

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2023

N°27

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention Médecine générale

PAR

Camille HERGAT

née le 15 décembre 1993 à Nancy

Les futurs médecins généralistes et l'examen clinique des seins : enquête
sur la pratique et les connaissances des internes de médecine générale
d'Alsace

Président de thèse : Carole MATHELIN, Professeur

Directeur de thèse : Pierrick CHAPLIN, Docteur

LISTE DES ENSEIGNANTS



FACULTÉ DE MÉDECINE, MATHÉMATIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

5050 AVENUE LA SALLE, 3810
MONTRÉAL (QUÉBEC) H3T 3J4

Département de Pathologie

• Professeur de Pathologie

• Professeur de Pathologie

• Professeur de Pathologie

• Professeur de Pathologie

• Professeur de Pathologie

• Professeur de Pathologie

• Professeur de Pathologie

• Professeur de Pathologie

• Professeur de Pathologie

• Professeur de Pathologie

• Professeur de Pathologie

• Professeur de Pathologie

• Professeur de Pathologie

• Professeur de Pathologie

• Professeur de Pathologie

• Professeur de Pathologie

• Professeur de Pathologie



DÉPARTEMENT DE PATHOLOGIE
PROFESSEUR

A3 - PROFESSEURS HÔPITALIERS (MÉTIER EN FRANÇAIS)

INSEE, Ave. Turot **Centre de Diagnostic/Examens/ELI/MCCY**

A2 - PROFESSEURS ASSOCIÉS (MÉTIER EN FRANÇAIS) (SÉRIE)

Adresse/Work **Adresse/Address**
Centre/Work **Centre/Address**

A2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATIQUES HÔPITALIÈRES (DU-PR)

Identifiant	Titre	Pratiques Hospitalières	Centre de Diagnostic/Examens/ELI/MCCY
ADL-101	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-102	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-103	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-104	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-105	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-106	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-107	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-108	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-109	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-110	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-111	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-112	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-113	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-114	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-115	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-116	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-117	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-118	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-119	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-120	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-121	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-122	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-123	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-124	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-125	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-126	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-127	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-128	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-129	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-130	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-131	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-132	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-133	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-134	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-135	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-136	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-137	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-138	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-139	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-140	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-141	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-142	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-143	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-144	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-145	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-146	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-147	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-148	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-149	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10
ADL-150	Dr. M.	• Service d'appareil circulatoire	11-10

Wissenschaftslehre WIS1010/0100 WIS1010/0101 WIS1010/0102 WIS1010/0103 WIS1010/0104 WIS1010/0105 WIS1010/0106 WIS1010/0107 WIS1010/0108 WIS1010/0109 WIS1010/0110 WIS1010/0111 WIS1010/0112 WIS1010/0113 WIS1010/0114 WIS1010/0115 WIS1010/0116 WIS1010/0117 WIS1010/0118 WIS1010/0119 WIS1010/0120	<p>Wissenschaftstheoretische Grundlagen</p> <ul style="list-style-type: none"> – WIS 1010/0101 – WIS 1010/0102 – WIS 1010/0103 – WIS 1010/0104 – WIS 1010/0105 – WIS 1010/0106 – WIS 1010/0107 – WIS 1010/0108 – WIS 1010/0109 – WIS 1010/0110 – WIS 1010/0111 – WIS 1010/0112 – WIS 1010/0113 – WIS 1010/0114 – WIS 1010/0115 – WIS 1010/0116 – WIS 1010/0117 – WIS 1010/0118 – WIS 1010/0119 – WIS 1010/0120 	<p>Wissenschaftslehre II – Reflexions- und Methodenlehre</p> <ul style="list-style-type: none"> – WIS 1010/0121 – WIS 1010/0122 – WIS 1010/0123 – WIS 1010/0124 – WIS 1010/0125 – WIS 1010/0126 – WIS 1010/0127 – WIS 1010/0128 – WIS 1010/0129 – WIS 1010/0130 – WIS 1010/0131 – WIS 1010/0132 – WIS 1010/0133 – WIS 1010/0134 – WIS 1010/0135 – WIS 1010/0136 – WIS 1010/0137 – WIS 1010/0138 – WIS 1010/0139 – WIS 1010/0140
--	--	---

II – INFORMATIONSCONZENTRATIONEN (Prüfungsausschuss)

WIS1010/0141 WIS1010/0142	<p>Wissenschaftstheoretische Grundlagen (WIS 1010/0101-0120)</p> <p>WIS 1010/0141 WIS 1010/0142</p>	<p>77 – Informations- und Medienwissenschaft/Technologie</p>
--	---	--

III – WISSENSKONZENTRATIONEN (Prüfungsausschuss)

WIS1010/0143 WIS1010/0144 WIS1010/0145 WIS1010/0146 WIS1010/0147 WIS1010/0148 WIS1010/0149 WIS1010/0150 WIS1010/0151 WIS1010/0152 WIS1010/0153	<p>Wissenschaftstheoretische Grundlagen (WIS 1010/0101-0120)</p> <p>WIS 1010/0143 – WIS 1010/0144 WIS 1010/0145 – WIS 1010/0146 WIS 1010/0147 – WIS 1010/0148 WIS 1010/0149 – WIS 1010/0150 WIS 1010/0151 – WIS 1010/0152 WIS 1010/0153</p>	<p>78 – Medienwissenschaft</p> <p>79 – Medienwissenschaft</p> <p>76 – Kulturwissenschaft / Medien- und Kommunikationswissenschaft</p> <p>80 – Medienwissenschaft</p> <p>77 – Informations- und Medienwissenschaft/Technologie</p> <p>75 – Kulturwissenschaft / Medien- und Kommunikationswissenschaft</p> <p>79 – Medienwissenschaft</p> <p>76 – Kulturwissenschaft / Medien- und Kommunikationswissenschaft</p> <p>77 – Informations- und Medienwissenschaft/Technologie</p> <p>75 – Kulturwissenschaft / Medien- und Kommunikationswissenschaft</p> <p>79 – Medienwissenschaft</p> <p>76 – Kulturwissenschaft / Medien- und Kommunikationswissenschaft</p> <p>77 – Informations- und Medienwissenschaft/Technologie</p> <p>75 – Kulturwissenschaft / Medien- und Kommunikationswissenschaft</p>
---	---	---

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)**

Dr. An. BOVICI
 Dr. An. BOVICI
 Dr. An. BOVICI
 Dr. An. BOVICI
 Dr. An. BOVICI

C2 - MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dr. An. BOVICI
 Dr. An. BOVICI

C3 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dr. An. BOVICI
 Dr. An. BOVICI
 Dr. An. BOVICI
 Dr. An. BOVICI
 Dr. An. BOVICI

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr. An. BOVICI	- Médecin spécialiste Maladies Infectieuses - Service de Maladies Infectieuses et Parasitologie, Hôpital de Clinique, Hôpital de Clinique
Dr. An. BOVICI	- Médecin spécialiste Maladies Infectieuses - Service de Maladies Infectieuses et Parasitologie, Hôpital de Clinique, Hôpital de Clinique
Dr. An. BOVICI	- Médecin spécialiste Maladies Infectieuses - Service de Maladies Infectieuses et Parasitologie, Hôpital de Clinique, Hôpital de Clinique
Dr. An. BOVICI	- Médecin spécialiste Maladies Infectieuses - Service de Maladies Infectieuses et Parasitologie, Hôpital de Clinique, Hôpital de Clinique
Dr. An. BOVICI	- Médecin spécialiste Maladies Infectieuses - Service de Maladies Infectieuses et Parasitologie, Hôpital de Clinique, Hôpital de Clinique
Dr. An. BOVICI	- Médecin spécialiste Maladies Infectieuses - Service de Maladies Infectieuses et Parasitologie, Hôpital de Clinique, Hôpital de Clinique
Dr. An. BOVICI	- Médecin spécialiste Maladies Infectieuses - Service de Maladies Infectieuses et Parasitologie, Hôpital de Clinique, Hôpital de Clinique
Dr. An. BOVICI	- Médecin spécialiste Maladies Infectieuses - Service de Maladies Infectieuses et Parasitologie, Hôpital de Clinique, Hôpital de Clinique
Dr. An. BOVICI	- Médecin spécialiste Maladies Infectieuses - Service de Maladies Infectieuses et Parasitologie, Hôpital de Clinique, Hôpital de Clinique
Dr. An. BOVICI	- Médecin spécialiste Maladies Infectieuses - Service de Maladies Infectieuses et Parasitologie, Hôpital de Clinique, Hôpital de Clinique
Dr. An. BOVICI	- Médecin spécialiste Maladies Infectieuses - Service de Maladies Infectieuses et Parasitologie, Hôpital de Clinique, Hôpital de Clinique
Dr. An. BOVICI	- Médecin spécialiste Maladies Infectieuses - Service de Maladies Infectieuses et Parasitologie, Hôpital de Clinique, Hôpital de Clinique
Dr. An. BOVICI	- Médecin spécialiste Maladies Infectieuses - Service de Maladies Infectieuses et Parasitologie, Hôpital de Clinique, Hôpital de Clinique

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- **ANALYSE ÉLECTROLYTIQUE (1950-1970)**
 219606 Auro Stodola professeur émérite
 219771 Louis-Edmond Lapierre professeur émérite
- **ANALYSE DES CARBOHYDRATES ALIMENTAIRES**
 212220 Jean-Benoît Guay professeur
 219611 Robert J. Laessle professeur
 219612 Jean-Pierre Gagnon
 212221 David P. Jewell professeur
 219613 Pierre-Louis Lacroix professeur
 219614 Michel Gosselin professeur
 219615 Jacques Gosselin professeur
 219616 Jacques Gosselin professeur
 212222 Claude Gosselin
- **ANALYSE DES CARBOHYDRATES ALIMENTAIRES**
 219617 Yves Tremblay professeur
 219618 Jean-Jacques Gosselin professeur
 219619 Yves Tremblay professeur
 219620 Yves Tremblay professeur
- **ANALYSE DES CARBOHYDRATES ALIMENTAIRES**
 219621 Yves Tremblay professeur

F2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS ASSOCIÉS (mi-temps)

1950-1959	1960-1969	1970

F3 - PROFESSEURS CONJUGUÉS DE L'UNIVERSITÉ

1950-1959	1960-1969
1950-1959	1960-1969
1950-1959	1960-1969
1950-1959	1960-1969
1950-1959	1960-1969
1950-1959	1960-1969
1950-1959	1960-1969
1950-1959	1960-1969
1950-1959	1960-1969
1950-1959	1960-1969

SERMENT D'HIPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

A Madame le Professeur Carole MATHELIN,
vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie pour votre disponibilité et pour l'attention que vous porterez à mon travail. Soyez assurée de mon plus profond respect et de mes sincères remerciements.

A Madame le Professeur Claire DUMAS,
je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Ton intérêt pour la gynécologie et pour la transmission de tes connaissances aux étudiants et même encore aux remplaçants fait de ta présence dans ce jury une évidence.

A Monsieur le Docteur Pierrick CHAPLIN, mon directeur de thèse,
je te remercie tout d'abord d'avoir accepté de m'aider tout au long de ce travail, merci pour tes conseils et ta disponibilité. Ensuite comment ne pas te remercier pour tout ce que tu m'as apporté pendant mon internat : tu as été mon tout premier maître de stage et je suis revenue avec grand plaisir dans ton cabinet à la fin de mon cursus. Merci pour ta bienveillance, ton humanité et pour la transmission de tes connaissances. Je me souviendrai toujours de nos pauses repas avec les délicieux repas préparés par Ute. Alors encore une fois merci pour tout Pierrick.

A tous ceux qui ont participé à ma formation :

A tous mes maîtres de stage, rencontrés en cabinet de médecine générale.

A toute l'équipe du 42-2 de Colmar, avec qui on a traversé la dure épreuve du Covid et notamment Cosmina ma chef préférée.

A Antonin, mon cointerne de pédiatrie et de gynécologie, merci pour ton aide pour le questionnaire et de m'avoir supporté lors de ce stage à Mulhouse.

A Monsieur le Professeur Erik Sauleau, merci d'avoir pris le temps de répondre à toutes mes questions sur les statistiques et d'avoir relu mon travail.

Aux IDE, aides soignants, secrétaires, internes, externes, médecins rencontrés lors de ma formation.

A ma famille :

A mes parents, merci pour votre soutien indéfectible pendant toutes ces années d'études. Rien n'aurait été possible sans vous, je vous aime.

A mon frère Guillaume, merci pour cette complicité qui nous lie depuis toujours. Celle-ci durera, je le suis sûre, éternellement car Guigui et Mimi c'est pour la vie.

A mes grands parents, ceux qui sont encore présents et ceux qui sont partis trop tôt.

A mes amis :

A ma famille Wolff, ma famille de cœur, merci pour tous les bons moments et pour cette amitié sincère depuis tellement d'années. Hâte de vivre toutes les années qui arrivent à vos côtés.

A mes amis avec qui on a vécu la P1 : Mathilde, Alexandre et Alan, c'est toujours un plaisir de se retrouver autour d'une bonne tarte flambée.

A mes amies rencontrées lors de mes études : Morgane, Laura, Catherine, Marie Laurence et Caroline. Je garderai en mémoire nos soirées, nos gardes partagées et les soirées karaokés passées et à venir.

À Jean-Marie, sage parmi les sages, modèle de vertu, puits de science, bienfaiteur de l'humanité, ma reconnaissance éternelle : merci pour la grande aide apportée.

A ma belle famille

Merci pour votre soutien et pour tous les bons moments partagés et à venir.

A Mathieu

Merci pour ton soutien depuis toutes ces années. Déjà dix ans à tes côtés, merci pour ces années remplies de rires et d'amour. Pour te répondre à mon tour : je n'imagine plus rien sans toi non plus.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	17
ABRÉVIATIONS.....	18
1. INTRODUCTION.....	19
2. LE CANCER DU SEIN.....	21
2.1. Épidémiologie.....	21
2.1.1. En France.....	21
2.1.2. Dans le Grand Est.....	21
2.2. Les facteurs de risque.....	22
2.3. Le dépistage.....	23
2.3.1. Le dépistage organisé du cancer du sein.....	23
2.3.2. Le dépistage individuel du cancer du sein.....	24
2.4. Le versant clinique du dépistage du cancer du sein : l'examen clinique des seins.....	26
2.4.1. Quand pratiquer cet examen ?.....	26
2.4.2. Comment pratiquer cet examen ?.....	26
2.4.3. L'examen clinique des seins : recommandations internationales.....	28
3. MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	30
3.1. Type d'étude.....	30
3.2. Questionnaire.....	31
3.3. Recueil et analyse de données.....	31
4. RÉSULTATS.....	32
4.1. Taux de réponses.....	32
4.2. Caractéristiques de l'échantillon étudié.....	32
4.3. L'observation de l'examen clinique des seins.....	35
4.3.1. L'observation d'un ECS.....	35
4.3.2. Les lieux d'observation de l'ECS.....	35
4.3.3. Les motifs des ECS observés.....	36
4.4. La pratique de l'examen clinique des seins.....	37
4.4.1. L'évaluation des compétences.....	37
4.4.2. La pratique de l'ECS : oui ou non ?.....	39
4.4.3. La pratique de l'ECS : combien de fois ?.....	40
4.4.4. La pratique de l'ECS : où ?.....	40
4.4.5. La pratique de l'ECS : pourquoi ?.....	41
4.4.6. La non pratique de l'ECS : pourquoi ?.....	42
4.4.7. Les motifs de la pratique systématique de l'ECS.....	43
4.5. La bonne pratique de l'ECS et ses recommandations.....	44
4.5.1. Le déroulé de l'ECS.....	44
4.5.2. Les signes cliniques en faveur d'un cancer du sein.....	46
4.5.3. Les recommandations de la HAS.....	48
4.5.3.1. L'âge initial de l'ECS.....	48
4.5.3.2. L'âge limite de l'ECS.....	49
4.5.3.3. La fréquence de l'ECS.....	50
4.5.3.4. Le respect des recommandations.....	51
4.6. Les motivations et les freins à la réalisation de l'ECS.....	53
4.6.1. Les motivations.....	53

4.6.2.	Les freins	55
4.7.	Inclure l'ECS dans la pratique courante ?	57
5.	DISCUSSION.....	59
5.1.	Limites de l'étude.....	59
5.1.1.	Le biais de sélection	59
5.1.2.	Le biais d'information.....	59
5.1.3.	Le biais d'analyse.....	60
5.1.4.	Le questionnaire	60
5.2.	Le profil des répondants	61
5.3.	La pratique de l'examen clinique des seins	62
5.4.	Les connaissances des internes de médecine générale.....	64
5.4.1.	Le déroulé d'un ECS.....	64
5.4.2.	Les recommandations de la HAS	65
5.5.	Les motivations et les freins.....	65
5.6.	Perspectives	68
6.	CONCLUSION	70
	ANNEXES.....	73
	Annexe 1 : Évaluation du développement des compétences de médecine générale.....	73
	Annexe 2 : Questionnaire.....	80
	Annexe 3 : Fiche mémo.....	84
	BIBLIOGRAPHIE	85

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : Sexe des participants -----	32
Tableau 2 : Niveau du cursus -----	33
Tableau 3 : Apprentissage de la santé de la femme -----	34
Tableau 4 : Pratique d'une formation en santé de la femme en fonction du sexe-----	34
Tableau 5 : Évaluation des compétences à réaliser un examen clinique des seins -----	38
Tableau 6 : Évaluation des compétences à réaliser un examen clinique des seins en fonction de la réalisation du stage en santé de la femme -----	38
Tableau 7 : Proportion d'internes prêts à intégrer les recommandations de la HAS dans leur pratique en fonction du sexe -----	52
Tableau 8 : Inclure l'examen clinique des seins dans sa pratique future sur une échelle de 0 à 10 -----	58
Figure 1 : Formation en santé de la femme en fonction du sexe-----	34
Figure 2 : Proportion d'internes ayant observé un examen clinique de seins -----	35
Figure 3 : Lieux d'observation de l'examen clinique des seins-----	36
Figure 4 : Les motifs des examens cliniques des seins observés -----	37
Figure 5 : Évaluation des compétences à réaliser un examen clinique des seins -----	38
Figure 6 : Proportion d'internes ayant réalisé un examen clinique des seins -----	39
Figure 7 : Nombre d'examens cliniques des seins réalisés par les internes-----	40
Figure 8 : Les lieux de pratique de l'examen clinique des seins -----	41
Figure 9 : Les motifs de la pratique de l'examen clinique des seins-----	42
Figure 10 : Les motifs de la non pratique de l'examen clinique des seins -----	43
Figure 11 : Les motifs de la pratique systématique de l'examen clinique des seins -----	44
Figure 12 : Le bon déroulé d'un examen clinique des seins -----	46
Figure 13 : Les signes cliniques en faveur d'un cancer du sein -----	48
Figure 14 : Âge initial de l'examen clinique des seins recommandé par la HAS-----	49
Figure 15 : Âge limite de l'examen clinique des seins recommandé par la HAS-----	50
Figure 16 : Fréquence de l'examen clinique des seins recommandée par la HAS-----	51
Figure 17 : Proportion d'internes prêts à intégrer les recommandations de la HAS dans leur pratique-----	52
Figure 18 : Proportion d'internes prêts à intégrer les recommandations de la HAS dans leur pratique en fonction du sexe -----	53
Figure 19 : Les motivations à la pratique de l'examen clinique des seins -----	54
Figure 20 : Les freins à la pratique de l'examen clinique des seins -----	56
Figure 21 : Inclure l'examen clinique des seins dans sa pratique future sur une échelle de 0 à 10-----	58

ABRÉVIATIONS

ADEMAS : Association pour le dépistage des maladies du sein

DES : Diplôme d'études spécialisées

DIU : Diplôme interuniversitaire

ECN : Épreuves classantes nationales

ECS : Examen clinique des seins

FCU : Frottis cervico-utérin

FO : Formation optionnelle

FST : Formation spécialisée transversale

HAS : Haute Autorité de Santé

IMG : Interne de médecine générale

SASPAS : Stage en autonomie en médecine générale en ambulatoire

SAU : Service d'accueil des urgences

THS : Traitement hormonal substitutif

1. INTRODUCTION

À partir du troisième cycle, l'interne ayant choisi la spécialité « Médecine générale » à l'issue des Épreuves classantes nationales (ECN) est inscrit au Diplôme d'études spécialisées (DES) de Médecine générale. Ce DES a une durée de six semestres répartis en deux phases : la phase socle suivie de la phase d'approfondissement. La phase socle est composée de deux semestres : l'un correspondant au stage en médecine d'urgences et l'autre au stage en médecine générale. La phase d'approfondissement est composée de quatre semestres : un stage en médecine polyvalente, un stage en santé de l'enfant, un stage en santé de la femme et un stage en autonomie en médecine générale en ambulatoire (SASPAS) (1).

