



HAL
open science

Dépistage du cancer du sein par les sages-femmes libérales : évaluation des pratiques professionnelles : étude épidémiologique descriptive, analytique et comparative, à propos de 24 sages-femmes libérales en Moselle, en 2017

Selma Chelghoum

► **To cite this version:**

Selma Chelghoum. Dépistage du cancer du sein par les sages-femmes libérales : évaluation des pratiques professionnelles : étude épidémiologique descriptive, analytique et comparative, à propos de 24 sages-femmes libérales en Moselle, en 2017. Médecine humaine et pathologie. 2017. hal-03870365

HAL Id: hal-03870365

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870365>

Submitted on 24 Nov 2022

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

Dépistage du cancer du sein par les Sages-Femmes libérales : Evaluation des Pratiques Professionnelles

Etude épidémiologique descriptive, analytique et comparative,
à propos de 24 Sages-Femmes Libérales en Moselle, en 2017.

Mémoire présenté et soutenu par Madame CHELGHOUM Selma

Promotion 2017

Directrice du mémoire : Madame Laure BERNARD, Sage-Femme Enseignante

Expert : Docteur Michel GUNTHER, Spécialiste en gynécologie-obstétrique, qualifié en
cancérologie

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier dans un premier temps Madame BERNARD Laure, directrice de mon mémoire, pour son aide et ses conseils si précieux et pour le temps consacré afin d'améliorer mon travail, un grand merci.

Je remercie également Monsieur le Docteur GUNTHER Michel pour son apport théorique de qualité, son soutien et son humour, un grand merci également.

Je remercie tout particulièrement mes proches, ceux que j'affectionne, mes parents sans qui je ne serais pas celle que je suis actuellement, j'espère qu'ils sont fiers de leur fille.

A ma famille et mes amis, qui ne se comptent pas par millier mais qui sont vrais, merci du fond du cœur de votre soutien sans faille.

Pour finir, je remercie papa et Abdel de m'avoir aidée à réaliser mes calculs de statistique, j'espère pouvoir à mon tour être douée dans ce domaine.

SOMMAIRE

Introduction.....	4
Partie 1 : Epidémiologie et caractéristiques du cancer du sein	5
1. Généralités.....	6
2. Facteurs de risque	6
3. Facteurs protecteurs.....	9
4. L'importance du dépistage précoce.....	9
5. Les nouvelles compétences attribuées aux Sages-Femmes.....	10
Partie 2 : Evaluation des pratiques professionnelles des Sages-Femmes de Metz et Thionville.....	11
1. Présentation de l'étude.....	12
2. Résultats.....	13
Partie 3 : Synthèse, analyse des données et discussion.....	22
1. Généralités, remarques et pratiques professionnelles	23
2. Les recommandations.....	26
3. Interprétation des résultats.....	27
4. Discussion.....	27
Conclusion.....	29
Bibliographie.....	30
Annexe 1	32
Annexe 2	34

Introduction

Le cancer du sein est, chez la femme, le premier cancer en terme de fréquence et la première cause de décès par cancer, c'est un problème de santé publique majeur [1]. On estime qu'1 femme sur 8 sera concernée par le cancer du sein au cours de sa vie [2]. Le cancer du sein touche 50 000 nouvelles femmes par an en France [3].

De nombreux progrès ont été réalisés ces dernières années, du diagnostic de la maladie à la prise en charge pendant et après le cancer. Aujourd'hui, le dépistage est un moyen fondamental de diagnostic du cancer du sein.

Il existe, selon l'OMS, deux méthodes de dépistage précoce :

- la reconnaissance des premiers signes cliniques dans les populations présentant certains symptômes, afin de faciliter le diagnostic et la thérapie à un stade précoce, et
- le dépistage qui est l'exécution systématique d'un test de dépistage dans une population asymptomatique, il vise à trouver des individus porteurs d'une anomalie évocatrice d'un cancer [11].

Depuis la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires du 21 juillet 2009 les Sages-Femmes peuvent réaliser le suivi gynécologique de prévention des femmes de tout âge et en bonne santé. Elles pratiquent un examen complet (général et gynécologique) et tous les actes nécessaires au bon suivi des femmes : frottis cervico-vaginaux, échographies de surveillance et dépistage etc.. Les Sages-Femmes sont habilités pour dépister les pathologies gynécologiques et ainsi le cancer du sein.

Bien que ces nouvelles compétences permettent aux Sages-Femmes d'élargir leur champ d'action, qu'en est-il de la pratique ? C'est à partir de ce questionnement que débute ce travail.

Nous tenterons d'évaluer les connaissances et les pratiques des Sages-Femmes Libérales de Metz et de Thionville dans le dépistage du cancer du sein.

*Partie 1 : Epidémiologie et
caractéristiques du cancer du sein*

1. GENERALITES

1.1 DEFINITION ET EPIDEMIOLOGIE

Le cancer du sein est une tumeur maligne de la glande mammaire, elle touche les femmes de manière la plus fréquente, mais également les hommes.

Chez la femme, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent, il est également celui qui cause le plus de décès. En France on note 54 062 nouveaux cas en 2015 avec environ 12 000 décès [16], c'est la première cause de mortalité chez la femme de 35 à 55 ans. Une femme sur 8 est actuellement touchée par le cancer du sein en France [2].

L'augmentation de la prévalence du cancer du sein peut s'expliquer notamment par l'allongement de la durée de vie et par l'augmentation du dépistage, mais aussi, selon plusieurs experts, par l'évolution des facteurs de risque environnementaux et comportementaux. Néanmoins on note une diminution du taux d'incidence de 1,5% par an en moyenne entre 2005 et 2012 grâce aux progrès du dépistage et de la prise en charge pendant et après le cancer [16].

En France, l'âge moyen au moment du diagnostic est de 63 ans. Cependant, même s'il est beaucoup plus fréquent après la ménopause, 29% des cancers du sein sont diagnostiqués chez les femmes en âge de procréer, avant 50 ans [2].

1.2 CANCER DU SEIN ET GROSSESSE

On parle de cancer du sein associé à la grossesse lorsque celui-ci est diagnostiqué pendant la grossesse, pendant l'allaitement ou dans l'année qui suit l'accouchement.

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent pendant la grossesse, il est aussi le seul cancer auquel on reconnaît une aggravation pendant la grossesse.

Entre 0,2 et 3,8% des cancers du sein surviennent pendant la grossesse ou l'allaitement. Une grossesse sur 3500 est associée à un cancer du sein [4].

Du fait du recul de l'âge à la première grossesse et de l'augmentation de l'incidence globale du cancer du sein, les professionnels de santé, et notamment les Sages-Femmes, peuvent y être confrontés un jour.

2. FACTEURS DE RISQUE

2.1. FACTEURS DE RISQUE PERSONNELS

Le premier facteur de risque, et le plus évident, est le sexe, en effet le cancer du sein touche majoritairement les individus de sexe féminin, seulement 1% des cancers du sein concerne les hommes.

L'âge est également un facteur de risque démontré, l'incidence du cancer du sein a une courbe âge-dépendant. Plus l'âge augmente et plus le risque augmente. Le cancer du sein se développe dans 70% des cas chez les femmes de plus de 50 ans [3].

2. 2. FACTEURS HORMONAUX ENDOGENES

L'oestrogène, sécrétée par les ovaires et les adipocytes, est la principale hormone associée au développement du cancer du sein, en effet elle favorise le développement du tissu mammaire et ainsi accélère la prolifération des cellules tumorales. Ainsi la nulliparité, l'âge tardif au premier enfant, une ménarche précoce (avant 11 ans) et/ou une ménopause tardive (après 55 ans) sont des facteurs de risque de survenu du cancer du sein actuellement bien établis. Elles engendrent une augmentation de la durée d'exposition globale des femmes aux oestrogènes pendant la période d'activité génitale.

