



HAL
open science

Dépistage du cancer du sein par les sage-femmes : état des lieux et auto-évaluation des pratiques

Aurélie Beaudouin

► **To cite this version:**

Aurélie Beaudouin. Dépistage du cancer du sein par les sage-femmes : état des lieux et auto-évaluation des pratiques. Gynécologie et obstétrique. 2022. dumas-04008781

HAL Id: dumas-04008781

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04008781>

Submitted on 28 Feb 2023

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.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

**MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES**

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

AURÉLIE BEAUDOUIN

En vue de l'obtention du **Diplôme d'Etat de sage-femme**

**DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN PAR LES SAGES-
FEMMES**

Etat des lieux et auto-évaluation des pratiques

Soutenu le : 31 mai 2022

Directrice de mémoire : Sarah LOUIS, Sage-Femme Enseignante, UFR Simone VEIL –
Santé, Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines

JURY

Madame Sophie Baumann, enseignante sage-femme, UFR Simone VEIL – Santé, UVSQ

Madame Laura Saoudi, enseignante sage-femme, UFR Simone VEIL – Santé, UVSQ

Madame Charlotte Dupuy, sage-femme, Hôpital Foch

Numéro national d'étudiant : 21504940

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est 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 expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier ma directrice de mémoire, Sarah Louis, pour son aide précieuse. Merci à elle de s'être rendue disponible à n'importe quelle heure et de n'importe où quand j'en avais grandement besoin. Merci est un faible mot pour exprimer ma gratitude.

Je souhaite également remercier Claire Dran, ma référente pédagogique, pour son soutien tout au long de mes études, loin d'avoir été un long fleuve tranquille. Merci pour tout ce qu'elle nous a appris avec son don pour la pédagogie et sa douceur.

Un grand merci à ma famille pour leur soutien durant toutes mes études. Merci à mes parents, à ma presque maman (Mymy) et à Phiphi. Merci tout particulièrement à mes grands parents pour leur amour inconditionnel.

Un immense merci à mes cousines que j'aime tant. Merci Maureen de son soutien sans faille et de son sourire qui illumine tous ceux qui la croisent. Merci Eline pour son aide si précieuse dans l'utilisation d'Excel® et son humour qui me fera toujours rire, même dans les moments difficiles.

Un merci infini à mon conjoint, Victor, que j'aime tant, pour son soutien tout au long de mes études et pour m'avoir supportée pendant l'écriture de ce mémoire. Il mérite tout l'amour et l'or du monde pour cet exploit.

Un grand merci à Lucie pour son aide et son soutien, sans elle ce mémoire n'aurait pas la même saveur.

Un grand merci à mes amis de longue date, qui ont toujours cru en moi : Valentine, Alexandre, Mathilde, Héloïse, Aymeric, Parfait, Loïc, Sophie.

Enfin merci à toutes mes collègues de la Clinique Saint-Charles pour leur soutien sans faille, leur bienveillance et le bonheur que c'est de travailler avec elles.

Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIERES	IV
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES	VIII
LISTE DES ANNEXES	IX
LEXIQUE	X
TITRE ET RESUME	XI
TITLE AND ABSTRACT	XII
INTRODUCTION	1
CONTEXTE	2
1.1 Anatomie et Physiologie du sein	2
1.2 Le Cancer du sein	3
1.2.1 Épidémiologie	3
1.2.2 Physiopathologie	5
1.2.3 Facteurs de risque	5
1.2.4 Prévention	7

1.2.5	Symptomatologie	7
1.2.6	Dépistage	8
1.3	Les compétences des sages-femmes	11
1.3.1	Le suivi gynécologique	11
1.3.2	Le dépistage	12
2	MATERIEL ET METHODES	13
2.1	Objectifs et Hypothèses	13
2.1.1	Objectifs	13
2.1.2	Hypothèses	13
2.2	Type d'étude et outils méthodologique	13
2.3	Population étudiée	14
2.4	Questionnaire et variables retenues	14
2.5	Stratégie d'analyse	15
2.6	Obligations éthiques et réglementaire	15
3	RESULTATS	17
3.1	Description de la population	17
3.1.1	Population sélectionnée pour l'étude	17
3.1.2	Données démographiques	18
3.2	Pratiques de dépistage	23
3.2.1	Facteurs de risque	23
3.2.2	Palpation mammaire	23
3.2.3	Auto-examen des seins	25
3.2.4	Dépistage organisé	25
3.2.5	Orientation des patientes	25
3.3	Connaissances théoriques et formation	26
3.3.1	Auto-évaluation	26

3.3.2	Formation complémentaire	26
3.3.3	Association de l'auto-évaluation à l'année de diplôme	26
3.4	Difficultés rencontrées et améliorations à apporter selon les sages-femmes interrogées	27
3.4.1	Difficultés évoquées	27
3.4.2	Améliorations proposées	27
4	DISCUSSION	29
4.1	Principaux résultats	29
4.1.1	Population étudiée	29
4.1.2	Etats des lieux des pratiques	30
4.1.3	Auto-évaluation des connaissances	32
4.1.4	Difficultés rencontrées et améliorations à apporter	34
4.2	Limites et biais de l'étude	34
4.2.1	Limites de l'étude	35
4.2.2	Biais de l'étude	36
4.2.3	Force de l'étude	Erreur ! Signet non défini.
4.3	Perspectives et implications	37
	CONCLUSION	38
	BIBLIOGRAPHIE	39
	ANNEXES	44

Liste des tableaux

Tableau 1 : Palpation mammaire lors du suivi gynécologique et formation complémentaire.....	24
Tableau 2 : Palpation mammaire lors du suivi obstétrical et formation complémentaire.....	24
Tableau 3 : Auto-évaluation des connaissances et formation complémentaire.	26
Tableau 4 Connaissances sur le dépistage en fonction de l'année de diplôme.....	27

Liste des figures

Figure 1 : La structure du sein, source INCa [7]	3
Figure 2 : Diagramme de flux de la population étudiée	18
Figure 3 : Histogramme de la répartition des sages-femmes interrogées par tranche d'âge.....	19
Figure 4 : Diagramme en barre de la répartition des sages-femmes par mode d'exercice.	20
Figure 5 : Histogramme du taux de consultations de suivi gynécologique en fonction du mode d'exercice des sages-femmes sondées.....	21
Figure 6 : Histogramme du taux de consultations de suivi obstétrical en fonction du mode d'exercice des sages-femmes sondées.....	21
Figure 7 : Graphique en secteur de la répartition des sages-femmes interrogées par années depuis l'obtention du diplôme.	22

Liste des annexes

Annexe I : Recommandations HAS : FDR et niveau de risque de cancer du sein....	44
Annexe II : Score d'Eisinger	45
Annexe III : Recommandations HAS : Dépistage du cancer du sein en fonction du niveau de risque	46
Annexe IV : Auto-examen des seins (AES)	47
Annexe V : Questionnaire.....	48
Annexe VI : « Know your lemons ».....	56
Annexe VII : Brochure du Collège National des Sages-Femmes de France	57

Lexique

AES : Auto-Examen des Seins

ATCD : Antécédent

BRCA : Breast Cancer

CDOSF : Conseil Départemental de l'Ordre des Sages-Femmes

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et de Libertés

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

DGS : Direction Générale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

FDR : Facteurs de risque

IMC : Indice de masse corporelle

INCa : Institut National du Cancer

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Titre et résumé

Objectifs : Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme en France et dans le monde, en 2021. C'est également la première cause de mortalité par cancer chez la femme en France. Son pronostic est favorable à long terme s'il est détecté précocement. Le dépistage précoce est la première stratégie mise en place pour diminuer le taux de mortalité. Les sages-femmes sont des acteurs majeurs du suivi gynécologique de prévention et jouent un rôle important dans le dépistage du cancer du sein. L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'opinion actuelle des sages-femmes métropolitaines concernant leur pratique du dépistage du cancer du sein.

Matériel et méthodes : Etude descriptive transversale réalisée auprès de 504 sages-femmes libérales et hospitalières pratiquant des consultations de suivi gynécologique et/ou obstétrical, sur la période du 26 juin 2021 au 19 octobre 2021.

Résultats : Notre étude a montré que la majorité des sages-femmes interrogées pratiquent le dépistage du cancer du sein selon les recommandations en vigueur dans le cadre du suivi gynécologique. Mais elle a également montré que c'est le cas pour seulement la moitié d'entre-elles dans le cadre du suivi obstétrical. Un lien entre formation continue et meilleure auto-évaluation des connaissances a été mis en avant. Ainsi, presque la moitié des sages-femmes interrogées souhaiterait une formation initiale plus exhaustive sur ce sujet. Enfin, des difficultés rencontrées par les sages-femmes dans leur pratique ont été mises en lumière. Parmi elles, le manque de recommandations spécifiques aux sages-femmes et le manque de supports destinés à les guider dans leur pratique du dépistage.

Mots-clés : Cancer du sein, dépistage, auto-évaluation, sage-femme

Title and Abstract

Objective: Breast Cancer is the most common women cancer in France and worldwide in 2021. It is also the leading cause of women's death by cancer in France. Its long-term prognosis is favourable if detected early. Early detection is the first strategy use to reduce the mortality. Midwives are major players in preventive gynaecological follow-up and play an important role in breast cancer screening. The main objective of this study is to assess the current opinion of metropolitan midwives regarding their practice of breast cancer screening.

Methods: Cross-sectional descriptive study carried out with 504 liberal and hospital midwives performing gynaecological and/or obstetric follow-up consultations, over the period from June 26, 2021 to October 19, 2021.

Results and conclusion: Our study has shown that a majority of midwives questioned practice breast cancer screening according to the recommendations within the framework of gynaecological follow-up. But it also showed that this is the case for only half of them in the context of obstetric follow-up. A link between continuous training and better self-assessment of knowledge has been highlighted. Thus, almost half of the midwives questioned would like a more exhaustive initial training on this subject. Finally, difficulties encountered by midwives in their practice were highlighted. Among them, the lack of specific recommendations for midwives and the lack of materials intended to guide them in their practice of screening.