À l'issue de chaque semestre, le développement des compétences en médecine générale est évalué pour chaque interne selon une grille avec différents niveaux de compétence (novice, intermédiaire et compétent) (Annexe 1). Une des compétences évaluée correspond à « l'éducation, le dépistage, la prévention, la santé individuelle et communautaire ». Celle-ci évalue si l'interne intègre, dans son activité de soins et dans la durée, des moments dédiés à la prévention individuelle, au dépistage organisé et à l'éducation des patients. Étant le plus souvent en première ligne, les médecins généralistes ont un rôle capital dans la prévention et le dépistage et doivent donc y être sensibilisés dès le début de leur formation (2).

Comme indiqué précédemment, les futurs médecins généralistes sont formés à plusieurs domaines de la gynécologie tels que la prescription de la contraception, la pose de stérilets et d'implants contraceptifs, le suivi de grossesse et également la prévention des cancers gynécologiques avec le dépistage individuel et organisé.

La gynécologie est une spécialité qui connaît une nette baisse de ses effectifs en France. En effet, comme le note le Conseil National de l'Ordre des Médecins dans son bulletin de la démographie médicale, leur effectif a diminué de 65,4% entre 2010 et 2021 au niveau national. Dans le Bas-Rhin, en 2021, la densité des gynécologues médicaux et obstétriciens est de 1,2 pour 100 000 habitants ce qui représente une baisse de 55,6 % depuis 2010. Dans le Haut-Rhin, la densité en 2021 est de 1 pour 100 000 habitants ce qui correspond à une baisse de 50 % des effectifs depuis 2010 (3). Concernant les médecins généralistes, il existe également une baisse des effectifs depuis 2010 mais dans une moindre mesure par rapport aux gynécologues avec une baisse d'effectifs de 9 % au niveau national (4).

Étant en première ligne en matière de santé et devant cette forte baisse des effectifs de gynécologues, il convient donc pour les futurs médecins généralistes de connaître les différentes modalités de dépistage des cancers gynécologiques et notamment du cancer du sein. L'examen clinique des seins est un des versants du dépistage du cancer du sein.

Dans ce travail de recherche, nous allons d'abord nous intéresser à la pratique de l'examen clinique des seins par les futurs médecins généralistes et à leurs connaissances sur le sujet. Pratiquent-ils cet examen ? Connaissent-ils les modalités de la pratique de cet examen et les recommandations ? Nous nous demanderons dans un second temps quels sont les freins et motivations rapportés par les internes à la réalisation de cet examen.

2. LE CANCER DU SEIN

2.1. **Épidémiologie**

2.1.1. *En France*

Le cancer du sein fait parti des cancers les plus fréquents en France avec le cancer de la prostate, le cancer du poumon et le cancer colorectal. Il est le cancer le plus fréquent chez la femme et la première cause de décès par cancer chez celle-ci devant le cancer du poumon et le cancer colorectal (5). À noter également que le cancer est la deuxième cause de décès chez la femme, la première étant les maladies cardiovasculaires (6).

En 2018, 58 459 nouveaux cas ont été diagnostiqués et 12 146 décès ont été estimés en France métropolitaine (7). L'âge moyen de survenue du cancer est de 63 ans (8).

Entre 1990 et 2018, il existe une augmentation du taux d'incidence, c'est à dire du nombre de nouveaux cas annuels : celui-ci a quasiment doublé. Le taux de mortalité a quant à lui diminué et ne cesse de décroître d'année en année. Ces différents chiffres peuvent s'expliquer par l'existence du programme de dépistage du cancer du sein et par l'amélioration de la thérapeutique (9).

2.1.2. *Dans le Grand Est*

Pour la période de 2007 à 2016, l'incidence du cancer du sein dans la région Grand Est est comparable à l'incidence nationale. Le nombre moyen de nouveaux cas annuels dans cette période a été estimé à 4 573 (10).

La mortalité dans le Grand Est sur la période de 2007 à 2014 est également comparable à celle de la France, le nombre annuel moyen de décès par cancer du sein a été estimé à 1011(10).

2.2. Les facteurs de risque

Les facteurs de risque du cancer du sein sont multiples. Les principaux sont l'âge (environ 80 % des cancers du sein sont diagnostiqués après l'âge de 50 ans dont 28 % après 69 ans (11)), le sexe, les antécédents personnels et familiaux de cancer du sein et la prédisposition génétique. L'antécédent personnel d'irradiation thoracique à haute dose et l'antécédent personnel de lésion mammaire avec atypie sont également des facteurs de risque (12).

D'autres facteurs de risque sont liés à l'histoire hormonale : l'âge précoce des premières règles, la nulliparité, l'absence d'allaitement, l'âge tardif de la première naissance, de la ménopause, la prise d'un traitement hormonal de substitution (THS) de la ménopause ou encore la prise d'une contraception oestroprogestative.

Enfin, d'autres facteurs de risque sont liés à l'hygiène de vie : le mode de vie sédentaire, le surpoids et l'obésité à la ménopause, la consommation régulière d'alcool, le mode alimentaire riche en graisses animale. Le diabète de type 2 est également un facteur de risque (13).

En fonction des principaux facteurs, les patientes sont classées selon différents niveaux de risque de développer un cancer. En fonction de ce niveau de risque il est recommandé aux patientes de bénéficier soit d'un dépistage individuel soit du dépistage organisé du cancer du sein.

2.3. Le dépistage

2.3.1. Le dépistage organisé du cancer du sein

En France, le dépistage organisé débuta dans les années 1980 et c'est en 2004 que celui-ci se généralisa à l'ensemble des femmes âgées de 50 à 74 ans. Les femmes éligibles à ce programme national de dépistage organisé sont donc celles âgées de 50 à 74 ans, asymptomatiques et non considérées comme à risque élevé ou très élevé de développer un cancer du sein. Chacune d'entre elles reçoit une invitation tous les deux ans pour effectuer une mammographie ainsi qu'un examen clinique réalisé par le radiologue. La mammographie (radiographie bilatérale des seins, selon deux incidences) est interprétée par un radiologue agréé. Si celui-ci conclut à des images normales ou bénignes, les clichés seront systématiquement relus par un second radiologue. En cas d'images suspectes, un bilan complémentaire est immédiatement réalisé (échographie, cytoponction ou biopsie). Ce dépistage est pris en charge à 100 % par l'assurance maladie (14).

En Alsace, le dépistage organisé du cancer du sein est assuré par le Centre Régional de Coordination des Dépistages de Cancers Grand Est. Cette association régionale, créée le premier janvier 2020, réunit les onze structures de gestion des dépistages de cancers du Grand Est déjà existantes. Parmi elles, l'Association pour le dépistage des maladies du sein (ADEMAS) Alsace en charge du dépistage du cancer du sein (15)(16).

En 2020, le taux national de participation au dépistage organisé fut de 42,8 % (17). Cette participation nationale au programme de dépistage est en baisse depuis 2012, année durant laquelle un taux de 52,4 % avait été atteint (18). Dans le Grand Est, en 2020, nous notons un taux de participation au programme de dépistage de

44,6 % (Bas-Rhin 48,4 % et Haut-Rhin 43,4 %). La même baisse de participation qu'au niveau national est notée dans cette région.

2.3.2. Le dépistage individuel du cancer du sein

En cas de non éligibilité au programme de dépistage organisé, les femmes devront bénéficier d'un suivi personnalisé en fonction de leurs facteurs de risque (19)(20).

Les patientes sont considérées à un niveau de risque « élevé » de développer un cancer du sein lorsqu'elles présentent :

- un antécédent de cancer du sein ou de carcinome canalaire in situ ;
- et/ou un antécédent d'hyperplasie canalaire atypique, d'hyperplasie lobulaire atypique ou de carcinome lobulaire in situ ;
- et/ou un antécédent d'irradiation thoracique à haute dose ;
- et/ou un antécédent familial de cancer du sein avec un score d'Eisinger supérieur ou égal à 3 et un risque estimé élevé par l'oncogénéticien.

Les patientes sont considérées avec un niveau de risque « très élevé » de développer un cancer du sein lorsque l'on constate :

- l'existence de la mutation BRCA1/2 ;
- ou une suspicion de mutation génétique : score d'Eisinger supérieur ou égal à 3 et un risque estimé comme très élevé par l'oncogénéticien (21).

À noter que le score d'Eisinger est un score familial d'analyse de l'arbre généalogique. En cas de score supérieur ou égal à 3, le niveau de risque de la patiente est déterminé à la suite d'une consultation en oncogénétique. Le risque sera qualifié

d'« élevé » ou de « très élevé ». En cas de score inférieur à 3 et si la patiente a plus de 50 ans, celle-ci sera intégrée au programme de dépistage organisé.

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

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

En fonction du niveau de risque, la patiente va bénéficier d'un dépistage individuel dont les modalités sont déterminées par la Haute autorité de Santé (HAS) (22).

En cas de risque élevé :

- un examen clinique mammaire annuel à partir de 20 ans ;
- une mammographie annuelle à partir de 40 ans, à laquelle peut s'ajouter une échographie mammaire (il convient de commencer la surveillance radiologique cinq ans avant l'âge du diagnostic de cancer du sein chez l'apparentée la plus jeune) ;
- à partir de 50 ans, la participation au programme de dépistage organisé.

En cas de risque très élevé :

- un examen clinique mammaire tous les 6 mois à partir de 20 ans ;
- une imagerie mammaire annuelle (IRM et mammographie +/- échographie) à partir de 30 ans.

2.4. Le versant clinique du dépistage du cancer du sein : l'examen clinique des seins

2.4.1. Quand pratiquer cet examen ?

Il existe plusieurs situations cliniques où l'examen clinique des seins (ECS) est recommandé.

Tout d'abord, la HAS, dans ses dernières recommandations de 2018, préconise la réalisation d'un examen clinique des seins annuel chez toutes les patientes à partir de 25 ans et sans limite d'âge. Chez les patientes à risque élevé et très élevé de cancer du sein celui-ci est préconisé à partir de 20 ans de façon annuelle ou biannuelle comme expliqué précédemment (22).

Pour les patientes traitées pour un cancer du sein, l'examen clinique des seins est recommandé tous les 6 mois pendant les deux ans qui suivent la fin du traitement puis annuellement (13).

L'ECS est également recommandé lors de la première prescription d'une contraception et annuellement à chaque renouvellement de cette contraception (23). Il en est de même pour la prescription et le renouvellement d'un THS de la ménopause (24).

L'ECS est également préconisé en prénatal et en post-partum qu'il existe un allaitement ou non (25)(26)(27).

2.4.2. Comment pratiquer cet examen ?

L'ECS commence par le temps de l'inspection qui se fait de face puis de profil, avec une lumière à jour frisant. La patiente doit être dévêtue jusqu'à la ceinture et

adopter successivement trois positions différentes : assise avec les bras le long du tronc puis assise avec les bras levés et enfin debout avec les bras tendus en avant et le dos courbé. L'inspection permet d'estimer le volume des seins, leur symétrie, l'existence ou non de signes d'inflammation, d'une masse superficielle ou encore d'une circulation veineuse collatérale. Il faut également regarder la région aréolo-mamelonnaire (28).

Le deuxième temps de l'examen est la palpation des seins et des aires ganglionnaires axillaires et sus claviculaire. La palpation s'effectue avec la patiente assise puis couchée, l'examineur se trouvant du côté du sein qu'il examine. La main de l'examineur doit être à plat et effectuer des petits mouvements circulaires avec le deuxième et le troisième doigt en appliquant une légère pression sur le sein. La totalité du sein est examinée en partant du centre jusqu'au bord inférieur de la clavicule en haut et sous le sillon sous mammaire en bas. Pour l'examen des creux axillaires, les mains de la patiente reposent sur les épaules de l'examineur, la main droite explore la région axillaire gauche et la main gauche la région axillaire droite. Pour les creux sus claviculaires, l'examineur est généralement derrière la patiente qui est assise et penche la tête du côté palpé. Il ne faut pas oublier de rechercher également un écoulement mamelonnaire en effectuant une pression du sein et du mamelon (29).

À noter que l'ECS se révèle plus performant lorsqu'il est effectué pendant la première phase du cycle menstruel de la patiente, soit lors de ses règles.

Plusieurs signes retrouvés lors de cet examen clinique peuvent faire évoquer un cancer :

- des lésions peu mobiles voire fixes de formes anguleuses même si il existe également des tumeurs de forme arrondie ou ovalaire ;
- une rétraction ou une asymétrie récente d'un mamelon ;
- un érythème, un prurit mamelonnaire ;
- un écoulement mamelonnaire : unilatéral, uniorificiel, glairo-sanglant ;
- un placard inflammatoire, un œdème, un aspect en peau d'orange, une ulcération, une rétraction cutanée ;
- un hématome d'apparition spontanée ;
- des adénopathies axillaires ou sus claviculaires (30).

2.4.3. L'examen clinique des seins : recommandations internationales

D'un pays à l'autre, les recommandations concernant l'ECS dans le dépistage du cancer du sein ne sont pas les mêmes.

Au Canada, l'ECS n'est plus recommandé depuis plusieurs années par la *Canadian Task Force on Preventive Health Care* alors que celui-ci était recommandé auparavant à raison d'une fois par an ou d'une fois tous les deux ans pour les femmes à risque intermédiaire de 50 à 69 ans (31).

Aux États-Unis, il existe des désaccords entre les différentes sociétés savantes. *L'American Cancer Society* ne recommande pas l'ECS car il existe très peu de preuves que cet examen aide à détecter le cancer du sein à un stade précoce en comparaison de la mammographie. *L'American College of Obstetricians and Gynecologists* recommande

quant à lui l'ECS à raison d'une fois par an voire une fois tous les 3 ans pour les femmes âgées de 25 à 39 ans et à raison d'une fois par an pour les femmes de 40 ans et plus (32).

Ces différences de recommandations entre ces divers pays peuvent être expliquées par l'insuffisance des données dans la littérature sur le rôle de l'ECS seul et l'ancienneté de ces études (33)(34). En effet, les études n'évaluent que l'ECS couplé à la mammographie versus l'ECS seul et non l'ECS seul versus aucun moyen de dépistage (35). De plus, l'ECS couplé à la mammographie expose la patiente à un risque de faux positif plus important que l'évaluation par la mammographie seule (36). Les faux positifs sont source d'angoisse et d'examens complémentaires potentiellement lourds pour la patiente.

Pourtant des études ont mis en évidence l'intérêt de l'ECS. Ce dernier correctement effectué permettrait d'augmenter de 2 à 6 % le taux de détection de cancers du sein en complément de la mammographie (37) (38) . L'ECS permettrait également à lui seul de mettre en évidence 10 à 15 % des cancers qui seraient passés inaperçus à la mammographie (densité mammaire trop grande ou caractère non radiosensible de la tumeur) ou qui se seraient développés entre deux mammographies qu'on appelle les cancers d'intervalle (39).

L'idée de ce sujet de thèse m'est venue en octobre 2020 lors de la campagne « Octobre rose ». En effet, lors de celle-ci, de nombreux médias diffusent des messages de sensibilisation évoquant l'autopalpation mammaire et la palpation mammaire par un professionnel de santé. Devant ces messages je me suis sentie spectatrice et non actrice de ce dépistage bien que professionnelle de santé.

Il est vrai que dans le cadre de mes études, j'ai été amenée à réaliser un examen clinique des seins mais seulement dans des situations de demande de la patiente (symptômes rapportés par la patiente). Je n'ai moi-même jamais réalisé d'examen mammaire dans le cadre du dépistage avant mon stage au service de gynécologie de Sélestat lors de mon dernier semestre d'internat, en été 2021. De plus, lors de mes différents stages, je n'ai jamais vu un praticien le réaliser en cabinet de médecine générale. Je ne connaissais pas les recommandations concernant l'examen clinique des seins avant de débiter ce travail. J'ai donc voulu m'intéresser à mes cointernes et explorer leur pratique et leurs connaissances de l'ECS.

3. MATÉRIELS ET MÉTHODES

3.1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude descriptive, quantitative et transversale à l'aide d'un questionnaire en ligne.

L'objectif principal de cette étude est de décrire la pratique et les connaissances des internes de médecine générale concernant l'ECS. Nous voulions savoir s'ils le pratiquent et tenter de mettre en évidence des associations telles que le fait de pratiquer l'ECS en fonction du sexe, de l'âge ou encore de la formation en gynécologie.

L'objectif secondaire de cette étude est d'explorer les différents freins ou motivations que peuvent exprimer les internes à intégrer cet examen dans leur pratique.

3.2. Questionnaire

Notre questionnaire est composé de vingt-six questions. Il s'agit à la fois de questions fermées à choix multiples avec une ou plusieurs réponses possibles et de questions ouvertes avec des réponses courtes ou longues possibles. Pour certaines questions à choix multiples, l'interne avait la possibilité de répondre « autre » et d'y noter une réponse libre. Avant la dernière question, une fiche mémo sur l'examen clinique des seins était procurée à l'interne.

Le questionnaire a été mis en ligne sur la plate-forme d'enquête statistique *Google Forms*. Le lien vers celui-ci a été envoyé par e-mail le 7 octobre 2021 à tous les internes de médecine générale inscrits à cette date à la faculté de médecine de Strasbourg via leur messagerie universitaire. Afin de maximiser le nombre de réponses il a également été partagé via les réseaux sociaux (groupes *Facebook* des différentes promotions d'internes de médecine générale) le 4, le 18 et le 25 octobre 2021.

3.3. Recueil et analyse de données

Les réponses collectées ont été retranscrites sous forme de tableau de valeurs avec le logiciel *Microsoft Excel*. Pour l'analyse statistique des variables discrètes ou catégorielles, nous avons utilisé le test du Chi 2 avec un risque alpha à 5 %. Lorsque les effectifs étaient trop petits (< 5) nous avons utilisé le test de Fisher (loi normale non vérifiée). Pour les variables continues, nous avons utilisé le test t de Welch (dérivé du test de Student) ainsi que le test U de Mann-Whitney lorsque les effectifs étaient trop faibles (loi normale non vérifiée).

4. RÉSULTATS

4.1. Taux de réponses

Le nombre d'internes de médecine générale inscrits à la Faculté de médecine de Strasbourg lors de l'envoi de notre questionnaire était de 353 : 106 hommes (30 %) et 247 femmes (70 %). Nous avons recueilli un total de 152 réponses soit un taux de réponse de 43,1 %.

4.2. Caractéristiques de l'échantillon étudié

Parmi les 152 répondants 107 sont des femmes (70 %) et 45 sont des hommes (30 %) (Tableau 1). L'âge moyen des répondants est de 27 ans avec un minimum de 24 ans et un maximum de 50 ans.

Sexe	Effectif (n)	Proportion (%)
Femmes	107	70 %
Hommes	45	30 %

Tableau 1 : Sexe des participants

Sur ces 152 répondants : 38 % sont en sixième semestre du DES de médecine générale, 28 % en quatrième semestre, 26 % en second semestre, 3,3 % en troisième semestre, 2 % en cinquième semestre, 2 % en formation spécialisée transversale (FST), 0,66 % en premier semestre et 0,66 % en disponibilité. 150 répondants sur 152 soit 98,7 % ont déjà effectué leur stage de premier niveau chez le praticien de médecine générale en ambulatoire (Tableau 2).

		Effectif (n)	Proportion (%)
Semestre en cours	Premier semestre	1	0,66 %
	Deuxième semestre	39	26 %
	Troisième semestre	5	3.3 %
	Quatrième semestre	42	28 %
	Cinquième semestre	3	2 %
	Sixième semestre	58	38 %
	FST	3	2 %
	Disponibilité	1	0,66 %
Stage de premier niveau effectué ?	Oui	150	98,7 %
	Non	2	1,3 %

Tableau 2 : Niveau du cursus

Concernant la pratique du stage de santé de la femme : 43 % des répondants l'ont déjà effectué ou sont en train de l'effectuer, 57 % ne l'ont donc pas encore effectué. Sur les 43 % ayant effectué le stage en santé de la femme : 51 % ont effectué un stage couplant la gynécologie hospitalière et la médecine générale en ambulatoire, 42 % ont effectué un stage en gynécologie hospitalière uniquement, 4,6 % ont effectué un stage en cabinet de médecine générale, 1,5 % ont effectué un stage en endocrinologie, et 1,5 % un stage couplant la gynécologie hospitalière et le planning familial (Tableau 3). Une formation en santé de la femme a été suivie par 88 internes soit 58 % des répondants (FO à la faculté, FMC, DIU, autre) (Tableau 3). Concernant la pratique d'une formation en santé de la femme, notre analyse statistique a révélé une différence significative en fonction du sexe. En effet, plus de femmes ont effectué une formation en santé de la femme ($p < 0,001$) (Tableau 4 et Figure 1).