L'ensemble de ces facteurs évoque une augmentation du risque liée à une surexposition aux oestrogènes endogènes : on parle de cancer hormono-dépendant [2-3].

2. 3. FACTEURS HORMONAUX EXOGENES

Il existe une multitude d'étude concernant les facteurs hormonaux exogènes (contraception et THS) qui peuvent être contradictoires.

- Contraception orale

Les contraceptifs oraux contiennent des substances synthétiques qui miment l'action des hormones, l'oestrogène et la progestérone. Leur rôle péjoratif de même que le rôle protecteur de l'allaitement maternel restent controversés et probablement de faible ampleur [2-3].

Les hormones ne créent pas le cancer, elles favorisent le développement des cellules cancéreuses, ainsi avec la grossesse, si des cellules cancéreuses sont déjà présentes, l'excès d'hormone dû à la grossesse va les faire se développer plus vite.

En ce qui concerne les femmes ayant un antécédent de cancer du sein chez une parenté du premier degré, l'OMS a réalisé une revue de la littérature en 2008 montrant qu'il n'y a pas de restriction à envisager en ce qui concerne le recours à une contraception hormonale. Et d'après une étude prospective de 2009 réalisée au Canada il n'y a pas d'augmentation significative du risque lié à la contraception chez les femmes ayant un antécédent de cancer du sein (RR = 1,4 ; IC = 0,8-2,4) [12].

- Les traitements hormonaux de substitution (THS)

Les traitements hormonaux de substitution, utilisés après la ménopause, ne sont pas en faveur d'une augmentation du risque de développer un cancer du sein par rapport aux femmes non traitées. Une étude cas-témoins [6] réalisée en France retrouve un RR = 1,3 (IC = 0,9-1,5) en

cas de prise d'oestrogènes seuls. 1 étant compris dans l'indice de confiance on ne peut pas conclure à un risque majoré par la prise du THS. La Haute Autorité de Santé a publié des recommandations qui sont toujours d'actualité : « *le THS est un traitement médical devant être prescrit à bon escient (balance bénéfices/risques), sur une durée limitée (2-3 ans) et à dose minimale efficace* » [7].

2. 4 FACTEURS GENETIQUES

Il y a des mutations des gènes BRCA1 et 2 qui augmentent, chez les femmes qui en sont porteuses, le risque d'avoir un cancer du sein (aux alentours de 70 %) alors que le risque pour une population non mutée est de 8 à 10 %.

La densité mammaire représente également un facteur de risque, les femmes présentant une forte densité mammaire ont un risque 4 à 6 fois plus élevé de développer un cancer du sein [8].

2. 5 LES ANTECEDENTS PERSONNELS

Le cancer du sein peut réapparaître tôt après que le premier cancer ait été diagnostiqué et traité ou peut survenir après de nombreuses années. Le cancer peut réapparaître dans le même sein qu'à l'origine du cancer.

Le fait d'avoir des antécédents personnels de cancer du sein augmente le risque de développer un autre cancer sur le même sein ou dans l'autre sein. Cependant le risque de nouveau cancer est plus faible que le risque de récurrence. Environ 15% des personnes traitées pour un cancer du sein développent par la suite une tumeur à l'autre sein [13].

2. 6 FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

Les principaux facteurs de l'environnement qui interviennent dans l'augmentation du risque du cancer du sein sont les radiations ionisantes et le travail qui expose à une perturbation du rythme circadien. En effet le travail de nuit entraînerait des perturbations du rythme biologique à l'origine de la sécrétion d'une hormone, la mélatonine, qui favoriserait l'augmentation de la synthèse d'oestrogènes. Le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) a récemment classé le travail de nuit posté comme un facteur probablement cancérigène [9].

Plus de 150 études épidémiologiques revues par le CIRC ont étudié l'association entre le tabagisme et le cancer du sein, elles suggèrent que le tabagisme peut être associé au cancer du sein. Les études de cohorte les plus récentes (Reynolds, 2004, Cui, 2006) montrent une augmentation du risque pour le tabagisme actif (RR=1,4 ; IC = 1,3-5,2) en particulier lors d'expositions longues et/ou avant une première grossesse [13-14].

Des études épidémiologiques sur l'implication des déodorants ne présentent pas d'argument en faveur d'une association entre déodorants et cancer du sein, même après avoir exposé des zones rasées (Namer, 2008).

Une récente étude montre que la relation entre la vitamine D et le cancer du sein est encore mal connue, des essais cliniques sont encore nécessaires pour déterminer la dose de vitamine D qui jouerait un rôle protecteur dans la maladie (Shao, 2012). Il est également possible que le risque de cancer du sein soit augmenté par une alimentation à forte charge glycémique, ou par une consommation élevée de certains acides gras (acides gras trans en particulier, issus de graisses végétales modifiées par l'industrie alimentaire).

3. FACTEURS PROTECTEURS

3.1 FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

Il semble plus que certain qu'un régime « sain » (à base de légumes, huile d'olive, fruits, poissons, céréales, fruits de mer, autres huiles végétales) serait associé à une diminution du risque de développer un cancer du sein. Au contraire un régime « occidental », riche en pizzas, pommes de terre, jambon, viande, charcuteries, pâtes, beurre, café, alcool, crème, mayonnaise, etc serait associé à une augmentation de ce risque.

3.2 FACTEURS LIÉS À LA REPRODUCTION

La période à risque dans la carcinogénèse mammaire commence in utero et ce jusqu'à la première grossesse. Pendant cette période, le sein est un organe immature : les cellules sont très sensibles aux agents carcinogènes quels qu'ils soient et ce n'est que lorsque la femme a eu une grossesse et a allaité son enfant que les cellules, s'étant différenciées, deviennent moins sensibles à ces agents. Pour certaines études l'allaitement est un facteur protecteur.

4. L'IMPORTANCE DU DÉPISTAGE PRÉCOCE

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini un certain nombre de critères nécessaires à l'accessibilité d'une maladie au dépistage, le cancer du sein remplit tous ces critères.

En effet le cancer du sein est un problème de Santé Publique majeur :

- le pronostic est directement lié à son stade d'évolution
- ses traitements sont efficaces
- le test de dépistage, qu'est la mammographie, est simple d'application à la population générale et sans risque

Le retard de diagnostic, que le dépistage permet d'éviter, aboutit à la découverte de tumeur de grande taille, en effet plus on attend, plus la tumeur augmente et plus les chances de survie diminuent. Il est plus qu'opportun de dépister ce cancer au plus tôt.

Selon l'OMS, il existe deux méthodes de dépistage précoce :

- *“ le diagnostic précoce ou la reconnaissance des premiers signes et symptômes dans les populations présentant certains symptômes, afin de faciliter le diagnostic et un traitement à un stade précoce, et*
- *le dépistage qui est l'exécution systématique d'un test de dépistage dans une population normalement asymptomatique. Il vise à trouver les individus porteurs d'une anomalie évocatrice d'un cancer. ”*

Dans la pratique de la sémiologie courante, on appelle dépistage essentiellement la réalisation de la mammographie bilatérale et échographie mammaire dans une tranche d'âge bien définie, en France il existe des associations selon la région qui organisent la réalisation de la mammographie entre 50 et 74 ans (AMODEMACES en Moselle et ADECA 54 en Meurthe et Moselle).

Le dépistage a contribué à améliorer la survie relative des patientes ayant eu un cancer du sein, en effet il y a plus de 80% de survivants cinq ans après le diagnostic [15].

La Sage-Femme intervient dans le diagnostic précoce à l'occasion de l'examen gynécologique qu'elle réalise. Elle intervient également dans le dépistage par l'information qu'elle donne aux patientes concernant la mammographie ou l'autopalpation.