Keywords: Breast cancer, screening, self-assessment, midwife

Introduction

Le cancer du sein est une pathologie connue depuis l'Antiquité. Il a d'ailleurs servi de modèle pour mieux connaître le fonctionnement des cancers [1]. C'est, à ce jour, le cancer le plus fréquent chez les femmes dans le monde, avec 2,26 millions de nouveaux cas en 2020 [2]. En France, avec 58 500 nouveaux cas en 2018, c'est le cancer le plus fréquent chez la femme. C'est également la première cause de décès par cancer chez la femme, avec 12 146 décès en 2018 [3,4]. Le cancer du sein bénéficie d'un pronostic à long terme favorable, d'autant plus qu'il est diagnostiqué et pris en charge de plus en plus tôt. Afin de réduire le taux de mortalité, la principale stratégie mise en place est le dépistage précoce.

Les premières grandes campagnes de dépistage ont été mises en place dans les années 1970, à New York puis dans les pays scandinaves [1]. En France, c'est en 1994 qu'un programme de dépistage organisé est mis en place par la Direction Générale de la Santé (DGS), il sera généralisé à tout le territoire en 2004 [5].

Dans le cadre du dépistage organisé et individuel du cancer du sein, de nombreux personnels soignants sont impliqués. Parmi eux, les sages-femmes occupent une place importante. Elles effectuent le suivi gynécologique de prévention depuis la loi HPST promulguée en 2009 [6]. Ces compétences récentes permettent donc aux sages-femmes de devenir des acteurs essentiels de la prévention et du dépistage du cancer du sein. Elles sont donc en première ligne dans la lutte contre ce cancer.

En première partie, nous expliquerons le contexte dans lequel se place notre étude. Puis, en deuxième partie, nous présenterons notre étude et sa méthodologie. Enfin, pour finir, nous présenterons les principaux résultats et les mettrons ensuite en lien avec nos hypothèses.

Contexte

1.1 Anatomie et Physiologie du sein

La fonction biologique du sein est la production du lait afin d'assurer l'alimentation du nouveau-né. Il joue également un rôle important dans la féminité et dans l'image que la femme a de son corps [7].

Anatomiquement, le sein se compose de différentes structures :

- La glande mammaire : Elle est divisée en 15 à 20 sections, nommées lobes, composées de lobules [8]. Les lobules sont eux-mêmes composés de l'élément actif de la glande mammaire, les alvéoles mammaires (ou acinus). Le rôle des lobules est de produire le lait lors de l'allaitement. Ce lait est ensuite transporté vers le mamelon grâce aux différents canaux partant des lobules puis formant le canal galactophore.
- Le tissu conjonctif : entoure l'ensemble de la glande mammaire
- Le tissu adipeux : graisse présente en quantité plus ou moins importante, entourant la glande mammaire avec le tissu conjonctif.
- Le tout recouvert par la peau : dont font partie le mamelon et l'aréole [9].

Le sein est glande exocrine hormonodépendante [9]. Ainsi, la glande mammaire se développe et fonctionne sous l'influence des hormones sexuelles fabriquées par les ovaires, la progestérone et les œstrogènes [7].

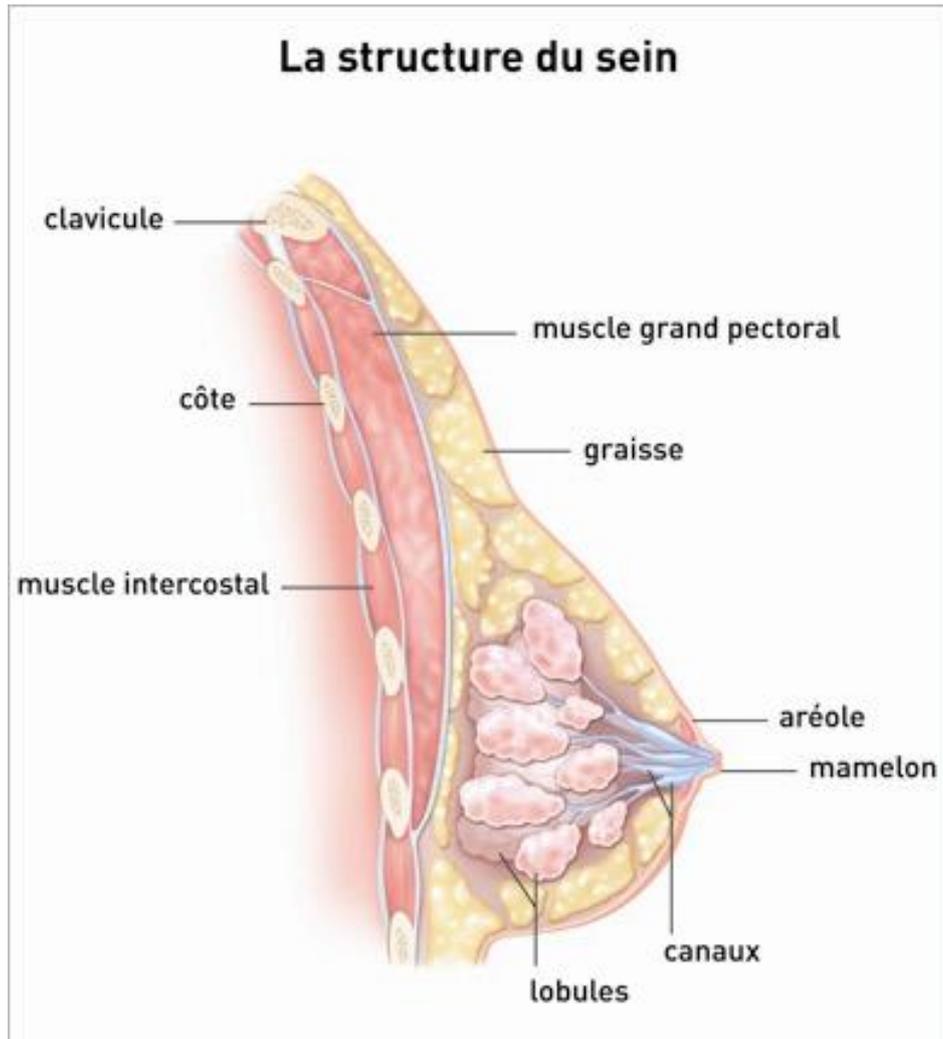


Figure 1 : La structure du sein, source INCa [7]

1.2 Le Cancer du sein

1.2.1 Épidémiologie

1.2.1.1 Dans le monde

En 2020, 2,26 millions nouveaux cas de cancer du sein ont été recensés dans le monde. Ce qui en fait le cancer le plus couramment diagnostiqué à l'échelle du globe, devant le cancer du poumon (2,21 millions de cas) et le cancer colorectal (1,93 million de cas) [2].

En termes de mortalité, à l'échelle mondiale, le cancer du sein se place en cinquième position avec 685 000 décès en 2020, bien loin derrière le cancer du poumon, première cause de décès par cancer dans le monde (1,80 million de décès) [2]. Cependant, il reste la cause la plus fréquente de décès par cancer chez les femmes dans le monde en 2020 [10].

1.2.1.2 En France

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent en France, avec 58 459 nouveaux cas chez la femme en 2018. Son taux d'incidence¹, a augmenté entre 1990 et 2018, avec un accroissement en moyenne de 1,1% par an, mais ceci de façon non linéaire. En effet, dans la période 2010-2018 le taux d'accroissement moyen est estimé à seulement 0,6% par an [3].

Le taux de mortalité² par cancer du sein, suit une évolution inverse au taux d'incidence. En effet, on observe une diminution moyenne de 1,3% par an entre 1990 et 2018, avec une plus forte diminution de 1,6% entre 2010 et 2018 [3]. Malgré cette diminution du taux de mortalité, le cancer du sein représente la première cause de décès par cancer chez la femme avec 12 146 décès en 2018 [4]. Cette diminution est liée à des avancées thérapeutiques majeures et à des diagnostics réalisés à un stade plus précoce grâce à une meilleure sensibilisation des femmes et des professionnels, ainsi qu'à l'amélioration des pratiques de dépistage et des techniques d'imagerie diagnostiques.

Le cancer du sein bénéficie d'un pronostic à long terme favorable, d'autant plus qu'il est diagnostiqué et pris en charge de plus en plus tôt. En effet, le taux de survie nette standardisée à 5 ans chez les femmes diagnostiquées entre 2010 et 2015 est de 87% [11].

¹ Nombre de nouveaux cas pendant une période donnée rapporté à la population dont sont issus les cas à la même période.

² Rapport du nombre de décès de l'année d'une pathologie à la population totale moyenne de l'année atteinte de cette pathologie.

1.2.2 Physiopathologie

Le cancer du sein est une tumeur qui se développe à partir des cellules constituant la glande mammaire. C'est, cependant, une maladie dite hétérogène : il existe plusieurs types de tumeurs, qui seront traitées différemment [12]. Les différents types de cancer dépendent des cellules à partir desquelles ils se développent. On distingue les cancers in situ et les cancers invasifs ou infiltrants.

Les cancers in situ sont des carcinomes dont la prolifération, pour les plus fréquents, est soit intra-canaulaire, soit intra-lobulaire. Les formes in situ respectent l'intégrité de la membrane basale alors que les formes infiltrantes communes envahissent le tissu mammaire, évoluent localement puis métastasent [13].

Les cancers du sein les plus fréquents (95 %) sont des adénocarcinomes, se développant à partir des cellules épithéliales de la glande mammaire. Il faut dans ce cas environ 6 à 10 ans pour passer de la première cellule cancéreuse à une tumeur de 2 cm de diamètre. Ces adénocarcinomes se développent entre 40% et 75% des cas à partir des cellules des canaux galactophores (ou carcinome canalaire) et entre 5% et 15% des cas à partir des cellules des lobules (ou carcinome lobulaire). Des carcinomes médullaires, papillaires ou tubuleux, beaucoup plus rares, existent également [9]. Il s'agit de cancers infiltrants qui franchissent la membrane basale et envahissent le tissu conjonctif.