		Effectif (n)	Proportion (%)
Stage de santé de la femme en cours ou effectué	Oui	65	43 %
	Non	87	57 %
Lieu du stage de santé de la femme	Stage couplant la gynécologie hospitalière + cabinet de médecine générale	33	51 %
	Service de gynécologie en hospitalier	27	42 %
	Cabinet de médecine générale	3	4,6 %
	Endocrinologie	1	1,5 %
	Cabinet de médecine générale + planning familial	1	1,5 %
Formation en santé de la femme	Oui	88	58 %
	Non	64	42 %

Tableau 3 : Apprentissage de la santé de la femme

Formation en Santé de la Femme	Sexe		n	p
	Femme (n = 107)	Homme (n = 45)		
Oui	73 (68 %)	15 (33 %)	88	<0.001
Non	34 (32 %)	30 (67 %)	64	

Tableau 4 : Pratique d'une formation en santé de la femme en fonction du sexe

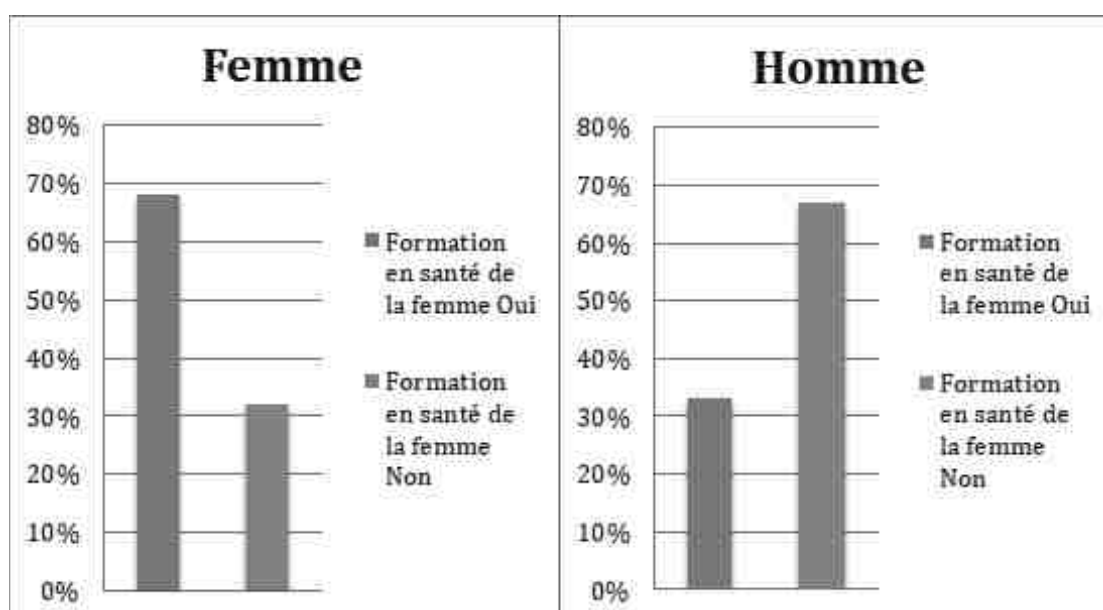


Figure 1 : Formation en santé de la femme en fonction du sexe

4.3. L'observation de l'examen clinique des seins

4.3.1. L'observation d'un ECS

Parmi les 152 répondants, 134 internes (88 %) ont déjà assisté à un ECS (Figure 2). Nous n'avons observé aucune différence significative concernant l'observation d'un ECS et les différentes caractéristiques de notre échantillon (sexe $p=1$, semestre $p=0,16$, stage en santé de la femme $p=0,2...$)

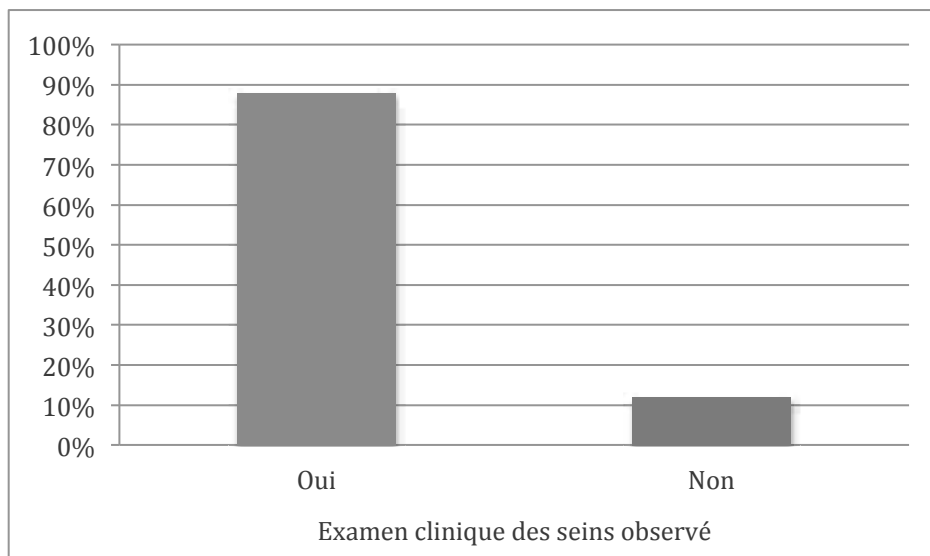


Figure 2 : Proportion d'internes ayant observé un examen clinique de seins

4.3.2. Les lieux d'observation de l'ECS

Sur les 134 internes ayant déjà assisté à un ECS, 103 internes (77 %) ont observé cet examen en cabinet de médecine générale, 74 (55 %) en service de gynécologie, 4 (3 %) en oncologie, 3 (2 %) en médecine interne, 1 (0,75 %) en gériatrie et 1 (0,75 %) dans le service des urgences (Figure 3).

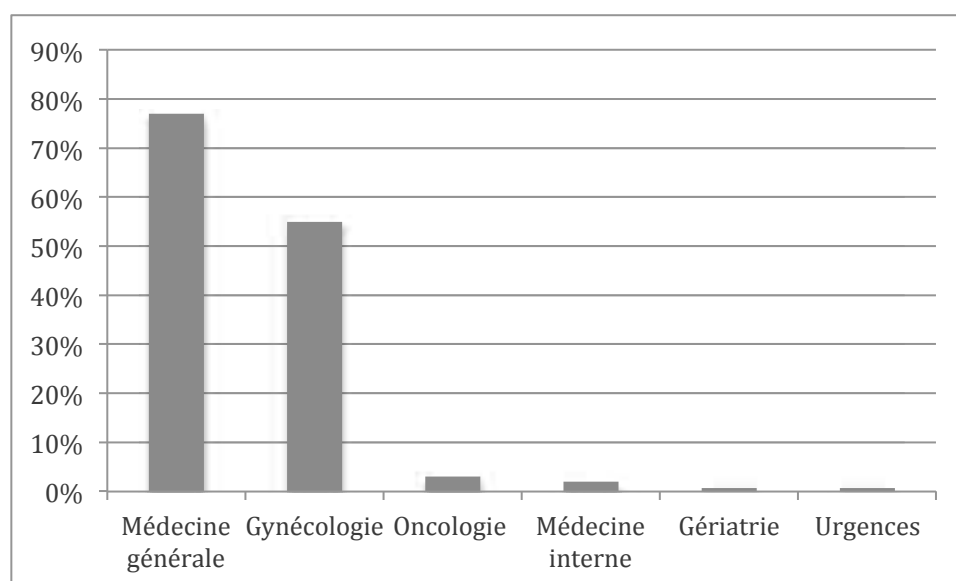


Figure 3 : Lieux d'observation de l'examen clinique des seins

4.3.3. Les motifs des ECS observés

Les ECS observés par les internes avaient des motifs variés. Le motif qui arrive en tête est « les symptômes rapportés par la patiente » avec 111 réponses positives sur 134 (82,8 %). Le second motif est « l'examen systématique chez toutes les patientes » avec 71 réponses positives sur 134 (53 %). Le troisième motif est « la surveillance d'une patiente traitée pour un cancer du sein » avec 47 réponses positives (35 %). Arrivent ensuite d'autres motifs tels que la prescription d'une contraception (20 réponses soit 14,9 %), la prescription d'un traitement hormonal (17 réponses soit 12,7 %), le suivi de grossesse (11 réponses soit 8,2 %) et la demande de la patiente à l'apprentissage de l'autopalpation (1 réponse soit 0,7 %) (Figure 4).

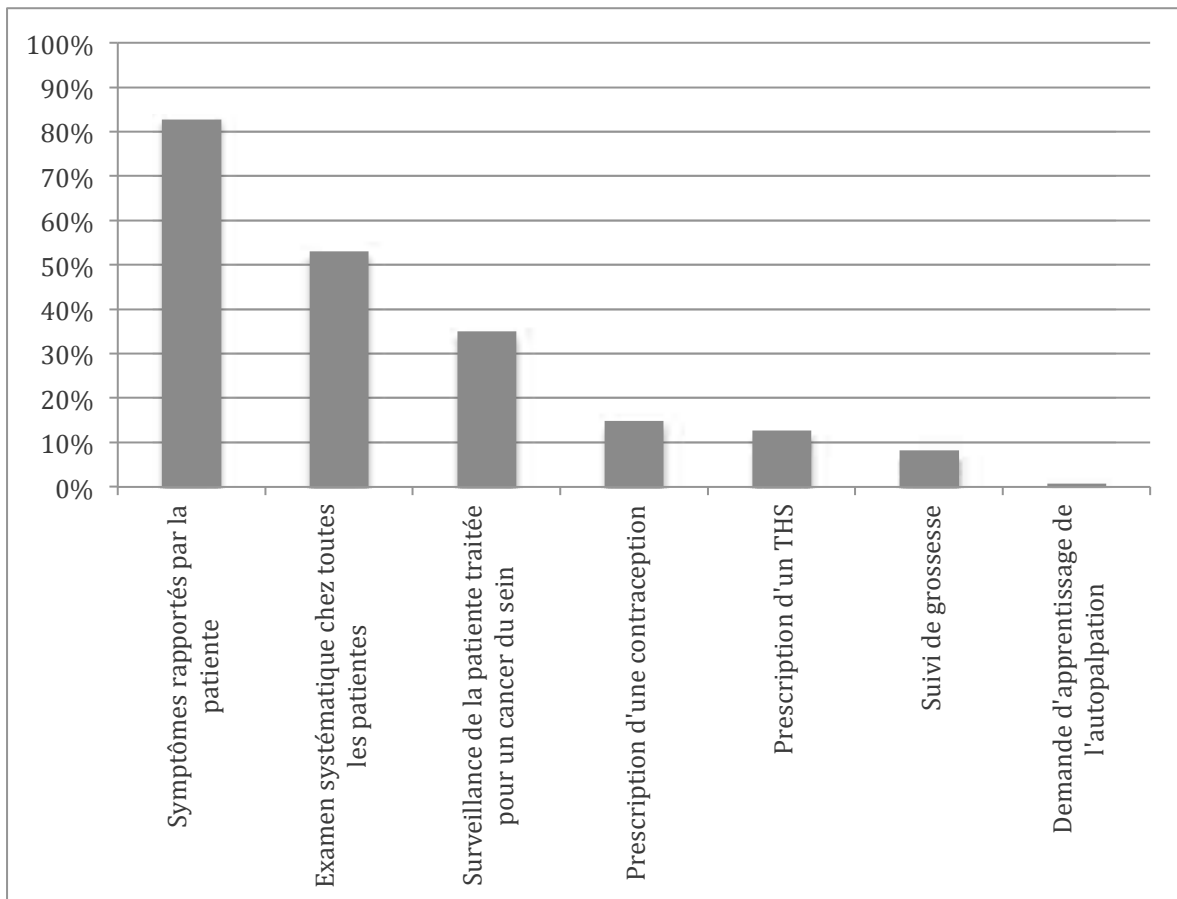


Figure 4 : Les motifs des examens cliniques des seins observés

4.4. La pratique de l'examen clinique des seins

4.4.1. *L'évaluation des compétences*

Notre première question concernant la pratique de l'ECS des internes en médecine générale (IMG) concernait leur propre évaluation de leur compétence à réaliser un ECS. Pour cela, les IMG devaient se donner une note allant de 0 à 10. La moyenne retrouvée est de 5,39 avec une note minimale de 1 et une note maximale de 9 (Tableau 5 et Figure 5).

	Moyenne (écart-type)	Médiane [Q25-75]	min	max	n
Compétence à réaliser l'examen clinique des seins	5,39 (1,78)	6,00 [4,00; 7,00]	1,00	9,00	152

Tableau 5 : Évaluation des compétences à réaliser un examen clinique des seins

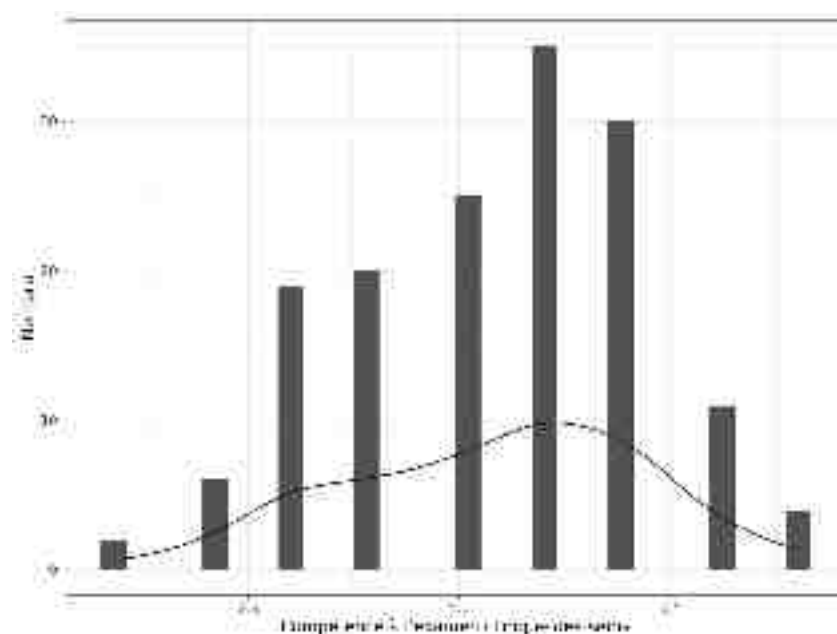


Figure 5 : Évaluation des compétences à réaliser un examen clinique des seins

Une différence significative est mise en évidence lors de notre analyse statistique. En effet la moyenne obtenue pour les IMG ayant effectué leur stage de santé de la femme est de 6,03 alors que ceux n'ayant pas effectué ce stage ont une moyenne de 4,92 ($p < 0,001$) (Tableau 6).

Stage de Santé de la femme réalisé ?	Non (n = 87)	Oui (n = 65)	n	p
Compétence à l'ECS				
Moyenne (écart-type)	4,92 (1,79)	6,03 (1,56)	152	< 0,001

Tableau 6 : Évaluation des compétences à réaliser un examen clinique des seins en fonction de la réalisation du stage en santé de la femme

4.4.2. La pratique de l'ECS : oui ou non ?

Sur les 152 participants, 134 internes (88 %) ont déjà effectué un examen clinique des seins et 18 (12 %) ne l'ont jamais fait (Figure 6).

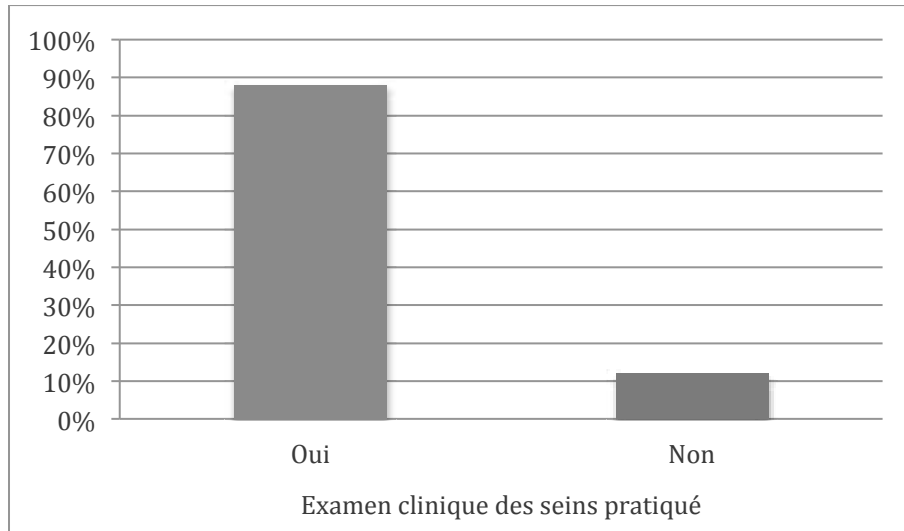


Figure 6 : Proportion d'internes ayant réalisé un examen clinique des seins

Plusieurs différences significatives ont été retrouvées concernant la pratique de l'ECS:

- en fonction de l'âge : plus l'interne est âgé et plus la pratique de l'ECS existe ($p < 0,001$) ;
- en fonction du semestre : les internes de semestres plus avancés ont déjà plus pratiqué l'ECS ($p < 0,001$) ;
- en fonction de la pratique du stage de santé de la femme : si un interne a effectué son stage en gynécologie, la pratique de l'ECS est retrouvée également en plus grand nombre ($p < 0,001$) ;
- en fonction de l'observation de l'ECS : les internes qui ont observé l'ECS ont plus pratiqué l'ECS ($p < 0,001$).

4.4.3. La pratique de l'ECS : combien de fois ?

La majorité des IMG ayant déjà pratiqué l'ECS l'ont pratiqué entre deux et dix fois (71 sur 134 soit 53 %), 46 d'entre eux (34 %) l'ont pratiqué plus de dix fois et 17 seulement une fois (13 %) (Figure 7).

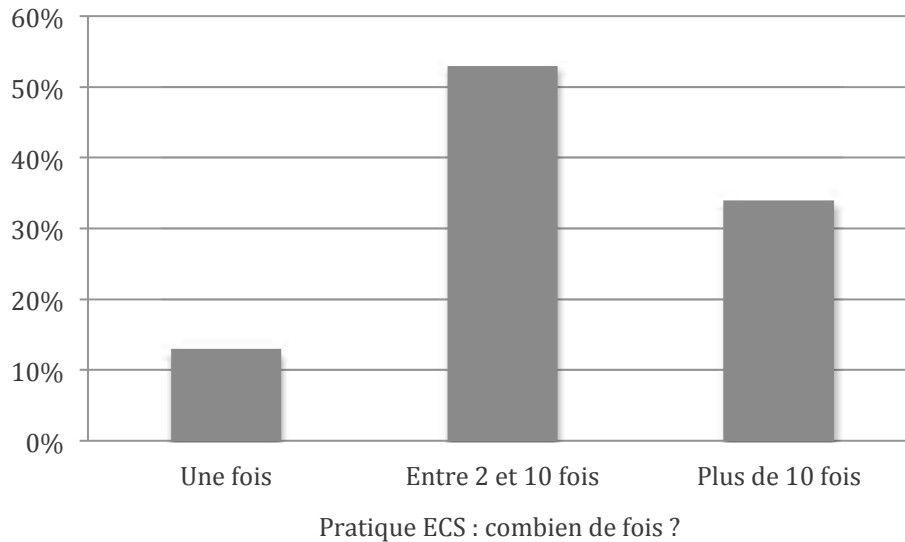


Figure 7 : Nombre d'exams cliniques des seins réalisés par les internes

4.4.4. La pratique de l'ECS : où ?

La majorité des IMG ont réalisé l'ECS dans un cabinet de médecine générale : 109 répondants sur 134 (81,9 %). 73 d'entre eux l'ont réalisé dans un service de gynécologie (54,9 %), 9 en médecine interne (6,8 %), 6 en gériatrie (4,5 %), 5 au SAU (3,8 %) et 4 en oncologie (3 %) (Figure 8).