5. LES NOUVELLES COMPETENCES ATTRIBUEES AUX SAGES-FEMMES

Avant la loi HPST, les compétences des Sages-Femmes étaient établies par l'article L.4151-1 :

« L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L. 4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1. L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique. »

Aujourd'hui les nouvelles compétences des Sages-Femmes sont établies par la loi numéro 2009-879 du 21 juillet 2009 article numéro 86 de la loi HPST qui a modifié l'article L4151-1. Cette nouvelle loi dit que :

« L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique. »

Depuis la loi HPST où les Sages-Femmes se sont vues élargir leurs compétences en matière de gynécologie, quand est-il par rapport à la prise en charge du diagnostic du cancer du sein ?

***Partie 2 : Evaluation des pratiques
professionnelles des Sages-Femmes
Libérales de Metz et Thionville***

1. PRESENTATION DE L'ETUDE

1.1. OBJECTIFS ET HYPOTHESES

1.1.1 Objectif principal

L'objectif de cette étude est d'évaluer les pratiques professionnelles des Sages-Femmes Libérales dans le diagnostic du cancer du sein.

1.1.2 Objectifs secondaires

- Observer les éventuelles distinctions de pratiques en fonction de la formation initiale des Sages-Femmes.

- Evaluer la pertinence de l'information délivrée par la Sage-Femme Libérale en matière de prévention du cancer du sein.

- Produire un outil d'aide, de compléments, destiné aux Sages-Femmes Libérales afin de compléter leur connaissance dans la physiopathologie et le diagnostic du cancer du sein en consultation gynécologique de prévention.

1.1.3 Hypothèses

1. La palpation mammaire se fait en systématique dans le suivi gynécologique de prévention.
2. Le cancer du sein, problème de santé publique, est abordé à chaque consultation.
3. Les jeunes diplômées pratiquent plus l'examen clinique de prévention.
4. Les renseignements pour l'autopalpation sont donnés à chaque consultation.
5. Les Sages-Femmes Libérales ont fait une formation complémentaire à la pratique de l'examen clinique de prévention des seins.

1.2 CARACTERISTIQUES DE L'ETUDE

Cette étude est une évaluation des pratiques professionnelles des Sages-Femmes réalisant des consultations gynécologiques de prévention à Metz et Thionville. C'est une étude épidémiologique observationnelle descriptive, transversale, multicentrique, analytique et comparative.

1.2.1 Population étudiée

La population étudiée est constituée par toutes les Sages-Femmes de Metz, dans une périphérie de 20 km, et de Thionville réalisant des consultations gynécologiques de prévention. Elle est volontairement limitée à un seul département pour des soucis de faisabilité et de temps. Elle comprend les Sages-Femmes installées en libéral, soit 40 Sages-Femmes.

Le recrutement de ces Sages-Femmes a été effectué grâce au site de l'Assurance Maladie où figure le listing de tous les professionnels conventionnés.

J'ai ensuite contacté chaque Sage-Femme individuellement par téléphone afin d'expliquer

le but de mon étude, de présenter le support de mon enquête (un questionnaire anonyme) (Annexe 1) et de recueillir l'acceptation de participer à mon étude. Toutes les Sages-Femmes ont accepté de répondre à mon questionnaire

Par soucis de respecter l'anonymat des Sages-Femmes répondant à mon questionnaire, je n'ai proposé qu'un mode de diffusion de celui-ci, la voie postale. J'ai en effet envoyé 40 questionnaires ainsi que 40 enveloppes pré-timbrées complétées de mes nom et adresse personnelle afin de faciliter le renvoi du questionnaire.

1.2.2 Présentation de l'outil utilisé

L'outil utilisé pour réaliser cette étude est un questionnaire. Cet outil a été choisi car le temps utilisé par les professionnels pour le remplir est moindre (comparé aux entretiens individuels par exemple). Il a été envoyé aux différents professionnels dans le courant du mois d'avril. L'étude a été clôturée début juillet.

Le questionnaire comporte trois parties :

- la première s'intéresse à l'activité des Sages-Femmes et comporte 9 questions,
- la deuxième concerne leur formation et leurs connaissances et compte 11 questions,
- la troisième concerne leur pratique et comporte 4 questions,

Une lettre de présentation (Annexe 2) introduisait le questionnaire et précisait les buts de l'étude et les modalités de son renvoi. J'ai effectué une relance par mail car malgré la date limite fixée et les 3 mois laissés pour répondre à l'enquête, le nombre de réponses était de 24.

2. RESULTATS

2.1. RESULTATS DE LA RECHERCHE

Les données du questionnaire ont été saisies et analysées grâce au tableur Excel. Pour rappel, il a été envoyé 40 questionnaires, 24 réponses ont été reçues soit un taux de retour égal à 60%.

2.2. GENERALITES

La première partie du questionnaire reprend des généralités et permet de situer le professionnel interrogé. Il lui a été demandé :

- son âge (figure 1)
- depuis quand est-il diplômé ?
- depuis quand exerce-t-il en libéral ? (figure 2)

Les résultats montrent que :

- 2 Sages-Femmes ont un âge compris entre 20 et 29 ans
- 8 entre 30 et 39 ans
- 4 entre 40 et 49 ans
- 10 ont plus de 50 ans

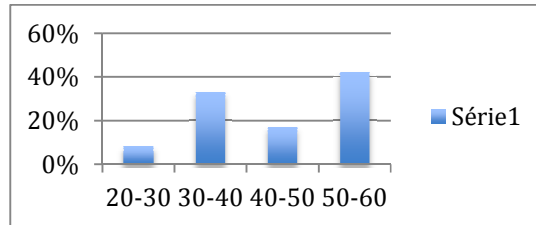


Figure 1 : La répartition par âge des Sages-Femmes de l'étude (n=24) en pourcentage.

Sur les 24 personnes interrogées, 8 Sages-Femmes, sont installées en libérale depuis moins de 5 ans, 8 depuis moins de 10 ans et 8 depuis plus de 10 ans.

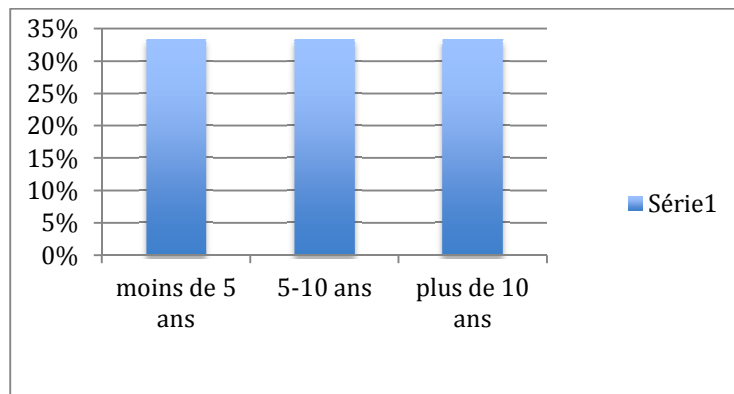


Figure 2 : La répartition des Sages-Femmes de l'étude (n=24) par la durée d'exercice en libérale en pourcentage.

En rapportant la durée d'exercice à l'âge on peut également dire que les Sages-Femmes âgées de plus de 40 ans exercent en moyenne depuis 14 ans comparé aux moins de 40 ans qui n'exercent en moyenne que depuis 4 ans.

2.2.1 L'exercice libéral

Une partie du questionnaire concerne le type d'activité que le professionnel exerce, on note donc que :

5 Sages-Femmes sur les 24 ne font pas de consultations gynécologiques de prévention, soit 21% des interrogés, néanmoins toutes les Sages-Femmes font du suivi de grossesse et des consultations du post-partum.