1.2.3 Facteurs de risque

Un facteur de risque est un élément pouvant favoriser le développement d'un cancer ou sa rechute [14]. Moins de 50% des cancers du sein sont expliqués par les facteurs de risque connus. Parmi eux, on distingue plusieurs types de FDR : les facteurs comportementaux et environnementaux, les facteurs hormonaux et reproductifs, les facteurs génétiques et les autres FDR [15].

1.2.3.1 Les facteurs comportementaux et environnementaux

Parmi ces facteurs de risque, on retrouve l'exposition à des radiations ionisantes (avec un effet cumulatif des doses reçues et une augmentation du risque avec une exposition avant 40 ans), le travail de nuit, le tabac, la consommation d'alcool

(plus d'un verre par jour), le surpoids à l'âge adulte ($IMC \geq 25\text{kg/m}^2$), la sédentarité ainsi qu'une alimentation riche en graisse saturée, produits laitiers et viandes [15] [16]. Ce sont des facteurs de risques évitables sur lesquels il est donc possible d'intervenir grâce à des mesures préventives [17].

1.2.3.2 Les facteurs hormonaux et reproductifs

Il s'agit de tous les facteurs augmentant l'exposition aux hormones sexuelles, telles que la progestérone et les œstrogènes. On y retrouve donc une ménarche précoce, une ménopause tardive, des cycles plus courts, et une première grossesse à un âge tardif. Des facteurs de risque hormonaux exogènes existent également tels que la prise de contraceptifs oestroprogestatifs, de traitements hormonaux de la ménopause (THM), mais le risque diminue rapidement après l'arrêt du traitement hormonal [17].

Il existe donc un lien entre cancer du sein et grossesse dépendant d'un facteur temporel. Le délai court depuis le dernier accouchement et un âge plus tardif (en particulier supérieur à 30 ans) au moment de la grossesse la plus récente, semblent deux facteurs associés à une augmentation du risque de cancer mammaire pour une période transitoire, inférieure à 15 années [18]. Une surveillance pendant la grossesse est donc nécessaire, en relais du dépistage annuel effectué lors du suivi gynécologique.

1.2.3.3 Les facteurs génétiques

On estime que 120 000 femmes environ, en France, sont prédisposées au cancer du sein et/ou de l'ovaire. A ce jour, deux gènes de prédisposition au cancer du sein ont été identifiés, nommés gènes BRCA (BRCA1 et BRCA2). Chez une personne porteuse d'une mutation d'un de ces gènes, le développement d'un cancer n'est pas obligatoire mais le risque sera fortement augmenté. L'objectif est donc d'identifier les femmes prédisposées génétiquement au cancer du sein, pour leur proposer un suivi adapté [19].

1.2.3.4 Les autres facteurs de risque

Parmi eux, on trouve les deux principaux facteurs de risque du cancer du sein : le sexe féminin, (moins de 1 % de tous les cancers du sein sont observés chez l'homme) et l'âge avancé (78 % des cancers sont diagnostiqués chez des femmes âgées de plus de 50 ans). On retrouve également l'antécédent familial ou personnel de cancer du sein (environ 15% des personnes traitées pour un cancer du sein développent par la suite une tumeur à l'autre sein), un ATCD personnel de cancer de l'ovaire et/ou de l'endomètre et certaines affections bénignes du sein (comme l'hyperplasie atypique) [17].

1.2.4 Prévention

La prévention est « l'ensemble des moyens médicaux et médico-sociaux mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension des maladies, ou leurs conséquences à long terme » [20]. Dans le cadre de la prévention du cancer du sein, il s'agit de lutter contre certains facteurs de risque sur lesquels il est possible d'agir.

Il est alors recommandé de favoriser une alimentation saine, une activité physique régulière, un allaitement maternel de longue durée, de limiter la consommation d'alcool, le tabagisme actif et passif, et d'éviter les traitements hormonaux de longue durée et l'exposition excessive aux rayonnements [21]. Cependant, le principal élément de prévention du cancer du sein et des autres pathologies gynécologiques, est le suivi régulier par un gynécologue ou une sage-femme.

1.2.5 Symptomato

Dans 90 % des cas, le cancer du sein est découvert lors d'un dépistage organisé (ou individuel), et dans 10 % des cas, par un examen clinique faisant suite à des signes d'appel [9]. En effet, durant les premiers stades de développement d'un cancer du sein, la symptomatologie est frustrée.

Seulement, à un stade avancé de développement, les symptômes peuvent être :

- Une grosseur au niveau du sein, généralement non douloureuse (signe le plus couramment observé).
- Des ganglions durs au niveau de l'aisselle (propagation du cancer du sein aux ganglions axillaires).
- Des modifications de la peau du sein (déformation, ulcération, rougeur ou œdème de la peau).
- Des modifications du mamelon ou de l'aréole (rétraction, changement de coloration, suintement ou écoulement).
- Un changement de la taille ou de la forme du sein.
- D'autres symptômes plus tardifs, après propagation du cancer dans d'autres parties du corps (douleurs osseuses, nausées, perte d'appétit, perte de poids, ictère, maux de tête, trouble de la vision, faiblesse musculaire, essoufflement, toux, un épanchement pleural) [22, 23].

1.2.6 Dépistage

Le dépistage précoce du cancer du sein est l'une des stratégies les plus importantes pour prévenir les décès dus au cancer du sein. Un cancer du sein détecté tôt est plus facile à traiter avec succès, car il est petit et qu'il ne s'est pas propagé. Passer des tests de dépistage réguliers est le moyen le plus fiable de détecter le cancer du sein à un stade précoce [24].

1.2.6.1 Dépistage individuel

Dans le cadre du dépistage du cancer du sein, dès l'âge de 25 ans et quel que soit le niveau de risque de la patiente, il est recommandé de réaliser un examen clinique des seins (palpation) une fois par an. Cet examen rapide et indolore permet de détecter une éventuelle anomalie. Il peut être réalisé par une sage-femme, un gynécologue ou un généraliste [25].

Les patientes peuvent être classées selon différents niveaux de risque du cancer du sein, en fonction de leurs facteurs de risque et de leurs antécédents personnels [Annexe I]. L'âge étant le principal facteur de risque de cancer du sein chez la femme, les femmes sans autre facteur de risque sont, dès l'âge de 50 ans, à risque

« moyen » de cancer du sein. Le programme de dépistage organisé est donc recommandé.

Certaines femmes présentent des facteurs de risque et/ou antécédents augmentant le risque de cancer du sein, quel que soit leur âge. On parle de niveau de risque « élevé ». Il s'agit des femmes ayant un antécédent personnel de cancer du sein, de l'utérus et/ou de l'endomètre, d'une image anormale lors de la précédente mammographie ou certaines affections du sein (hyperplasie atypique ou affection proliférative bénigne) ou des femmes ayant été exposées à une irradiation thoracique à haute dose avant l'âge de 30 ans (dans le cadre du traitement d'un lymphome de Hodgkin). Une surveillance spécifique et plus stricte sera alors mise en place selon les recommandations de la HAS datant de 2014 [Annexe II] [5].

Enfin, certaines femmes présentant une prédisposition génétique (mutation gènes BRCA 1 et BRCA 2) ont un niveau de risque « très élevé ». En cas d'antécédent familial de cancer du sein, le score d'Eisinger, score familial d'analyse de l'arbre généalogique [Annexe III], est utilisé pour valider l'indication d'une consultation d'oncogénétique. En cas de score d'Eisinger ≥ 3 , une consultation d'oncogénétique est préconisée. L'onco-généticien réalisera, si cela est indiqué et possible, une analyse initiale complète de BRCA1 et BRCA2. En cas de mutation « familiale » identifiée, une recherche de la mutation chez la patiente (test génétique ciblé) sera effectuée. Si la mutation est retrouvée la patiente est classée à niveau de risque « très élevé » et une surveillance spécifique et très rapprochée sera effectuée. Si la mutation n'est pas retrouvée la patiente sera incluse dans le programme de dépistage organisé. Enfin, si l'analyse n'a pas été réalisée ou qu'aucune mutation « familiale » n'est retrouvée, l'onco-généticien évaluera, à l'aide d'autres outils, le niveau de risque de la patiente. La surveillance spécifique sera alors choisie en fonction de sa classification et suivront les recommandations de 2014 de la HAS [Annexe II] [5].

1.2.6.2 Dépistage organisé

Un programme national de dépistage organisé du cancer du sein a été mis en place, en France, en 1994, par la Direction Générale de la Santé (DGS). Il a été généralisé à tout le territoire au début de l'année 2004 [5]. Il a pour objectif de réduire

la mortalité liée au cancer du sein et d'améliorer l'information et la qualité des soins des personnes concernées. Seules les femmes âgées de 50 à 74 ans à risque moyen, donc sans symptômes apparent ni FDR particulier, sont concernées par ce dépistage. Elles bénéficient d'un examen clinique des seins et d'une mammographie de dépistage, auprès d'un radiologue agréé, tous les 2 ans ainsi qu'une double lecture systématique en cas de cliché normal ou bénin. Les examens de dépistage sont pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie, ce qui garantit à chaque femme un accès égal sur l'ensemble du territoire [26].

1.2.6.3 Dépistage et grossesse

Le cancer du sein peut survenir pendant une grossesse ou pendant l'année suivant l'accouchement. C'est un phénomène rare qui tend à augmenter du fait des grossesses plus tardives [27]. Cependant, celui-ci est souvent diagnostiqué tardivement en raison des changements naturels se produisant dans les tissus mammaires pendant la grossesse [28]. La HAS recommande un examen des seins en début de grossesse chez les femmes n'ayant pas de suivi gynécologique régulier en dehors de la grossesse [29]. En cas d'examen clinique suspect, l'échographie mammaire est indiquée en première intention, en effet les rayons X utilisés pour la mammographie sont contre indiqués chez la femme enceinte [30].