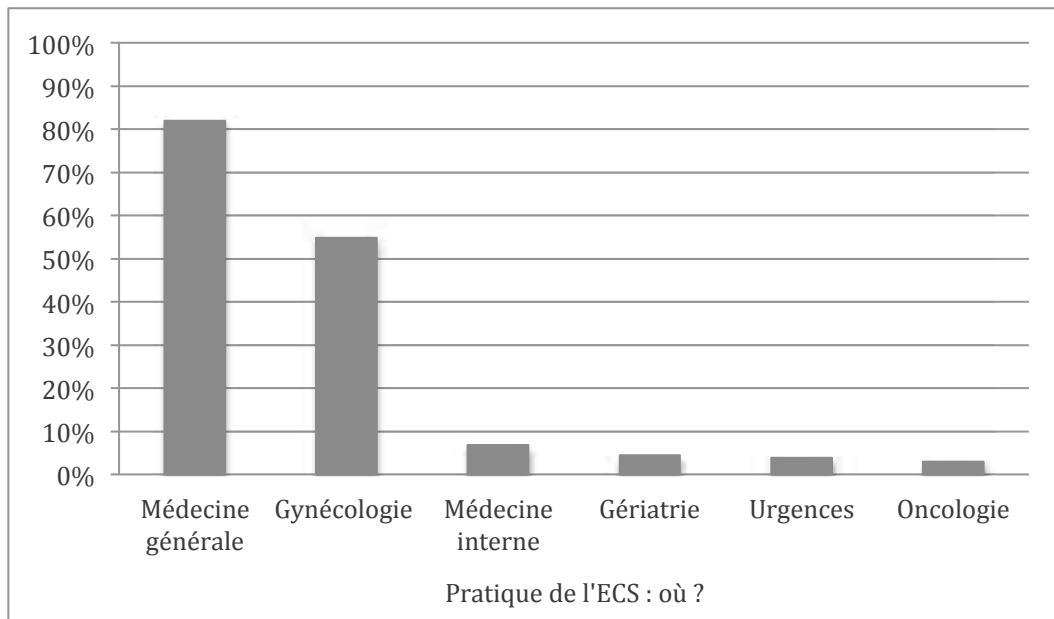


Figure 8 : Les lieux de pratique de l'examen clinique des seins

4.4.5. La pratique de l'ECS : pourquoi ?

Cette fois-ci la question s'intéressait aux différents motifs qui ont poussé les IMG ayant déjà réalisé un ECS à réaliser cet ECS.

Le premier motif de réalisation de l'ECS est « les symptômes rapportés par la patiente » avec 117 réponses sur 134 (87,3 %). Le second motif est « l'examen systématique chez toutes les patientes » avec 64 réponses sur 134 (47,8 %), le troisième motif est « la surveillance de la patiente traitée pour un cancer du sein » avec 47 réponses sur 134 (35,1 %) (Figure 9).

Arrivent par la suite d'autres motifs (Figure 9) :

- « la prescription d'une contraception » avec 16 réponses (11,9 %) ;
- « la prescription d'un THS » avec 11 réponses (8,2 %) ;
- « le suivi de grossesse » avec 7 réponses (5,2 %) ;

- « des signes clinico-biologiques : altération de l'état général, adénopathie axillaire, syndrome inflammatoire chronique » avec 5 réponses (3,7 %) ;
- « la réalisation d'un frottis cervico-utérin » avec une seule réponse (0,7 %) ;
- « la demande d'apprentissage de l'autopalpation par la patiente » avec une seule réponse (0,7 %) ;
- « un examen clinique d'admission à l'hôpital » avec une seule réponse (0,7 %).

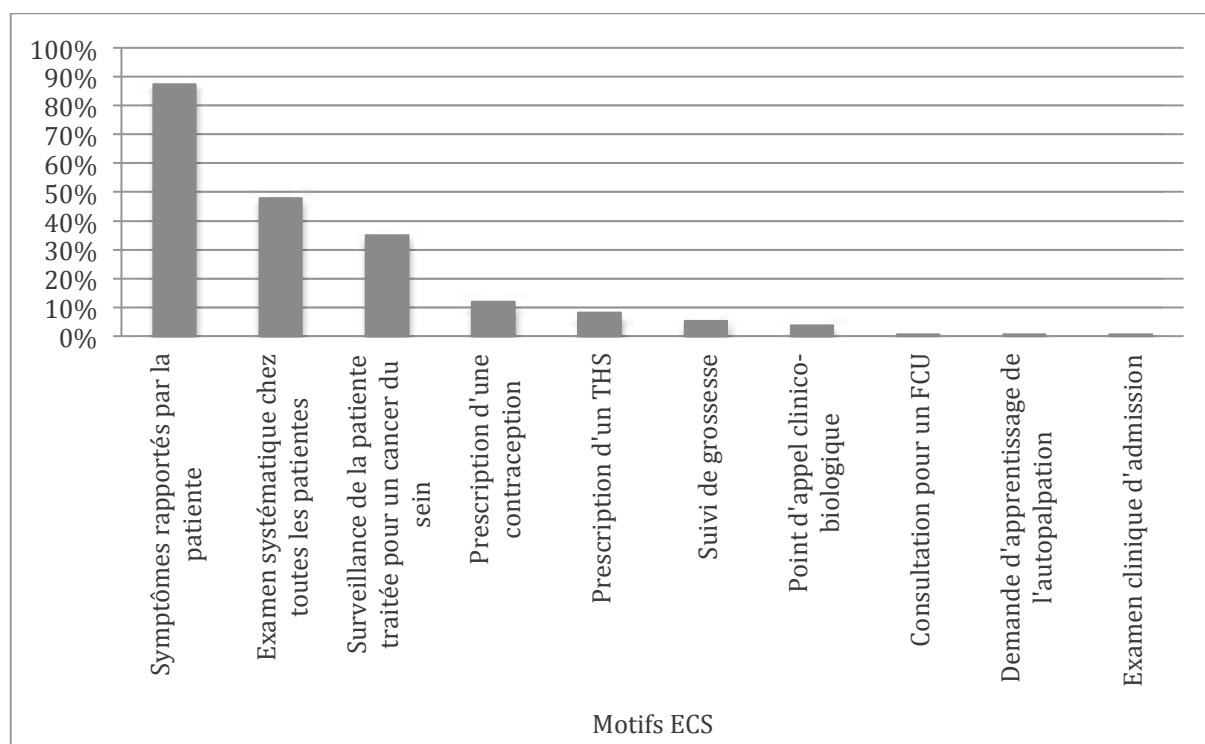


Figure 9 : Les motifs de la pratique de l'examen clinique des seins

4.4.6. *La non pratique de l'ECS : pourquoi ?*

Cette question s'intéressait aux raisons ayant poussé les IMG à ne jamais pratiquer l'ECS. Pour rappel, seuls 18 internes ont déclaré ne jamais avoir pratiqué un ECS.

La première raison est « la méconnaissance de la bonne pratique de cet examen » avec 13 réponses (72,2 %), la seconde raison est « l'absence de motif à effectuer cet examen » avec 12 réponses (66,7 %), la troisième raison est « la gêne de leur part à

réaliser cet examen » avec 5 réponses (27,8 %). Enfin les raisons « pas l'occasion » et « refus de la patiente » ont chacune été sélectionnées par un seul interne (5,6 %) (Figure 10).

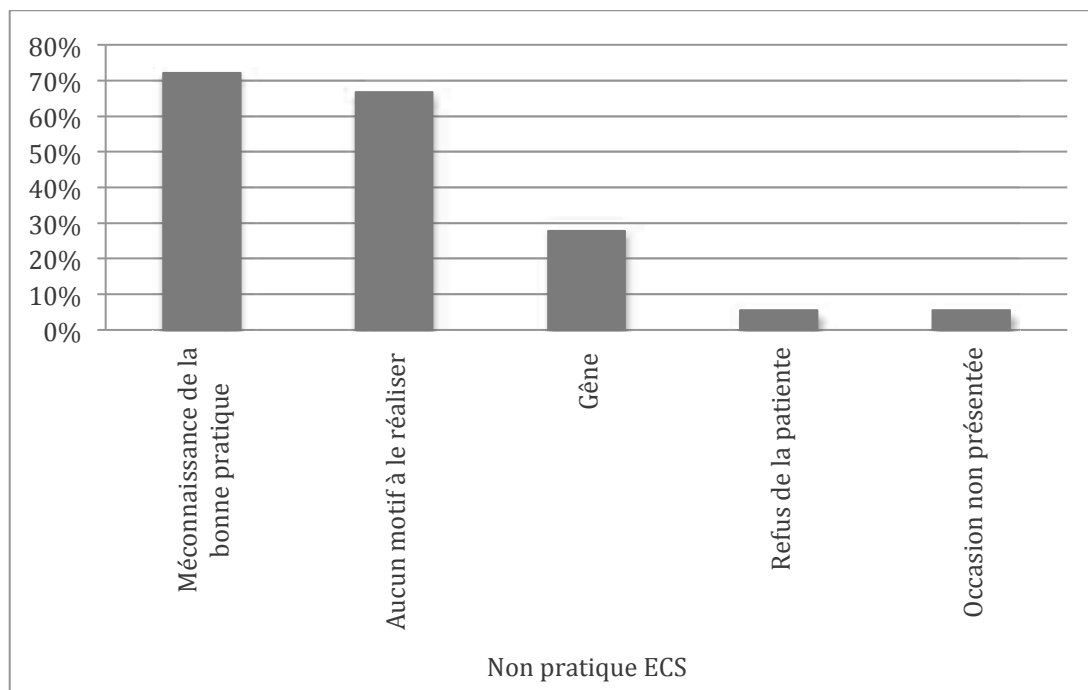


Figure 10 : Les motifs de la non pratique de l'examen clinique des seins

4.4.7. Les motifs de la pratique systématique de l'ECS

Cette question sur la pratique de l'ECS par les IMG s'intéressait aux motifs qui entraineraient de leur part la réalisation systématique d'un ECS.

Le premier motif sollicité par les IMG est « symptômes rapportées par la patiente » avec 151 réponses sur 153 (99,3 %). Le second motif est « la prescription d'un traitement hormonal substitutif » avec 78 réponses (51,3 %). Le troisième motif est « l'examen systématique de dépistage du cancer du sein chez toutes vos patientes » avec 74 réponses (48,7 %) (Figure 11).

Suivent les autres motifs (Figure 11) :

- « la prescription d'une contraception » avec 41 réponses (27 %) ;
- « le suivi de grossesse » : 26 réponses (17,1 %) ;
- « le suivi de la patiente traitée pour un cancer du sein ou avec antécédent de cancer du sein » : 3 réponses (1,9 %) ;
- « point d'appel clinico-biologique » : 3 réponses (1,9 %) ;
- « consultation pour un frottis cervico-utérin (FCU) » : une seule réponse (1,7 %).

La proposition « vous ne pratiquez pas cet examen » n'a reçu quant à elle aucune réponse positive.

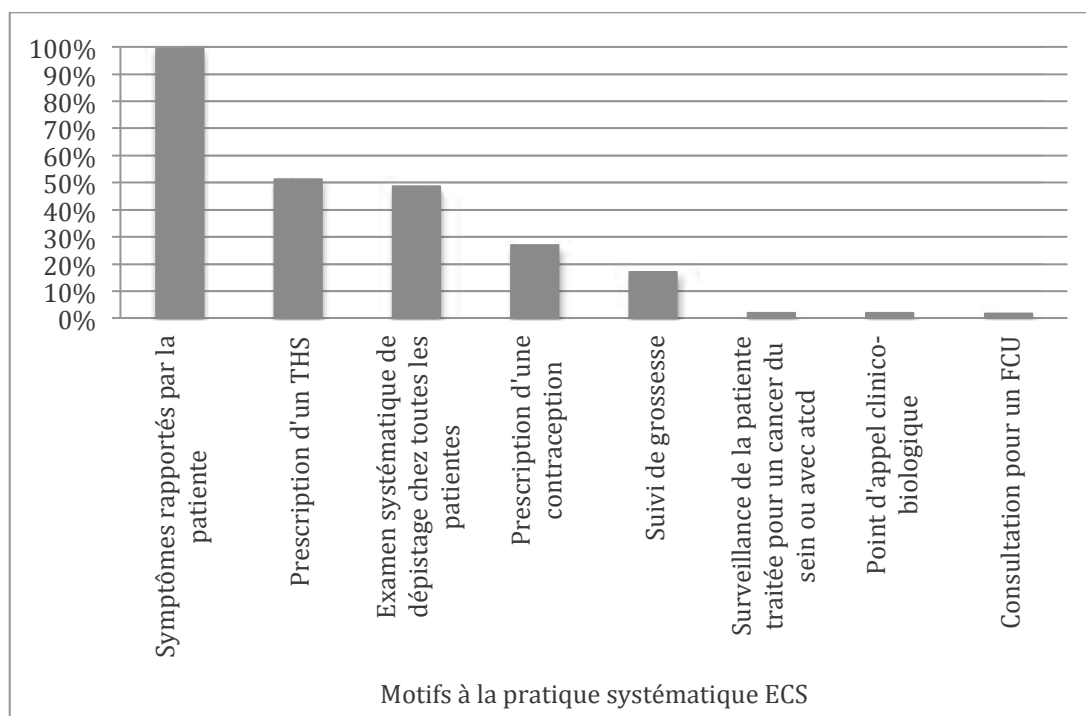


Figure 11 : Les motifs de la pratique systématique de l'examen clinique des seins

4.5. La bonne pratique de l'ECS et ses recommandations

4.5.1. Le déroulé de l'ECS

Pour cette question à réponse libre, les IMG devaient expliquer ce qu'est selon eux le bon déroulé d'un ECS avec les différentes étapes, les techniques de palpation etc.

Parmi les 152 répondants 89 (58,6 %) évoquent l'inspection comme première étape de l'ECS (Figure 12), 18 (20 %) précisent que lors de l'inspection la patiente doit avoir les bras pendants le long du corps puis levés et seulement 3 d'entre eux (3,4 %) évoquent la nécessité d'avoir une lumière à jour frisant au niveau de la poitrine de la patiente.

La palpation des aires ganglionnaires est évoquée par 107 des répondants (70,4 %) (Figure 12). Parmi ces 107 répondants 54 internes (50,5 %) précisent qu'il s'agit des ganglions axillaires et 13 (12,1 %) des ganglions sus claviculaires.

L'examen des mamelons est évoqué par 43 des répondants (28,3 %) (Figure 12) : 36 (83,7 %) d'entre eux précisent la recherche de l'écoulement du mamelon, les 7 restants (16,3 %) n'évoquent que son aspect visuel.

La palpation de la glande mammaire (Figure 12) est évoquée par tous les internes ayant répondu à ce questionnaire. Parmi ces réponses :

- 134 (88,2 %) évoquent la palpation cadran par cadran ;
- 36 (23,7 %) évoquent les mouvements circulaires avec les doigts contre la paroi thoracique ;
- 17 (11,2 %) évoquent la main à plat de l'examineur ;
- 10 (6,6 %) évoquent la position allongée ou semi-assise de la patiente ;
- 6 (3,9 %) évoquent la nécessité de faire l'examen en position assise puis en position allongée ;
- Un seul (0,7 %) précise qu'il ne sait pas comment palper la glande mammaire.

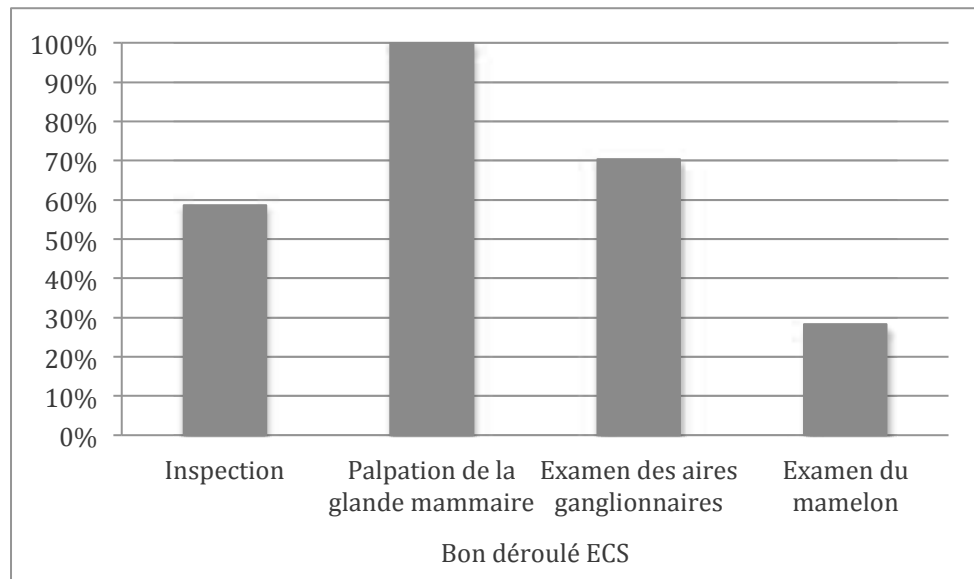


Figure 12 : Le bon déroulé d'un examen clinique des seins

4.5.2. Les signes cliniques en faveur d'un cancer du sein

Une nouvelle question à réponse libre était proposée aux IMG. Celle-ci les interrogeait sur les signes cliniques retrouvés lors d'un ECS qui leur feraient évoquer un cancer du sein.

146 répondants sur 152 (96 %) ont évoqué la notion de masse adhérente au plan profond (Figure 13). Voici les différents termes utilisés par les répondants :

- « masse » ;
- « nodule » ;
- « lésion indurée fixe » ;
- « peu mobile par rapport au plan profond » ;
- « adhérent au plan profond » ;
- « masse dure pierreuse » ;
- « profonde » ;
- « induration » ;
- « tuméfaction » ;

- « indolore » ;
- « grosseur » ;
- « non mobile » ;
- « adhérente au plan cutané » ;
- « asymétrique » ;
- « masse visible ou palpable ».

115 répondants sur 152 (75,6 %) ont évoqué un aspect cutané modifié des seins ou des mamelons (Figure 13). Les termes utilisés sont les suivants :

- « fossette » ;
- « rétraction cutanée » ;
- « peau d'orange » ;
- « placard inflammatoire » ;
- « lésion cutanée suspecte » ;
- « aspect cutané inhabituel » ;
- « asymétrie » ;
- « creux unilatéral ou tout autre signe unilatéral à l'inspection » ;
- « plaie qui ne cicatrise pas » ;
- « peau cartonnée » ;
- « hématome sans trauma » ;
- « changement cutané » ;
- « aspect bourgeonnant atypique » ;
- « ulcération cutanée mammaire » ;
- « hypervascularisation » ;
- « changement couleur aréole ».

59 sur 152 répondants (38,8 %) ont évoqué l'écoulement du mamelon, 46 (30,3 %) ont évoqué la rétraction/déviation du mamelon et 73 ont évoqué l'existence d'une adénopathie (48 %) (Figure 13).

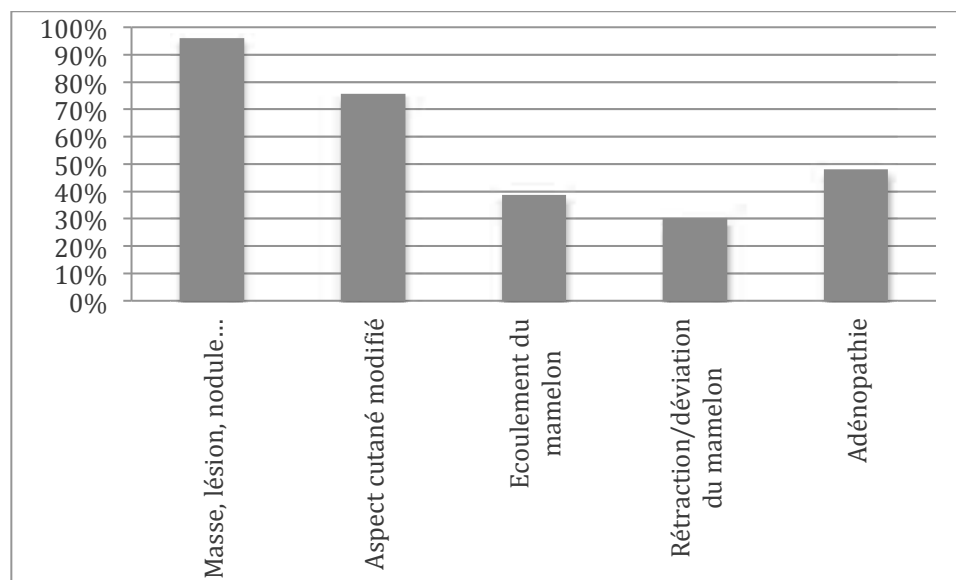


Figure 13 : Les signes cliniques en faveur d'un cancer du sein

4.5.3. Les recommandations de la HAS

Les questions numérotées de 20 à 22 interrogeaient les IMG sur plusieurs recommandations de la HAS. Ces questions étaient à réponses libres.