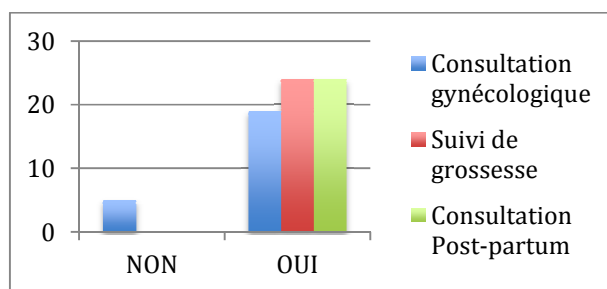


Figure 3 : Le nombre de Sages-Femmes pratiquant des consultations gynécologiques, des suivis de grossesse et des consultations du post-partum.

2.2.2 La formation initiale

Cette partie de l'étude renseigne sur les enseignements en rapport avec le cancer du sein reçues par les Sages-Femmes pendant leur formation initiale, on note que :

- 12 Sages-Femmes ont reçu des cours sur le cancer du sein
- 5 ne s'en souviennent pas
- 7 Sages-Femmes ont reçu un cours concernant "cancer et grossesse"
- 15 n'en ont pas reçu
- 16 Sages-Femmes n'ont pas bénéficié de travaux pratiques sur la palpation mammaire

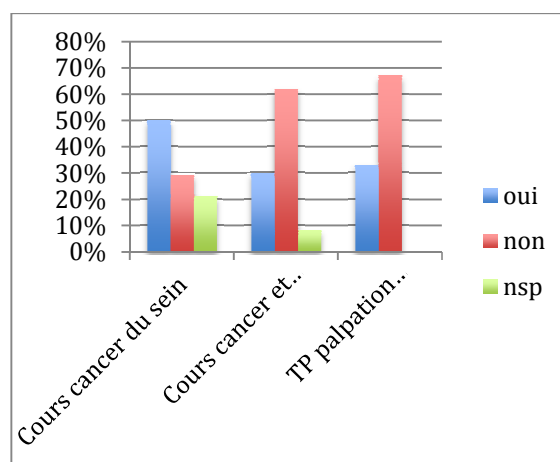
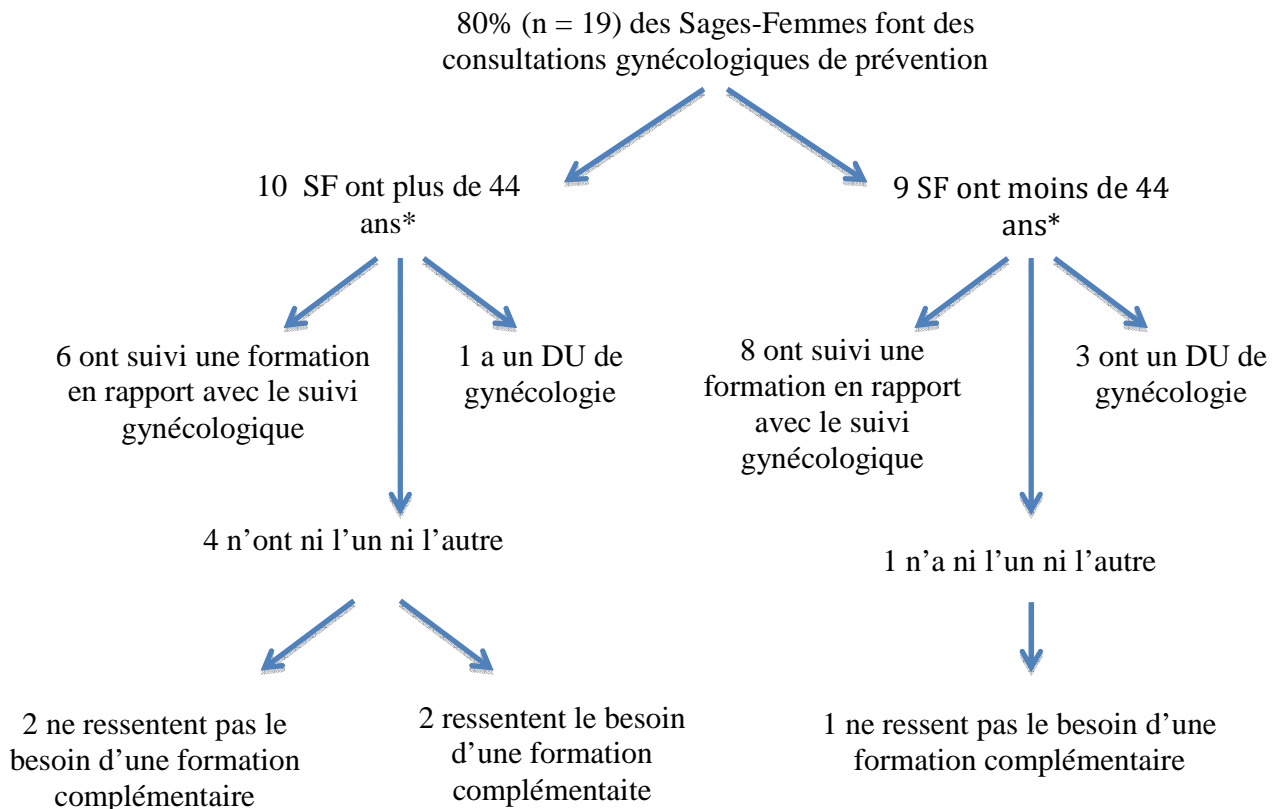


Figure 4 : La répartition des Sages-Femmes (n=24) en fonction des enseignements reçus en formation initiale.

Parmi les 16 professionnels à ne pas avoir bénéficié de travaux pratiques sur la palpation mammaire, elles sont 6 à ne pas ressentir le besoin de recevoir une formation complémentaire sur le sujet.

2.2.3 Formation médicale continue et Diplôme Universitaire

- 15 Sages-Femmes ont suivi une formation complémentaire sur le suivi gynécologique de prévention, contre 6 qui n'en ont pas suivi,
- 4 Sages-Femmes ont obtenu un diplôme universitaire en gynécologie, 19 des Sages-Femmes ne ressentent pas le besoin de recevoir ce diplôme
- 3 des Sages-Femmes ayant obtenu le diplôme universitaire de gynécologie ont moins de 32 ans
- enfin 8 Sages-Femmes ne ressentent pas le besoin de recevoir une formation spécifique sur la palpation mammaire, ce nombre paraît trop important compte tenu de l'importance de cet examen.



*44 ans étant la moyenne d'âge de l'échantillon de l'étude

Plusieurs réponses possibles

Figure 5 : Nombre des Sages-Femmes pratiquant des consultations de gynécologie en fonction de leur âge et de leur formation.

2.2.4 Evaluation des connaissances et de la pratique

Seulement 7 Sages-Femmes connaissent la prévalence du cancer du sein chez les femmes en France, personne ne connaît celle du cancer du sein pendant la grossesse.

Concernant la question sur les signes d'appels, la majorité des Sages-Femmes ont su les décrire, les réponses les plus données (de la plus fréquente à la moins fréquente) sont :

- présence d'une masse ou d'un nodule, (n=22)
- une asymétrie des seins, (n=17)
- un aspect de peau d'orange, (n=15)
- une rétractation mamelonnaire, (n=13)
- une douleur, (n=13)
- un écoulement mamelonnaire, (n=10)
- une asthénie, une perte de poids (n=2)

Concernant les diagnostics différentiels, les réponses sont moins complètes, certaines pathologies ne sont pas citées, parmi les plus nommées on retrouve :

- le kyste bénin (n=15)
- l'abcès du sein (n=10)
- la complication de l'allaitement maternel (on sous-entend l'engorgement mammaire, la mastite inflammatoire ou la lymphangite) (n=4)

Concernant les Sages-Femmes qui font des consultations de gynécologie, elles sont 10 (n=24) à pratiquer systématiquement la palpation mammaire, et 14 en consultations de grossesse.

