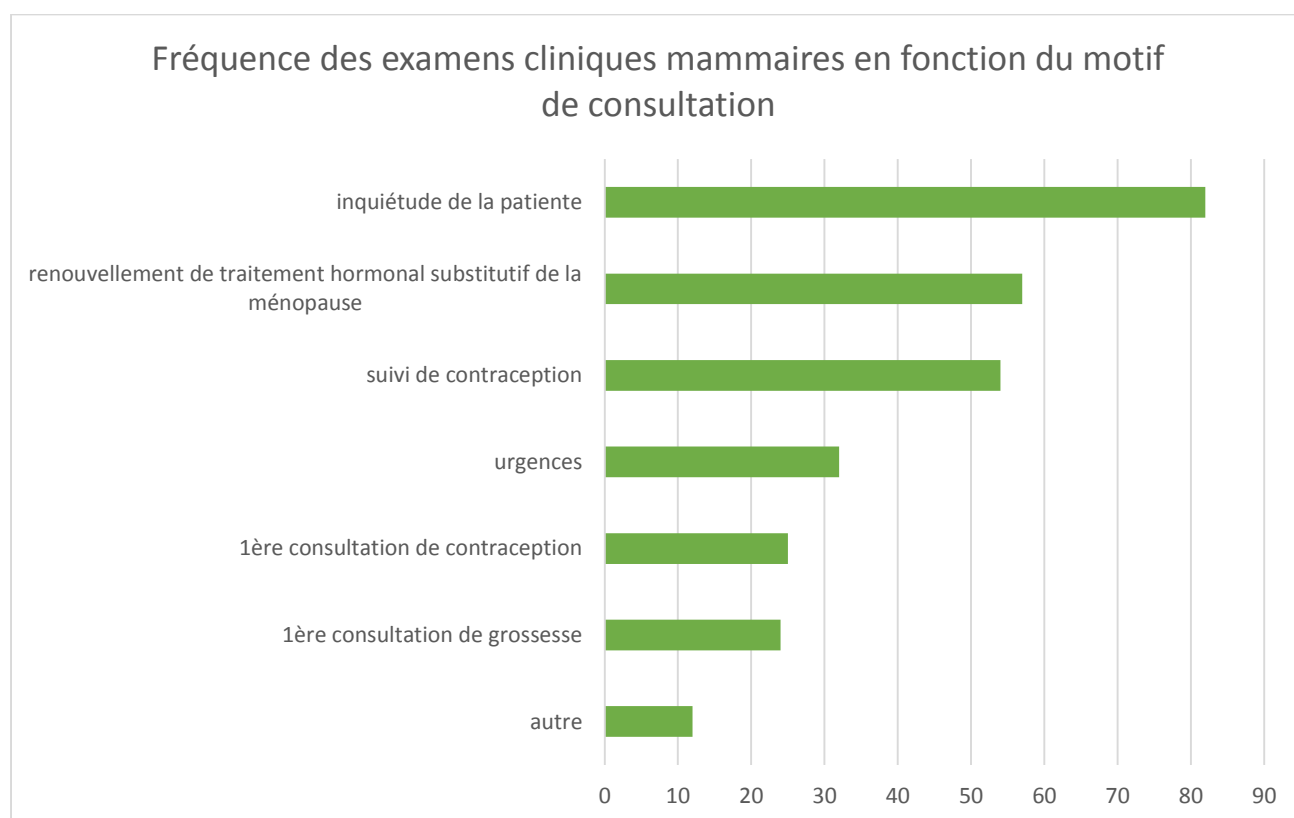
## 2. Motifs de consultations gynécologiques pendant lesquels les médecins pratiquent un examen clinique mammaire

L'objectif de cette question était de connaître les motifs de consultation pour lesquels les médecins palpent les seins de leurs patientes, sachant que pour chaque proposition (en dehors des urgences et de l'inquiétude de la patiente) la HAS recommande un examen clinique mammaire.

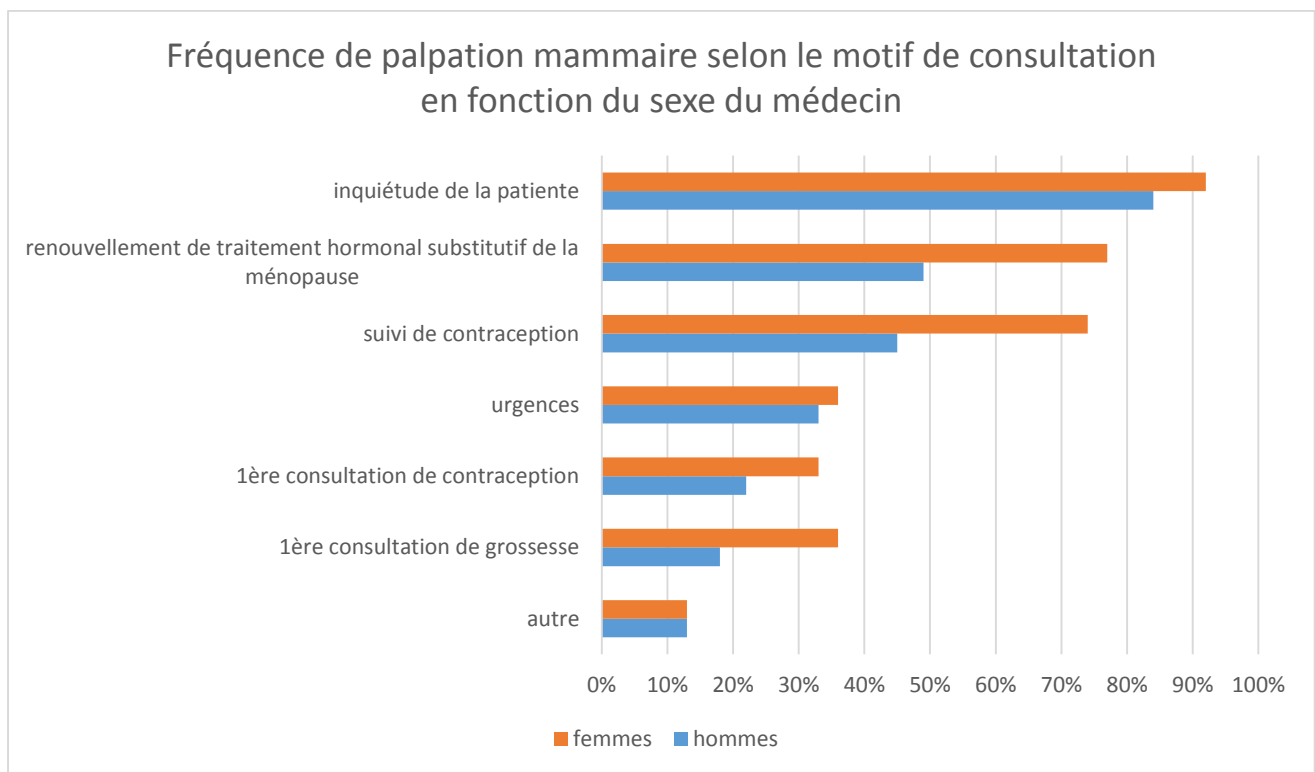
La grande majorité des médecins (87%) examine les seins de leurs patientes en cas d'inquiétude de leur part. Les 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> motifs de consultation pour lesquels plus de la moitié des médecins palpent les seins des patientes sont, par ordre décroissant de fréquence, le renouvellement de traitement hormonal substitutif de la ménopause (60%) et le suivi de contraception (57%).

La figure 40 illustre la répartition de fréquence des examens cliniques mammaires en fonction du motif de consultation.

**Figure 40** : Répartition de la fréquence des examens cliniques mammaires en fonction du motif de consultation.



**Figure 41** : Répartition de fréquence des examens cliniques mammaires en fonction du motif de consultation et du sexe du médecin



Les femmes examinent plus fréquemment que leurs homologues masculins les seins de leurs patientes pour la première consultation de contraception ( $p=0,05$ , différence significative), les suivis de contraception ( $p=0,006$ , différence significative) et le renouvellement des traitements substitutifs de la ménopause ( $p=0,009$ , différence significative).

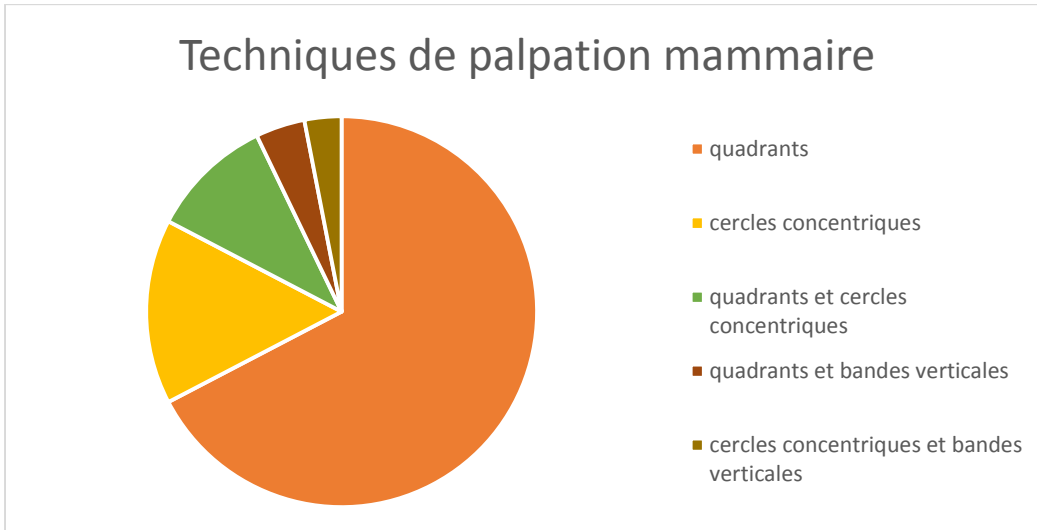
Les autres motifs de consultations motivant un examen clinique des seins cités par les médecins sont :

- Examen annuel complet de la patiente (avec frottis cervico-utérin), cité à 4 reprises
- Autopalpation d'une tuméfaction
- Recherche de complication pendant l'allaitement (lymphangite, mastite, abcès...)
- Antécédent mammaire en gynécologie
- A la demande de la patiente.

### 3. Techniques de palpation mammaire

La méthode de palpation la plus fréquemment utilisée est celle par quadrants (81% des médecins). 15 médecins palpent par cercles concentriques (16%) ; 10 médecins palpent par quadrants et cercles concentriques (11%) ; 4 médecins palpent par quadrants et bandes verticales (4%), 3 palpent par cercles concentriques et bandes verticales (3%).