4.5.3.1. **L'âge initial de l'ECS**

La question n°20 concernait l'âge à partir duquel la HAS préconise un ECS chez une femme sans antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein (Figure 14) :

- 8 internes ont répondu 18 ans (5,3 %) ;
- 3 internes ont répondu 20 ans (2 %) ;
- 49 internes ont répondu 25 ans (32,2 %) ;
- 11 internes ont répondu 30 ans (7,2 %) ;

- 3 internes ont répondu 35 ans (2 %) ;
- 4 internes ont répondu 40 ans (2,6 %) ;
- 4 internes ont répondu 45 ans (2,6 %) ;
- 68 internes ont répondu 50 ans (44,8 %) ;
- 2 internes ont répondu 55 ans (1,3 %).

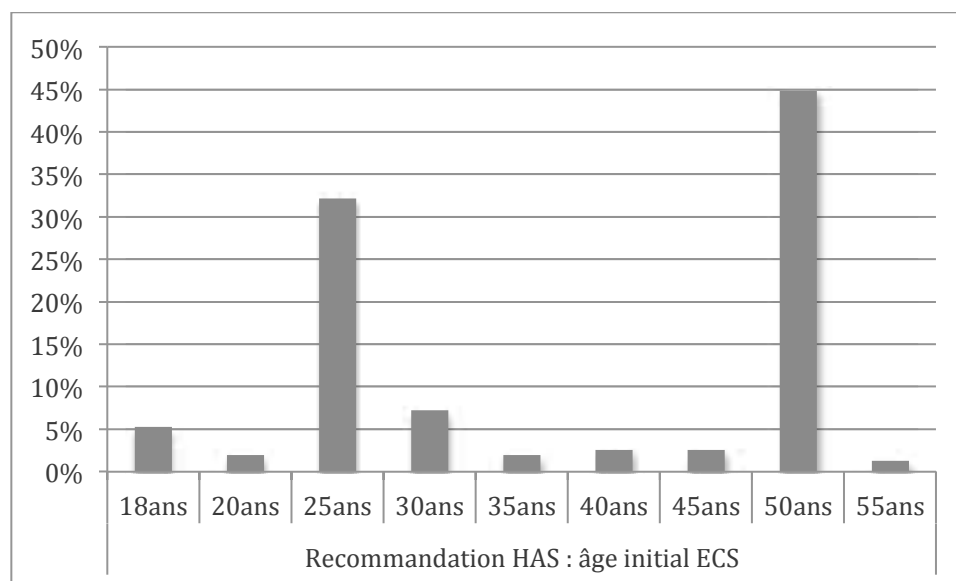


Figure 14 : Âge initial de l'examen clinique des seins recommandé par la HAS

4.5.3.2. L'âge limite de l'ECS

La question n°21 concernait quant à elle l'âge limite préconisé par la HAS pour la réalisation de l'ECS (Figure 15) :

- 4 internes ont répondu 65 ans (2,6 %) ;
- 7 internes ont répondu 70 ans (4,6 %) ;
- 47 internes ont répondu 74 ans (31 %) ;
- 51 internes ont répondu 75 ans (34 %) ;
- 6 internes ont répondu 80 ans (3,9 %) ;
- 4 internes ont répondu 85 ans (2,6 %) ;
- 1 interne a répondu 90 ans (0,66 %) ;
- 29 internes ont répondu « à vie » (19 %) ;

- 2 internes ont répondu « je ne sais pas » (2 %).

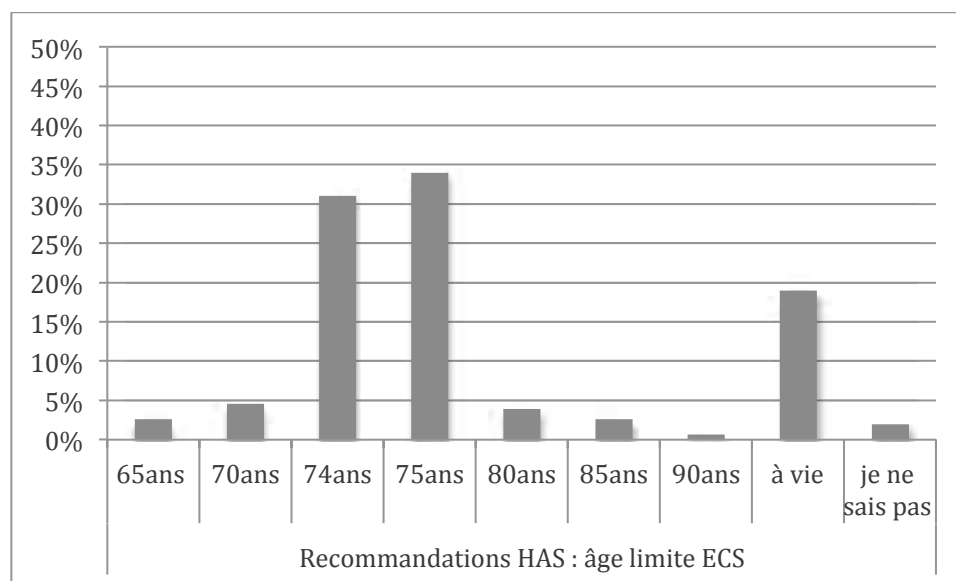


Figure 15 : Âge limite de l'examen clinique des seins recommandé par la HAS

4.5.3.3. La fréquence de l'ECS

Enfin, la question n°22 interrogeait les IMG sur la fréquence préconisée par la HAS de cet examen (Figure 16) :

- 2 internes ont répondu « une fois tous les six mois » (1,3 %) ;
- 107 internes ont répondu « une fois par an » (70 %) ;
- 38 internes ont répondu « une fois tous les deux ans » (25 %) ;
- 1 interne a répondu « une fois tous les quatre ans » (0,66 %) ;
- 1 interne a répondu « une fois tous les cinq ans » (0,66 %) ;
- 1 interne a répondu « régulièrement » (0,66 %) ;
- 2 internes ont répondu « je ne sais pas » (1,3 %).

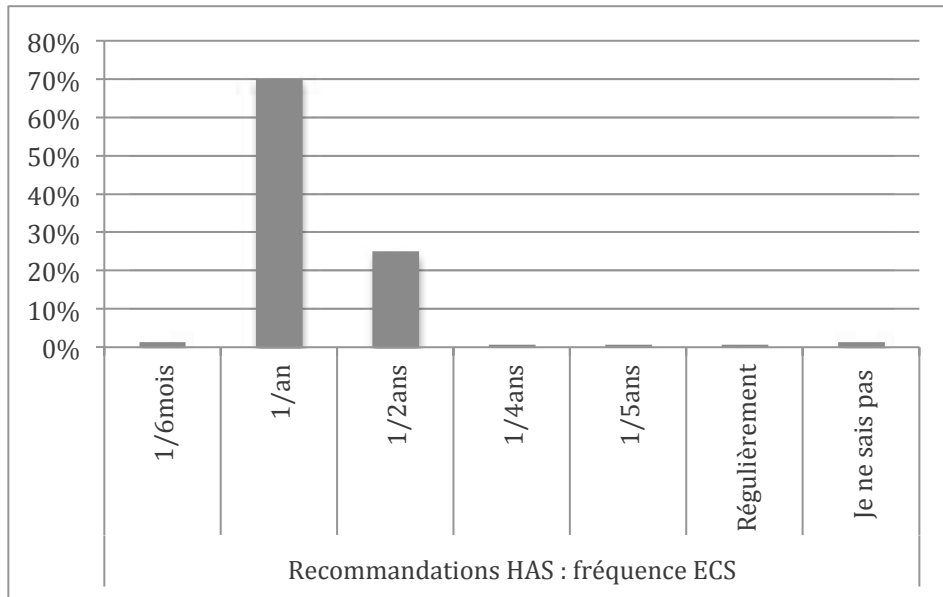


Figure 16 : Fréquence de l'examen clinique des seins recommandée par la HAS

4.5.3.4. Le respect des recommandations

À la suite de ces questions nous informions les internes des recommandations de la HAS : un ECS une fois par an à partir de 25 ans et sans limite d'âge chez les patientes sans antécédents de cancer du sein. Face à cette recommandation, nous demandions aux IMG s'ils étaient prêts à suivre cette recommandation dans leur pratique quotidienne. La moitié soit 76 ont répondu « oui » et l'autre moitié a répondu « non » (Figure 17).

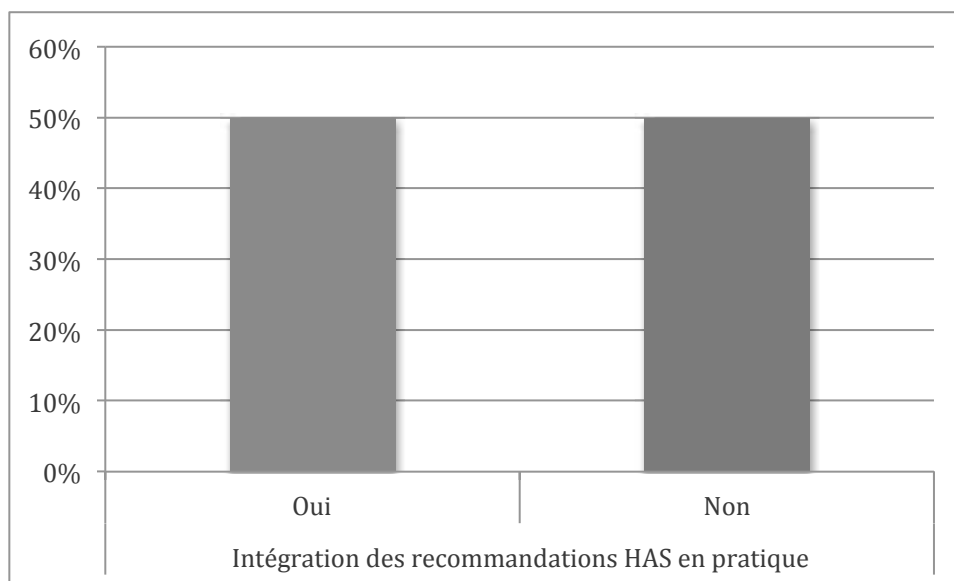


Figure 17 : Proportion d'internes prêts à intégrer les recommandations de la HAS dans leur pratique

Les hommes ont, de façon significative, répondu plus « non » que les femmes interrogées ($p < 0,001$) (Tableau 7 et Figure 18).

Intégration des recommandations HAS en pratique	Sexe		n	p
	Femme (n = 107)	Homme (n = 45)		
Non	44 (41 %)	32 (71 %)	76	<0,001
Oui	63 (59 %)	13 (29 %)	76	

Tableau 7 : Proportion d'internes prêts à intégrer les recommandations de la HAS dans leur pratique en fonction du sexe

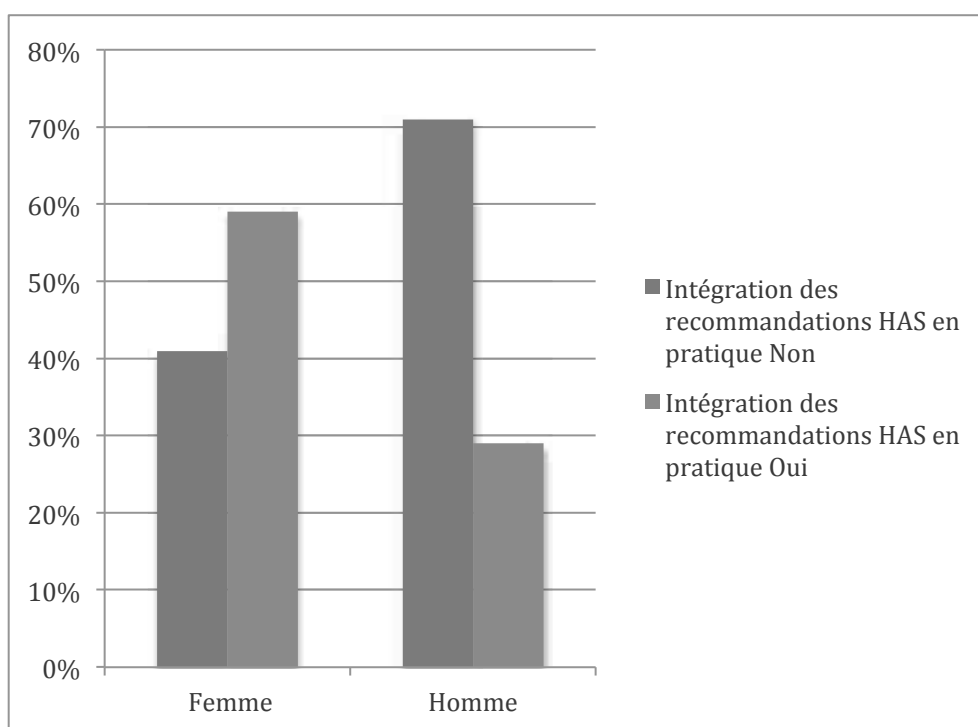


Figure 18 : Proportion d'internes prêts à intégrer les recommandations de la HAS dans leur pratique en fonction du sexe

4.6. Les motivations et les freins à la réalisation de l'ECS

4.6.1. *Les motivations*

Dans le cadre de l'objectif secondaire de notre travail de thèse nous avons interrogé les internes sur les motivations et les freins à la pratique systématique de l'ECS chez toutes leurs patientes selon les recommandations de la HAS.

La principale motivation rapportée par les répondants est « la prise en charge globale de la patiente » avec 131 réponses sur 152 (86,2 %). La motivation arrivant en seconde place est « l'importance de la pratique clinique dans leur prise en charge » avec 97 réponses (63,8 %) et la troisième motivation rapportée par les IMG est « l'importance de suivre les recommandations » avec 83 réponses (54,6 %) (Figure 19).

Les autres motivations rapportées par les IMG sont les suivantes (Figure 19) :

- « la peur de ne pas découvrir un cancer en cas de non pratique de l'examen » avec 80 réponses (52,6 %) ;
- « la réassurance de la patiente » avec 79 réponses (52 %) ;
- « l'intérêt de votre part pour la gynécologie » avec 71 réponses (46,7 %) ;
- « l'absence de suivi de la patiente par un gynécologue » avec 3 réponses (2 %) ;
- « la sensibilisation de la patiente à l'importance de cet examen afin qu'elle le pratique elle-même » avec une réponse (0,7 %) ;
- « si possibilité de facturer la consultation à un tarif supérieur » avec une réponse (0,7 %) ;
- « si sensibilisation de la population à ce sujet permettant de faire cet examen sans jugement » avec une réponse (0,7 %).

À noter que seuls 6 internes ont répondu n'avoir aucune motivation à réaliser cet examen (3,9 %) (Figure 19).

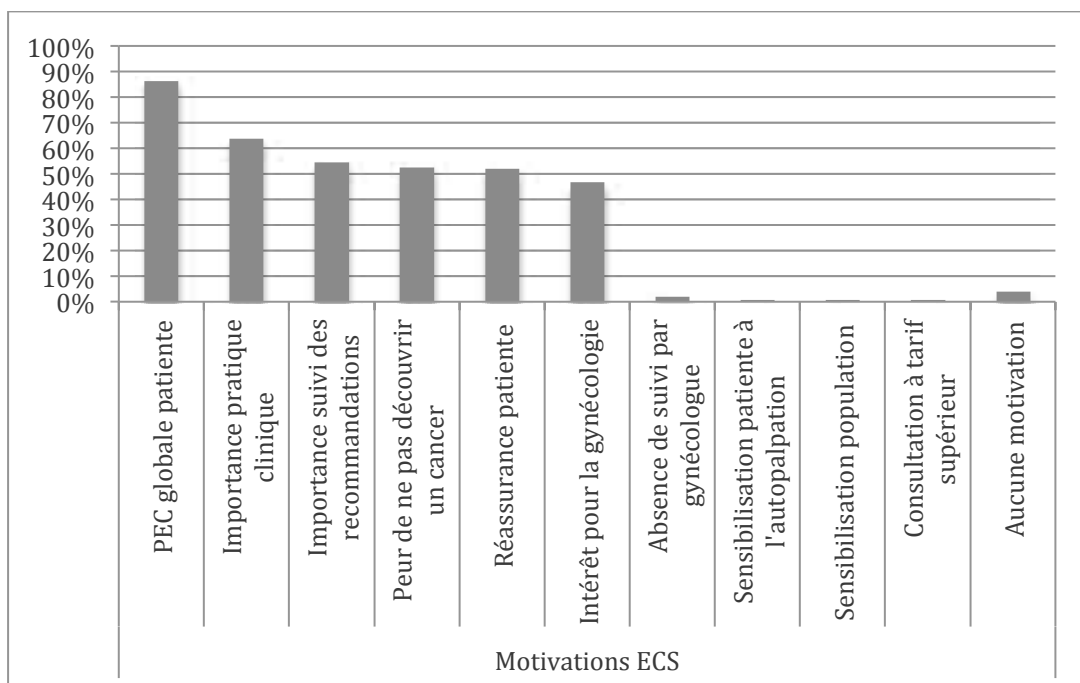


Figure 19 : Les motivations à la pratique de l'examen clinique des seins

Les femmes rapportent un plus grand intérêt pour la gynécologie ($p < 0,001$).

Les motivations « prise en charge globale », « importance de suivre les recommandations » sont davantage citées par les femmes ($p = 0,014$ et $p = 0,047$).

4.6.2. *Les freins*

Le premier frein rapporté par les IMG interrogés est « la gêne vis-à-vis de la patiente » avec 83 réponses sur 152 (54,6 %). Le frein arrivant en seconde position est « le temps de consultation trop court » avec 80 réponses (52,6 %). Le troisième frein rapporté par les participants est « la méconnaissance de la bonne pratique » avec 61 réponses (40,1 %) (Figure 20).

Les autres freins rapportés par les IMG par ordre de fréquence décroissante sont (Figure 20):

- « la peur que l'examen soit considéré comme une agression sexuelle » avec 45 réponses (29,6 %) ;
- « rôle du gynécologue de pratiquer cet examen » avec 29 réponses (19,1 %) ;
- « sentiment d'inutilité de cet examen dans le cadre du dépistage » avec 21 réponses (13,8 %) ;
- « désintérêt pour la gynécologie » avec 6 réponses (3,9 %) ;
- « consultation pour autre motif et donc difficulté de proposer un examen des seins » avec 5 réponses (3,3 %) ;
- « gêne de la patiente vis-à-vis de son médecin » avec 3 réponses (2 %) ;
- « autopalpation plus fiable » avec 3 réponses (2 %) ;
- « patiente suivie par un gynécologue » avec 2 réponses (1,3 %) ;
- « préoccupation anxiogène des femmes autour de cette problématique » avec 1 réponse (0,6 %) ;

- « peur que l'examen soit faussement rassurant » avec 1 réponse (0,6 %) ;
- « manque d'habitude de pratiquer cet examen » avec 1 réponse (0,6 %) ;
- « examen moins fiable que si pratiquer par gynécologue ou sage-femme » avec 1 réponse (0,6 %).

À noter que 15 répondants ont déclaré n'avoir aucun frein à réaliser cet examen (9,9 %) (Figure 20).