Enfin, 1 Sage-Femme sur 24 a déjà diagnostiqué un cancer du sein au cours de sa carrière.

2.2.5 Les recommandations

Seulement 7 Sages-Femmes connaissent les recommandations officielles concernant le dépistage du cancer du sein. 7 autres Sages-Femmes ne se sont pas exprimées sur le sujet.

2.2.6 Comparaison des Sages-Femmes en fonction de leur âge

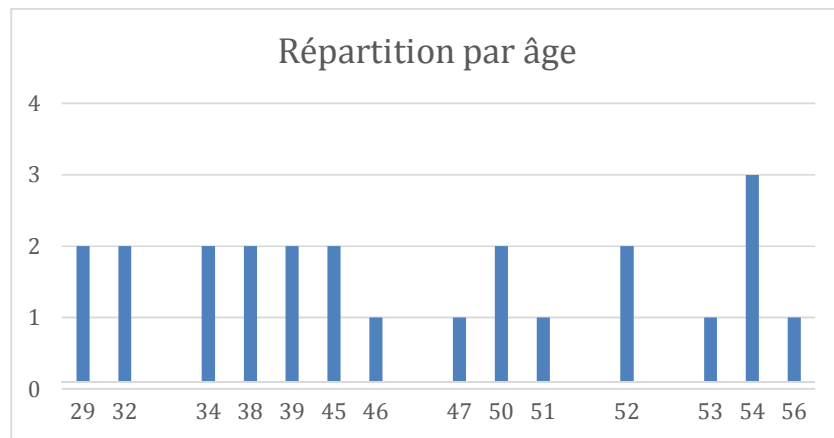


Figure 7 : La répartition des Sages-Femmes (n=24) en nombre et en fonction de leur âge.

L'étude comprend des Sages-Femmes âgés de 29 à 56 ans, avec une moyenne d'âge égale à 44 ans, il serait intéressant de comparer les données recueillies en fonction de l'âge du professionnel. Un test du Khi2 d'indépendance est réalisable dans ce cas là. L'hypothèse nulle (H0) de ce test est la suivante : les variables sont indépendantes, l'hypothèse nulle est rejetée lorsque p est inférieur ou égal à 0,05.

Les Sages-Femmes ont été répartis en deux groupes, le groupe A correspond aux Sages-Femmes âgés de moins de 44 ans et le groupe B aux Sages-Femmes âgés de plus de 44 ans.

La règle est la suivante :

- Si le khi-carré calculé est inférieur au khi-carré théorique : indépendance
- Si le khi-carré calculé est supérieur au khi-carré théorique : dépendance

Dans notre cas, le khi-carré théorique est égal à 2,706.

				alpha=90%	
				X ² >2,706	
				3,048259304	
				10,37142857	
				0,019591837	
				0,019591837	

FI cours cancer sein				0,080823726
groupe	oui	non	TOTAL	
A	9	1	10	
B	8	6	14	
TOTAL	17	7	24	

Référence		
oui	non	
A	7,083333333	2,916666667
B	9,916666667	4,083333333

FI cours palpation				0,001279805
groupe	oui	non	TOTAL	
A	7	3	10	
B	1	13	14	
TOTAL	8	16	24	

Référence		
oui	non	
A	3,333333333	6,666666667
B	4,666666667	9,333333333

Pratique systématique de la palpation 1				0,888683028
groupe	oui	non	TOTAL	
A	4	6	10	
B	6	8	14	
TOTAL	10	14	24	

Référence		
oui	non	
A	4,166666667	5,833333333
B	5,833333333	8,166666667

Pratique systématique de la palpation				0,888683028
groupe	oui	non	TOTAL	
A	6	4	10	
B	8	6	14	
TOTAL	14	10	24	

Référence		
oui	non	
A	5,833333333	4,166666667
B	8,166666667	5,833333333

- FI cours cancer du sein = formation initiale concernant le cancer du sein
- FI cours palpation mammaire = formation initiale concernant la palpation mammaire
- Pratique systématique de la palpation 1 = pratique systématique de la palpation mammaire en consultation gynécologique
- Pratique systématique de la palpation = pratique systématique de la palpation dans le suivi de grossesse

Figure 6 : Résultats des calculs du test du Khi comparant les Sages-Femmes (n=24) réparties en deux groupes

Concernant la formation initiale sur le cancer du sein:

p est égal à 0,08, le résultat n'est pas significatif, on ne peut pas conclure. La différence n'est pas statistiquement significative.

Concernant la formation initiale sur la palpation mammaire :

p est égal à 0,01 donc l'hypothèse nulle est rejetée et les variables sont dépendantes donc le taux de travaux pratique sur la palpation mammaire bénéficié par les Sages-Femmes en formation initiale est dépendant de l'âge, le groupe A a plus bénéficié de travaux pratiques que le groupe B. Le groupe A a reçu statistiquement plus de travaux pratique sur la palpation mammaire que le groupe B.

Concernant le besoin en formation sur la palpation mammaire, le résultat n'est pas significatif, en effet p est supérieur à 0,05 de même pour la pratique systématique de la palpation mammaire en consultation de gynécologie ainsi que pour la pratique systématique de la palpation mammaire en suivi de grossesse.

*Partie 3 : Synthèse, analyse des données
et discussion*

1. GENERALITES, REMARQUES ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES

1.1 QUELQUES REMARQUES

Il est important de noter la faible participation des Sages-Femmes Libérales à mon étude, en effet un peu plus de la moitié des professionnelles sollicitées m'ont répondu (24/40), malgré la démarche assez simple à suivre. Pour rappel, la mode d'envoi choisi a été la voie postale, l'envoi d'une enveloppe pré timbrée à mes nom et adresse a également été effectué. Toutes les précautions ont été prises :

- premier contact téléphonique individuel pour une présentation de l'étude, de ses buts et modalités,
- envoi d'une lettre de présentation afin de justifier à nouveau l'étude,
- relance par mails

Il est naturel de réfléchir aux arguments qui pourraient expliquer les raisons de ce faible taux de participation. La logique dirait :

- le manque d'intérêt pour l'étude,
- un sujet pour lequel on ne se sent pas à l'aise ou concerné,
- un manque de temps pour répondre au questionnaire,
- un oubli, malgré la relance,
- un refus d'y répondre

Par ce type d'étude on peut mettre en évidence un besoin de formation, il est donc important de se sentir concerné et de le signaler, le but de l'étude n'étant pas de surveiller les pratiques des Sages-Femmes mais d'évaluer les besoins des professionnelles.

Les Sages-Femmes, au cœur de la santé gésénique des femmes, sont au premier plan pour le dépistage du cancer du sein, qui est un problème majeur de Santé Publique. Il est important de souligner à nouveau que la prévalence ne cesse d'augmenter, la sensibilisation des Sages-Femmes à ce sujet est donc primordiale. Le faible taux de participation à l'étude compte tenu des dispositions prises pour assurer le renvoi des réponses est à prendre en considération.

1.2 LA PALPATION MAMMAIRE

L'examen clinique des seins doit être aussi systématique et stéréotypé que possible afin de ne pas oublier d'éléments pertinents. La palpation mammaire est un geste qui peut paraître anodin pourtant s'il est bien réalisé, ce geste est très performant. C'est un examen de dépistage fondamental mais qui n'est pas suffisant c'est pourquoi les campagnes de dépistage insistent sur la réalisation de la mammographie.