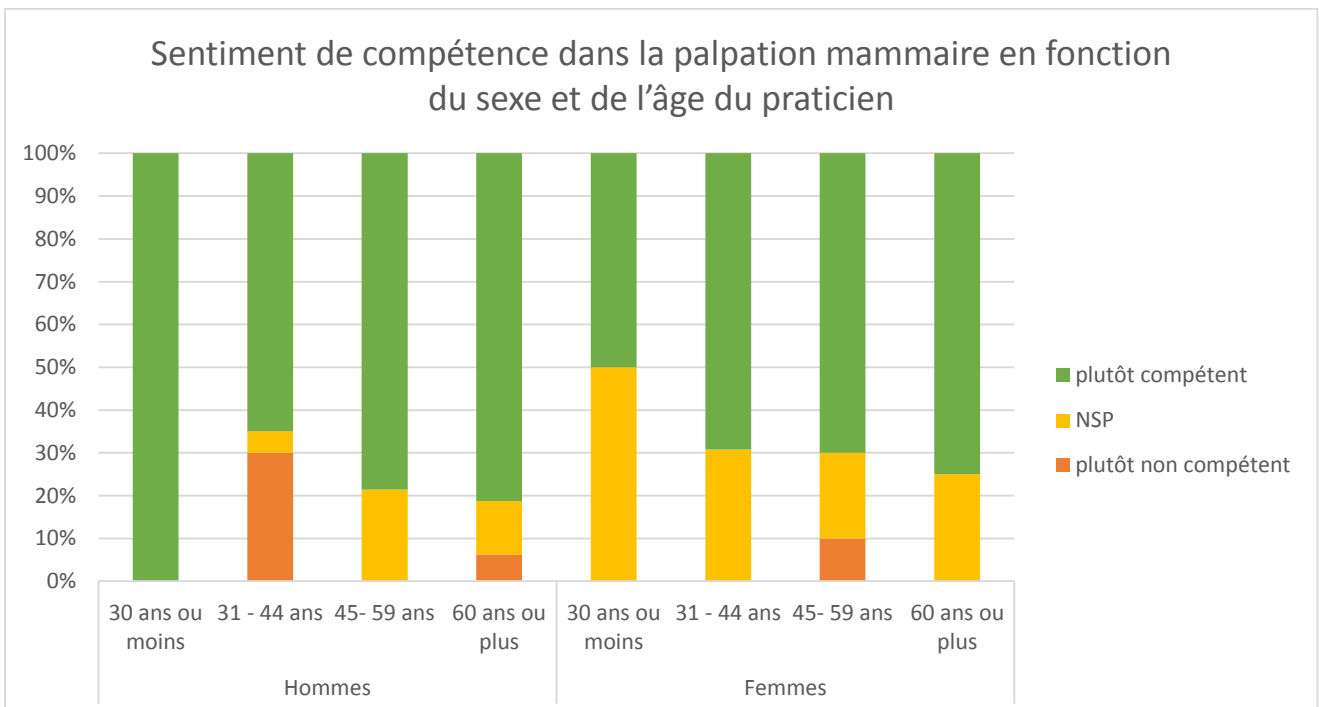
Figure 42 : Répartition des médecins selon leur technique de palpation mammaire



100% des médecins pratiquant un examen clinique des seins palpent systématiquement les aires ganglionnaires des patientes.

#### 4. Sentiment de compétence dans la palpation mammaire

Figure 43 : Sentiment de compétence dans la palpation mammaire en fonction du sexe et de l'âge du praticien



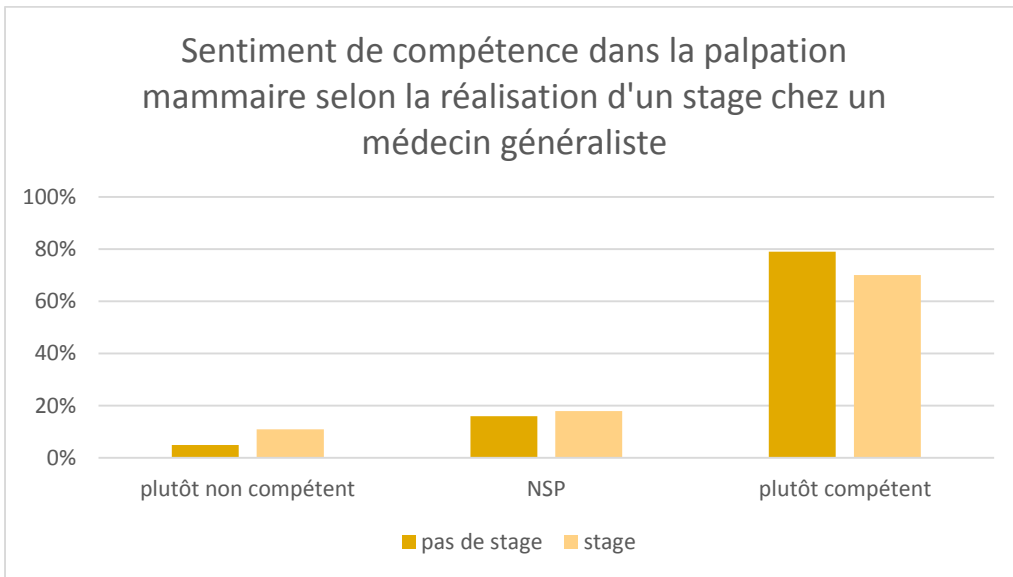
72% des médecins se sentent compétents dans la palpation mammaire (70% des femmes et 74% des hommes ; NS).

66% des médecins de 30 ans ou moins, 66% des médecins de 31 à 44 ans, 73% des médecins de 45 à 59 ans et 80% des médecins de 60 ans ou plus se sentent compétents dans la réalisation de cet acte (NS).

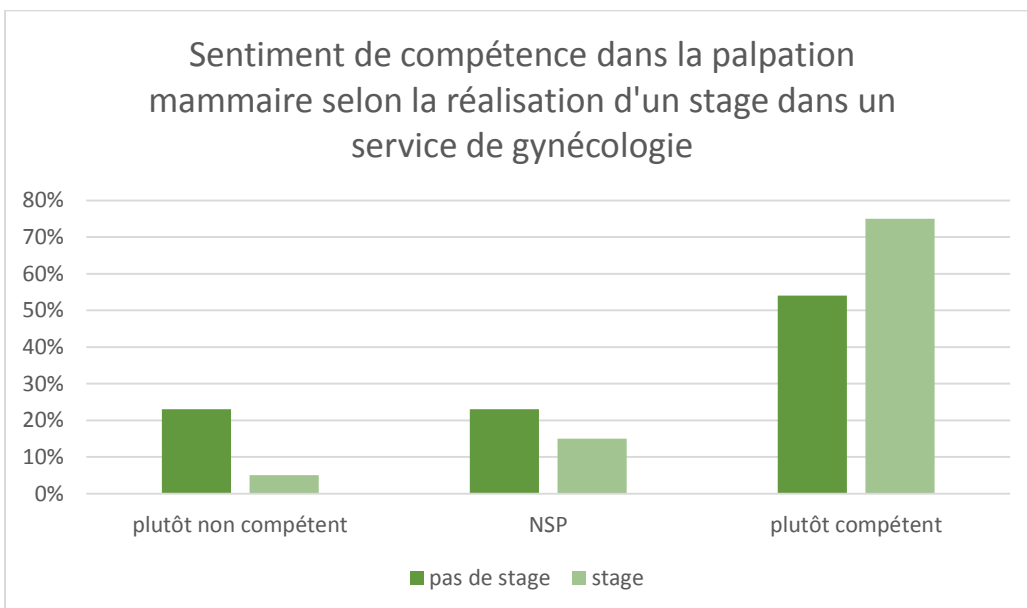
72 médecins (76%) ont réalisé un stage dans un service de gynécologie durant leur internat ou externat. 70 médecins ont effectué un stage chez un médecin généraliste durant leur cursus (74%).

Le sentiment de compétence des médecins concernant la palpation mammaire selon les stages effectués sont exprimés dans les figures ci-dessous.

**Figure 44** : Sentiment de compétence dans la palpation mammaire selon la réalisation d'un stage chez un médecin généraliste



**Figure 45** : Sentiment de compétence dans la palpation mammaire selon la réalisation d'un stage dans un service de gynécologie



Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre le sentiment de compétence dans la palpation mammaire selon que le médecin ait effectué un stage chez un médecin généraliste ni dans un service de gynécologie ou non. Aucune différence n'a été mise en évidence, non plus, que le médecin ait une formation complémentaire en gynécologie ou non.

# IV. Discussion

## a. Critique de la méthodologie et du questionnaire

La méthode par envoi de questionnaire comporte plusieurs biais :

### - Biais de sélection

Les médecins ont été tirés au sort, indépendamment pour chaque département. Nous avons choisi, après échange avec un statisticien, de tirer au hasard 1/5 des médecins de chaque département pour avoir un échantillon assez représentatif. 7 questionnaires sont revenus car le destinataire n'était pas connu ou n'exerçait plus. Le tirage au sort a été effectué à partir des Pages Jaunes. Utiliser une autre source, telle que la liste des médecins en activité via les Conseils de l'Ordre des Médecins ou la Sécurité Sociale aurait probablement permis de minimiser le nombre de médecins contactés n'ayant plus d'activité professionnelle. Nous avons également choisi de diffuser le questionnaire par informatique via le forum des médecins généralistes. Nous ne pouvons donc pas identifier avec certitude les médecins ayant répondu à notre étude (envoi du questionnaire à d'autres médecins non généralistes, praticiens exerçant ailleurs qu'en Basse-Normandie...).

### - Biais d'information

Les données collectées sont uniquement déclaratives. Certains médecins ont pu se sentir testés par certaines questions (notamment la question 11 « connaissez-vous les recommandations de la HAS ? ») et biaiser leurs réponses.

Les questions sur les facteurs limitant ou motivant l'examen clinique des seins font appel aux ressentis des médecins et sont donc purement subjectives.

Avec l'envoi du questionnaire, les médecins recevaient une fiche récapitulative des recommandations HAS concernant le classement des femmes en fonction de leur risque de développer un cancer du sein. Par informatique, cette fiche était jointe au mail invitant les médecins à répondre au questionnaire. La question 12 leur proposait d'estimer le risque des patientes d'avoir un cancer du sein en fonction des antécédents. Certains médecins ont pu répondre à cette question après avoir pris connaissance de la fiche et ainsi induire un biais pour cette question. Cependant, seuls deux médecins ont su correctement classer les femmes pour chaque antécédent, nous pouvons donc penser que la majeure partie des médecins a répondu à cette question en fonction de leurs connaissances et non des informations de cette fiche.