1.2.6.4 Examens de dépistage

En premier lieu, l'examen clinique des seins, est réalisé par une sage-femme, un gynécologue ou un médecin généraliste. Cet examen est bilatéral et comparatif. Il comprend tout d'abord l'inspection, bras ballants et relevés, qui permet de repérer des modifications de la forme des seins, du mamelon, un signe d'inflammation ou un écoulement. Ensuite, l'examen clinique se poursuit par la palpation des seins et des aires ganglionnaires et est orienté par l'inspection. Elle doit être réalisée avec une pression douce, mains à plats, par mouvements rotatifs écrasant la glande sur le grill costal, quadrant par quadrant [9, 31].

En relais de l'examen clinique des seins, la mammographie est l'examen de référence de dépistage du cancer du sein. Elle permet la mise en évidence de cancers à un stade précoce. Elle peut être réalisée à la suite d'un examen clinique suspect,

dans le cadre du dépistage organisé ou d'un dépistage spécifique en cas de niveau de risque « élevé » ou « très élevé » [32].

Enfin, l'échographie mammaire est le plus souvent utilisée en complément de la mammographie lorsqu'une anomalie est mise en évidence, afin d'analyser plus précisément celle-ci. Cependant, elle peut également être réalisée en première intention chez les femmes jeunes en cas d'examen clinique suspect. En effet, chez la femme jeune, la densité mammaire plus importante ne permet pas toujours la réalisation d'une mammographie de qualité [30].

1.2.6.5 L'auto-examen des seins

Le dépistage du cancer du sein s'intègre dans une approche médicale globale. Il nécessite ainsi l'éducation des patientes, avec certains outils comme l'apprentissage de l'Auto-Examen des Seins (AES). Cette autopalpation regroupe un ensemble de gestes simples qui, pratiqués une fois par mois, après les règles, permettant à la patiente de bien connaître ses seins, de détecter toute anomalie et de la signaler à son médecin ou sa sage-femme [Annexe IV] [33].

L'intérêt de cette pratique est cependant controversé. En effet, plusieurs études récentes n'ont pas montré d'effet bénéfique de l'AES en termes de mortalité mais ont mis en avant des inconvénients, tel que le sur-diagnostic, les faux positifs et l'anxiété chez les patientes [34, 35]. L'AES n'est donc pas recommandé en tant que méthode de dépistage mais peut être abordé pour sensibiliser les femmes à risque, afin de les responsabiliser et de leur permettre de devenir actrice de leur propre santé.

1.3 Les compétences des sages-femmes

1.3.1 Le suivi gynécologique

La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de juillet 2009 élargit le champ de compétence des sages-femmes à « 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 » [34].

La sage-femme accompagne donc les femmes tout au long de leur vie en assurant leur suivi gynécologique de prévention et en prescrivant leur contraception. Elle peut pratiquer un examen clinique complet (général et gynécologique) et prescrire tous les actes nécessaires au suivi de la patiente. Elle a donc un rôle préventif, concernant la contraception, les IST, les violences faites aux femmes et les différentes pathologies gynécologiques, dont le cancer du sein [36].

1.3.2 Le dépistage

Lors des consultations de suivi gynécologique, la sage-femme participe au dépistage et à la prévention des cancers gynécologiques et des infections sexuellement transmissibles. Le dépistage du cancer du sein, dès l'âge de 25 ans, comprenant l'examen clinique des seins et la prescription d'examens complémentaires, fait donc partie intégrante des compétences de la sage-femme.

Cependant, elles ne peuvent pas poser le diagnostic du cancer du sein, et devront donc orienter la patiente vers un médecin compétent. Un dépistage adapté à chaque patiente et la bonne orientation de ces patientes est donc un rôle important de la sage-femme [36].

Depuis la loi HPST, les sages-femmes sont donc en première ligne dans la lutte contre le cancer du sein. Elles sont actrices de la prévention et du dépistage de celui-ci. Ce rôle est récent et peu d'études sur dépistage du cancer du sein par les sages-femmes ont été faites depuis l'application de la loi. Cela nous amène donc à nous poser la question suivante :

Comment les sages-femmes appréhendent-elles le dépistage du cancer du sein ?

2 Matériel et méthodes

2.1 Objectifs et Hypothèses

2.1.1 Objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'opinion actuelle des sages-femmes métropolitaines concernant leur pratique du dépistage du cancer du sein. L'objectif secondaire est le suivant :

- Evaluer les pratiques de dépistage par les sages-femmes.

2.1.2 Hypothèses

Nous avons émis 3 hypothèses :

- Les sages-femmes se sentent à l'aise dans leurs connaissances et leur pratique du dépistage du cancer du sein.
- Les sages-femmes estiment que leur formation concernant la pratique du dépistage du cancer du sein pourrait-être améliorée.
- Les sages-femmes pratiquent le dépistage du cancer du sein en accord avec les recommandations en vigueur.

2.2 Type d'étude et outils méthodologique

Ce mémoire est un mémoire quantitatif pour lequel nous avons effectué une étude descriptive transversale. Cette étude a été réalisée auprès des sages-femmes hospitalières et libérales de France métropolitaine pratiquant des consultations de suivi gynécologique et/ou obstétrical. Elle a été réalisée grâce à l'envoi d'un questionnaire en ligne via le logiciel Google Form®. Les réponses ont été recueillies sur une période d'environ 4 mois, du 26 juin 2021 au 19 octobre 2021.

2.3 Population étudiée

La population étudiée dans cette étude comprend les sages-femmes libérales et les sages-femmes hospitalières en France métropolitaine. Les adresses électroniques des sages-femmes libérales ont été sélectionnées de manière aléatoire par un pas de 7 sur le site du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). Il a également fallu prendre en compte le fait que certaines sages-femmes inscrites sur le site du CNOSF n'avaient pas fourni d'adresse électronique. Les sages-femmes hospitalières ont également été contactées de manière aléatoire par l'envoi du questionnaire par courriel à tous les Conseils de l'Ordre départementaux de métropole. Dans le courriel envoyé aux Conseils de l'Ordre départementaux, il était précisé que celui-ci était destiné aux sages-femmes hospitalières.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- Sages-femmes hospitalières réalisant des consultations de suivi gynécologiques et/ou obstétricales.
- Sages-femmes libérales réalisant des consultations de suivi gynécologiques et/ou obstétricales.

2.4 Questionnaire et variables retenues

Le questionnaire créé pour cette étude [Annexe V], comprend 31 questions à choix multiple ou unique, dont 3 questions ouvertes et 28 fermées. Il se divise en 4 parties.

La première partie, nommée « Renseignements généraux », permet d'obtenir des données démographiques telles que l'âge, l'année d'obtention du diplôme de maïeutique, le type d'exercice, le département d'exercice.

La deuxième partie, nommée « Connaissances théoriques », recueille des informations concernant la formation au dépistage, et demande une auto-évaluation, de la population interrogée, sur leurs connaissances.

La troisième partie, nommée « En pratique », permet de faire un état des lieux de la pratique du dépistage par les sages-femmes interrogées. Cette partie aborde

notamment la recherche des FDR, les conditions de pratique de la palpation mammaire, l'AES, le dépistage organisé, la prescription d'examens complémentaires et l'orientation des patientes.

Enfin, la quatrième partie, nommée « Difficultés et améliorations », permet de demander une auto-évaluation de la population étudiée quant à sa propre pratique du dépistage et recherche les difficultés rencontrées et les améliorations à apporter.

En premier lieu, le questionnaire a été testé auprès de 11 sages-femmes diplômées d'Etat en Loire Atlantique et en Ile-de-France afin de vérifier la compréhension des questions et leur pertinence.

La version définitive du questionnaire a été diffusée auprès des sages-femmes métropolitaines avec un premier envoi le 26 juin 2021 auprès des sages-femmes libérales puis un second le 5 juillet 2021. Le troisième et dernier envoi s'est fait auprès des Conseils de l'Ordre départementaux le 10 septembre 2021.

2.5 Stratégie d'analyse

Les réponses obtenues ont été exportées sur le logiciel Microsoft® Excel® (version 2203) pour être analysées. Les variables quantitatives ont été décrites sous forme de moyenne, médiane et valeurs extrêmes. Les variables qualitatives ont été décrites sous formes de pourcentages et d'effectifs.

Lors des études en sous-groupes, des comparaisons de pourcentages ont été réalisées en utilisant les tests statistiques de Chi², ou de Fisher lorsque les effectifs attendus étaient inférieurs à 5. Lors de ces tests, le seuil de significativité admis était de $p < 0.05$. Les analyses ont été réalisées avec l'outil BiostaTGV®.

2.6 Obligations éthiques et réglementaires

Le questionnaire a été créé pour respecter l'anonymat des sages-femmes participant à l'étude. En effet, aucun lien ne peut être fait entre les mails envoyés et les réponses récupérées via Google Form®. De plus, aucune question ne permet l'identification des sages-femmes interrogées au cours de l'étude.

Ce questionnaire est précédé d'un texte explicatif spécifiant qu'il est possible de se retirer de l'étude à tout moment.

Les adresses électroniques des sages-femmes libérales et des Conseils de l'Ordre départementaux sont en libre accès sur le site du Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes de France. Cette étude ne traitant pas de données sensibles, elle ne nécessite donc pas de déclaration auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et de Libertés).

3 Résultats

3.1 Description de la population

3.1.1 Population sélectionnée pour l'étude

En France, 23 400 sages-femmes exerçaient en 2021 [38]. Le questionnaire a été envoyé à 1 056 adresses électroniques de sages-femmes libérales, choisies aléatoirement par pas de 7, parmi les 8 075 contacts de sages-femmes libérales disponibles sur le site du CNOF.

Parmi les courriels envoyés, 61 n'ont pas été réceptionnés car les adresses électroniques étaient introuvables. Par la suite, le questionnaire a été envoyé aux 94 Conseils de l'Ordre départementaux de France métropolitaine, par courriel, dans lequel était précisé qu'il était à destination des sages-femmes hospitalières de leur département. Deux Conseils de l'Ordre départementaux, ont répondu qu'il était impossible pour eux de faire suivre ce courriel aux hôpitaux de leur département.