La palpation mammaire fait partie intégrante de l'examen clinique gynécologique et doit être systématique, la grossesse ne change rien à cette règle. La Sage-Femme est donc au premier plan pour dépister un éventuel cancer débutant.

1.2.1 A quel moment doit-on examiner les seins ?

La palpation mammaire doit être systématique qu'il s'agit d'une consultation gynécologique de prévention ou de grossesse. Dans l'idéal, en dehors d'une grossesse, l'examen des seins doit être pratiqué en début de cycle, environ 10 jours après le début des règles.

Pendant la grossesse, cet examen doit être systématique en début de grossesse car les modifications gravidiques sont minimales, en effet si une masse apparaît au premier trimestre, celle-ci peut ne plus être palpable en fin de grossesse du fait de l'hypertrophie mammaire. Il est important de préciser que les modifications de la glande mammaire pendant la grossesse rendent cet examen plus difficile. Les modifications cliniques spécifiques de la grossesse sont une augmentation du volume des seins et un développement du réseau vasculaire avec une dilatation du réseau veineux superficiel. L'aréole augmente également de taille et se pigmente.

Chez les femmes ménopausées prenant un THS l'examen doit être pratiqué toujours à la même période.

Enfin, de manière évidente, on pratique cet examen lorsqu'une patiente a remarqué une anomalie.

Comment doit-on examiner les seins ?

Tout d'abord, la consultation commence par un interrogatoire où seront précisés :

- le terme de la grossesse
- les antécédents familiaux
- les antécédents personnels médicaux, chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux

L'examen clinique qui doit se dérouler dans une ambiance sereine sur une patiente mise en confiance commence par l'inspection. La patiente est torse nue, on observe sa poitrine en comparant les deux seins. On doit observer la patiente de face et de profil sous différentes positions :

- assise ou debout les bras pendants,
- assise ou debout les bras levés
- assise ou debout les pectoraux contractés (en faisant mettre les mains sur les hanches)

On appréciera le volume des seins, leur symétrie ou non, leurs formes. On notera des éventuels signes cutanés :

- ride (signe très important)

- voussure
- inflammation
- peau d'orange
- déformation du galbe

On observera également les mamelons, leur symétrie et leur relief. Il peut être ombiliqué ou rétracté sans gravité (si ce n'est pas un phénomène récent). On appréciera la qualité de la peau du mamelon avec une éventuelle lésion de type « dermatologique » (exemple lésion eczématiforme évoquant une maladie de Paget).

Suite à l'inspection vient la palpation mammaire, cet examen dure 3 minutes par sein. Elle se fait sur une patiente assise les bras levés puis pendants et couchée les bras levés puis pendants. On utilise la pulpe des trois doigts médians, avec trois niveaux de pression pour chaque mouvement : superficiel, intermédiaire et profond. La palpation se fait quadrant par quadrant ou en spirale, sans oublier la région rétro aréolaire et le sillon sous mammaire.

Puis, la patiente en position assise, une main posée sur l'épaule de l'examineur, on va palper la région axillaire et sus claviculaire.

Si on découvre une adénopathie il sera important de noter le nombre de ganglions perçus, leur volume, leur consistance et leur mobilisation.

On recherchera également un écoulement en exprimant le mamelon entre deux doigts.

1.2.2 Pourquoi doit-on examiner les seins ?

La palpation mammaire associée à la mammographie est un moyen de diagnostic du cancer du sein, cet examen permet le diagnostic de 54% des cancers et 10% des cancers ne sont pas dépistés par l'imagerie mais par la clinique [10].

Si une masse est ressentie une fois l'examen fini, on la caractérisera selon plusieurs critères :

- c'est une masse unique ou multiple ? unilatérale ou bilatérale ?
- la topographie selon le quadrant du sein, certaines équipes font un schéma de la lésion
- la profondeur
- la forme (régulière ou non), la taille
- la consistance (molle, indurée, élastique...)
- la sensibilité,
- la température

1.3 LES DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

Le questionnaire a montré un manque de connaissances des Sages-Femmes sur ce sujet, la majorité se limitait à une ou deux réponses.

Les pathologies propres à la grossesse ou à la lactation pouvant « mimer » un cancer du sein sont à écarter avant de poser un diagnostic.

- l'adénome lactant : apparaît au troisième trimestre et persiste pendant la lactation, cliniquement c'est une masse mobile de 2 à 8 centimètres.
- la galactocèle : apparaît pendant la lactation, elle correspond à une dilatation canalaire de contenu laiteux, à la clinique c'est une masse mobile et irrégulière.
- la mastite gravidique : le sein est tendu et rouge
- l'abcès : l'échographie est indispensable avec ponction et mise en culture du liquide.

1.4 LES TRAITEMENTS POSSIBLES PENDANT LA GROSSESSE

La chirurgie est donnée comme réponse par 19 Sages-Femmes (n=24). 5 Sages-Femmes pensent qu'aucun traitement n'est possible. Une fois le diagnostic posé, plusieurs traitements sont possibles mais cette attitude est très discuté suivant les équipes de différents centres.

- la chirurgie : peut être réalisée avec un risque minimum pour le fœtus,
- la chimiothérapie : la mutagénicité des médicaments est à prendre en compte, elle sera contre-indiqué au premier trimestre et est rarement possible aux deuxième et troisième trimestres, cela est dépendant des équipes,
- la radiothérapie et l'hormonothérapie : fortement contre indiquées pendant la grossesse, en effet les effets secondaires sur le foetus sont trop délétères.

En cas de maladie métastatique il faudra, par contre, envisager l'interruption médicale de grossesse.

2. LES RECOMMANDATIONS

L'étude a montré que les professionnels étaient peu informés des recommandations. Il faut savoir que seule l'HAS a publié des recommandations en 2005 [11] où il est précisé ce que l'examen clinique doit comporter lors de la première consultation de grossesse « *l'observation de la femme, la prise de la pression artérielle, la mesure du poids, l'examen des seins dans le cadre d'un dépistage du cancer du sein, l'examen de l'état veineux des membres inférieurs* ». La fréquence à laquelle la palpation doit être réalisée n'est cependant pas renseignée.

Les Sages-Femmes qui font des consultations de gynécologie, elles sont 10 (n=24) à pratiquer systématiquement la palpation mammaire, et 14 (n=24) en consultations de grossesse.

3. INTERPRETATION DES RESULTATS

3.1 LES BIAIS

La majorité des questions sont des questions ouvertes ce qui a tendance à rebuter les sondés contrairement aux questions à choix multiples, ce genre de questions ne laisse pas d'autres alternatives à la personne interrogée et peut également influencer sa réponse mais ce mode de questionnement facilite le recueil des données et leurs analyses. Les questions à choix multiples permettent également d'augmenter les chances de retour.

La population choisie et étudiée a été limitée à deux villes dont Metz sur une périphérie de 20 km, compte tenu du faible échantillon, les résultats ne peuvent être extrapolables à la population générale des Sages-Femmes. Nous pouvons aussi admettre un biais de participation compte tenu également du faible retour du questionnaire.

3.2 LA FORMATION INITIALE ET CONTINUE

Seulement la moitié des Sages-Femmes se souviennent avoir reçu un cours théorique concernant le cancer du sein, ceci est insuffisant compte tenu du problème de Santé Publique majeure que représente ce cancer, d'autant plus que les Sages-Femmes sont au premier plan dans le dépistage. Comment peut-on alors sensibiliser ces soignants sur ce sujet ?

La formation médicale continue est une obligation déontologique pour chaque professionnel, il est intéressant de savoir si les Sages-Femmes ont cherché à avoir plus de connaissances sur le cancer du sein pour améliorer leurs pratiques. Les résultats montrent qu'un peu plus de la moitié des Sages-Femmes ont suivi une formation continue (15 Sages-Femmes, n=24).