Le facteur limitant « manque d'intérêt » faisait référence au manque d'intérêt pour la gynécologie et non pour la palpation mammaire. Une précision aurait sûrement rendu la proposition plus claire et permis à certains médecins de répondre plus facilement.

Il en est de même pour le facteur motivant « intérêt personnel » qui faisait référence à l'intérêt personnel pour la gynécologie.

- Biais d'analyse

Seuls 72 questionnaires ont été reçus par voie postale dans le délai fixé (5 semaines entre la date d'envoi et celle de clôture), soit environ 25% de réponses. Ce faible taux de réponse a pu induire un manque de puissance lors des analyses. Nous avons reçu 21 réponses par voie informatique mais nous ne connaissons pas le nombre de médecins ayant reçu le mail proposant de répondre à notre travail.

b. Critères démographiques et pratique clinique

Parmi les 282 questionnaires envoyés, nous avons inclus 72 réponses, soit un taux de participation de 25%. Ce taux est plus faible que celui des études de R. Champeaux (29), M. Costes et G. Louzeau (36), ou encore C. Fernandez (37) ; cependant cette dernière avait contacté les médecins par voie informatique, ce qui peut favoriser les réponses des médecins.

Nous avons reçu 21 réponses informatiques à notre questionnaire diffusé au forum des médecins généralistes par le Dr Cendrier-Schaeffert, directrice de cette thèse.

La proportion de médecins de chaque département ayant répondu ne diffère pas statistiquement de la proportion attendue.

La répartition des médecins de l'étude selon leur âge n'est pas statistiquement différente de celle observée en Basse-Normandie (35). L'âge des médecins de l'étude est majoritairement compris entre 45 et 59 ans, ce qui correspond également à l'âge moyen des médecins bas-normands (environ 52 ans) (38).

Nous n'avons pas observé de différence entre la proportion Hommes/Femmes de l'étude et celle observée au niveau régional. (35)

Le questionnaire a été envoyé à 95 femmes et 187 hommes et nous avons reçu respectivement 29 et 43 réponses par voie papier. La proportion de femmes ayant répondu au questionnaire est plus importante que celle des hommes, mais non statistiquement significative. Cet écart de participation a été constaté dans d'autres études (29,37). Ceci repose la question de l'intérêt que les médecins masculins portent aux sujets de gynécologie (ou à tout type de questionnaire ?).

La grande majorité des médecins Bas-Normands de notre étude se situe à moins de 15 minutes d'un cabinet de gynécologie. Cette répartition diminue dans la Manche et encore dans l'Orne par rapport au Calvados. Les cabinets des médecins généralistes du Calvados sont statistiquement moins nombreux à se situer à plus de 30 minutes d'un cabinet de gynécologie. Cependant, nous n'avons pas pu conclure à une différence de fréquence de la palpation mammaire par ce critère géographique. Les praticiens exerçant dans le Calvados sont moins nombreux à pratiquer un examen clinique des seins plus d'une fois par jour (tendance significative,  $p=0,07$ ) que leurs confrères des départements voisins. Les femmes manchoises sont plus nombreuses à participer au dépistage organisé du cancer du sein comparativement aux patientes du Calvados et de l'Orne (7). Les médecins et patientes de la Manche sont-ils plus



sensibilisés au dépistage du cancer du sein ? Nous n'avons pas retrouvé de corrélation entre l'éloignement des cabinets de gynécologie et la fréquence de palpation mammaire. Nous pouvons donc penser que, globalement, les médecins généralistes prennent en charge de plus en plus de patientes sur le plan gynécologique quelle que soit la distance les séparant des gynécologues, probablement en raison de la baisse d'effectif de ces spécialistes sur le territoire et de la plus grande facilité des patientes à consulter leur médecin généraliste que leur gynécologue.

La plus grande proportion de médecins pratique une palpation mammaire entre 1 fois par mois et 1 fois par semaine (52%, pas de différence significative entre les hommes et les femmes). En revanche, il existe une plus grande proportion de femmes qui palpent les seins plus d'une fois par semaine ; et inversement, une plus grande proportion d'hommes palpant moins d'une fois par mois (différence significative pour chacun). A. Delannoy-Eglinger avait également conclu, dans sa thèse réalisée dans le Nord, que les médecins femmes avaient une activité gynécologique plus soutenue que leurs confrères masculins (39) ce que n'avait pas mis en évidence R. Champeaux dont le travail a été réalisé dans une région plus rurale (29). Les femmes médecins ont-elles une proportion de femmes dans leur patientèle plus élevée que leurs confrères masculins ? Il aurait été intéressant de connaître le sexe ratio de la patientèle des médecins. Les praticiennes proposent-elles ou reçoivent-elles plus de demandes de la part des patientes pour réaliser cet acte ou, de manière plus générale, pour tout acte de gynécologie ?

12 médecins ont une formation complémentaire en gynécologie-obstétrique, ce qui représente 13% de notre échantillon, majoritairement des femmes. Ces praticiens palpent les seins plus fréquemment que leurs confrères sans formation complémentaire mais cette différence est non significative. Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de données pouvant affirmer ou infirmer cette impression. Ces médecins appliquent-ils plus les recommandations de la HAS ou ressentent-ils moins de freins à la palpation mammaire ? Notre étude n'a pas permis de répondre à ces questions. Toutefois, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative dans le ressenti des freins ou facteurs motivant la palpation mammaire ni concernant la connaissance des recommandations HAS entre les médecins formés et ceux sans formation complémentaire. Le faible taux de participation des médecins à l'étude induisant un moindre effectif de médecins ayant une formation en gynécologie a pu induire un manque de puissance ne permettant pas de mettre en évidence de différences. La thèse de R. Champeaux rapportait une proportion plus élevée de médecins ayant une formation en gynécologie (29). En revanche, celui-ci ne faisait pas de distinction entre les formations complémentaires (DU, DIU...) et les stages d'internat ou externat.

c. Rappel des principaux facteurs limitant ou motivant la palpation mammaire par les médecins généralistes bas-normands

i. Freins à l'examen clinique des seins

Les trois principaux freins à l'examen sénologique, mis en évidence par le questionnaire, sont :

- Le suivi gynécologique assuré par un spécialiste (36%)
- La réticence de la patiente (14%)
- Le sentiment d'inutilité versus mammographie (14%)

**Le suivi gynécologique assuré par un spécialiste** est un frein noté dans plusieurs travaux, notamment dans celui de R. Champeaux (29). La thèse de C. Fernandez (37), proposait un facteur limitant proche du « sentiment d'inutilité versus mammographie » qui était considéré comme un frein pour 7% des médecins et apparaissait en 6<sup>ème</sup> position des facteurs limitants après notamment « la gêne de la patiente », « le sentiment d'incompétence » et « la gêne du médecin ». Comme le Dr Fernandez, j'ai décidé de proposer un questionnaire avec des réponses à cocher. Certaines propositions de freins différaient de celles de son étude. Même si les médecins avaient la possibilité de remplir une partie libre pour chacun des questionnaires, cela a pu limiter l'expression de freins spontanément et, ainsi, expliquer les différences observées entre nos travaux.

**La réticence de la patiente** limite l'examen sénologique des seins pour 13% des médecins. Plusieurs autres travaux ont fait le même constat : C. Fernandez rapporte un taux de 15% (37), tandis que R. Champeaux comptait près de 60% de praticiens (29). Il semble important de préciser que ce dernier s'intéressait aux freins à l'examen gynécologique en général ce qui peut expliquer la plus grande proportion de médecins ayant cité ce frein. Contrairement à ces études, nous n'avons pas mis en évidence de différence statistique entre les femmes et les hommes concernant cet item. Est-ce dû à un manque de puissance de notre étude ? La réticence de la patiente persiste toujours comme un facteur limitant l'examen clinique des seins. Cela peut-il être dû à l'inquiétude qui découle du résultat de la palpation ? Fait-il trop atteinte à l'intimité physique des patientes ? Les femmes sont-elles réticentes à cet examen car elles ne connaissent pas bien l'intérêt d'un tel examen, spécialement quand « tout va bien » ? Une étude parallèle interrogeant des patientes sur leur ressenti pourrait certainement apporter des précisions intéressantes. Le travail de R. Champeaux (29) comportait une partie destinée aux patientes et mettait en avant que pour les femmes suivies par un gynécologue, près de 50% d'entre elles préféraient ce suivi en raison de leur gêne par rapport au médecin traitant. Cette gêne est-elle liée au statut du médecin généraliste lui-même (trop proche, connaît « trop bien » les patientes) ou au sexe du médecin traitant ?

Le **sentiment d'inutilité de l'examen clinique des seins versus mammographie** est classé comme principal frein à la palpation mammaire pour 14% des médecins (3<sup>ème</sup> facteur limitant). Il n'y a pas de différence significative selon le sexe, l'âge ni le lieu d'exercice du médecin. Nous pouvons rapprocher cet item de celui décrit dans la thèse de C. Fernandez : « cet examen n'a pas d'intérêt », considéré comme un frein pour 7% des médecins de son étude (37). Une plus grande proportion de médecins ressentant ce frein est-elle liée à une plus grande interrogation des médecins généralistes sur l'intérêt de l'examen clinique des seins depuis quelques années ? Dans la majorité des pays étrangers, la palpation mammaire n'est plus recommandée. Ces différences de pratiques modifient-elles la perception de l'utilité de l'examen sénologique par les médecins généralistes ? Notre travail ne nous permet pas de répondre à ces interrogations. Les recommandations de la HAS doivent être revues en 2018, l'examen clinique des seins va-t-il toujours garder sa place dans le dépistage des cancers du sein ?

Le **sentiment de manque de compétence** est un facteur limitant l'examen clinique des seins retrouvé dans plusieurs travaux (29,40) et cité par 12% des médecins de notre étude. Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative de l'influence de l'âge du praticien sur le sentiment de manque de compétence comme frein à la palpation mammaire (pas de différence en fonction des autres critères sociodémographiques non plus). Les médecins les plus jeunes peuvent se sentir plus compétents car leur formation est plus récente. Nous pouvons imaginer que les médecins de plus de 45 ans ont une plus grande expérience clinique leur permettant de se sentir plus compétents dans la

palpation mammaire. Une meilleure formation des médecins ou une remise à niveau lors de formation médicale continue aideraient-elles à limiter ce frein ? Différentes études mettent en avant le désir des médecins à se former davantage à la gynécologie (29,37). C. Fernandez a précisé que les praticiens étaient demandeurs de formations à la palpation mammaire sur mannequins siliconés plutôt que par des cours théoriques (37). Une formation continue de ce type peut-elle être aisément mise en place afin de conforter les praticiens dans leurs compétences ? Le financement de l'investissement en matériel pédagogique et en temps semble toutefois difficile à organiser.