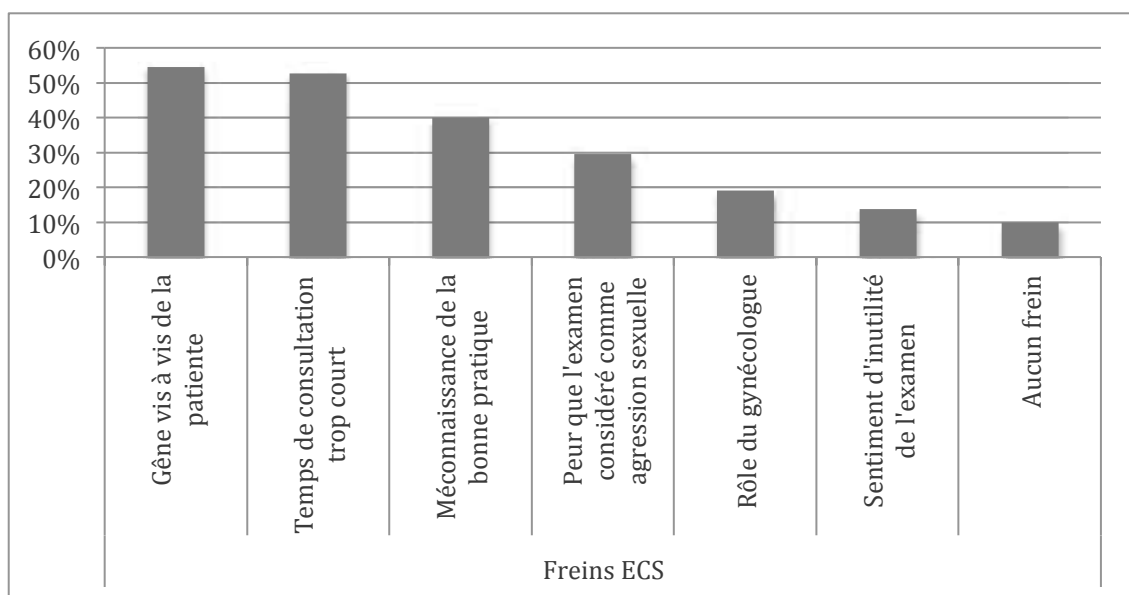


Figure 20 : Les freins à la pratique de l'examen clinique des seins

Concernant le frein « la gêne vis-à-vis de la patiente », il existe une différence significative entre les hommes et les femmes ayant répondu à notre questionnaire. Les hommes rapportent davantage ce frein par rapport aux femmes ($p < 0,001$).

Les hommes ont également plus peur que l'examen soit considéré comme une agression sexuelle ($p < 0,001$). Les internes n'ayant pas encore effectué le stage de gynécologie rapportent également davantage cette peur que les internes ayant déjà effectué leur stage de gynécologie ($p = 0,0025$). Enfin, les internes ayant effectué une formation complémentaire en gynécologie rapportent moins cette peur ($p < 0,001$).

Le frein « méconnaissance de la bonne pratique » est plus souvent rapporté par les internes en début de cursus avec une différence significative par rapport aux internes de fin de cursus ($p = 0,038$).

4.7. Inclure l'ECS dans la pratique courante ?

Avant la dernière question du questionnaire nous procurions aux IMG une fiche mémo réalisée par nos soins afin qu'ils puissent connaître les points importants de l'ECS sur lesquels ils ont été questionnés tout au long du questionnaire. À la vue des différents éléments exposés dans ce questionnaire et de cette fiche mémo, les IMG devaient évaluer à quel point ils se sentiraient prêts à inclure l'ECS dans leur pratique courante sur une échelle de 0 à 10.

La moyenne des réponses est de 7,23 avec une minimale de 2 et une maximale de 10 (Tableau 8 et Figure 21). La répartition est la suivante :

- aucune réponse pour les items 0 et 1 ;
- 3 réponses pour l'item 2 (2 %) ;
- 4 réponses pour l'item 3 (2,6 %) ;
- 8 réponses pour l'item 4 (5,3 %) ;
- 12 réponses pour l'item 5 (7,9 %) ;
- 18 réponses pour l'item 6 (11,8 %) ;
- 33 réponses pour l'item 7 (21,7 %) ;
- 35 réponses pour l'item 8 (23 %) ;
- 20 réponses pour l'item 9 (13,2 %) ;
- 19 réponses pour l'item 10 (12,5 %).

	Moyenne (écart-type)	Médiane [Q25-75]	min	max	n
Prêt à inclure l'ECS dans la pratique	7,23 (1,92)	7,00 [6,00; 9,00]	2,00	10,0	152

Tableau 8 : Inclure l'examen clinique des seins dans sa pratique future sur une échelle de 0 à 10

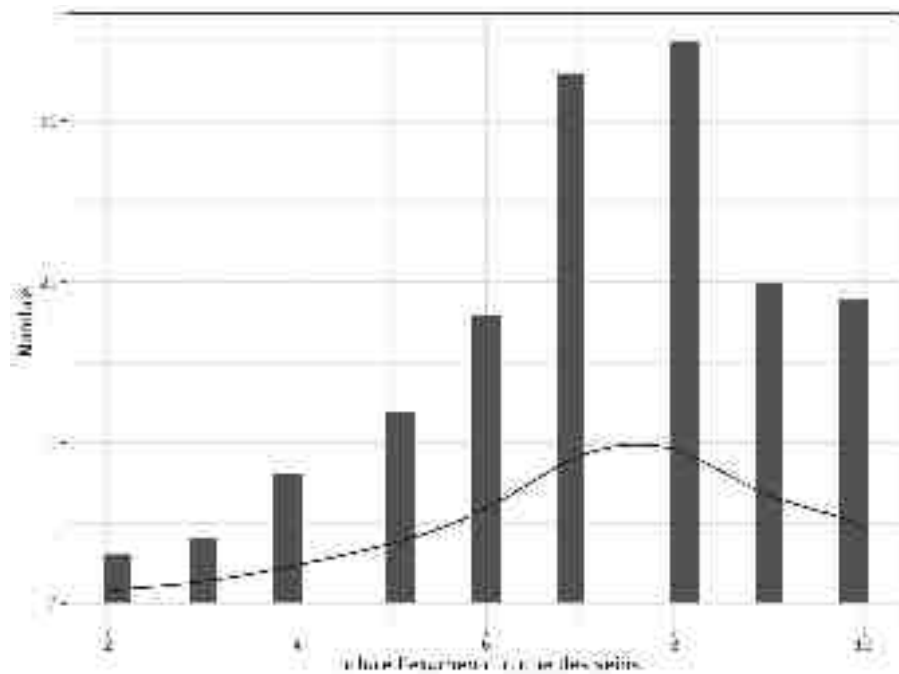


Figure 21 : Inclure l'examen clinique des seins dans sa pratique future sur une échelle de 0 à 10

Les femmes sont davantage prêtes à inclure l'ECS dans leur pratique courante ($p = 0,013$). Les IMG ayant déjà pratiqué l'ECS sont également plus enclins à introduire cet examen dans leur pratique clinique par rapport aux internes qui n'ont jamais pratiqué cet examen ($p = 0,038$).

5. DISCUSSION

5.1. **Limites de l'étude**

Notre étude par envoi de questionnaire présente plusieurs biais.

5.1.1. Le biais de sélection

Le premier biais que nous pouvons rapporter à notre étude est le biais de sélection. Les internes interrogés n'ont pas été tirés au sort. Ils ont été sollicités par l'intermédiaire des groupes *Facebook* des différentes promotions d'internes et par e-mail via la liste de diffusion de la faculté. Nous avons décidé de procéder ainsi afin de maximiser le nombre de réponses.

Un plus grand nombre d'internes de sixième semestre a répondu à notre questionnaire (38 %). Cela peut être expliqué par le fait qu'étant moi-même interne en sixième semestre au moment de l'envoi de ce questionnaire, plus d'internes de cette promotion me connaissaient personnellement, ce qui a peut être amené ce plus grand taux de réponses.

5.1.2. Le biais d'information

Le deuxième biais rapporté à notre étude est le biais d'information. Dans notre étude, les données collectées sont déclaratives et non observées, il peut alors y avoir une différence entre ce que les internes disent faire et ce qu'ils font réellement. De plus, les internes ont pu se sentir testés par certaines questions (les questions 18 à 22) et cela a pu avoir un impact sur leurs réponses. Enfin, certaines questions, en faisant appel au ressenti des internes, sont subjectives.

5.1.3. Le biais d'analyse

Notre taux de réponses est de 43,1 %. D'autres thèses portant sur le sujet de l'examen clinique des seins mais s'intéressant aux médecins généralistes ont eu des taux de réponses entre 22,6 % et 39 %, plaçant notre travail à un bon niveau. L'absence de réponse peut s'expliquer par un manque d'intérêt de l'interne sur le sujet de notre étude ou sur une lassitude à répondre à des questionnaires de thèses, les sollicitations à le faire étant vraiment nombreuses.

Ce taux de réponses a pu entraîner un manque de puissance lors de nos analyses. Il faut retenir que nos résultats ne sont pas représentatifs de la pratique et des connaissances de tous les internes de médecine générale d'Alsace, ils représentent seulement une tendance.

5.1.4. Le questionnaire

Le choix d'utiliser un questionnaire en ligne, autoadministré comporte des risques d'incompréhension, ce qui a pu également conduire à des biais. De plus, certaines questions étaient à réponse libre ce qui a pu entraîner une certaine lassitude des répondants car y répondre peut prendre plus de temps.

Notre enquête, bien que présentant des biais comme toute étude quantitative, a tout de même permis d'appréhender la pratique de l'examen clinique des seins par les IMG et leurs connaissances sur le sujet.

5.2. Le profil des répondants

Notre questionnaire a été envoyé aux internes de médecine générale d'Alsace, ceux-ci étant au nombre de 353 avec respectivement 106 hommes et 247 femmes soit 30 % d'hommes et 70 % de femmes.

Parmi les 152 répondants 107 sont des femmes (70 %) et 45 sont des hommes (30 %). Cette répartition entre hommes et femmes dans notre échantillon de réponses est donc identique à celle de la population étudiée.

Sur les 106 internes en médecine générale de sexe masculin de la Faculté de Strasbourg, 45 ont répondu à notre étude soit 42,5 %. Ce chiffre est quasiment similaire à la proportion des internes de médecine générale de sexe féminin ayant répondu à notre questionnaire qui est de 43,3 %. Ceci est intéressant à noter car dans d'autres travaux de thèse et notamment celle de Rémi Champeaux (40) il avait été constaté une différence de participation avec une proportion de réponses féminines plus importante, différence expliquée par l'auteur par un probable manque d'intérêt des hommes pour les sujets de gynécologie. Dans notre cas nous pouvons penser que le stage de santé de la femme étant désormais un stage imposé dans la maquette du DES de médecine générale, les hommes sont tout autant sensibilisés à la pratique de la gynécologie.

58 % des personnes interrogées dans notre étude ont suivi une formation complémentaire en santé de la femme avec une plus grande proportion de femmes. Ce résultat pourrait être expliqué cette fois-ci par un intérêt plus marqué pour la gynécologie chez les femmes ou bien par leur volonté d'intégrer la gynécologie à leur pratique future. Cet attrait pour les formations en gynécologie par les femmes est retrouvé également dans l'étude d'Aline Bourgoin (41).

5.3. La pratique de l'examen clinique des seins

La majorité des IMG répondants ont déjà assisté à un ECS (88 %). Le lieu le plus rapporté pour l'observation de l'ECS est le cabinet de médecine générale. La symptomatologie rapportée par la patiente est le motif majoritaire rapporté par les IMG. Environ la moitié rapporte également comme motif la réalisation de cet ECS de façon systématique chez toutes les patientes.

La majorité des IMG ont déjà eux même réalisé un ECS (88 %). Il est intéressant de noter que ce sont en majorité les internes ayant déjà observé un ECS qui l'ont déjà pratiqué. Tout comme le lieu d'observation de l'ECS, celui de la pratique de l'ECS est en majorité le cabinet de médecine générale. Le motif principal de réalisation d'un ECS par les IMG est la symptomatologie rapportée par la patiente. En seconde position arrive l'examen systématique chez toutes les patientes. Le profil type de l'interne ayant déjà pratiqué un ECS est un interne plus âgé, de semestre plus avancé, ayant déjà observé un ECS et ayant déjà effectué son stage de santé de la femme.

Plusieurs travaux de thèse ont été effectués sur la pratique de l'examen clinique des seins par les médecins généralistes. Ces thèses ont permis de mettre en évidence que la majorité des médecins généralistes interrogés pratiquaient l'examen clinique des seins avec des résultats allant de 57, 3% à 95% (42)(43)(44)(45). Dans ces études les principaux motifs de réalisation de l'ECS sont la symptomatologie rapportée par la patiente, le renouvellement de la contraception et du THS et la réalisation d'un FCU. Contrairement à nos répondants, peu indiquent la palpation des seins systématique chez toutes les patientes, dans le cadre du suivi normal de la femme et du dépistage, comme principal motif de réalisation de l'ECS. Cette notion est retrouvée dans la thèse de Serge l'Héritier (46) où 42 % déclarent pratiquer l'ECS à une majorité de leurs patientes dans

le cadre du dépistage. Il faut néanmoins garder à l'esprit que moins d'un interne sur deux a évoqué la pratique systématique chez toutes les patientes de l'ECS dans le cadre du dépistage du cancer du sein.

La réalisation d'un FCU est quant à lui cité par un seul des internes ayant répondu à notre questionnaire : ceci peut s'expliquer par le fait que cet item ne faisait pas partie des propositions incluses dans mon questionnaire et qu'il fallait l'ajouter en réponse libre. On peut aussi émettre l'hypothèse que les IMG ne pratiquent pas régulièrement de FCU ou ne s'imaginent pas pratiquer de FCU dans leur pratique future. Cette tendance peut également être observée pour la palpation mammaire lors de la grossesse. Ainsi seuls 17,1 % des internes interrogés réaliseraient un examen des seins chez une patiente enceinte, ceci pourrait s'expliquer par l'absence ou le faible nombre de suivis de grossesse par les IMG que ce soit dans leur pratique actuelle ou future avec une préférence à laisser ce suivi aux gynécologues.

La méconnaissance de la bonne pratique est le premier motif cité par les répondants n'ayant jamais réalisé d'ECS. On peut l'expliquer par le fait que la majorité des IMG qui n'ont jamais pratiqué d'ECS sont en fait ceux qui n'en ont jamais observé au cours de leurs études. Ils n'ont donc jamais pu apprendre comment faire cet examen correctement.

La question sur l'évaluation de leur compétence à réaliser l'ECS mettait en évidence une note moyenne de 5,39/10. Seul le fait d'avoir déjà effectué son stage en gynécologie permettait d'avoir une sensation de compétence supérieure à la réalisation de cet examen.

Ce sentiment d'incompétence est vraiment l'un des arguments clés à la non réalisation retrouvé dans d'autres études. Une volonté des médecins d'une meilleure formation à l'ECS est mise en évidence (41). On peut espérer que la réalisation obligatoire d'un stage en gynécologie permette à tous les internes d'être mieux formés que leurs aînés à cet examen.

5.4. Les connaissances des internes de médecine générale

5.4.1. Le déroulé d'un ECS

Concernant le bon déroulé de l'examen clinique, plus de la moitié des internes évoquent le premier temps de l'inspection. La palpation des aires ganglionnaires est également évoquée par la majorité, la palpation de la glande mammaire est évoquée par tous. En revanche, l'examen des mamelons est très peu mentionné par les IMG (28,3 %). Ceci se retrouve également lors de la question des signes évoquant un cancer. En effet, très peu mentionnent l'écoulement mamelonnaire, la rétraction ou la déviation du mamelon. Est-ce dû à une méconnaissance de ce signe ? Est-ce dû à une méconnaissance de la bonne pratique pour rechercher l'écoulement ? Peut-être ne l'ont-ils jamais vu faire ? Ou bien ont-ils oublié de le mentionner lors de la réponse ?

Pour ces questions nous avons délibérément choisi des questions libres car nous pensions que des questions à choix multiples auraient vraiment été trop simples : nous n'aurions ainsi eu que des bonnes réponses. Nous voulions vraiment observer ce que les termes « bon déroulé » et « signes du cancer du sein » évoquaient spontanément chez les IMG.

Concernant ceux qui évoquent la palpation des aires ganglionnaires, une minorité (12,1 %) précise l'aire sus-claviculaire contrairement à l'aire axillaire qui est citée par

50,5 %. Est-ce aussi dû à une méconnaissance de la recherche de ce ganglion ? Ou bien est-ce dû à une lassitude à répondre de façon précise à notre questionnaire ?

5.4.2. *Les recommandations de la HAS*

Concernant les recommandations de la HAS sur l'âge de début de l'ECS, la majorité des IMG (44,8 %) ont indiqué l'âge de 50 ans. Cette réponse est intéressante car il s'agit de l'âge auquel commence également le dépistage organisé du cancer du sein. Pour l'âge de fin de cet ECS, la majorité des internes évoquent l'âge de 75 ans (34 %) et l'âge de 74 ans (31 %), ce qui correspond également à l'âge de fin du dépistage organisé. Concernant la fréquence, la majorité pense qu'il faut le réaliser une fois par an. Nous pouvons donc observer que leurs réponses sont nettement influencées par le dépistage organisé. Cela pourrait donc se traduire dans leur pratique clinique par une absence d'ECS avant 50 ans et après 74 ans.

Après ces questions, les recommandations exactes de la HAS étaient révélées aux IMG. Suite à cela, l'exacte moitié des IMG interrogés pensent réaliser dans leur pratique future un ECS systématique annuel chez leurs patientes de 25 ans et plus alors que l'autre moitié non. Cette réponse est intéressante car nous aurions pu penser qu'une fois les recommandations de la HAS connues par la totalité des IMG ceux-ci auraient répondu en majorité vouloir les suivre mais ce n'est pas le cas. C'est pourquoi il nous semble d'autant plus intéressant de connaître les motivations et les freins que peuvent ressentir les IMG à réaliser systématiquement cet examen.

5.5. Les motivations et les freins

La principale motivation rapportée par les IMG est la prise en charge globale de la patiente. La seconde motivation est l'importance de la pratique clinique et la troisième

est l'importance de suivre les recommandations. La peur de ne pas découvrir un cancer et la réassurance de la patiente sont également deux motivations largement citées. Dans la thèse d'une consœur, les principales motivations rapportées par les médecins généralistes interrogés sont la prise en charge globale de la patiente, la réassurance de la patiente et le temps privilégié pour aborder des sujets intimes (41). Il est intéressant de noter que la prise en charge globale de la patiente est arrivée en tête des motivations dans notre travail de thèse et dans le sien. Le rôle du médecin généraliste est de considérer le patient dans sa globalité sans se limiter à l'objet de la consultation du jour et de prendre en compte différents facteurs : bio-psycho-social et culturel (47). Ceci fait écho à l'item « continuité, suivi et coordination des soins autour du patient » qui se trouve dans la grille d'évaluation des compétences des IMG (Annexe 1).

L'importance du suivi des recommandations n'a pas été retrouvée dans les différentes études citées précédemment. Ceci pourrait s'expliquer car cet item ne faisait pas partie des propositions des autres travaux de thèse. Une autre hypothèse est que les IMG sont encore en plein apprentissage et sont alors peut-être plus sensibles au suivi des recommandations que leurs aînés. Peut-être que les médecins généralistes installés se réfèrent plus à leurs expériences ou habitudes personnelles et professionnelles.

Dans une enquête réalisée auprès de médecins généraliste des Deux-Sèvres, l'une des principales motivations rapportées à effectuer des actes de gynécologie était l'intérêt personnel pour la discipline (58,1 %)(40). Ce facteur était significativement plus cité par les femmes. Dans notre étude celui-ci est cité par seulement 46,7 % des IMG soit nettement moins que certains autres facteurs et est également significativement plus cité par les femmes. Peut-être que les femmes médecins, se sentant concernées directement par ce sujet, sont plus sensibilisées et donc plus intéressées à pratiquer la

gynécologie dans leur cabinet. La relation de femme médecin à femme patiente peut donc être un avantage dans le cadre du dépistage du cancer du sein.

Le principal frein rapporté par les IMG est la gêne vis-à-vis de la patiente. Le deuxième frein est le temps de consultation trop court et le troisième la méconnaissance de la bonne pratique. La peur que l'examen soit considéré comme une agression sexuelle est citée également par un grand nombre d'IMG. Pour ce dernier frein et pour le premier, ce sont les hommes qui les citent plus largement et de manière significative. La peur de l'agression sexuelle est également plus rapportée par ceux n'ayant pas effectué leur stage en gynécologie. Ceci peut-il se traduire par une lacune à savoir comment aborder les questions et l'examen gynécologiques ? Une fois passé en gynécologie l'IMG apprend à aborder cet examen clinique des seins. Cet examen étant proposé quasiment à chaque consultation de gynécologie, la peur de l'agression sexuelle s'en trouve peut-être atténuée. En revanche, la gêne vis-à-vis de la patiente reste identique.