Nous avons obtenu 331 formulaires de réponses de sages-femmes libérales, soit un taux de participation de 31,3%, et 206 formulaires de réponse de sage-femme hospitalières. Au total, 537 formulaires de réponse ont été récupérés. Parmi ces réponses, 32 formulaires ont été supprimés car inexploitable dans notre étude. En effet, ces formulaires ont été remplis par des sages-femmes n'effectuant aucune consultation de suivi gynécologique ou obstétrical. Enfin un formulaire a été supprimé pour cause de doublon. Il y a donc 504 formulaires de réponse qui ont été inclus dans l'étude.

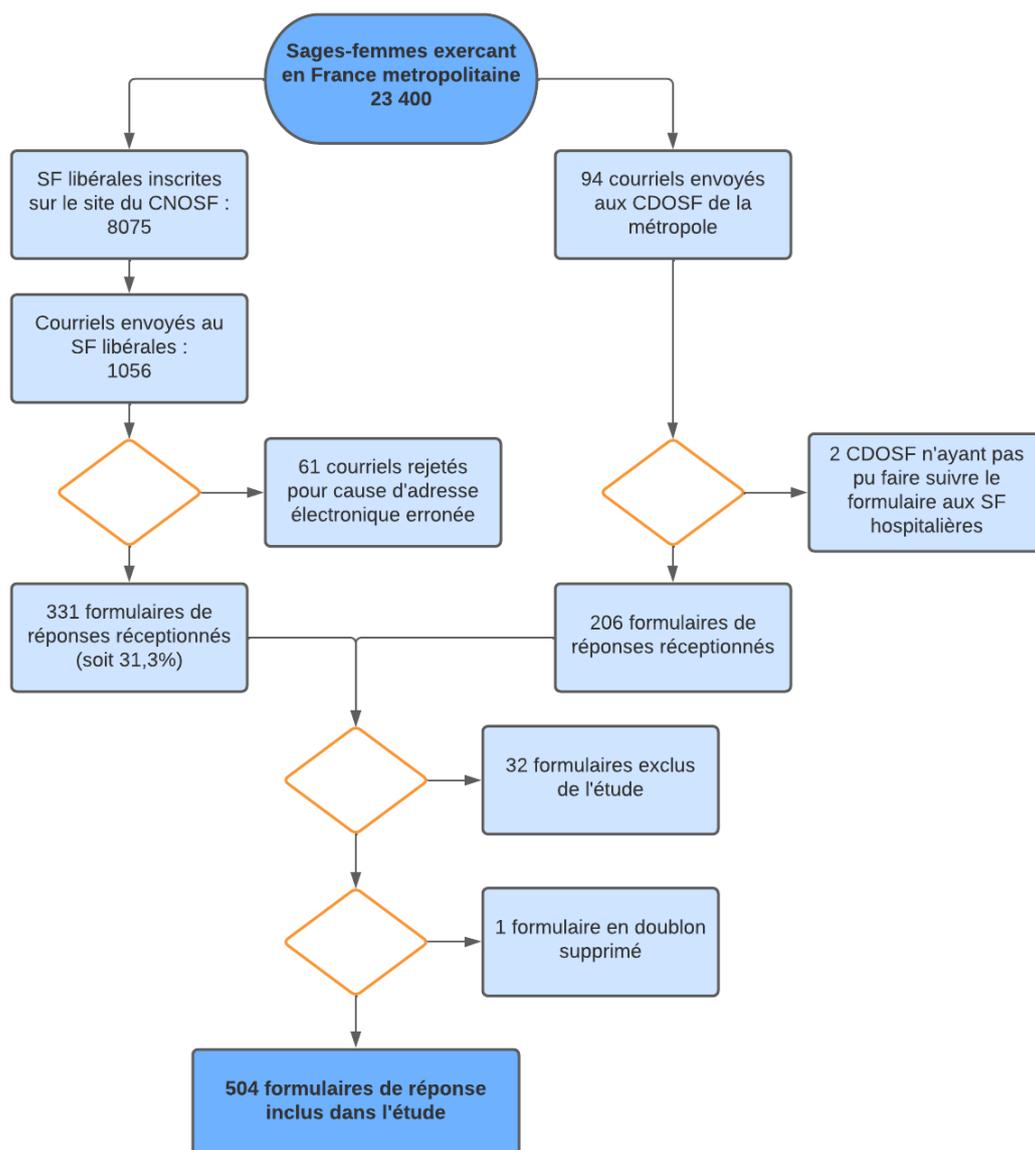


Figure 2 : Diagramme de flux de la population étudiée

3.1.2 Données démographiques

3.1.2.1 Âge de la population d'étude

Parmi les sages-femmes incluses, celles ayant entre 31 et 40 ans sont celles qui ont majoritairement répondu au questionnaire, représentant 34% des réponses obtenues (n=169). La classe d'âge la plus jeune (20-30 ans) se place juste derrière et

représente 27% des réponses obtenues (n= 137). Ensuite on retrouve les sages-femmes ayant entre 41 et 50 ans, représentant 15% des réponses obtenues (n=113). Les sages-femmes ayant plus de 50 ans ne représentent que 17% des réponses obtenues (n=85). La moyenne d'âge des sages-femmes interrogées est de 38,7 ans.

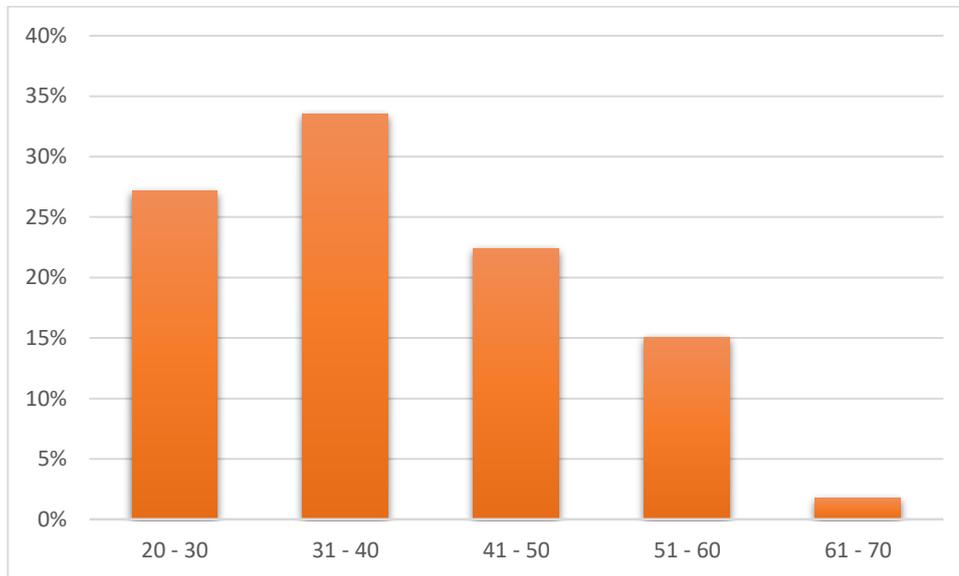


Figure 3 : Histogramme de la répartition des sages-femmes interrogées par tranche d'âge.

3.1.2.2 Exercice des sages-femmes sondées

Les sages-femmes sondées lors de cette étude présentaient différents modes d'exercice. La majorité des réponses obtenues proviennent des sages-femmes ayant un exercice libéral (65,7% ; n = 331). Le pourcentage de réponses recueillies auprès de sages-femmes hospitalières est de 22,6% (n = 114) et de 9,5% pour les sages-femmes ayant un mode d'exercice mixte (libéral et hospitalier) (n = 48). Le mode d'exercice « autre » comprend les sages-femmes exerçant en PMI, en maison de naissance ou au planning familial. Il représente 2.2% des réponses obtenues (n = 11).

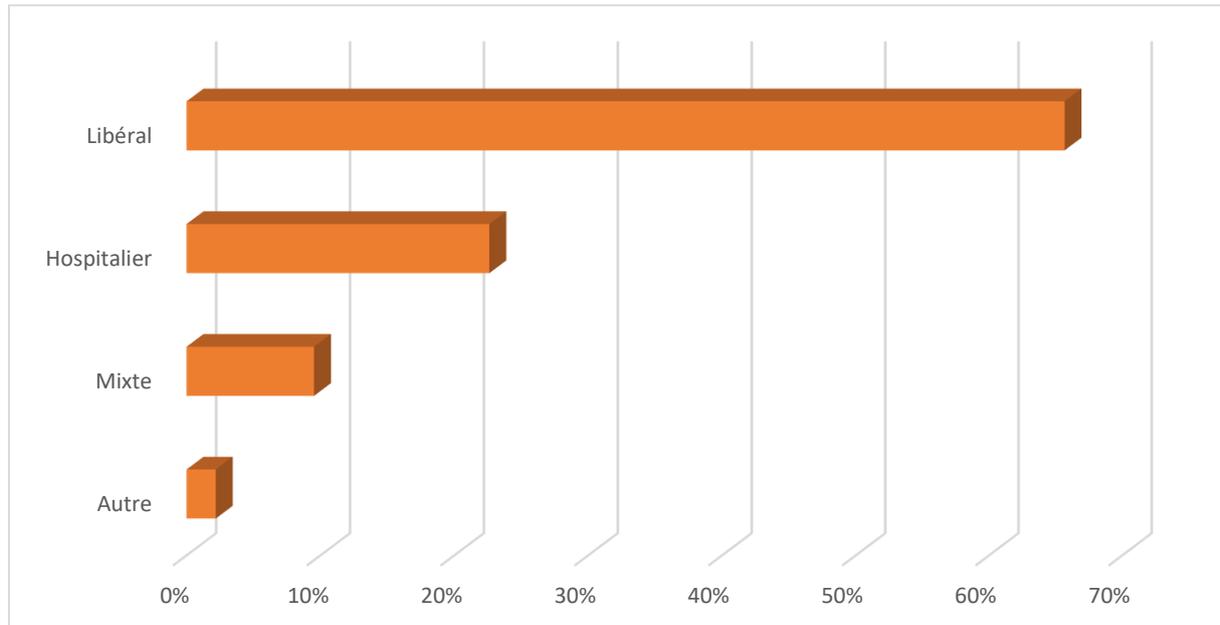


Figure 4 : Diagramme en barre de la répartition des sages-femmes par mode d'exercice.