La **gêne du médecin** apparaît comme un facteur limitant l'examen clinique sénologique pour 9% des médecins (14% des hommes et 3% des femmes,  $p=0,07$ , tendance significative). Ce résultat est compréhensible, les médecins femmes étant plus à l'aise que les hommes avec les pathologies touchant l'intimité des patientes. R. Champeaux n'avait, cependant, pas mis en évidence cette différence dans son travail (29).

Le caractère **chronophage** de l'examen clinique des seins a été cité comme frein à cet examen par 10% des femmes et 2% des hommes mais la différence n'est pas statistiquement significative. R. Champeaux avait fait le même constat pour ce facteur (29). Notre questionnaire n'a pas interrogé les médecins sur le temps dédié à cet acte. Les femmes consacrent-elles plus de temps à cet examen ? Organisent-elles les consultations différemment de leurs homologues masculins, notamment en prenant plus de temps pour l'interrogatoire que pour l'examen clinique ? Il aurait été intéressant de pouvoir comparer les différences de pratique de palpation mammaire ou d'organisation des consultations en fonction du sexe du praticien.

**La crainte que le geste soit considéré comme une agression sexuelle** est un facteur limitant pour 6 médecins hommes et 1 médecin femme (NS). Il n'est pas illogique que les hommes se sentent davantage confrontés à une mauvaise interprétation de l'examen clinique que leurs consœurs. En revanche, même si la proportion de praticiens ressentant ce frein reste faible, cela remet en question le sentiment de légitimité de la part des patientes concernant certains examens pratiqués. En effet, depuis quelques années, le statut du médecin généraliste a changé. De paternaliste il est passé à un rôle de « conseiller technique » pour lequel il se doit d'informer les patients et d'obtenir leur consentement (examens cliniques et paracliniques) (41). La vulgarisation de la médecine, notamment avec le développement d'Internet, donne aux patients un accès plus direct aux savoirs médicaux mais induit également un accroissement de la judiciarisation. Comme précisé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins « la possibilité d'une indemnisation lors d'une condamnation » favorise le recours à la justice y compris en médecine (41). Lors de nos études, il nous était demandé de renseigner dans les dossiers que tel ou tel acte avait obtenu le consentement éclairé du patient afin d'éviter tout risque de poursuite judiciaire. L'article 36 du code de la santé publique déclare que « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas » y compris pour l'examen clinique (42). Un item à sélectionner dans le dossier informatisé du patient, par exemple « consentement du patient », pourrait-il rassurer les médecins lors d'actes cliniques ? Cependant quelle serait la valeur juridique d'un tel item et cela modifierait-il le ressenti des médecins ?

**Le manque d'intérêt** pour la gynécologie est une limite à l'examen clinique des seins pour 2 médecins, essentiellement des hommes. Cependant, l'ambiguïté sur la formulation « manque d'intérêt » faisant référence à la gynécologie et non à la palpation mammaire rend l'interprétation de ce facteur difficile.

Notre étude proposait aux médecins de choisir s'ils considéraient les propositions comme des freins en cochant « oui », « non » ou « incertain ». Cette analyse permet de connaître quels critères ont été les plus difficiles à classer par les médecins. **La réticence de la patiente** a été sélectionnée comme frein « incertain » à la palpation mammaire par 20% des médecins. Dans les autres études (29,37), les médecins devaient cocher les propositions qu'ils considéraient comme étant des limites à leur examen clinique et la réticence de la patiente était considérée comme un frein. La proposition de nuancer la réponse dans notre questionnaire a-t-elle permis de préciser leur sentiment ou, au contraire, a-t-elle compliqué leur choix ? Nous n'avons pas observé de différence statistiquement significative entre les réponses des hommes et celles des femmes concernant ce frein. Ce dernier a été soulevé dans plusieurs travaux (29,37). Nous pouvons supposer que la réticence de la patiente peut, selon les consultations et selon les patientes, limiter la palpation mammaire.

## ii. Motivations à l'examen sénologique

Les principales motivations à la palpation mammaire sont :

- Le sentiment de prise en charge globale de la patiente (64%)
- La réassurance de la patiente (11%)
- Le temps privilégié pour aborder des sujets intimes (7%)

**Le sentiment de prise en charge globale des patientes** a été choisi comme principale motivation à l'examen clinique par 76% des médecins hommes et 64% des médecins femmes (différence non significative). Ce résultat fait écho au système « Organe-Personne-Environnement » (43,44) dont le médecin généraliste est l'acteur principal. Ce concept fait appel à une vision plus large que la seule plainte du patient, il prend en considération également le côté psychologique et relationnel du patient ainsi que son environnement (matériel, économique, entourage familial...) ce qui définit parfaitement le rôle du médecin généraliste.

**La réassurance de la patiente** est une motivation à la palpation des seins qui n'apparaît pas dans les travaux suscités. De même que pour les freins, notre questionnaire proposait différents facteurs de motivation autres que ceux du travail de R. Champeaux (29) notamment. Ceci explique en partie que la réassurance de la patiente n'ait pas été retrouvée comme une motivation dans la littérature. Ce facteur incite plus les praticiennes que les praticiens à réaliser un examen clinique des seins mais la différence n'est pas significative. Plusieurs travaux ont étudié la réassurance des patients et concluent que la prescription d'examen complémentaires ne suffit pas à diminuer leur préoccupation (45,45,46). Cela nécessite une prise en charge plus individuelle des patients afin d'utiliser les éléments adéquats (cliniques, psychosociaux...) pour chaque patient (45). Les médecins femmes sont-elles plus sensibles aux inquiétudes des patientes ? Les médecins hommes y prêtent-ils moins attention en se basant davantage sur des résultats objectifs ?

**Le temps privilégié pour aborder des sujets intimes** n'est pas un facteur cité dans les autres travaux. Nous avons proposé ce facteur en nous basant sur notre expérience personnelle. Il est tout de même intéressant de noter que ce facteur a été classé à la 3<sup>ème</sup> place des motivations à l'examen clinique des seins. (7%). Cet item a été significativement davantage choisi par les médecins femmes ( $p=0,04$ ). Nous pouvons aisément imaginer qu'il est plus facile pour un médecin femme d'aborder ces sujets intimes lors de l'examen mammaire que pour un médecin homme. Ce dernier peut vouloir mettre un peu de distance pendant ce geste afin d'éliminer toute suspicion de geste déplacé auprès de ses patientes. Rappelons que la crainte que le geste soit considéré comme une agression sexuelle a été sélectionnée comme **principal** frein à la palpation mammaire pour 2% des médecins hommes et classé « incertain » par 20% des médecins hommes (2<sup>ème</sup> facteur classé « intermédiaire ») et aucun médecin femme ( $p=0,002$ , différence significative).

La **reconnaissance de la patiente** est une motivation à la pratique de l'examen clinique des seins pour 37% des médecins sans différence significative selon le sexe du médecin. Ce facteur motivant a été cité dans une autre thèse (29). Dans ce travail, la proportion de médecins hommes ayant choisi ce facteur était plus importante que celle des femmes (non significative), nous observons la tendance inverse dans notre étude, mais le résultat n'est pas significatif non plus.

Pour 27% des médecins, **l'intérêt personnel** pour la gynécologie favorise la palpation mammaire. Rappelons que, comme pour le facteur limitant « manque d'intérêt », nous faisons ici référence à la gynécologie et non à la palpation mammaire. Ce pourcentage est inférieur à celui observé dans d'autres travaux (29). Contrairement à un travail de 2013 (29), nous n'avons pas mis en évidence de différence entre les hommes et les femmes ayant répondu au questionnaire. Le délai de cinq ans entre nos deux travaux n'a probablement pas d'influence sur l'intérêt que les médecins hommes portent sur la gynécologie (les résultats de notre étude étant dans l'ensemble concordant avec ceux de la littérature).

La **pratique de gestes techniques** est un facteur motivant pour 25% des médecins. Il n'y a pas de différence selon le sexe du praticien dans notre étude. Une seule praticienne l'a considéré comme principale motivation à la palpation mammaire. En médecine générale, les gestes techniques font plutôt référence à des petites sutures, la pose d'implant contraceptif, la pose de DIU... De plus, ces derniers sont valorisés dans la cotation des actes de la consultation. Ceci peut en partie expliquer pourquoi ce facteur motivant a été un des moins sélectionnés par les médecins.

**La peur judiciaire de non diagnostic par omission** motive 15% des médecins à pratiquer un examen clinique des seins et est considéré comme la **principale** motivation pour 3% des médecins (3% des femmes et 4% des hommes, NS). C'est également le facteur classé le plus fréquemment « incertain » par les médecins femmes (31%) versus 7% des médecins hommes ( $p=0,005$ , différence significative). Le code pénal prévoit une condamnation des médecins en cas de « maladresse et inattention, imprudence, négligence ou encore erreur de diagnostic » (47). Cependant, les principales plaintes concernaient des chirurgiens (jugés pour homicide involontaire). A l'heure actuelle, les poursuites judiciaires pour négligence étaient plutôt destinées à ces spécialistes. Une généralisation de ces plaintes doit-elle être redoutée pour les autres spécialités et notamment la médecine générale ?

Le facteur de motivation le plus fréquemment classé « incertain » par les médecins est « **la reconnaissance de la patiente** » (36%). La reconnaissance de la patiente a été étudiée dans la thèse de R. Champeaux et plus de la moitié des médecins considérait ce facteur comme une motivation à l'examen gynécologique, davantage sélectionné par les médecins hommes mais sans différence significative (29). Cette répartition des médecins concorde avec celle de notre étude, même si nous affichons 36% seulement de médecins motivés par la reconnaissance de la patiente pour la réalisation de l'examen sénologique. Il est cependant important de souligner à nouveau que R. Champeaux s'intéressait aux actes de gynécologie en général, tandis que notre travail s'est concentré sur la palpation mammaire. Une partie de son étude portait sur les raisons du choix du spécialiste par les femmes pour assurer leur suivi gynécologique. La compétence du gynécologue représentait leur première motivation (29). Il est évident que ces médecins ont une meilleure connaissance en gynécologie que les médecins généralistes. Cependant, pour les suivis classiques et petites urgences, les compétences de ces derniers semblent suffisantes pour suivre les patientes de manière adaptée. De plus, le terme de « spécialiste en médecine générale » est récent et n'est pas encore complètement assimilé par la population. Ce sentiment de « médecin non spécialiste » donc moins performant peut expliquer que « la reconnaissance de la patiente » soit une motivation à l'examen clinique des seins pour 37% des médecins et la plus souvent classée « incertain ».