Concernant la partie sur les connaissances théoriques des Sages-Femmes, elle avait pour but d'évaluer les connaissances sur le sujet (prévalence, signes cliniques, diagnostics différentiels etc...), non pas pour les juger mais pour cibler leur besoin en formation. On a pu mettre en évidence que 7 Sages-Femmes ont des connaissances satisfaisantes, ce chiffre est à l'évidence insuffisant compte tenu de l'importance de ce cancer.

La Sage-Femme est de plus en plus au cœur de la santé des femmes. Elle assure en toute autonomie le suivi gynécologique de prévention. Toutes ces responsabilités ne peuvent qu'inciter les professionnels à suivre des formations complémentaires régulièrement et à réaliser leur travail de la façon la plus précise et la plus juste possible.

4. DISCUSSION

L'enquête a mis en évidence un manque d'information très important des Sages-Femmes

Libérales sur le cancer du sein ainsi qu'une méconnaissance des recommandations actuelles.

L'hypothèse 1 n'est pas validée, en effet les résultats ont montré que la palpation mammaire n'était pas réalisée de manière systématique dans le suivi gynécologique avec 10 Sages-Femmes sur 24 qui pratique ce geste de manière systématique.

L'hypothèse 2 n'est pas validée, le problème que représente le cancer du sein n'est pas abordé à chaque consultation.

L'hypothèse 3 n'est pas validée, l'hypothèse nulle du test du Chi2 a été rejetée, on ne peut donc pas conclure que les plus jeunes diplômés pratiquent plus l'examen clinique de prévention que les moins jeunes.

L'hypothèse 4 n'est pas validée, les renseignements concernant l'autopalpation ne sont pas données à chaque consultation.

Enfin, l'hypothèse 5 n'est pas validée toutes les Sages-Femmes Libérales n'ont pas fait de formation complémentaire sur la palpation mammaire.

Quelles solutions peut-on trouver ? Une formation initiale plus complète afin d'être sûr que tous les professionnels aient une base de connaissances solide ? Cela ne peut passer que par la formation initiale certes mais la formation médicale continue va approfondir les connaissances et même redonner confiance aux professionnels en insistant sur des notions éventuellement oubliées depuis la formation initiale.

Ce manque d'information est sûrement à l'origine de la pratique non systématique de la palpation mammaire d'autant plus qu'il faut savoir que cette pathologie existe pendant la grossesse, ce que certains professionnels ignoraient.

Néanmoins une étude de plus grande ampleur serait nécessaire pour avoir des résultats plus représentatifs, il faudrait également observer les professionnels dans leur pratique afin d'identifier au plus juste les gestes à parfaire ou les informations à compléter.

Conclusion

On a pu constater qu'il reste encore des progrès à faire quant à la pratique de la palpation mammaire, et ceci, même pendant la grossesse. La palpation mammaire doit être un geste systématique, elle fait partie intégrante de l'examen clinique gynécologique. Elle peut et doit être réalisée pendant la grossesse malgré les modifications cliniques induites.

La palpation mammaire est le seul examen de dépistage que l'on dispose en tant que Sage-Femme, il paraît anodin, mais il est très performant s'il est bien réalisé. Il allie innocuité et performance.

Les recommandations sont peu connues des professionnels, mais elles existent malgré qu'elles soient limitées.

Une meilleure formation initiale sur ce sujet permettrait aux professionnels d'acquérir une base de connaissances plus solide, les patientes bénéficieraient à leur tour d'une meilleure information et donc d'un meilleur dépistage.

La formation médicale continue constitue une obligation déontologique, il est nécessaire que les Sages-Femmes remettent en question leur pratique et fassent évoluer leur connaissances selon les données actuelles.

Les Sages-Femmes acquièrent de plus en plus de responsabilités dans le domaine de la gynécologie, il devient primordial pour elles d'approfondir et de compléter leur formation initiale et de réactualiser leurs connaissances. Grâce à cela, et sous réserve que les Sages-Femmes soient sensibilisés au sujet, nous parviendront à rendre systématique la pratique de la palpation mammaire au cours de la consultation gynécologique de prévention et au cours du suivi de grossesse. Le but étant de systématiser ce geste au même titre que la prise de la tension artérielle par exemple.

Bibliographie

- [1] Joyeux H., Arnal B. Comment enrayer "l'épidémie" des cancers du sein et des récidives ?. Edition François Xavier de Guibert. 2009.
- [2] Brettes J.P., Mathelin C., Gairard B., Bellocq J.P. Cancer du sein, Elsevier Masson 2007.
- [3] Tardivon A., Malhaire C. Cancer du sein (I). Epidémiologie, facteurs de risque, imagerie, Encycl Med Chir (Elsevier SAS, Paris), 2009, vol. 34-8000-A-40.
- [4] Giacalone PL, Laffargue F. Cancer du sein en cours de grossesse. Les difficultés de la prise en charge. J.Le Sein. 2004 ; 14 (2) : 153-7
- [5] Morère JF, Penaut-Lorca F, Apro MS, Salmon R. Le cancer du sein. Saint-Etienne : Springer ; 2007
- [6] Fournier A., Berrino F., Clavel-Chapelon F. Unequal risks for breast cancer associated with different hormone replacement therapies: results from the E3N cohort study, Breast Cancer Res Treat. 2008,107 (1): 103-11.
- [7] Traitements hormonaux substitutifs de la ménopause. Rapport d'orientation: 2004. [en ligne] (consulté le : 19/06/2017) disponible sur : WWW.HAS-SANTE.FR.
- [8] Place de l'IRM dans le bilan d'extension locorégionale préthérapeutique du cancer du sein. Rapport d'évaluation technologique, 2010. [en ligne] (consulté le : 22/06/2017) disponible sur : WWW.HAS-SANTE.FR.
- [9] Travail de nuit et travail posté, février 2017. [en ligne] (consulté le : 20/06/2017) disponible sur : WWW.INRS.FR
- [10] Université de médecine, Paris 7. [en ligne] (consulté le 10/07/2017) disponible sur: <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/Femme/exaclimam.ppt>
- [11] Critères du dépistage. Haute Autorité en Santé. [en ligne] (consulté le 10/07/2017) disponible sur: <http://www.has-sante.fr>

[12] Marc Espié*, Carole Nicolas* Marjorie Lalloum*, Florence Coussy*. Contraception et cancer du sein.

[13] Unité cancer et environnement. Cancer du sein. [en ligne] (consulté le 15/07/2017) disponible sur : <http://www.cancer-environnement.fr/144-Sein.ce.aspx>

[14] G. Thériault. Tabagisme-et-cancer-du-sein. Novembre 2007 [en ligne] (consulté le 15/07/2017) disponible sur : <http://studylibfr.com/doc/2485589/tabagisme-et-cancer-du-sein>

[15] Institut national du cancer. Survie attendue des patientes atteintes de cancer en France: état des lieux. Avril 2010

[16] Institut national du cancer. Le cancer du sein en chiffre. Juin 2017 [en ligne] (consulté le 15/07/2017) disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequeuts/Cancer-du-sein>

ANNEXE I

Numéro d'anonymat :

En ce qui concerne votre activité :

- 1) Quel est votre âge ?
- 2) Depuis quelle année êtes-vous diplômé(e) ?
- 3) Depuis quand exercez-vous en activité libérale ?
- 4) Effectuez-vous des consultations gynécologiques de prévention ? Oui / Non
- 5) Si oui, quelle est la part du suivi de prévention par rapport au reste de votre activité totale ?%
- 6) Effectuez-vous des consultations de suivi de grossesse ? Oui / Non
- 7) Si oui, quelle est la part du suivi de grossesse par rapport au reste de votre activité totale ?%
- 8) Effectuez-vous des consultations du post-partum ? Oui / Non
- 9) Si oui, quelle est la part de ces consultations par rapport au reste de votre activité ?%

En ce qui concerne votre formation :

- 10) Durant votre formation initiale avez-vous reçu un ou plusieurs enseignements en rapport avec le cancer du sein? Oui / Non
En rapport avec le Cancer et la grossesse ? Oui / Non
En rapport avec la Palpation mammaire ? Oui / Non
- 11) Avez-vous suivi une formation continue en rapport avec le suivi gynécologique de prévention ? Oui / Non
- 12) Avez-vous ressenti le besoin de recevoir une autre formation universitaire (DU , DIU)
Oui / Non
- 13) Si oui laquelle ?
- 14) Avez-vous ressenti le besoin d'une formation ou d'une journée de formation sur la palpation mammaire ? Oui / Non
- 15) Quelle est la prévalence du cancer du sein chez la femme ?
- 16) Quelle est la prévalence du cancer du sein pendant la grossesse ?