En termes d'activités, la population d'étude réalise des consultations de suivi variées. Les consultations de suivi gynécologique représentent l'activité principale chez 23,6% des sages-femmes libérales ($n = 78$) et la majorité d'entre elles, soit 61,3% ($n = 203$) estiment que ces consultations représentent entre 20 et 50% de leur activité. En comparaison, la majorité des sages-femmes hospitalières, soit 64,9% ($n = 74$) n'en effectue jamais.

Les consultations de suivi obstétrical représentent quant à elles entre 20 et 50% des activités chez 35,1% des sages-femmes hospitalières, 64,6% des sages-femmes avec un mode d'exercice mixte et 72,5% des sages-femmes libérales.

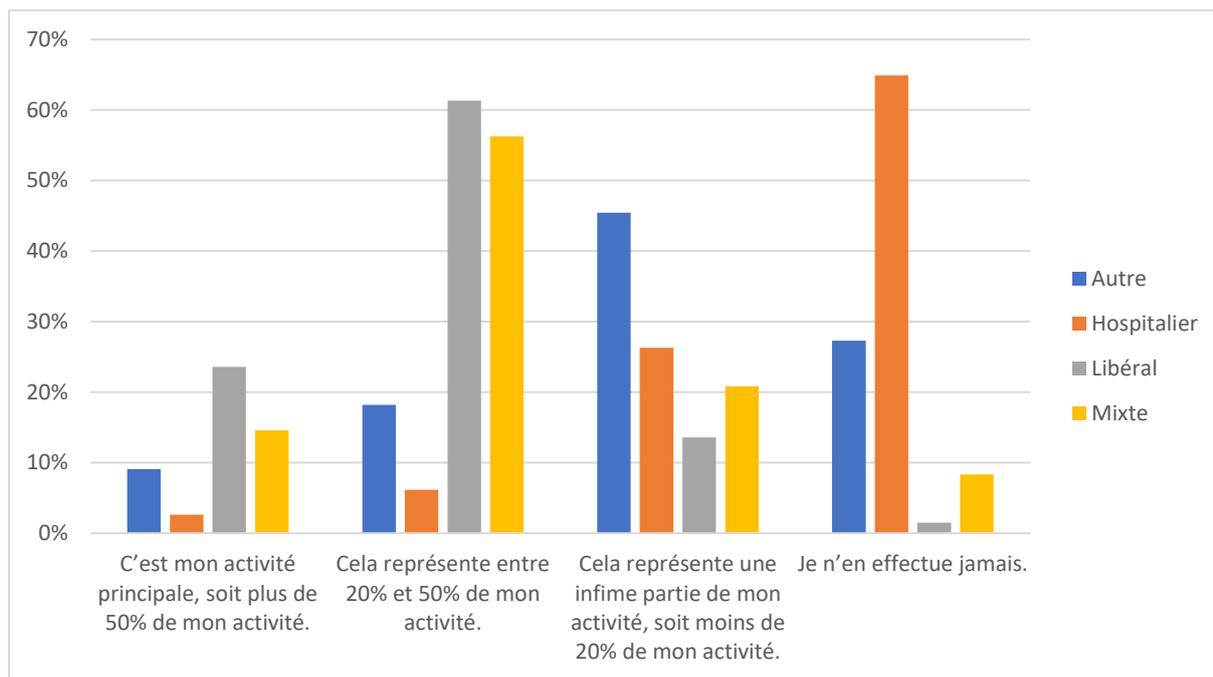


Figure 5 : Histogramme du taux de consultations de suivi gynécologique en fonction du mode d'exercice des sages-femmes sondées.

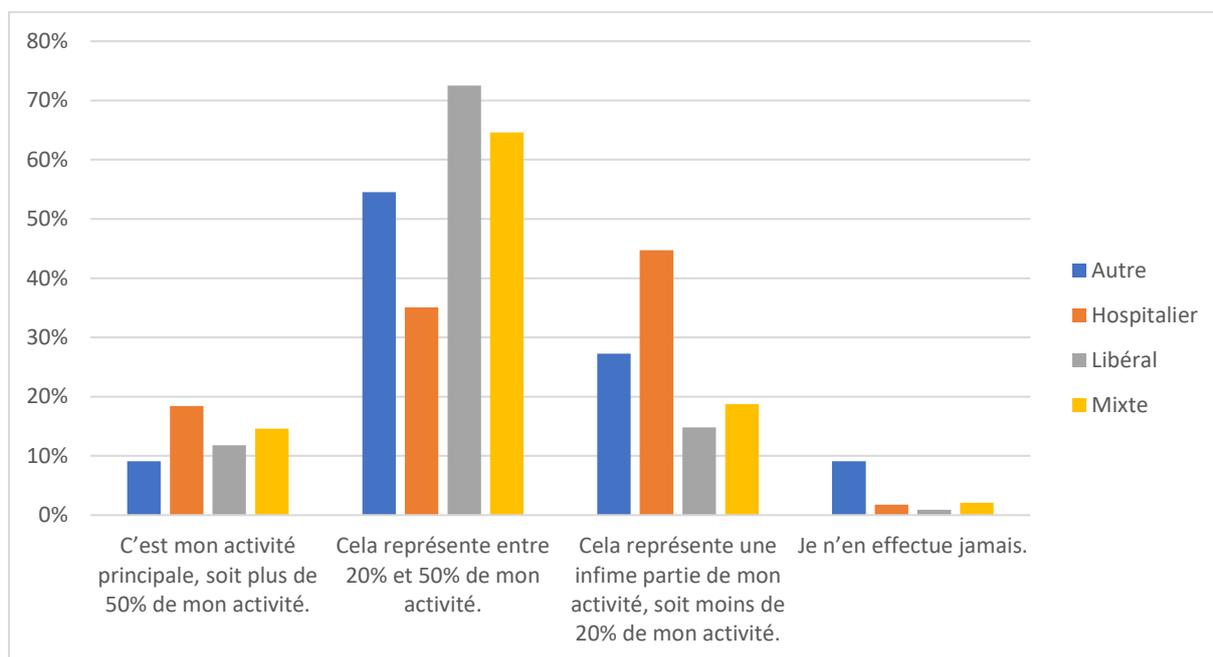


Figure 6 : Histogramme du taux de consultations de suivi obstétrical en fonction du mode d'exercice des sages-femmes sondées.

3.1.2.3 Année d'obtention du diplôme

Les sages-femmes avec le taux de réponse le plus important sont celles ayant obtenu leur diplôme au cours des dix dernières années, elles représentent 41,3% des sages-femmes interrogées (n = 208). L'année médiane d'obtention du diplôme chez les sages-femmes de notre étude est 2008. On note que le taux de réponses décroît avec l'augmentation du nombre d'années de diplôme. Le tableau ci-dessous énonce les résultats obtenus :

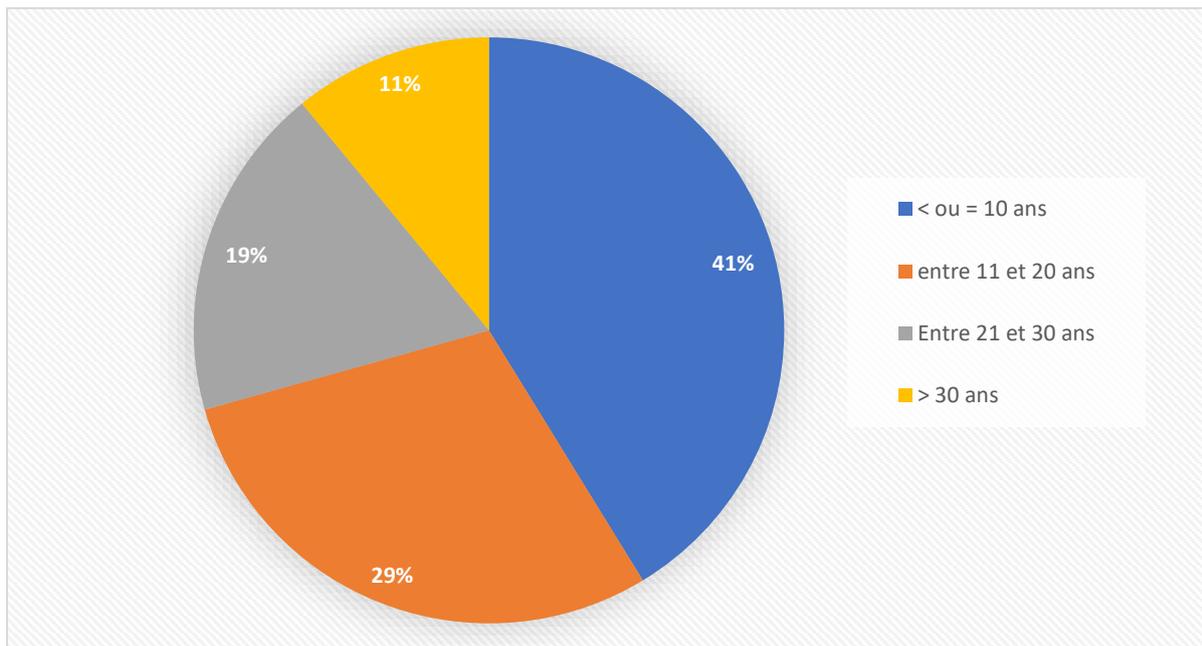


Figure 7 : Graphique en secteur de la répartition des sages-femmes interrogées par années depuis l'obtention du diplôme.

3.1.2.4 Département d'exercice

Les sages-femmes parisiennes représentent le taux de réponse le plus élevé, et de loin, avec 17,1% des réponses obtenues (n = 86). Juste derrière on retrouve les sages-femmes des départements de l'Hérault et du Bas-Rhin représentant chacun 7%. Les départements de l'Aude, la Charente, la Seine-Maritime et les Hauts-de-Seine représentent chacun entre 2 et 3% des réponses. Enfin, tous les autres départements

représentent moins de 2% des réponses chacun, hormis les Alpes-Maritimes, la Marne et le Morbihan pour lesquels on ne retrouve aucune réponse.