#### d. Recommandations de la HAS

36% des médecins déclarent connaître les recommandations de la HAS. Nous retrouvons des résultats similaires dans le travail de C. Fernandez (37). Notre travail a montré cependant qu'un seul médecin avait justement évalué le risque de cancer du sein en fonction des antécédents. Or, le risque de développer une tumeur maligne du sein conditionne le suivi. Nous notons néanmoins que lors de la découverte d'anomalie à la mammographie ou lors d'antécédents mammaires, la patiente a, dans la grande majorité des cas, consulté un gynécologue qui, lui-même, indique le suivi clinique et paraclinique à réaliser. Nous pouvons donc nous poser la question de l'intérêt pour le médecin généraliste de connaître ces recommandations pour les femmes à haut et très haut risque de cancer du sein. Le médecin traitant est la personne au centre de la prise en charge des patients, c'est lui qui collecte les données et coordonne le suivi global des patients. Il semble donc pertinent qu'il puisse vérifier le bon suivi de ces patients, même si celui-ci est assuré par des médecins spécialistes.

Les médecins ayant une formation complémentaire en gynécologie n'avaient pas, statistiquement, de meilleurs résultats concernant les connaissances des recommandations de la HAS que leurs confrères sans formation. Ce résultat est-il dû à un manque de puissance de notre étude ou la formation est-elle plus centrée sur des sujets plus spécifiques de gynécologie (bilan d'infertilité, ménopause, pathologie du col utérin...)?

Le score d'Eisinger est rarement connu des médecins généralistes. Seuls 8% des médecins ont affirmé le connaître (pas de différence significative selon les critères sociodémographiques). La thèse de C. Fernandez (37) retrouvait un résultat légèrement supérieur (12%). Ce score doit-il être mieux connu des médecins? Le plan d'action sociale 2018 vise à proposer une consultation pour toutes les femmes de 25 ans sans antécédent personnel de cancer du sein afin de dépister les femmes à risque augmenté de développer ce type de cancer. L'objectif, ensuite, est de les informer sur le suivi paraclinique. Or, le

score d'Eisinger est utile pour dépister les femmes à très haut risque de cancer. La mise en place de ce plan va-t-elle s'accompagner de remise à niveau ou récapitulatif concernant les facteurs de risque à rechercher ?

e. Motifs de consultations gynécologiques pour lesquels un examen clinique des seins est réalisé

Notre étude a montré que l'inquiétude de la patiente, le renouvellement de traitement hormonal substitutif de la ménopause ou encore le suivi de contraception constituent les 3 motifs de consultation les plus fréquemment cités pour lesquels le médecin effectue une palpation mammaire.

87% des médecins examinent les seins de leurs patientes lorsque ces dernières sont inquiètes. Le renouvellement de traitement hormonal de la ménopause implique une palpation mammaire pour 60% des médecins. Nous avons mis en évidence que les femmes pratiquent, proportionnellement, plus fréquemment un examen sénologique que leurs homologues masculins pour les motifs de consultations suivants : première consultation de contraception ( $p=0,05$ ), suivis de contraception ( $p=0,006$ ) et renouvellement de traitement substitutif de la ménopause ( $p=0,009$ ). C. Fernandez avait, dans son travail, fait le même constat concernant le renouvellement de contraception (3). Les praticiennes suivent-elles davantage les recommandations de la HAS ? Se sentent-elles plus concernées en tant que femmes ?

Dans sa thèse, C. Fernandez rapportait les mêmes résultats pour l'inquiétude/demande de la patiente et le renouvellement de contraception (37). La palpation mammaire lors du suivi de contraception est donc bien ancrée dans la pratique des médecins, comme le recommande la HAS. En revanche, la palpation lors de la première consultation de grossesse, elle aussi recommandée par la HAS, n'est réalisée que par environ un quart des médecins. Cette pratique illustre-t-elle le manque d'intérêt des médecins à pratiquer cet acte lors de ces consultations, un manque de temps lors de ces consultations déjà souvent longues ou encore un manque de connaissance (l'examen mammaire est noté dans le Dossier Prénatal Partagé fourni gratuitement par le conseil départemental du Calvados, cf annexe (48)) ? Notre étude n'a pas permis de répondre à cette question.

f. Examen clinique des seins

La grande majorité des médecins (81%) palpe les seins par quadrants ce qui est en accord avec les données de la littérature (37). La totalité des praticiens examinant les seins de leurs patientes palpent systématiquement les aires ganglionnaires. Un résultat similaire est retrouvé dans un autre travail (37) Notre travail ne s'est pas intéressé aux différentes zones ganglionnaires palpées. Cependant, C. Fernandez l'avait étudié en 2016 et les aires axillaires étaient palpées dans l'immense majorité des cas, suivi des aires sus-claviculaires, ce qui correspond aux recommandations (49).

### g. Perspectives

La France reste un des derniers pays au monde à recommander la palpation mammaire par les médecins dans le dépistage de tumeur cancéreuse. Même si la majorité des médecins généralistes pratique un examen clinique des seins, peu (14%) le réalisent pour tous les motifs recommandés par la HAS. Une meilleure formation ou davantage d'études sur l'intérêt de l'examen clinique des seins permettraient-elles de mieux suivre ces recommandations ?

Un article très récent paru dans la version informatique de la revue « Le Généraliste » en juin 2018 relance le débat sur l'intérêt de la palpation mammaire dans le dépistage du cancer du sein (50). L'étude décrite dans l'article met en évidence la faible spécificité de la palpation mammaire dans la recherche d'anomalies cliniques. Elle déclare également que quel que soit le résultat de la palpation mammaire, celle-ci n'influence pas la prise en charge complémentaire (une palpation normale ne permet pas d'éliminer une suspicion de cancer et inversement, une palpation douteuse ou anormale d'affirmer un diagnostic et mènera le médecin à prescrire d'autres examens dans les deux cas). Pour les femmes de 50 à 74 ans, éligibles au dépistage organisé du cancer du sein, l'examen clinique mammaire est davantage discuté. Aujourd'hui, la mammographie reste le seul examen ayant prouvé un bénéfice dans le dépistage de cancer du sein. Les commentaires à propos de l'article montrent que les praticiens sont très attachés à cette pratique clinique. Il est évident que les avis contredisant le propos de l'article sont toujours nettement plus nombreux que ceux en accord mais ces médecins mettent en avant leur propre expérience de découverte clinique de cancer du sein avec une mammographie normale. La palpation mammaire systématique de suivi ne va-t-elle plus faire partie des recommandations dans les prochaines années, ou seulement pour une tranche d'âge de femmes ou encore selon certains antécédents ? La France va-t-elle continuer à préconiser la palpation mammaire contrairement à ce qui est recommandé dans les autres pays ? Très peu d'articles critiquant l'intérêt de l'examen clinique des seins étaient parus lors de l'élaboration du questionnaire ; nous n'avons donc pas étudié les possibles conséquences sur la pratique des médecins. Cette question pourrait être intéressante à développer dans un autre travail.



# V. Conclusion

La palpation mammaire reste un acte recommandé par la HAS en France, en 2018.

L'objectif de cette étude était de mettre en évidence les facteurs limitant ou motivant la palpation mammaire par les médecins généralistes Bas-Normands. Ces derniers se sentaient limités dans l'examen clinique des seins par plusieurs facteurs, notamment le suivi gynécologique assuré par un spécialiste, la réticence de la patiente et le sentiment d'inutilité versus mammographie. Notre travail n'a pas exploré les pistes envisagées par les médecins pour réduire ces freins. Toutefois, devant la diminution du nombre de gynécologues installés, les femmes vont être davantage amenées à effectuer leur suivi gynécologique par leur médecin traitant ce qui va entraîner une diminution des suivis spécialisés. Des articles récents discutent l'intérêt de la palpation mammaire dans le dépistage des cancers du sein. Nous pouvons imaginer que ces textes vont majorer ce sentiment d'inutilité face aux examens complémentaires tels que la mammographie ; d'autant que la palpation mammaire n'est plus recommandée dans le dépistage des tumeurs malignes du sein dans de nombreux pays. Le manque de compétence a été cité dans plusieurs études comme facteur limitant l'examen clinique des seins. Une formation plus pratique des médecins ou une remise à niveau lors de formation médicale continue permettrait de renforcer les connaissances et rendre les praticiens plus confiants dans l'exercice de cet acte.

Les trois principales motivations à la palpation mammaire mises en évidence dans ce travail sont le sentiment de prise en charge globale de la patiente, sa réassurance et le temps privilégié pour aborder des sujets intimes. Le médecin généraliste se sent donc toujours au centre de la prise en charge des patientes et accorde de l'importance à la relation médecins-patients. Le temps qu'offre la palpation mammaire pour aborder des sujets intimes n'a pas été discuté dans la littérature. Les médecins généralistes ont-ils quelques réticences à aborder spontanément des sujets tels que la sexualité ou la contraception ? Ces thèmes parfois tabous sont discutés de manière plus évidente par un spécialiste que dans un cabinet de médecin généraliste. L'examen clinique des seins favorise donc l'échange entre le médecin et sa patiente sur des sujets intimes.

Le plan d'action pour la rénovation du dépistage organisé du cancer du sein débuté en 2016 prévoit une consultation pour les femmes de 25 ans sans antécédent de cancer du sein pendant laquelle le médecin traitant ou gynécologue échangera avec elles sur la prévention du cancer du sein (et autres cancers, notamment col de l'utérus). Ce plan ne fait pas mention expressément de la place de l'examen clinique mammaire dans le dépistage mais de « modalité adaptée de dépistage » selon le risque de développer un cancer du sein.

Comme écrit précédemment, des articles remettent en cause l'intérêt de la palpation mammaire dans le dépistage des tumeurs du sein chez les patientes bénéficiant de mammographies de dépistage. La HAS devrait actualiser en 2017 et 2018 les recommandations de bonnes pratiques concernant le dépistage du cancer du sein. L'examen des seins va-t-il toujours être préconisé dans ce cadre ou la France va-t-elle harmoniser les recommandations avec celles des autres pays comme le Canada ou les USA ?

La palpation mammaire est, malgré des facteurs la limitant, réalisée par les médecins généralistes bas-normands pour de nombreux motifs de consultations comme le recommande la HAS. La réévaluation de ces recommandations va-t-elle modifier la place de l'examen clinique des seins dans le dépistage ?

Ces questions pourraient être développées dans de prochains travaux.