17) Quels sont les principaux signes cliniques du cancer du sein ?

18) Quels peuvent être les diagnostics différentiels ?

19) Quels sont les traitements du cancer du sein ?

20) Quels sont le ou les traitement(s) possible(s) pendant la grossesse ?

21) Quelles sont les recommandations vis-à-vis de la palpation dans le suivi gynécologique de prévention ?

En ce qui concerne votre activité :

22) Avez-vous déjà été confronté à réaliser le diagnostic d'un cancer du sein associé ou non à une grossesse pendant votre carrière ? Oui /Non

23) Si vous effectuez des consultations gynécologiques de prévention :
Abordez-vous systématiquement le sujet du cancer du sein ? Oui /Non
Pratiquez-vous systématiquement la palpation mammaire ? Oui /Non
Pratiquez-vous de manière occasionnelle la palpation mammaire ? Oui /Non
Donnez-vous des informations de manière systématique sur l'autopalpation ? Oui/Non

24) Si vous effectuez des consultations de suivi de grossesse :
Abordez-vous systématiquement le sujet du cancer du sein ? Oui /Non
Pratiquez-vous systématiquement la palpation mammaire ? Oui /Non
Pratiquez-vous de manière occasionnelle la palpation mammaire ? Oui /Non
Donnez-vous des informations de manière systématique sur l'autopalpation ? Oui /Non

25) Si vous effectuez des consultations du post-partum :
Abordez-vous systématiquement le sujet du cancer du sein ? Oui /Non
Pratiquez-vous systématiquement la palpation mammaire ? Oui /Non
Pratiquez-vous de manière occasionnelle la palpation mammaire ? Oui /Non
Donnez-vous des informations de manière systématique sur l'autopalpation ? Oui /Non

ANNEXE 2

Bonjour Madame, Monsieur,

Je m'appelle Selma CHELGHOUM et je suis étudiante Sage-Femme en 5^{ème} année à l'école de Sage-Femme de Metz. Dans le cadre de ma formation, je réalise un mémoire concernant « le rôle de la Sage-Femme Libérale dans le dépistage du cancer du sein ».

En effet, le cancer du sein est chez la femme le premier cancer en terme de fréquence et la première cause de décès par cancer. C'est un problème de santé publique majeur. Nous savons que plus le cancer du sein est diagnostiqué précocement, meilleur sera le pronostic vital.

Les sages-femmes ont la compétence de réaliser le suivi gynécologique de prévention des femmes de tout âge, elles sont compétentes pour dépister les pathologies gynécologiques et ainsi le cancer du sein.

Je voudrais débiter une étude, incluant les sages-femmes libérales de Metz et de Thionville, grâce à un questionnaire anonyme.

Accepteriez-vous de répondre à ce questionnaire ? Je vous remercie de votre implication qui me sera très utile pour réaliser mon étude. Si vous souhaitez prendre connaissance de mes résultats, je pourrai vous les faire parvenir dès la publication de mon mémoire. N'hésitez pas à m'en faire la demande par mail, à l'adresse suivante : selma.chelghoum@hotmail.fr et non sur le questionnaire, afin de respecter votre anonymat.

Une fois rempli, merci de me renvoyer ce questionnaire par voie postale grâce à l'enveloppe ci-jointe.

En vous remerciant,

Selma CHELGHOUM

L'évaluation des connaissances et des pratiques professionnelles des Sages-Femmes Libérales de Metz et de Thionville en matière de dépistage du cancer du sein : étude descriptive, analytique et comparative auprès de 24 Sages-Femmes – juillet 2017.

CHELGHOU M Selma, Ecole de Sage-Femme de Metz, Université de Lorraine - Promotion 2017

RESUME

Introduction - Le cancer du sein est un problème de Santé Publique majeur. On estime qu'une femme sur huit développera un cancer du sein dans sa vie en France. Plusieurs progrès ont été réalisés ces dernières années, du dépistage à la prise en charge du cancer. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer les pratiques professionnelles des Sages-Femmes Libérales dans le dépistage du cancer du sein.

Méthode - Il s'agissait d'une étude épidémiologique observationnelle descriptive, transversale et multicentrique sur 40 Sages-Femmes Libérales. L'étude s'est déroulée du mois d'avril 2017 au mois de juillet 2017 auprès des Sages-Femmes Libérales de Metz et de Thionville. L'étude est une évaluation des pratiques et des connaissances des Sages-Femmes Libérales en matière du dépistage du cancer du sein à l'aide d'un questionnaire à réponse ouvertes. Le critère de jugement principal était le nombre de Sage-Femme qui réalise de manière systématique la palpation mammaire lors d'une consultation gynécologique.

Résultats - La population d'étude se composait de 24 Sages-Femmes. Le taux de réponse était de 60% (n=24). 10 Sages-Femmes effectuaient la palpation mammaire de manière systématique. 16 Sages-Femmes affirmaient ne pas avoir bénéficié de travaux pratiques sur la palpation mammaire en formation initiale, 15 Sages-Femmes avaient suivi une formation complémentaire sur le suivi gynécologique. Seulement 4 Sages-Femmes étaient détenteur du Diplôme Universitaire de Gynécologie.

Conclusion - Il reste des progrès à faire quant à la pratique de la palpation mammaire, ce geste doit être systématique. C'est le seul moyen de dépistage dont les Sages-Femmes disposent. Un renforcement de la formation initiale sur ce sujet, ainsi que des formations post-universitaires permettrait un meilleur dépistage auprès des femmes.

Mots-clés : Cancer du sein, Sage-Femme, dépistage, palpation mammaire, formation

Abstract

Background - Breast cancer is a major public health problem. It is estimated that one woman in eight will develop breast cancer in her life in France. Several advances have been made in recent years, from screening to cancer management. The main objective of the study was to assess the professional practices of Midwives in breast cancer screening.

Methods - This was a descriptive, cross-sectional, and multicenter epidemiological study of 40 Liberal Midwives. The study took place from April 2017 to July 2017 with the Midwives of Metz and Thionville. The study is an assessment of the practices and knowledge of the Liberal Midwives in breast cancer screening using an open-ended questionnaire. The primary endpoint was the number of midwives who systematically performed breast palpation during a gynecological consultation.

Results - The study population consisted of 24 Midwives. The response rate was 60% (n = 24). 10 Midwives performed mammary palpation routinely. 16 Midwives claimed that they did not benefit from practical work on breast palpation in initial training, 15 Midwives had received further training on gynecological follow-up. Only 4 midwives held the University Diploma of Gynecology.

Conclusions - There is still room for improvement in the practice of breast palpation, which should be systematic. It is the only means of detection available to Midwives. A reinforcement of initial training on this subject, as well as postgraduate training, would allow better screening of women.

Keywords : Breast cancer, Midwife, screening, mammary palpation, training