Dans la thèse d'Amandine Bourgoïn, les trois principaux freins retrouvés à la réalisation de l'ECS sont le suivi gynécologique assuré par un spécialiste, la réticence de la patiente et le sentiment d'inutilité de l'ECS comparé à la mammographie. Dans la thèse de Caroline Fernandez et dans celle de Rémy Champeaux la réticence des patientes est largement citée également. Ceci est intéressant à noter car dans notre travail de thèse la réticence de la patiente est très peu citée par les IMG. Peut-être mettent-ils en avant leur propre gêne avant celle de la patiente ? La réticence de la patiente est peut être mise plus avant par les médecins généralistes installés du fait de leur statut de médecin traitant. En effet ceux-ci peuvent connaître leurs patientes depuis des années et de ce fait avoir une relation différente par rapport aux IMG avec leurs patientes, d'où une plus grande crainte que la patiente soit gênée par cet ECS.

Le suivi gynécologique assuré par un spécialiste est très peu cité comme frein par les IMG dans notre thèse contrairement aux études interrogeant les médecins. Peut-être que les IMG s'imaginent mieux effectuer le suivi gynécologique que leurs aînés car ils ont effectué ou vont effectuer un stage en gynécologie lors de leur cursus. Nous pouvons également imaginer que les IMG ont conscience que leur génération devra effectuer plus d'actes gynécologiques devant la difficulté grandissante d'accès à des spécialistes dans certaines régions.

5.6. Perspectives

S'agissant de savoir si, suite à ce questionnaire et à la fiche mémo reçue, les IMG seraient prêts à inclure l'ECS dans leur pratique, nous pouvons noter que les femmes ont répondu de manière plus positive. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'elles aient pu être plus réceptives à la question du cancer du sein et plus réceptives à mon questionnaire, celles-ci présentant également moins de freins à réaliser cet examen.

Il serait intéressant de connaître la proportion d'IMG ayant introduit l'ECS dans leur pratique suite à ce questionnaire, selon quelles modalités et s'ils pensent poursuivre cette pratique sur le long terme.

En 2018, la HAS et l'Institut National du Cancer du sein ont conjointement élaboré la mise en place d'une consultation de dépistage et de prévention du cancer du sein et de l'utérus pour les femmes à partir de 25 ans (48). Cette consultation aurait pour but de sensibiliser les femmes aux facteurs de risque de ces cancers et d'identifier celles ayant un niveau de risque élevé et devant bénéficier d'une surveillance accrue. Cette consultation serait prise en charge à 100 % par la sécurité sociale. En fonction des facteurs de risques relevés, la patiente serait soit dirigée vers le dépistage organisé soit

vers un dépistage individuel du cancer du sein comme détaillé précédemment (49). L'actuel ministre de la santé François Braun a repris ce projet en mettant l'accent sur la prévention et la nécessité d'orienter également cette consultation sur d'autres risques tels que l'obésité, les violences sexuelles, les infections sexuellement transmissibles etc. (50).

Nous pouvons imaginer que cette consultation serait le moment d'expliquer à la patiente la nécessité de bénéficier d'un examen clinique des seins annuel. Cette consultation serait le moyen de lui expliquer comment se déroule un examen clinique des seins, de la rassurer et de lui expliquer que celui-ci ne serait effectué qu'avec son consentement. En s'appuyant sur l'existence de cette consultation, cela pourrait être l'occasion pour les médecins de moins appréhender cet ECS et de le pratiquer systématiquement annuellement chez toutes leurs patientes.

6. CONCLUSION

Le cancer du sein représente un véritable problème de santé publique : il est le premier cancer touchant la population féminine. Les modalités de son dépistage devraient être connues par tous les médecins généralistes et tous les internes de médecine générale. L'un des versants de son dépistage est l'examen clinique des seins. Notre étude, réalisée à partir d'un questionnaire, avait pour objectif principal de savoir si les internes de médecine générale d'Alsace pratiquent cet examen et d'appréhender leurs connaissances sur le sujet. Dans un second temps, nous nous sommes intéressés aux motivations et aux freins que peuvent exprimer les internes à intégrer cet examen dans leur pratique. Sur les 152 réponses obtenues à notre questionnaire, 134 internes soit 88 % ont déjà pratiqué, au moins une fois, un examen clinique des seins au cours de leurs études. La pratique de cet examen a eu lieu dans les suites d'une symptomatologie rapportée par la patiente dans 87,3% des cas alors que la pratique systématique dans le cadre du suivi normal de la femme ne représente que 47,8 % des examens. La majorité des internes interrogés pense devoir débiter cet examen à 50 ans (44,8 %) et y mettre fin entre 74 ans et 75ans (65 %) ce qui n'est pas en accord avec les recommandations de la HAS. En effet, cette dernière préconise un examen clinique annuel à partir de 25 ans et sans limite d'âge chez les patientes sans antécédents.

Cet examen revêt une importance toute particulière ce d'autant plus que la mammographie n'assure pas une sensibilité de 100 % dans le dépistage du cancer du sein. Par ailleurs, cet examen peut être le moyen de sensibiliser les femmes de tout âge au cancer du sein et d'informer sur les signes d'alerte nécessitant de consulter rapidement un professionnel de santé.

Or, 50 % des internes interrogés déclarent ne pas vouloir intégrer l'examen clinique des seins dans leur pratique clinique future. La sensibilisation des internes de médecine générale à l'examen clinique des seins est donc un enjeu majeur.

La méconnaissance de la bonne pratique est un élément qui revient à plusieurs reprises lors de notre travail. En effet, 72,2 % des internes qui n'ont jamais pratiqué d'examen clinique des seins l'expliquent par cela. De plus, 40,1 % des internes citent cette méconnaissance comme frein à la réalisation d'un examen clinique des seins chez leurs patientes. Il s'agit pourtant d'un examen qui devrait être enseigné lors de nos études. Il pourrait être bon d'instaurer des ateliers d'exercices à cet examen, que ce soit durant l'externat ou l'internat : tous les médecins généralistes, ainsi que de nombreux spécialistes, sont concernés par l'examen clinique des seins. Ceci pourrait se traduire par des exercices sur des bustes siliconés auxquels s'ajouterait bien évidemment l'apprentissage sur de véritables patientes rencontrées lors de nos stages.

Le sein est l'organe symbole de la féminité, de la maternité et de la sexualité et peut être source de gêne comme nous l'avons observé dans notre travail. En effet, 54,6 % des internes de médecine générale citent la gêne vis-à-vis de la patiente comme frein à la pratique de l'examen clinique des seins, ce qui est en fait le principal frein relevé lors de notre étude. On aurait pu espérer que la réalisation d'un stage obligatoire en gynécologie aurait aidé les internes à vaincre cette gêne, mais notre travail a mis en évidence que ce n'était pas le cas.


Il pourrait être intéressant d'approfondir les raisons de cette gêne et les autres freins présentés par les internes dans une autre étude se basant cette fois-ci sur une méthode qualitative pour ainsi définir des moyens de vaincre cette gêne et de réduire ces freins.

VU
Strasbourg, le 26/01/23
Le président du jury de thèse
Professeur.....

VU et approuvé
Strasbourg, le 26.01.2023
Le Doyen de la Faculté de
Médecine, Maternité et Sciences de la Santé
Professeur Jean SIFFERT

ANNEXES

Annexe 1 : Évaluation du développement des compétences de médecine générale (51)



**EVALUATION DU DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES
DE MEDECINE GENERALE**

Interne - NOM : _____ Évaluateur - NOM : _____
 Prénoms : _____ Prénoms : _____
 Semestre en cours : _____ Étudiant/Tuteur/MSU/Référent hosp. : _____

Date : / / _____ Signature (+ cachet si MSU/Réf hospitalier) : _____

	Niveau de compétence		
	Novice	Intermédiaire	Compétent
Premier recours, urgences			
Approche globale, prise en compte de la complexité			
Éducation, éducation, prévention, santé individuelle et communautaire			
Continuité, suivi et coordination des soins			
Relation, communication, approche centrée patient			
Professionalisme			

Commentaires libres :



		L'interne...
PREMIER RECOURS, URGENCES	Niveau	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prend conscience de l'amplitude du champ d'activités possibles en exercice ambulatoire et s'interroge sur ses capacités à y faire face.
	Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recueille, accepte sans rejeter et analyse les demandes explicites les plus fréquentes, tente de les gérer en repérant la demande réelle en essayant de les hiérarchiser dans une vision centrée maladie plus que centrée patient et tenant compte des prévalences liées au contexte. Fait des tentatives pour repérer la demande réelle derrière la plainte alléguée, en essayant d'intégrer les antécédents et le contexte de vie du patient, à l'exception du mal à large visée en contre-maladie et à besoin de soutien social. Tente de superviser pour se centrer patient. ➤ Gêde sans avoir systématiquement obtenu un diagnostic de maladie et accepte d'en parler au patient. ➤ Accepte l'idée que les demandes urgentes recouvrent aussi des urgences ressenties. ➤ Étend peu à peu le champ de ses capacités interventionnelles et en fait bénéficier de façon pertinente les problèmes ou situations de patients qui nécessitent une intervention extérieure.
	Compétent	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fait face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en mobilisant des ressources internes et externes permettant leurs résolutions. ➤ Vorganise pour faire face aux plaintes les plus prévalentes de premier recours en participant aussi à la permanence de soins. ➤ Fait des diagnostics de situation. ➤ Lorsque les stades précoces des maladies et en dehors des situations d'urgence se donne le temps (ou suit). ➤ Exerce la possibilité de symptômes biomédicaux et expliqués (SBE). ➤ Élargit le champ de la consultation aux autres dimensions de la consultation et aux autres problèmes de santé en programmant éventuellement des actions de prévention en accord avec le patient. ➤ Gère les urgences ressenties par le patient. ➤ Collabore avec les autres intervenants et assume ses responsabilités.



		Objectifs
RELATION, COMMUNICATION, APPROCHE CENTREE PATIENT	Novice	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Identifier les difficultés inhérentes à la mise en pratique des habiletés relationnelles et communicationnelles et repérer que l'acquisition des compétences et des attitudes dans le domaine de la relation et de la communication doivent faire l'objet d'une formation ➢ Utiliser principalement une communication verbale ➢ Expliquer les décisions et espérer obtenir l'adhésion du patient ➢ Communiquer avec l'entourage des patients à partir de ce qui leur est important pour le patient ➢ Communiquer avec différents intervenants en utilisant différents médias
	Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Identifier les principes communicationnels et relationnels qui participent à la démarche décisionnelle ➢ Dans l'arsenal d'une consultation peut utiliser certaines notions de psychologie médicale afin de mieux comprendre le patient et le sens de ses réactions ➢ Dans les situations courantes, conduit une relation en s'appuyant à utiliser les habiletés d'une communication centrée patient ➢ Accepte l'idée que l'on ne peut tout aborder et tout régler dans le temps d'une seule consultation ➢ Repère et exprime ses difficultés relationnelles et communicationnelles
	Compétent	<ul style="list-style-type: none"> ➢ En dehors des situations très complexes, mène en autonomie un entretien centré patient et structure ce dernier ➢ Dans les conditions habituelles, de compétence modérée, est capable de gérer les émotions, de rester empathique et respectueux ➢ Dans les conditions habituelles, de compétence modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effet psychothérapeutique bénéfique sur le patient ➢ Lors de situations et/ou de relations qui pose(s) problème (agressivité, séduction, symptôme, rejet, etc.) construit et tente de maintenir la relation tout en se questionnant sur la nature de celle-ci ➢ Communique sur ses erreurs en tenant compte de l'avis du patient et en acceptant d'être notés en cause ➢ Dans les conditions habituelles, réfléchit à sa capacité communicationnelle avec le patient et son entourage ➢ Met en œuvre avec l'entourage médical, médico-social et l'entourage du patient, une relation opérationnelle dans l'intérêt du patient



		L'interne
APPROCHE GLOBALE, PRISE EN COMPTE DE LA COMPLEXITE	Novice	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Entendait qu'il existe des données psycho-sociales, culturelles, éducatives, juridiques et administratives dans le diagnostic pédiatrique et qu'il est nécessaire de les prendre en compte. ➤ Accroît l'idée que s'occuper du patient ne se réduit pas à se concentrer sur sa maladie mais que cette démarche n'est pas évidente pour lui.
	Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> ➤ A conscience qu'une situation clinique ne peut pas se réduire au diagnostic médical et qu'il est nécessaire d'intégrer d'autres aspects pour comprendre et gérer cette situation clinique. Tente de passer du diagnostic médical à un diagnostic qui intègre une partie du contexte sans pour autant qu'il s'agisse d'un diagnostic de situation. ➤ A conscience qu'il existe des temporalités différentes entre le médecin et le patient dans toutes les situations, en particulier en cas de discordance (temps nécessaire à chaque patient). ➤ Accroît l'idée qu'il existe plusieurs réponses acceptables en fonction des différentes analyses possibles. De ce fait il prend en compte une partie de la complexité en situation, reconnaît la place de l'incertitude dans la démarche décisionnelle.
	Compétent	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dans les situations habituelles, tient compte des données dépassant de plusieurs champs et de plusieurs sources, tente de les intégrer dans une décision centrée patient. ➤ Prend le temps nécessaire et suffisant pour explorer une situation. Laisse le temps au patient de métaboliser. ➤ Gère simultanément plusieurs problèmes de nature différente et hiérarchisant. ➤ Utilise le usuel comme allié, comme une aide à la décision en adéquation avec la situation du patient. ➤ En fonction des situations, est en mesure de modifier sa posture. ➤ Dans les conditions habituelles, de complexité modérée, est capable de mettre en place une relation de soutien, à effet psychopédagogique bénéfique pour le patient. ➤ Fait la différence entre incertitude personnelle et incertitude professionnelle.



		L'interne...
EDUCATION, PREVENTION, DEPISTAGE, SANTE INDIVIDUELLE ET COMMUNAUTAIRE	Niveau	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Accepte la place et l'importance des différentes composantes de cette grande compétence dans l'activité du généraliste. ➤ Définit ce qui recouvre les 3 niveaux de prévention de l'OMS, primaire, secondaire et tertiaire. ➤ Possède des notions vagues de ce que recouvre l'éducation du patient avec ses 3 niveaux d'activité, du plus général au plus spécifique : l'éducation pour la santé du patient, l'éducation du patient à sa maladie et l'éducation thérapeutique du patient. ➤ Se sent responsable de la gestion de la santé du patient. ➤ Argumente ses propositions dans le but d'obtenir l'adhésion du patient, par une approche logique centrée sur ses propres raisonner et sans tenir compte des représentations du patient.
	Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Réalise des consultations dédiées à la prévention en les intégrant aux soins à partir de la demande du patient et de ses contraintes de médecin. ➤ Réalise les démarches et actes de prévention dans les situations les plus simples. ➤ Repère et exprime ses difficultés à changer de posture de soignant. ➤ Cherche la collaboration et le soutien de l'entourage familial pour aider le patient. ➤ Travaille avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient.
	Compétent	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Intègre couramment dans son activité de soins et dans la durée ses moments dédiés à la prévention individuelle, au dépistage organisé et à l'éducation du patient. ➤ Accompagne le patient dans une démarche éducation à sa santé (posture d'éducateur). ➤ Clarifie les tensions entre enjeux individuels et collectifs de la prévention pour rechercher l'adhésion du patient. ➤ Collabore activement avec d'autres intervenants impliqués dans la prévention et l'éducation du patient.



		L'interne...
CONTINUITÉ, SUIVI, COORDINATION DES SOINS AUTOUR DU PATIENT	Novice	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Accepte l'idée qu'il va être amené à revoir les patients ➤ Utilise le dossier médical ➤ Fait volontiers appel à d'autres intervenants sur des critères décisionnels centrés sur le biomédical et le médecin ➤ Transmet les informations nécessaires à la continuité des soins ➤ Utilise et prend en compte les informations des autres intervenants ➤ Met en place une relation médecin-malade basée sur une posture expert « haute » et perçoit ses limites ➤ Se rend disponible pour la permanence des soins
	Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Utilise le temps dans la démarche décisionnelle dans certaines situations ➤ Prend en compte les problèmes et les priorités afin d'organiser le suivi ➤ Construit une relation dans le temps en essayant de faire participer le patient à la décision et à la démarche ➤ Utilise et transmet le dossier médical dans une optique de suivi ➤ Fait le lien entre les différents intervenants potentiels de soins ➤ Met en œuvre une relation avec les intervenants, en particulier paramédicaux et médicaux, en adaptant les moyens de communication et d'information à la situation et à l'intervenant avec lequel il communique (cf. communication)
	Compétent	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conçoit que le patient a une histoire personnelle et une vie qui déterminent ses traits de caractère et qui influencent le type de suivi ➤ Hiérarchise les plaintes et les problèmes et établit un suivi centré patient ➤ Utilise le temps comme allié, comme aide à la décision en adéquation avec la situation du patient ➤ Choisit les intervenants en accord avec le patient selon des critères biomédicaux ➤ Analyse les avis des différents intervenants, les synthétise pour prendre une décision centrée patient ➤ Utilise le dossier médical pour programmer un suivi dans une perspective de promotion de la santé au niveau individuel et collectif, de prévention et de dépistage ➤ Collabore à la continuité et la coordination du malade à domicile ➤ Participe à l'organisation de l'accès à la continuité aux soins, y compris lors de ses absences



		L'Interne...
PROFESSIONNALISME	Novice	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Entrevoit un projet professionnel ➤ Accepte son rôle d'interne ➤ Présente un engagement altruiste envers le patient ➤ Participe aux formations théoriques et pratiques du DTS
	Intermédiaire	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manifeste un engagement pour la médecine générale ➤ S'occupe du patient avec altruisme, honnêteté, dans le respect des règles déontologiques ➤ Prend conscience du besoin d'acquisition permanente de nouvelles connaissances afin d'améliorer ses compétences ➤ Définit des objectifs de formation en fonction de son projet professionnel ➤ Organise son temps de travail
	Compétent	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Assume sa responsabilité envers le patient et la société ➤ Collabore avec les autres soignants ➤ Organise son outillage et son temps de travail ➤ Améliore ses compétences ➤ Prend en charge le patient avec altruisme ➤ S'implique dans le rayonnement de la discipline

Annexe 2 : Questionnaire

Thèse : Les futurs médecins généralistes et l'examen clinique des seins : enquête sur la pratique et les connaissances des internes de médecine générale d'Alsace

Cher(e)s collègues, je vous sollicite pour ma thèse portant sur la pratique de l'examen clinique des seins par les internes de médecine générale d'Alsace. Pour cela je vous propose de répondre à ce questionnaire qui vous prendra moins de 10 minutes. Les réponses à ce questionnaire sont anonymes.

Merci beaucoup pour votre aide.

Camille Herpat

1) Quel est votre sexe ?

- Femme
- Homme

2) Quel âge avez-vous ?

3) En quel semestre du DES de médecine générale êtes-vous actuellement ?

- Premier semestre
- Deuxième semestre
- Troisième semestre
- Quatrième semestre
- Cinquième semestre
- Sixième semestre
- Actuellement en FST
- Autre :

4) Avez-vous déjà pratiqué ou effectuez-vous actuellement votre stage de niveau 1 ?

- Oui
- Non

5) Avez-vous déjà pratiqué ou effectuez-vous actuellement votre stage de santé de la femme ?

- Oui
- Non

6) Dans quelle structure effectuez-vous ou avez-vous effectué ce stage de santé de la femme ?

- Service de gynécologie en hospitalier
- Cabinet de médecine générale en ambulatoire
- Stage couplant les deux structures
- Autre :

7) Avez-vous déjà assisté à une formation en santé de la femme ? (plusieurs réponses possibles)

- Oui, une FO à la faculté
- Oui, un DIJ de gynécologie
- Oui, une FMC en gynécologie
- Oui, autre formation
- Non

8) Avez-vous déjà assisté à l'examen clinique des seins d'une patiente ?

- Oui
- Non

9) Si oui, où y avez-vous assisté ? (plusieurs réponses possibles)

- Cabinet de médecine générale
- Service de gynécologie
- Autre :

10) Si oui, quel en était le motif ? (plusieurs réponses possibles)

- Symptômes rapportés par la patiente
- Examen systématique chez toutes les patientes (suivi normal, dépistage)
- Prescription d'une contraception
- Prescription d'un traitement hormonal substitutif de la ménopause
- Suivi de grossesse
- Surveillance de la patiente traitée pour un cancer du sein
- Autre :

11) Sur une échelle de 0 à 10 comment évalueriez-vous votre compétence à réaliser un examen clinique des seins ? (0 = très faible, 10 = très élevée)

12) Avez-vous déjà pratiqué vous-même un examen clinique des seins ?