3.2 Pratiques de dépistage

3.2.1 Facteurs de risque

La grande majorité des sages-femmes interrogées recherchent les facteurs de risques du cancer du sein lors des consultations de suivi gynécologique (86,7% ; n = 437). 75,8% (n = 382) d'entre-elles les recherchent également lors des consultations de suivi obstétrical. Seulement 7,7% (n = 39) des sages-femmes interrogées déclarent ne jamais rechercher les facteurs de risque au cours des consultations de suivi gynécologique et obstétrical.

3.2.2 Palpation mammaire

Lors des consultations de suivi gynécologique, 41,9% (n = 177) des sages-femmes interrogées pratiquant ce type de consultation, effectuent une palpation mammaire une fois par an ou plus en fonction des FDR. Alors que 37,2% d'entre-elles effectuent cette palpation une fois par an, de manière systématique (n = 157). La majorité de ces sages-femmes, soit 71% d'entre-elles, effectuent également une palpation en cas de signes d'appel (n = 301). Enfin, seulement 6,9% d'entre-elles effectuent une palpation à chaque consultation de suivi, en systématique (n = 29).

Lors des consultations de suivi obstétrical, les raisons amenant les sages-femmes sondées à effectuer une palpation mammaire varient en fonction des trimestres de grossesse. Au premier trimestre, 38,9% d'entre-elles effectuent une palpation lors de la première consultation de manière systématique (n = 188), 24,6% d'entre-elles l'effectuent lors de la première consultation si la patiente n'a pas de suivi gynécologique régulier (n = 119), et 19,1% d'entre-elles l'effectuent à la première consultation seulement chez les patientes avec FDR (n = 46). Enfin, on retrouve 19,1% des sages-femmes qui effectuent une palpation seulement sur signes d'appel.

Au deuxième et troisième trimestre de grossesse, la plus grosse proportion des sages-femmes qui effectuent des consultations de suivi obstétrical, effectuent une

palpation seulement en cas de signes d'appel, soit respectivement 49% (n = 238) et 51,5% (n = 250).

De manière générale, 63,6% des sages-femmes effectuant des consultations de suivi obstétrical effectuent au moins une palpation mammaire au cours de la grossesse. Le tableau suivant met en perspective la pratique de la palpation mammaire lors des consultations de suivi gynécologique par les sages-femmes pratiquant ce type de consultations et les potentielles formations complémentaires effectuées.

Palpation mammaire lors des consultations gynécologiques	Formation complémentaire				Valeur de p
	Non		Oui		
	Nombre (n)	Pourcentage	Nombre (n)	Pourcentage	
<i>Recommandations</i>	220	89,1%	159	90,9%	p = 0,54
<i>Hors recommandations</i>	27	10,9%	16	9,1%	
Total général	247	100,0%	175	100,0%	

Tableau 1 : Palpation mammaire lors du suivi **gynécologique** et formation complémentaire.

Le tableau suivant met en perspective la pratique de la palpation mammaire lors des consultations de suivi obstétrical par les sages-femmes pratiquant ce type de consultations et les potentielles formations complémentaires effectuées.

Palpation mammaire lors des consultations obstétricales	Formation complémentaire				Valeur de p
	Non		Oui		
	Nombre (n)	Pourcentage	Nombre (n)	Pourcentage	
<i>Recommandations</i>	181	59,5%	126	70,4%	p = 0,017
<i>Hors recommandations</i>	123	40,5%	53	29,6%	
Total général	304	100,0%	179	100,0%	

Tableau 2 : Palpation mammaire lors du suivi **obstétrical** et formation complémentaire.

3.2.3 Auto-examen des seins

La grande majorité des sages-femmes sondées, soit 89,7% (n = 452), abordent l'AES dans le cadre du dépistage du cancer du sein.

Chez les sages-femmes qui abordent l'AES, la plupart l'abordent sous forme « d'informations et d'explications », quelques-unes d'entre-elles utilisent une infographie « know your lemons » ou « connais tes citrons » [Annexe VI] et d'autres effectuent une « démonstration lors de la palpation mammaire » de contrôle.

Chez celles qui n'abordent pas l'AES, les raisons les plus énoncées sont le « manque de temps » (21,2% ; n = 11), le fait que ce ne soit pas recommandé (11,5% ; n = 6) et l'aspect « anxiogène » pour les patientes (7,6% ; n = 4).

3.2.4 Dépistage organisé

Le dépistage organisé mis en place chez les femmes après 50 ans, est évoqué par la grande majorité des sages-femmes interrogées effectuant des consultations de suivi gynécologique, soit 96,4% d'entre-elles (n = 398).

3.2.5 Orientation des patientes

L'orientation des patientes vers un spécialiste par les sages-femmes interrogées varie beaucoup. Le taux le plus important d'entre-elles, soit 72,2% (n = 364), redirige les patientes vers un spécialiste en cas d'examen complémentaire retrouvé suspect ou pathologique. 60,9% des sages-femmes interrogées (n = 307) redirige les patientes vers un spécialiste en cas d'ATCD personnel de cancer du sein chez la patiente et 47% d'entre-elles le font en cas de score d'Eisinger ≥ 3 .

Concernant les examens complémentaires potentiels, seulement 5% des sages-femmes sondées (n = 25) redirigent les patientes avant toute prescription d'examen complémentaires, 6,2% (n = 31) les redirigent avant la prescription d'une mammographie et 7,5% (n = 38) les redirigent avant la prescription d'une échographie si celle-ci leur semble nécessaire.

3.3 Connaissances théoriques et formation

3.3.1 Auto-évaluation

Lors de notre étude, nous avons demandé aux sages-femmes interrogées de s'auto-évaluer concernant leurs connaissances théoriques sur le dépistage du cancer du sein. La majorité d'entre-elles, soit 54,8% (n = 276) ont déclaré avoir des connaissances « excellentes ou suffisantes ». Le reste des sages-femmes, soit 45,2% (n = 228), ont déclaré avoir des connaissances « moyennes, insuffisantes ou inexistantes » à ce sujet.

3.3.2 Formation complémentaire

Chez les sages-femmes sondées, un taux de 36,5% (n = 184) ont effectué une formation complémentaire sur le cancer du sein.

Le tableau ci-dessous, présente l'auto-évaluation selon l'existence d'une formation continue :

Auto-évaluation des connaissances sur le dépistage	Formation complémentaire				Valeur de p
	Non		Oui		
	Nombre (n)	Pourcentage	Nombre (n)	Pourcentage	
<i>Inexistantes, insuffisantes ou moyennes</i>	173	57,1%	55	29,9%	p < 0.001
<i>Suffisantes ou excellentes</i>	147	45,9%	129	70,1%	
Total général	320	100,0%	184	100,0%	

Tableau 3 : Auto-évaluation des connaissances et formation complémentaire.

3.3.3 Association de l'auto-évaluation à l'année de diplôme

Le tableau suivant présente la répartition des réponses à l'auto-évaluation sur les connaissances des sages-femmes ayant effectué une formation complémentaire, en fonction de l'année de diplôme :

Auto-évaluation des connaissances sur le dépistage	Année de diplôme				Valeur de p
	Jusqu'à 2009 inclus		Après 2009		
	Nombre (n)	Pourcentage	Nombre (n)	Pourcentage	
<i>Inexistantes, insuffisantes ou moyennes</i>	126	45,5%	102	44,9%	p = 0,90
<i>Suffisantes ou excellentes</i>	151	54,5%	125	55,1%	
Total général	277	100,0%	227	100,0%	

Tableau 4 Connaissances sur le dépistage en fonction de l'année de diplôme.

3.4 Difficultés rencontrées et améliorations à apporter selon les sages-femmes interrogées

3.4.1 Difficultés évoquées

Seulement 17,5% des sages-femmes interrogées ne rencontrent aucune difficulté dans le cadre du dépistage du cancer du sein.

La première difficulté retrouvée dans notre étude, soit 52,8% des réponses (n = 266), est le manque de support destiné à guider les sages-femmes dans leur pratique du dépistage. La deuxième difficulté retrouvée, soit 42,1% des réponses (n = 212), est que la formation initiale au sujet du dépistage semble insuffisante aux yeux des sages-femmes interrogées.

Ensuite, on retrouve le manque de réseau de praticien et le manque de connaissance de celui-ci, représentant respectivement 21,2% (n = 107) et 37,1% (n = 187). Enfin, 15,2% (n = 77) des sages-femmes sondées éprouvent des difficultés d'accès à des formations complémentaires.

3.4.2 Améliorations proposées

Seulement 2,4% (n = 12) des sages-femmes de notre étude pensent qu'aucune amélioration n'est à apporter dans le cadre du dépistage du cancer du sein par les sages-femmes.

Le support destiné à guider les sages-femmes dans leur pratique du dépistage est l'amélioration la plus demandée par la population d'étude, avec une demande de 74,4% des sages-femmes interrogées (n = 375). La majorité des sages-femmes interrogées, soit 69% (n = 348) souhaiterait également être informées en cas de parution de nouvelles recommandations sur le sujet. Et 65,3% (n = 329) d'entre-elles souhaiteraient également l'existence d'une formation sur le sujet dédiée aux sages-femmes. Moins de la moitié de la population étudiée, soit 49,6% (n = 250), souhaiterait une modification de la formation initiale, afin de la rendre plus exhaustive sur le sujet.

4 Discussion

4.1 Principaux résultats

4.1.1 Population étudiée

Pour commencer, il est important de savoir si la population sondée est représentative de la population générale des sages-femmes.