# VI. Bibliographie

1. Le cancer du sein - Les cancers les plus fréquents | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 25 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein>
2. Santé publique France - Le cancer en France métropolitaine : projections d'incidence et de mortalité par cancer en 2017 [Internet]. [cité 25 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Le-cancer-en-France-metropolitaine-projections-d-incidence-et-de-mortalite-par-cancer-en-2017>
3. refces\_k\_du\_sein\_vf.pdf [Internet]. [cité 11 avr 2017]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces\\_k\\_du\\_sein\\_vf.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf)
4. Le programme de dépistage organisé - Dépistage du cancer du sein | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 24 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>
5. Définition des indicateurs d'évaluation du dépistage du cancer du sein. [Internet]. 2018 [cité 21 sept 2018]. Disponible sur: [file:///C:/Users/Amandine/Downloads/indicateurs\\_depistage\\_cancer\\_sein.pdf](file:///C:/Users/Amandine/Downloads/indicateurs_depistage_cancer_sein.pdf)
6. Indicateurs par région et département sur la période 2013-2014 / Indicateurs d'évaluation / Evaluation du programme de dépistage du cancer du sein / Evaluation des programmes de dépistage des cancers / Cancers / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 24 janv 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Indicateurs-par-region-et-departement-sur-la-periode-2013-2014>
7. Dépistage du cancer du sein [Internet]. [cité 17 août 2018]. Disponible sur: <http://www.normandie.ars.sante.fr/depistage-du-cancer-du-sein>
8. Mathilde A. Dépistage du cancer du sein | Association Mathilde [Internet]. [cité 17 août 2018]. Disponible sur: <http://www.mathilde.asso.fr/depistage-du-cancer-du-sein/>
9. Cancer [Internet]. [cité 17 août 2018]. Disponible sur: <https://www.basse-normandie-sante.fr/portailv1/information/dossiers-thematiques,612,602.html?&args=Y29tcF9pZD04NTQmYWw0aW9uPWFydGljbGVfZGV0YWl5JmIkPTQ2JnVybF9iYWNRPWphdmFzY3JpcHQlM0FoaXN0b3J5LmJhY2sIMjgIMjkIM0J8>
10. Dépistage des cancers du sein et de l'intestin [Internet]. Orne.fr. 2011 [cité 17 août 2018]. Disponible sur: <http://www.orne.fr/prevention-sante/depistage-cancers-sein-lintestin>
11. plan-actions-renov-cancer-sein.pdf [Internet]. [cité 25 janv 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan-actions-renov-cancer-sein.pdf>
12. plan-actions-renov-cancer-sein-2.pdf [Internet]. [cité 22 août 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan-actions-renov-cancer-sein-2.pdf>
13. Cancer-du-sein-Du-diagnostic-au-suivi-20161129.pdf. [Internet]. [cité 24 janv 2018].

14. Haute Autorité de Santé - Cancer du sein : modalités spécifiques de dépistage pour les femmes à haut risque [Internet]. [cité 24 janv 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1740821/fr/cancer-du-sein-modalites-specifiques-de-depistage-pour-les-femmes-a-haut-risque](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1740821/fr/cancer-du-sein-modalites-specifiques-de-depistage-pour-les-femmes-a-haut-risque)
15. Dépistage du cancer du sein : orienter vos patientes en fonction de leur niveau de risque - Dépistage du cancer du sein | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 25 janv 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Orienter-vos-patientes>
16. Haute Autorité de Santé - Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage [Internet]. [cité 4 juin 2018]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage)
17. Recommandations rapports INCa SFSPM [Internet]. [cité 6 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.senologie.com/recommandations-et-rapports-incasfspm/>
18. projet\_de\_grossesse\_informations\_messages\_de\_prevention\_examens\_a\_proposer\_-\_fiche\_de\_synthese.pdf [Internet]. [cité 19 juin 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/projet\\_de\\_grossesse\\_informations\\_messages\\_de\\_prevention\\_examens\\_a\\_proposer\\_-\\_fiche\\_de\\_synthese.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/projet_de_grossesse_informations_messages_de_prevention_examens_a_proposer_-_fiche_de_synthese.pdf)
19. Flenghi J. Intérêt de la palpation mammaire pendant la grossesse: rôle de la Sage-Femme dans le dépistage du cancer du sein et la prise en charge des pathologies mammaires. Nancy, France: Université Henri-Poincaré; 2009.
20. Haute Autorité de Santé - Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet]. [cité 19 juin 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes#toc\\_5](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes#toc_5)
21. suivi\_des\_femmes\_enceintes\_-\_recommandations\_23-04-2008.pdf [Internet]. [cité 19 juin 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi\\_des\\_femmes\\_enceintes\\_-\\_recommandations\\_23-04-2008.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf)
22. Carnet de santé maternité (ou carnet de grossesse) [Internet]. [cité 18 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17365>
23. cours-maieutique.pdf [Internet]. [cité 5 juill 2017]. Disponible sur: <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/visitepostnatale/site/html/cours.pdf>
24. SFEndocrino [Internet]. [cité 7 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.sfendocrino.org/article/706/ue5-ot-120-menopause>
25. cours-cngof-palpation-mammaire.pdf [Internet]. [cité 24 janv 2018]. Disponible sur: [http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie\\_examen/site/html/cours.pdf](http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie_examen/site/html/cours.pdf)
26. FMPMC-PS - Gynécologie - Niveau DCEM2 [Internet]. [cité 26 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.chups.jussieu.fr/polys/gyneco/POLY.Chp.25.html>
27. Cours hémato [Internet]. [cité 3 juill 2017]. Disponible sur: [http://campus.cerimes.fr/semiologie/enseignement/esemio5/site/html/1\\_2.html](http://campus.cerimes.fr/semiologie/enseignement/esemio5/site/html/1_2.html)

28. Lauchet N, Prevost M. Pratique de la gynécologie médicale des médecins généralistes libéraux de la Haute-Vienne: obstacles et besoins de formations identifiés. Limoges, France: S.C.D. de l'Université de Limoges; 2010.
29. 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 : enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2013.
30. Cancer du sein aux US : dépistage à 45 ans et abandon de la palpation [Internet]. Medscape. [cité 16 juin 2017]. Disponible sur: <http://francais.medscape.com/viewarticle/3601879>
31. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs | Cancer du sein—Recommandations ECS/AES pour cliniciens [Internet]. [cité 16 juin 2017]. Disponible sur: <http://canadiantaskforce.ca/cancer-du-sein-recommandations-ecsaes-pour-cliniciens/?lang=fr>
32. REF.pdf [Internet]. [cité 16 août 2018]. Disponible sur: [https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB\\_BBD0EE8B53B7.P001/REF](https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_BBD0EE8B53B7.P001/REF)
33. cancer\_screening\_fr.pdf [Internet]. [cité 7 févr 2018]. Disponible sur: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/genetics/cancer\\_screening\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/cancer_screening_fr.pdf)
34. OMS | Cancer du sein: prévention et lutte contre la maladie [Internet]. WHO. [cité 3 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/fr/index3.html>
35. atlas\_basse\_normandie\_2015.pdf [Internet]. [cité 16 août 2018]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_basse\\_normandie\\_2015.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_basse_normandie_2015.pdf)
36. Costes M, Louzeau Arnal G. Analyse des pratiques et des attentes en gynécologie obstétrique des médecins généralistes de Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2006.
37. Fernandez C. Étude de la pratique de l'examen clinique des seins chez les femmes par les médecins généralistes en Poitou-Charentes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers;
38. basse-normandie\_2013.pdf [Internet]. [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/basse-normandie\\_2013.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/basse-normandie_2013.pdf)
39. Delannoy-Eglinger A. A propos du suivi gynécologique: médecin généraliste ou spécialiste ? : étude du parcours de soins et de l'activité des médecins généralistes en gynécologie [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2009.
40. Mauran N. Place du médecin généraliste en gynécologie-obstétrique: enquête auprès de médecins landais [Thèse d'exercice]. [1970-2013, France]: Université de Bordeaux II; 2006.
41. Bernard-Catinat D. EVOLUTION DU METIER DE MEDECIN. :22. [Internet]. [cité 27 août 2018]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/evolutionmetier.pdf>
42. Article 36 - Consentement du patient | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 27 août 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-36-consentement-du-malade-260>
43. fichier\_fich10\_diagnostic\_de\_situation\_ope\_ebm752d9.pdf [Internet]. [cité 15 août 2018]. Disponible sur: [http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/813/fichier\\_fich10\\_diagnostic\\_de\\_situation\\_ope\\_ebm752d9.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/813/fichier_fich10_diagnostic_de_situation_ope_ebm752d9.pdf)

44. diagnostic\_de\_situation.pdf [Internet]. [cité 15 août 2018]. Disponible sur: [https://reims.cnge.fr/IMG/pdf/diagnostic\\_de\\_situation.pdf](https://reims.cnge.fr/IMG/pdf/diagnostic_de_situation.pdf)
45. Lachal P. Problématique de la prise en charge du patient fonctionnel [Thèse d'exercice]. [Saint-Etienne, France]: faculté de médecine; 2010.
46. Netgen. Outil technique de réassurance : on ne fait pas mieux que la communication ! [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 21 août 2018]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-334/Outil-technique-de-reassurance-on-ne-fait-pas-mieux-que-la-communication>
47. Cour de cassation [Internet]. [cité 17 août 2018]. Disponible sur: [https://www.courdecassation.fr/publications\\_26/rapport\\_annuel\\_36/rapport\\_1999\\_91/etudes\\_documents\\_93/isabelle\\_ferrari\\_5792.html](https://www.courdecassation.fr/publications_26/rapport_annuel_36/rapport_1999_91/etudes_documents_93/isabelle_ferrari_5792.html)
48. Dossier Prénatal Partagé- Réseau de Périnatalité [Internet]. Disponible sur: <https://www.perinatbn.org/wp-content/uploads/2018/07/DPP-v2018.pdf>
49. cours.pdf [Internet]. [cité 24 janv 2018]. Disponible sur: [http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-gynecologie/examen\\_gynecologique/site/html/cours.pdf](http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-gynecologie/examen_gynecologique/site/html/cours.pdf)
50. CMGF 2018 : La palpation mammaire a-t-elle encore un intérêt dans le dépistage du cancer du sein ? [Internet]. Le Généraliste. [cité 16 août 2018]. Disponible sur: [https://www.legeneraliste.fr/actualites/video/congres-de-medecine-generale/2018/06/16/cmgf-2018-la-palpation-mammaire-a-t-elle-encore-un-interet-dans-le-depistage-du-cancer-du-sein-\\_315137](https://www.legeneraliste.fr/actualites/video/congres-de-medecine-generale/2018/06/16/cmgf-2018-la-palpation-mammaire-a-t-elle-encore-un-interet-dans-le-depistage-du-cancer-du-sein-_315137)

# VII. Annexes

## Annexe 1 : Extrait du Dossier Prénatal Partagé



www.perinatbn.org

### TÉLÉPHONES

Urgences maternité :  
.....