- Oui
- Non

13) Si oui, combien de fois l'avez-vous pratiqué ?

- Une fois
- Entre deux et dix fois
- Plus de dix fois

14) Si oui, où l'avez-vous pratiqué ? (plusieurs réponses possibles)

- Cabinet de médecine générale
- Service de gynécologie
- Autre :

15) Si oui, quel était le motif de cet examen ? (plusieurs réponses possibles)

- Symptômes rapportés par la patiente
- Examen systématique chez toutes les patientes (suivi normal, dépistage)
- Prescription d'une contraception
- Prescription d'un traitement hormonal substitutif de la ménopause
- Suivi de grossesse
- Surveillance de la patiente traitée pour un cancer du sein
- Autre :

16) Si vous n'avez jamais pratiqué cet examen, quelle en est la raison ?

(plusieurs réponses possibles)

- Pas de motif selon vous à réaliser cet examen
- Refus de la patiente
- Gêné de votre part à réaliser cet examen
- Méconnaissance de la bonne pratique
- Autre :

17) Quels motifs entraîneraient de votre part un examen clinique des seins ?

(plusieurs réponses possibles)

- Examen systématique chez toutes les patientes (suivi normal, dépistage)
- Symptômes rapportés par la patiente
- Prescription d'une contraception
- Prescription d'un traitement hormonal substitutif de la ménopause
- Grossesse
- Vous ne pratiquez pas cet examen
- Autre :

18) Décrivez en quelques mots le bon déroulé, selon vous d'un examen clinique des seins (étapes, techniques de palpation).

19) Quels signes cliniques retrouvés lors d'un examen clinique des seins vous feraient évoquer un cancer du sein ?

20) À partir de quel âge la HAS préconise selon vous un examen clinique des seins chez une femme sans antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein ?

21) Jusqu'à quel âge cet examen est-il préconisé par la HAS ?

22) A quelle fréquence cet examen doit-il être réalisé selon la HAS ?

23) La HAS préconise la réalisation d'un examen clinique des seins annuel chez les patientes sans antécédents à partir de 25 ans et sans limite d'âge. Face à cette recommandation pensez-vous intégrer cet examen chez toutes vos patientes de 25 ans et plus ?

- Oui
- Non

24) Quelles seraient les motivations à la pratique systématique de cet examen chez toutes vos patientes? (plusieurs réponses possibles)

- Prise en charge globale de la patiente
- Intérêt de votre part pour la gynécologie
- Importance pour vous de la clinique dans vos prises en charge
- Importance pour vous de suivre les recommandations
- Peur de ne pas découvrir un cancer en cas de non pratique de cet examen
- Réassurance de la patiente
- Aucune motivation à réaliser cet examen
- Autre :

25) Quels seraient les freins à la pratique systématique de cet examen chez toutes vos patientes? (plusieurs réponses possibles)

- Temps de consultation trop court
- Sentiment d'inutilité de l'examen clinique
- Méconnaissance de la bonne pratique de cet examen
- Déintérêt pour la gynécologie
- Rôle du gynécologue de pratiquer cet examen
- Gêné vis à vis de la patiente
- Peur que l'examen soit considéré comme une agression sexuelle
- Aucun frein à réaliser cet examen
- Autre :

Ci-joint une petite fiche mémo que j'ai réalisée afin que vous gardiez en tête et en poche les points importants de l'examen clinique des seins (déroilé, signes à rechercher, quand le pratiquer ...). En espérant que cela pourra vous rendre service ! (voir annexe 3)

26) Suite à ce questionnaire et grâce à la petite fiche mémo que je vous ai procurés, sur une échelle de 0 à 10, à quel point vous sentiriez vous prêt à inclure systématiquement l'examen clinique des seins dans votre pratique ? (0 = pas du tout prêt, 10 = tout à fait prêt)

Annexe 3 : Fiche mémo

L'examen clinique des seins en bref

Comment faire un ECS ?

Inspection : dans perdrins = long du corps puis bras levés, lumière à jour trisant

Palpation :

- ⇒ En l'orte assise puis couchée
- ⇒ Petits mouvements circulaires avec 2^{ème} et 3^{ème} doigts, appli sur cage thoracique
- ⇒ Écoulement mamelonnaires
- ⇒ Aires ganglionnaires : axillaire et sus-claviculaire

Quand faire un ECS ?

- Débutage du cycle du sein
- Surveillance de la grossesse initiale avant un cancer du sein
- Prescription d'une contraception et à chaque renouvellement
- Prescription d'un traitement hormonal substitutif de la ménopause et à chaque renouvellement
- Première consultation de grossesse
- Et post-partum

Qui est bénéficiaire de l'ECS ?

En cas de risque intermédiaire de cancer du sein : une fois par an à partir de 25ans sans limite d'âge

En cas de risque élevé : une fois par an à partir de 20ans sans limite d'âge

En cas de risque très élevé : une fois tous les six mois à partir de 20ans sans limite d'âge

Quels signes à l'ECS font évoquer un cancer ?

- Infiltration, induration, placard
- Infiltration = œdème, rétraction spontanée
- Rétraction récente du mamelon
- Écoulement du mamelon
- Masse dure
- Masse fave
- Écoulement gazeux sanglant
- Adénopathies axillaire, sus-claviculaire





Risque élevé :

- antécédent personnel de cancer : sein ou de l'autre sein sans être le site
- antécédent d'irradiation thoracique (Aniale à haute dose (antécédent de maladie de Hodgkin)
- antécédent personnel d'hyperplasie canalaire atypique, hyperplasie lobulaire atypique ou carcinome lobulaire in situ
- antécédent familial de cancer du sein (score d'Estrogen) ou égal à 3 et risque estimé d'élevé par progénéticien)

Risque très élevé :

- mutation BRCA 1 ou 2
- suspicion de mutation génétique : score d'Eringer (score familial d'analyse de l'arbre généalogique) > ou égal à 3 et / ou score estimé comme très élevé par progénéticien

Risque intermédiaire : toutes les autres femmes

NOM DE LA PATIENTE		NOM DE LA PATIENTE	
Niveau de risque	1	RÉSULTAT	
Score d'Eringer	3		
Score familial	3		
Score génétique	3		
Score clinique	3		
Score total	12		

(29)(52)(53)(54)

BIBLIOGRAPHIE

1. Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale, ISNAR-IMG. DES de médecine générale. [Internet]. [cité 6 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/pendant-linternat/des-de-medecine-generale/>
2. République Française. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine. Journal officiel n°0089 du 14 avril 2017.
3. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas CNOM tome 2 approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales 2021. [Internet]. [cité 24 nov 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1hv7pva/atlas_cn timer_2_approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales_-2021.pdf
4. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas démographie médicale CNOM 2021. [Internet]. [cité 24 nov 2021]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
5. Santé publique France. Cancers. 2021.[Internet]. [cité 6 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers>
6. Ministère de la Santé et de la Prévention. Maladies cardiovasculaires. 2022. [Internet]. [cité 7 déc 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-cardiovasculaires/article/maladies-cardiovasculaires>
7. Santé publique France. Cancer du sein. 2022.[Internet]. [cité 7 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein>
8. Institut National du Cancer. Le cancer du sein - Les cancers les plus fréquents. 2022.[Internet]. [cité 7 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein>
9. Santé publique France. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 - Tumeurs solides : Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. 2019. [Internet]. [cité 8 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/documents/rapport-synthese/estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-france-metropolitaine-entre-1990-et-2018-volume-1-tumeurs-solides-etud>
10. Santé publique France. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 - Grand Est. 2019. [Internet]. [cité 19 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/grand-est>

est/documents/rapport-synthese/2019/estimations-regionales-et-departementales-d-incidence-et-de-mortalite-par-cancers-en-france-2007-2016-grand-est

11. Institut National du Cancer. Age - Facteurs de risque [Internet]. [cité 7 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Facteurs-de-risque/Age>
12. Institut National du Cancer. Panorama des cancers en France. Edition 2021.[Internet]. [cité 6 janv 2022]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/pdf_inca/preview/303372/4327939/file/Panorama%20des%20cancers%20en%20France_2021.pdf
13. HAS, Haute Autorité de Santé. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé : dépistage et prévention du cancer du sein. 2015. [Internet]. [cité 19 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf
14. Institut National du Cancer. L'essentiel sur le programme de dépistage - De 50 à 74 ans. 2022. [Internet]. [cité 6 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein/De-50-a-74-ans/L-essentiel-sur-le-programme-de-depistage>
15. CRCDC Grand Est – Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers de la région Grand Est. Qui sommes-nous ? - CRCDC Grand Est [Internet]. [cité 6 janv 2022]. Disponible sur: <https://depistagecancer-ge.fr/le-reseau/qui-sommes-nous/>
16. Agence Régionale de Santé Grand Est. Création du Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC) : un nouvel élan pour le dépistage des cancers dans le Grand Est [Internet]. [cité 18 juin 2021]. Disponible sur: <http://www.grand-est.ars.sante.fr/creation-du-centre-regional-de-coordination-des-depistages-des-cancers-crcdc-un-nouvel-elan-pour-le>
17. Santé publique France. Dépistage du cancer du sein : quelle participation des femmes en 2020 ? 2021. [Internet]. [cité 6 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/depistage-du-cancer-du-sein-quelle-participation-des-femmes-en-2020>
18. Santé publique France. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2019-2020 et évolution depuis 2005. 2021. [Internet]. [cité 6 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2019-2020-et-evolution-depuis-2005>
19. Institut National du Cancer. Dépistage du cancer du sein : orienter vos patientes en fonction de leur niveau de risque - Dépistage du cancer du sein. 2022. [Internet]. [cité 19 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Orienter-vos-patientes>

20. HAS, Haute Autorité de Santé. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage. 2014. [Internet]. [cité 19 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage
21. Livon D, Moretta J, Noguès C. Les femmes à haut risque de cancer du sein : quelle attitude ? Presse Médicale. 1 oct 2019; 48(10):1092-100.
22. HAS, Haute Autorité de Santé. Cancer du sein : modalités spécifiques de dépistage pour les femmes à haut risque. 2019.[Internet] [cité 19 mai 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974673/fr/cancer-du-sein-modalites-specifiques-de-depistage-pour-les-femmes-a-haut-risque
23. HAS, Haute Autorité de Santé - Contraception : prescriptions et conseils aux femmes. 2019. [Internet]. [cité 1 févr 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752432/fr/contraception-prescriptions-et-conseils-aux-femmes
24. Société Française d'Endocrinologie. Item 120 – UE 5 – Ménopause. 2020.[Internet]. [cité 1 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.sfendocrino.org/item-120-ue-5-menopause/>
25. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Rev Sage-Femme. 12 mai 2007; 6(4):216-8.
26. Université Virtuelle de Maïeutique Francophone. La visite postnatale. 2011. [Internet] [cité le 08 déc 2022]. Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/visitepostnatale/site/html/cours.pdf>
27. GESTACLIC - Examen Clinique [Internet]. [cité 25 nov 2022]. Disponible sur: <http://gestaclic.fr/consultation-preconceptionnelle.html>
28. Mathelin C, Gairard B, Brettes JP et Renaud R. Examen clinique du cancer du sein. Encycl Méd Chir (Elsevier Paris), Gyénecologie, 865-C-10, 1997, 11p.
29. Mathelin C. L'examen clinique des seins. Médecine Thérapeutique 2016;2 2(6):374-81.
30. Kouchner P. Examen clinique du sein. Enseignement national DES de Gynécologie Médicale. 28 novembre 2013. [Internet]. [cité 24 nov 2021]. Disponible sur: <https://slideplayer.fr/slide/3037025/>
31. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs | Cancer du sein (mise à jour).2018. [Internet]. [cité 19 mai 2021]. Disponible sur: <https://canadiantaskforce.ca/lignesdirectrices/lignes-directrices-publiees/cancer-du-sein-mise-a-jour/?lang=fr>
32. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Breast Cancer Risk Assessment and Screening in Average-Risk Women. 2017. [Internet]. [cité 26 nov 2021].

Disponible sur: <https://www.acog.org/en/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2017/07/breast-cancer-risk-assessment-and-screening-in-average-risk-women>

33. Nelson HD, Cantor A, Humphrey L, Fu R, Pappas M, Daeges M, et al. Screening for Breast Cancer: A Systematic Review to Update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2016. (U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews). [Internet]. [cité 30 nov 2021]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK343819/>
34. Hamashima C C, Hattori M, Honjo S, Kasahara Y, et al. The Japanese Guidelines for Breast Cancer Screening. *Jpn J Clin Oncol*. mai 2016; 46(5):482-92.
35. Barton MB, Harris R, Fletcher SW. Does this patient have breast cancer? The screening clinical breast examination: should it be done? How? Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews. Centre for Reviews and Dissemination (UK); 1999 [Internet]. [cité 30 nov 2021]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK67957/>
36. Elmore JG, Armstrong K, Lehman CD, Fletcher SW. Screening for Breast Cancer. *JAMA*. 9 mars 2005; 293(10):1245-56.
37. Bancej C, Decker K, Chiarelli A, Harrison M, Turner D, Brisson J. Contribution of clinical breast examination to mammography screening in the early detection of breast cancer. *J Med Screen*. 2003; 10(1):16-21.
38. Chiarelli AM, Majpruz V, Brown P, Thériault M, Shumak R, Mai V. The contribution of clinical breast examination to the accuracy of breast screening. *J Natl Cancer Inst*. 16 sept 2009;101(18):1236-43.
39. Siles P, Colavolpe A, Bouscarle D, Juhan V. Masse palpable dans le sein : quelle stratégie ? *EM-Consulte Imag Femme*. 2013;23(3):156-64. [Internet]. [cité 7 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/839717/masse-palpable-dans-le-sein -quelle-strategie>
40. 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 de médecine. Université de Poitiers. 2013. 116 p.
41. Bourgoïn A. Quels sont les facteurs motivant ou limitant l'examen clinique des seins par les médecins généralistes bas-normands? Thèse de médecine. Université de Caen. 2018. 72 p.
42. Fernandez C. Étude de la pratique de l'examen clinique des seins chez les femmes par les médecins généralistes en Poitou-Charentes. Thèse de médecine. Université de Poitiers. 2016. 71 p.

43. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes de l'île de France. Thèse de médecine. Université de Paris Diderot-Paris 7. 2010. 139 p.
44. Amougay-Aboubeker G. Dépistage du cancer du sein selon le niveau de risque des patientes : pratiques des médecins généralistes des Hauts-de-France. Thèse de médecine. Université de Picardie. 2019. 89 p.
45. Costes M, Louzeau Arnal G. Analyse des pratiques et des attentes en gynécologie obstétrique des médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Thèse de médecine. Université de Toulouse. 2006. 106 P.
46. L'Héritier S. Pratique de dépistage du cancer du sein des médecins généralistes des Alpes-Maritimes. Thèse de médecine. Université de Nice. 2018. :58. 42 p.
47. SFMG, Société Française de Médecine Générale. Le patient et son généraliste "Médecin traitant". Septembre 2010. [Internet]. [cité 7 déc 2022]. Disponible sur: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/609/fichier_lepatient_medtra it_vf0af76.pdf
48. Ministère des Solidarités et de la Santé. Dicom Anne G. Marisol Touraine modernise le dépistage organisé du cancer du sein et annonce la mise en place de deux consultations dédiées, pour toutes les femmes de 25 ans et 50 ans. 2016. [Internet]. [cité 6 janv 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiqués-de-presse/article/marisol-touraine-modernise-le-depistage-organise-du-cancer-du-sein-et-annonce>
49. Le Quotidien du médecin. Fabienne Rigal. Dépistage du cancer du sein à 25 ans : une consultation de prévention globale serait préférable, dit le CNGE. Janvier 2018. [Internet]. [cité 19 mai 2021]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/depistage-du-cancer-du-sein-25-ans-une-consultation-de-prevention-globale-serait-preferable-dit-le>
50. 20minutes. Cécile de Sèze. Pourquoi faire de la prévention médicale destinée aux 25, 45 et 65 ans ? Septembre 2022. [Internet]. [cité 25 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.20minutes.fr/sante/4001633-20220919-consultations-gratuites-pourquoi-faire-prevention-destinee-25-45-65-ans>
51. Département de Médecine Générale Strasbourg. Evaluation des compétences; 2021. [Internet]. [cité 29 nov 2022]. Disponible sur: <http://mediamed.unistra.fr/dmg/wp-content/uploads/2021/10/Evaluation-compe%CC%81tences-v2.pdf>
52. Édition professionnelle du Manuel MSD. Image: Cancer inflammatoire du sein [Internet]. [cité 10 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/multimedia/image/cancer-inflammatoire-du-sein>
53. Dr Kara Zaitri M.A. Gynécologue obstétricien. Maladie De Paget Du Mamelon. 2021. Disponible sur: <https://www.dr-karazaitri-ma.net/gynecologie/pathologies-du->

sein/maladie-de-paget-du-mamelon/

54. Siri F. Cancer de sein : voici les symptômes qui doivent alerter ! 2019.[Internet]. [cité 10 nov 2022]. Disponible sur: <https://queenmafa.net/cancer-de-sein-voici-les-symptomes-qui-doivent-alerter/>

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



FACULTÉ DE MÉDECINE
MAIÉUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ
UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : HERGAL Prénom : Carmelle

Ayant été informé(e) qu'en réappropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente.

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, étant l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université.

J'atteste sur l'honneur :

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'affecte sur l'honneur avec connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

À Strasbourg, le 25 juillet 2023

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.

RÉSUMÉ**Les futurs médecins généralistes et l'examen clinique des seins : enquête sur la pratique et les connaissances des internes de médecine générale d'Alsace**

Introduction : Le cancer du sein est la pathologie cancéreuse la plus fréquente chez la femme. Le dépistage est un élément primordial à la diminution de la mortalité liée à ce cancer. L'examen clinique des seins est un des versants de ce dépistage. Les internes de médecine générale ont un rôle crucial en terme de dépistage et de prévention, il leur convient donc de pratiquer cet examen et de connaître ses différentes modalités de pratique ainsi que ses recommandations. Nous nous sommes donc intéressés à la pratique et aux connaissances des internes de médecine générale concernant l'examen clinique des seins.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude quantitative descriptive transversale à partir d'un questionnaire en ligne adressé aux internes de médecine générale de la faculté de Strasbourg entre le 4 et le 25 octobre 2021.

Résultats : Cent cinquante-deux réponses ont été recueillies. 88 % des répondants ont déjà effectué un examen clinique des seins au cours de leurs études. Moins de la moitié (47,8 %) l'ont pratiqué de façon systématique chez les patientes dans le cadre du suivi normal de la femme et du dépistage, le principal motif de l'examen étant les symptômes rapportés par la patiente (87,3 %). Chez les patientes à risque intermédiaire de développer un cancer du sein, la majorité des internes imagine devoir débiter l'examen clinique des seins à 50ans (44,8 %) et y mettre fin entre 74 et 75ans (65 %) alors que la HAS le préconise à partir de 25 ans et sans limite d'âge.

Dans le cadre d'un bon déroulé de l'ECS, l'examen des mamelons est très peu cité par les internes de médecine générale (28,3 %) tout comme l'examen des ganglions sus claviculaires (12,1 %).

Les principales motivations évoquées à la réalisation de l'examen clinique des seins sont la prise en charge globale de la patiente (86,2 %), l'importance de la clinique dans leurs prises en charge (63,8 %) et l'importance de suivre les recommandations (54,6 %).

Les principaux freins évoqués à la réalisation de l'examen clinique des seins sont la gêne vis-à-vis de la patiente (54,6 %), le temps de consultation trop court (52,6 %) et la méconnaissance de la bonne pratique (40,1 %).

Conclusion : La majorité des internes de médecine générale a déjà pratiqué un examen clinique des seins mais tous ne s'imaginent pas l'intégrer dans leur pratique future. La méconnaissance des recommandations ainsi que de la bonne pratique sont deux facteurs limitants. Il est indispensable que les recommandations soient connues et que les internes soient formés à cet examen afin de proposer un dépistage correct et adapté à chacune de leur patiente.

Rubrique de classement : Médecine générale

Mots clés : examen clinique des seins, cancer du sein, dépistage, interne, médecine générale

Président : Carole Mathelin, PU-PH**Assesseurs** : Claire Dumas, PA-MG

Pierrick Chaplin, Docteur

Adresse de l'auteur : 2A rue de Neuchâtel 67000 Strasbourg, FRANCE