Maternité, secrétariat :  
.....

Médecin traitant :  
.....

DOSSIER  
PRÉNATAL

v2018

Logo Conseil Général

### Madame :

**Nom** : ..... **Prénom** : .....  
**Nom de naissance** : ..... **Date de naissance** : .....  
**Situation familiale** : ..... **Age** : ..... ans  
**Adresse** : .....  
.....  
**Téléphone fixe** : ..... **Mobile** : .....  
**@** : .....  
**Nationalité** : ..... **Ville de naissance** : .....  
**Profession** : .....  
**N° SS** : ..... **CMU**

### Conjoint(e) :

**Nom** : ..... **Prénom** : .....  
**Date de naissance** : ..... **Téléphone** : .....  
**Profession** : .....

### Début de grossesse : (à remplir par le professionnel)

**Date de début de grossesse** : .....  
**Echographie entre 11 SA et 13+6 SA**...  **Datation validée par** : .....  
**Accouchement prévu le** : ..... (41 SA)

### Personne(s) de confiance à prévenir :

**Nom** : ..... **Prénom** : .....  
**Téléphone** : .....  
**Nom** : ..... **Prénom** : .....  
**Téléphone** : .....

### Maternité :

- **Gynécologue** : .....
- **Médecin traitant** : .....
- **Sage-femme** : .....
- **Autre spécialiste** : .....
- **Référent PMI** : .....

**Poids/Taille**

**Mère**  
 Poids : .....  
 Taille : .....  
 IMC : .....

**Père**  
 Taille : .....

**Antécédents héréditaires et familiaux**

	MÈRE		PÈRE	
	OUI	NON	OUI	NON
HTA.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents thrombo-emboliques ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies héréditaires .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (préciser) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....				
.....				

**Antécédents non obstétricaux**

**Médicaux**

	MÈRE		PÈRE	
	OUI	NON	OUI	NON
HTA .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthme .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infections urinaires récurrentes ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Phlébite.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**Chirurgicaux**

**Gynécologiques**

**Toxiques**

	Avant la grossesse		Pendant	
	OUI	NON	OUI	NON
Tabac .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise régulière de médicaments.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Précisions</u> : .....				
.....				
.....				
.....				

**Allergies**

	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
.....		
.....		
.....		

Vaccins	Mère	Père
.....		
.....		
.....		

## Antécédents obstétricaux

G=

P=

Date / Lieu	Terme	Grossesse HTA, diabète, MAP ...	Issue Accouchement, avortement...	Nouveau-né Prénom, poids, suites de couches, allaitement...

## Biologie

**1<sup>ère</sup> consultation :**

RAI	
Rubéole	
Toxoplasmose	
Syphilis	
Sérologie VIH*	
Glycémie à jeun	
Glycosurie	
Protéinurie	

\* obligatoirement proposé

**Groupe :**                      **Rhésus :**

Kell :  
2 déterminations ..   
Carte vue .....

**Père : Groupe :**                      **Rhésus :**

**T21**

**Strepto B**

**A prescrire éventuellement :**

Ag HBs	
Sérologie hépatite C	
Hémoglobine	
Electrophorèse de l'Hb	
Plaquettes	
HTLV1&2 (allaitement)	

## Type de suivi recommandé (1<sup>ère</sup> consultation)

Voir feuille dans cahier central « Types de suivi durant la grossesse — Recommandations HAS

A 
A1 
A2 
B

Liaison PMI envisagée :    Oui     Non     Référents :



## Checklist

DDG =

Consultation pré-conceptionnelle .....  OUI  NON ----- Acide folique ?  OUI  NON

### 1<sup>er</sup> TRIMESTRE

Frottis cervical à jour (à faire si supérieur à 2-3 ans).....   Date :

Examen des seins .....   Date :

Déclaration de grossesse .....   OUI NON

Echographie entre 11 SA et 13+6 SA .....   --Grossesse multiple ?

Dépistage de la Trisomie 21 .....

Proposé :.....

Refusé :.....

Réalisé :.....

**Dépistage du diabète gestationnel :**.....   => Voir logigramme

Recherche de vaginose (NUGENT) (10-14SA) .....

*(uniquement si ATCD de MAP ou rupture prématurée de membrane)*

Calendrier de la grossesse rempli ou donné (cf dernière page).....

Conseils alimentaires (Toxoplasmose, Listériose, Calcium...).....

Au cours du trimestre : réévaluation du type de suivi ? ..... A  A1  A2  B

### 2<sup>ème</sup> TRIMESTRE

Entretien prénatal .....   -- => Voir encadré

Proposé :.....

Réalisé.....

Dépistage de la trisomie 21 du 2<sup>ème</sup> trimestre (15 à 18SA) .....

Echographie entre 20 et 25 SA.....

Proposition de séances de préparation à l'accouchement.....

Informations sur l'allaitement.....

**Dépistage du diabète gestationnel** .....   => Voir logigramme

À 28 SA :

▪ Ag Hbs .....

▪ NFS .....

▪ RAI .....

▪ Rhophylac 300 si Rhésus négatif (et conjoint Rh+) à prévoir.....

▪ Vitamine D .....

Fait le :

RAI- le :

Au cours du trimestre : réévaluation du type de suivi ? ..... A  A1  A2  B

### 3<sup>ème</sup> TRIMESTRE

Echographie entre 32 et 34 SA.....

Allaitement prévu?.....

Vaccination coqueluche .....

**Au cours du 8<sup>ème</sup> mois :**

▪ Streptocoque B vaginal (35 à 38 SA).....

▪ RAI si Rhésus négatif (sauf si Rhophylac après 28 SA).....

▪ Consultation d'anesthésie programmée .....   OUI NON

▪ Consultation dans maternité choisie.....   Réalisée ?

Au cours du trimestre : réévaluation du type de suivi ? ..... A  A1  A2  B

## THESE : Quels facteurs limitent ou motivent l'examen clinique des seins par les médecins généralistes bas-normands ?

Cher(e) confrère,

Je vous sollicite dans le cadre de ma thèse, sous la direction du Dr Eliane Cendrier-Schaeffert. L'objectif de ce travail est de comprendre les motifs limitant ou motivant les médecins généralistes normands à pratiquer un examen clinique mammaire. Je vous propose de répondre à ce rapide questionnaire (moins de 5 minutes à remplir) concernant votre pratique de l'examen clinique des seins.

En vous remerciant pour votre participation,  
Bien confraternellement,  
Amandine BOURGOIN

### **CONCERNANT LES FACTEURS LIMITANT OU MOTIVANT LA PALPATION MAMMAIRE**

#### **1. Considérez-vous les propositions ci-dessous comme des facteurs limitant votre examen clinique des seins ?**

	Oui	Incertain	Non
Manque de compétence			
Sentiment d'inutilité versus mammographie			
Chronophage			
Réticence de la patiente			
Gêne du médecin			
Suivi gynécologique assuré par un spécialiste			
Manque d'intérêt			
Crainte que le geste soit considéré comme une agression sexuelle			
Autre(s) (remplir ci-après)			

Autre(s) facteur(s) limitant l'examen des seins :

#### **2. Parmi ces propositions, quel est, selon vous, LE principal frein à la palpation mammaire ?** (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

- manque de compétence
- sentiment d'inutilité versus mammographie
- chronophage
- réticence de la patiente
- gêne du médecin
- suivi gynécologique assuré par un spécialiste
- manque d'intérêt
- crainte que le geste soit considéré comme une agression sexuelle
- Autre :

**3. Parmi ces propositions, lesquelles considérez-vous comme une motivation à la palpation mammaire ?**

	Oui	Incertain	Non
intérêt personnel			
reconnaissance de la patiente			
sentiment de prise en charge globale de la patiente			
réassurance de la patiente			
temps privilégié pour aborder des sujets intimes (contraception, sexualité, incontinence)			
pratique de gestes techniques			
peur judiciaire de non diagnostic par omission			
autre(s) (remplir ci-après)			

Autre(s) motivation(s) à l'examen des seins de vos patientes :

**4. Parmi les propositions, laquelle est, selon vous, LA plus grande motivation à l'examen des seins des patientes ?** (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)

- intérêt personnel
- reconnaissance de la patiente
- sentiment de prise en charge globale des patientes
- réassurance des patientes
- temps privilégié pour aborder des questions intimes
- pratique de gestes techniques
- peur judiciaire de non-diagnostic par omission
- Autre

**CONCERNANT VOTRE FORMATION EN GYNECOLOGIE- OBSTETRIQUE**

**5. Avez-vous suivi la formation d'un DIU, DU ou une formation complémentaire en gynécologie-obstétrique ?**

- Oui
- Non

**6. Si oui, à quelle période ?**

- au cours ou à la suite de votre internat
- dans les 5 premières années de votre activité professionnelle
- entre 5 et 15 ans après le début de votre activité professionnelle
- plus de 15 ans après le début de votre activité professionnelle

**7. Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?** (plusieurs réponses possibles)

- par intérêt personnel
- pour améliorer la prise en charge de toutes vos patientes
- pour pallier un manque géographique de gynécologues
- Autre :

**8. Avez-vous fait un stage dans un service de gynécologie au cours de votre internat ou externat ?**

- Oui
- Non

**9. Avez-vous fait un stage chez un médecin généraliste lors de votre externat ou internat ?**

- Oui
- Non

**10. Selon vous, quelle répartition correspond le plus à votre patientèle féminine ?**

- majorité de femmes de 50 ans ou plus
- majorité de femmes de moins de 50 ans
- patientèle variée, de tout âge

## CONCERNANT LES RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS)

**11. Connaissiez-vous les recommandations de pratique clinique concernant l'examen clinique des seins ?**

- Oui
- Non

**12. Les femmes sont classées en fonction de leur risque de développer un cancer du sein. Savez-vous évaluer leur risque ?**

	risque intermédiaire	risque élevé	risque très élevé	je ne sais pas
sous traitement hormonal substitutif				
antécédent d'irradiation thoracique à haute dose				
densité mammaire élevée				
mutation BRCA1 ou BRCA2				
antécédent personnel de cancer du sein invasif ou carcinome canalaire in situ				
antécédent familial de cancer du sein				

**13. Connaissiez-vous le score d'Eisinger ? (score visant à calculer le risque de cancer du sein en fonction des antécédents)**

- Oui
- Non

## VOTRE PRATIQUE CLINIQUE

**14. Effectuez-vous des actes de gynécologie obstétrique ? (renouvellement de contraception, suivi de grossesse, suivi de ménopause, urgences...)**

- Oui
- Non

**15. A quelle fréquence pratiquez-vous un examen des seins ?**

- jamais
- < 1/mois
- entre 1/mois et 1/semaine
- plusieurs fois par semaine
- plusieurs fois par jour

Si vous avez répondu « jamais » à la question 15, vous pouvez passer directement à la question 21.

**16. Pour quel(s) motif(s), lors de vos consultations d'ORDRE GYNÉCOLOGIQUE, palpez-vous les seins de vos patientes ?**

- première consultation de contraception
- suivi de contraception
- première consultation de grossesse
- renouvellement de traitement hormonal substitutif de la ménopause
- urgences
- inquiétude de la patiente
- Autre :

**17. Etes-vous amené(e) à palper les seins de vos patientes lors de consultations NON GYNÉCOLOGIQUES ? (renouvellement d'ordonnance, pathologie aiguë, certificats médicaux, licence de sport, douleur thoracique, autre motif)**

- Oui, souvent
- Oui, parfois
- Non

**18. Vous sentez-vous compétent(e) dans la palpation mammaire ?**

- Plutôt oui
- Plutôt non
- Ne se prononce pas

**19. Comment palpez-vous les seins de vos patientes ? (Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes)**

- par quadrants
- par bandes verticales
- par cercles concentriques
- Autre :

**20. Palpez-vous systématiquement les aires ganglionnaires lors de la palpation des seins ?**

- Oui
- Non

## **QUI ETES-VOUS ?**

**21. Vous êtes :**

- Une femme
- Un homme

**22. Votre âge :**

- 30 ans ou moins
- entre 31 et 44 ans
- entre 45 et 59 ans
- 60 ans ou plus

**23. Votre activité est plutôt : (si vous êtes remplaçant(e), dans quel cadre exercez-vous le plus souvent ?)**

- rurale
- urbaine
- semi-rurale

**24. Dans quel département exercez-vous ? (si vous êtes remplaçant(e), dans quel département remplacez-vous le plus fréquemment ?)**

- 14- Calvados

- 50- Manche
- 61- Orne

**25. Quelle est votre pratique de la médecine générale ambulatoire ?**

- individuelle
- en groupe
- temps partiel hospitalier
- remplacement
- Autre :

**26. A combien de temps vous situez-vous d'un cabinet de gynécologie ? (si vous êtes remplaçant(e), selon le cabinet dans lequel vous remplacez le plus fréquemment)**

- moins de 15 minutes
- entre 15 et 30 minutes
- plus de 30 minutes

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à mon questionnaire. Vous trouverez ci-joint une fiche récapitulative des recommandations HAS pour le suivi sénologique de vos patientes.

Bien confraternellement,  
Amandine BOURGOIN

Si vous souhaitez être informé(e) des résultats de l'étude, merci d'indiquer votre adresse mail, ci-après :

## Annexe 3 : Fiche récapitulative envoyée aux médecins généralistes

### SYNTHESE RECOMMANDATIONS SUIVI SENOLOGIQUE HAS

**Femme à risque très élevé :**

- Mutation BRCA 1 ou 2
- Suspicion de mutation génétique ( $\geq 1$  des élément(s) suivant(s)) :
  - recherche familiale initiale de la mutation des gènes BRCA 1 et BRCA 2 non informative ou non faite
  - plusieurs cas de cancers du sein chez des parents du 1er ou 2e degré dans la même branche parentale
  - cancer du sein avant 40 ans
  - atteinte mammaire bilatérale (notamment avant 65 ans)
  - un antécédent de cancer de l'ovaire
  - un antécédent de cancer du sein chez l'homme

↓

- IRM + Mammographie 1/ an à partir de l'âge de 30 ans +/- écho (selon avis radiologue).
- examen clinique pelvien 1/an.

**Femme à risque élevé :**

- antécédent personnel de cancer invasif du sein ou de carcinome canalaire *in situ* ;
- antécédent d'irradiation thoracique médicale à haute dose (dont antécédent d'irradiation pour maladie de Hodgkin) ;
- antécédent personnel d'hyperplasie canalaire atypique, d'hyperplasie lobulaire atypique ou de carcinome lobulaire *in situ* ;
- antécédent familial de cancer du sein (le suivi sera fonction du score d'Eisinger).

↓

surveillance spécifique hors procédure de dépistage, selon l'antécédent. (cf. verso)

Les caractéristiques suivantes NE SONT PAS une cause d'exclusion (définitive ou temporaire) au programme national de dépistage organisé du cancer du sein :

- porteuse de prothèses mammaires ;
- antécédent de chirurgie plastique mammaire (lésion bénigne ou esthétique) ;
- antécédent de traumatisme mammaire ;
- seins denses à la mammographie ;
- traitement hormonal substitutif (en cours ou antérieur) ;
- score d'Eisinger < 3

Penser à la palpation mammaire lors de :

- Première prescription de contraception
- Renouvellement de contraception (1/an)
- Consultation pré-conceptionnelle ou 1ère consultation de grossesse
- Mise en route d'un traitement hormonal substitutif de la ménopause + surveillance (1 à 2/an)

**CALCUL DU SCORE D'EISINGER ET CONDUITE À TENIR**

Mutation BRCA1/2 identifiée dans la famille .....	5	<b>RÉSULTATS</b> <b>3 ou + :</b> consultation d'oncogénétique <b>Inférieur à 3 :</b> 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	

Source : Cancer du sein - Quelles modalités de dépistage, pour quelles femmes ? (INCa, septembre 2015)

#### Recommandations suivi femmes à risque élevé

Antécédent personnel	Examen clinique	Mammographie	Echographie	IRM
score d'Eisinger $\geq 3$ et niveau de risque estimé élevé par oncogénéticien	1/an à partir de 20 ans	1/an avant 50 ans, 1 fois/2ans après 50 ans (début 5 ans avant l'âge du plus jeune apparenté au 1er degré)	si besoin	non recommandée
ATCD d'hyperplasie canalaire atypique, lobulaire atypique ou de carcinome lobulaire <i>in situ</i>	1/an	1/an pendant 10 ans, puis 1 fois/2ans (après 50 ans -> Dépistage organisé)	si besoin	non recommandée
ATCD irradiation thoracique haute dose	1/an pendant 8 ans après la fin de l'irradiation (au plus tôt à partir de l'âge de 20 ans)	1/an	si besoin	1/an pendant 8 ans après la fin de l'irradiation (au plus tôt à partir de l'âge de 30 ans)
ATCD cancer du sein invasif ou carcinome canalaire <i>in situ</i>	2/an pendant 2 ans, puis 1/an	1/an unilatérale ou bilatérale (selon type de chirurgie)	si besoin	non recommandée

Source : HAS, Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé - Dépistage et prévention du cancer du sein, février 2015

*« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».*



VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de l'UFR Santé

VU et permis d'imprimer  
en référence à la délibération  
du Conseil d'Université  
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président  
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen de l'UFR de Santé

ANNÉE DE SOUTENANCE : 2018

NOM ET PRÉNOM DE L'AUTEUR : BOURGOIN Amandine

**TITRE DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :**

QUELS SONT LES FACTEURS MOTIVANT OU LIMITANT L'EXAMEN CLINIQUE DES SEINS PAR LES MEDECINS GENERALISTES BAS-NORMANDS ?

**RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN FRANÇAIS :**

**INTRODUCTION :** En France, le dépistage organisé du cancer du sein propose aux patientes de bénéficier d'une mammographie biennale de 50 à 74 ans. D'autre part, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande un examen clinique des seins (ECS) pour les femmes dès l'âge de 25 ans. L'objectif de notre travail était de déterminer les facteurs limitant ou motivant cet examen chez les médecins généralistes bas-normands.

**MATERIEL ET METHODE :** Nous avons réalisé une enquête qualitative par envoi de questionnaires à des médecins généralistes bas-normands tirés au hasard, entre le 20 juin et le 29 juillet 2018 et diffusion via le forum des médecins généralistes.

**RESULTATS :** 93 médecins ont répondu au questionnaire, 40% de femmes et 60% d'hommes. Le principal frein à la palpation mammaire est le suivi gynécologique assuré par un spécialiste (36% des médecins), la réticence de la patiente (14%) ou le sentiment d'inutilité versus mammographie (14%). La motivation principale est le sentiment de prise en charge globale (64% des praticiens), la réassurance de la patiente (11%) ou le temps privilégié pour aborder des sujets intimes (7%). L'inquiétude de la patiente et le renouvellement de contraception sont les deux motifs de consultations pour lesquels les médecins pratiquent le plus fréquemment un ECS (respectivement 87% et 60% des médecins).

**CONCLUSION :** L'ECS est largement réalisé et pour de nombreux motifs de consultations par les médecins généralistes bas-normands. Une formation différente leur permettrait d'augmenter le sentiment de compétence. Les recommandations de la HAS doivent être revues en 2018 ; l'ECS va-t-il rester recommandé dans le dépistage des cancers du sein ?

**MOTS-CLÉS :** Examen Clinique des Seins, Médecine générale, Facteurs limitants, Facteurs motivants

**TITRE DE LA THÈSE EN ANGLAIS :**

WHAT ARE THE MOTIVATING OR RESTRAINING FACTORS OF CLINICAL BREAST EXAMINATION BY THE GENERAL PRACTITIONERS FROM BASSE-NORMANDIE ?

**RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS :**

**INTRODUCTION :** In France, organized breast cancer screening proposes to patients aged from 50 to 74 to have a mammography every two years. However, the French Health Authority (FHA) recommends a clinical breast examination (CBE) for women from the age of 25. The aim of our study was to determine the motivating or restraining factors of CBE by the general practitioners from Basse-Normandie.

**METHOD :** We carried out a qualitative research by sending questionnaires to general practitioners from Basse-Normandie at random, from June the 20th to July the 29th and diffusion via general practitioners forum.

**RESULTS :** 93 doctors answered back this questionnaire, 40% of women and 60% of men. The principal restraining factor to breast palpation is gynaecological monitoring by a specialist (36% of physicians), patients' reluctance (14%) or feeling of futility versus mammography (14%). The main motivation is the feeling of taking care of all aspects of patient (64% of practitioners), patient's reinsurance (11%) or privileged time to discuss intimate subjects (7%). When patients are worried and contraceptive prescription renewals are the two most frequent reasons for doctors to do a CBE (respectively 87% and 60% of physicians).

**CONCLUSION :** CBE is widely made and for many reasons par general practitioners from Basse-Normandie. A different medical training could improve their feeling of competence. FHA recommendations should be reviewed in 2018 ; will CBE be maintained in breast cancer screening ?

**KEY WORDS :** Clinical Breast Examination, General medicine, Motivating factors, Restraining factors