En France, en 2021, 34% des sages-femmes exerçant étaient des sages-femmes libérales et 59% étaient des sages-femmes hospitalières [37]. Or dans notre étude, la proportion de sages-femmes hospitalières est de 22,6% contre 65,7% de sages-femmes libérales. La répartition des sages-femmes en fonction de leur mode d'exercice est donc différente dans notre étude de la population générale des sages-femmes françaises. Cette différence, et notamment le faible taux de réponse obtenu de la part des sages-femmes hospitalières, pourrait s'expliquer par l'intérêt porté à notre sujet d'étude par les participants. En effet, comme nous le montrent nos résultats [Figure 5], la plupart des sages-femmes hospitalières n'effectue jamais de consultations gynécologiques. Or celles-ci se sont peut-être moins senties concernées par notre sujet d'étude que les sages-femmes libérales, pour lesquelles c'est une problématique quotidienne.

L'âge moyen de notre population d'étude est de 38,7 ans, or dans la population générale, il est de 41 ans [38]. Notre population d'étude est donc plus jeune que la population générale des sages-femmes.

Enfin, la proportion la plus importante de sages-femmes ayant participé à l'étude, soit 17% d'entre-elles, exercent à Paris. Or, dans la population générale, les sages-femmes exerçant à Paris représentaient moins de 5% des sages-femmes françaises en 2017 [38].

Notre population d'étude n'est donc pas tout à fait représentative de la population générale des sages-femmes françaises en termes d'âge, de mode d'exercice et de département d'exercice. Cependant, la participation à l'étude étant sur la base du volontariat, les sages-femmes ayant participé sont celles que le sujet intéresse, ce qui n'est pas forcément le cas de l'entièreté de la population générale des sages-femmes. Ceci pourrait donc expliquer les différences retrouvées entre ces deux populations et ce manque de représentativité.

4.1.2 Etats des lieux des pratiques

4.1.2.1 Facteurs de risque

En France, lors du suivi gynécologique d'une patiente, l'HAS recommande dans le cadre du dépistage du cancer du sein, la classification des patientes par niveau de risque, grâce à la recherche des FDR [5]. Dans notre population d'étude, la grande majorité (86,7%) des sages-femmes recherchent les FDR lors des consultations de suivi gynécologique et donc suivent les recommandations nationales de l'HAS datant de 2014. Ces résultats valident partiellement la troisième hypothèse de notre étude, qui est que les sages-femmes pratiquent le dépistage du cancer du sein en accord avec les recommandations en vigueur.

4.1.2.2 Dépistage individuel

L'HAS préconise également, dès l'âge de 25 ans, d'effectuer une palpation mammaire annuelle chez les patientes sans FDR particuliers [9]. Dans notre population d'étude, la grande majorité (89,8%) des sages-femmes effectuent au minimum une palpation mammaire par an et suivent donc les recommandations en vigueur.

Cependant, l'HAS recommande d'effectuer une palpation au cours de la grossesse dans le cadre du dépistage individuel. Dans notre population d'étude, plus de la moitié (63,6% ; n = 307) des sages-femmes effectuent une palpation de contrôle pendant la grossesse hors signe d'appel.

On en conclut que dans notre population d'étude les sages-femmes suivent d'avantage les recommandations HAS sur le dépistage individuel lors de consultations

de suivi gynécologique que lors des consultations de suivi obstétrical. Ces résultats valident en partie la troisième hypothèse de notre étude, qui est que les sages-femmes pratiquent le dépistage du cancer du sein en accord avec les recommandations en vigueur. En effet, cette hypothèse ne serait partiellement validée que dans le cadre du suivi gynécologique et non du suivi obstétrical.

Dans notre étude, 36,5% (n = 184) des sages-femmes sondées ont effectué une formation complémentaire.

Dans le cadre du suivi gynécologique d'une patiente, les taux de palpations mammaires effectuées selon les recommandations en vigueur ne montraient pas de différence significative (p-value = 0,54) entre les sages-femmes qui effectuent ce type de suivi, ayant assisté à une formation complémentaire et celles d'entre-elles qui n'y ont pas assisté [Tableau 1].

Cependant, dans le cadre du suivi obstétrical d'une patiente, les taux de palpations mammaires effectuées selon les recommandations en vigueur montraient une différence significative avec une p-value < 0,02, entre les sages-femmes qui effectuent ce type de suivi, ayant assisté à une formation complémentaire et celles qui n'y ont pas assisté. Notre étude montre donc que les sages-femmes effectuant des consultations de suivi obstétrical en ayant assisté à une formation complémentaire respecteraient d'avantage les recommandations en vigueur dans leur pratique du dépistage du cancer du sein [Tableau 2]. Ces résultats viennent nuancer notre troisième hypothèse.

4.1.2.3 Dépistage organisé

Concernant le dépistage organisé recommandé par l'HAS dès l'âge de 50 ans, c'est presque à l'unanimité (96,4%) que les sages-femmes interrogées l'abordent au cours du suivi gynécologique des patientes.

4.1.2.4 Orientation des patientes

Dans cette étude, nous avons abordé l'orientation des patientes par les sages-femmes afin de comprendre à quel moment elles décident de passer le relais à un

spécialiste. Les sages-femmes ont un droit de prescription concernant les examens complémentaires nécessaire au dépistage des pathologies gynécologiques et sont tenues de passer le relais à un spécialiste en cas d'examen complémentaire suspect ou pathologique.

Les recommandations HAS préconisent la consultation chez un onco-généticien en cas de score d'Eisinger ≥ 3 , et une orientation des patientes vers un gynécologue en cas d'examen complémentaire suspect ou pathologique [5].

Dans notre population d'étude, 72,2% (n = 364) des sages-femmes orientent les patientes vers un spécialiste après réalisation des examens complémentaires, en cas de résultats suspect ou pathologique. Le reste de notre population orientant les patientes vers un spécialiste en cas d'ATCD à risque, d'examen clinique suspect avant toute prescription d'examen complémentaire ou avant résultats des examens complémentaires prescrits. Cependant, seulement 47% d'entre-elles orientent les patientes vers un onco-généticien en cas de score d'Eisinger ≥ 3 . On peut donc en déduire que la majorité de notre population d'étude suit les recommandations en termes d'orientation des patientes vers un gynécologue dans le cas d'un examen clinique suspect. Cependant, moins de la moitié des sages-femmes sondées orientent les patientes vers un onco-généticien en s'appuyant sur le test d'Eisinger.

Ces résultats ne nous permettent donc pas de valider entièrement la troisième hypothèse de notre étude, qui est que les sages-femmes pratiquent le dépistage du cancer du sein en accord avec les recommandations en vigueur.

Les lacunes observées peuvent s'expliquer par un manque de recommandations sur le dépistage du cancer du sein spécifiquement établies pour la pratique des sages-femmes. Dans la question ouverte concluant le questionnaire de notre étude, plusieurs suggestions de sages-femmes interrogées déplorent le manque d'informations claires et ciblées destinées aux sages-femmes concernant leur pratique du dépistage du cancer du sein.

4.1.3 Auto-évaluation des connaissances

Dans notre étude, nous avons cherché à savoir comment les sages-femmes interrogées s'auto-évaluaient concernant leurs connaissances théoriques sur le

dépistage du cancer du sein. Les résultats montrent qu'il y a presque autant de sages-femmes évaluant leurs connaissances comme « excellentes ou suffisantes » (54,8% ; n = 276) que celles les évaluant comme « moyennes, insuffisantes ou inexistantes » (45,2% ; n = 228).

Cependant parmi les sages-femmes interrogées dans notre étude, 36,5% (n = 184) ont effectué une formation complémentaire ciblée sur le dépistage du cancer du sein. Ces sages-femmes se sont mieux évaluées que celles n'en ayant pas effectué. En effet, leur taux de réponses montrait une différence significative avec une p-value < 0.001 entre les sages-femmes ayant effectué une formation complémentaire et celles qui n'en ont pas effectué [Tableau 3].

Dans notre étude, le taux de sages-femmes sondées diplômées avant la promulgation de la loi HPST (55% ; n = 277), attribuant aux sages-femmes des compétences en gynécologie de prévention et de dépistage, était presque équivalent à celui de sages-femmes diplômées après promulgation de cette loi (45% ; n = 227).

Nous avons donc comparé l'auto-évaluation des connaissances par les sages-femmes, de notre étude, diplômées jusqu'en 2009 avec celle des sages-femmes diplômées après 2009. La répartition est très semblable, nous n'avons donc pas trouvé de différence significative (p-value = 0,90) [Tableau 4].

Nous pouvons donc en conclure que malgré le changement de la formation initiale qui a suivi la promulgation de la loi HPST en juillet 2009, l'auto-évaluation des connaissances ne varie pas en fonction de l'année de diplôme et donc de la formation initiale. Cependant, comme expliqué précédemment, elle varie en fonction de la formation continue des sages-femmes, où une association a pu être faite entre une meilleure auto-évaluation des connaissances et la formation continue des sages-femmes interrogées.

Notre étude montre donc un ressenti mitigé chez les sages-femmes interrogées quant à leurs connaissances du dépistage du cancer du sein. Notre première hypothèse ne peut donc pas être validée.

4.1.4 Difficultés rencontrées et améliorations à apporter

La majorité des sages-femmes interrogées déclarent rencontrer des difficultés dans leur pratique du dépistage, notamment le manque de supports ou de recommandations destinés aux sages-femmes. La première hypothèse ne peut donc pas être validée. En effet, les recommandations nationales INCa ou HAS concernant le dépistage du cancer du sein intègrent les sages-femmes dans les professionnels en charge du dépistage. Cependant, ces recommandations ne sont pas spécifiques aux sages-femmes et ne spécifient pas les conditions d'orientation des patientes vers les spécialistes par exemple.

Ces difficultés quant à la place de la sage-femme dans la prévention et le dépistage ne sont pas récentes. Un communiqué de presse du 11 avril 2017, disponible sur le site du CNOSF, aborde le plan d'action pour la rénovation du dépistage organisé du cancer du sein [39]. Ce communiqué déplorait déjà le fait que les sages-femmes soient omises des professionnels de santé pouvant effectuer une consultation dédiée à la prévention et au dépistage dès l'âge de 25 ans.

Une autre difficulté retrouvée par presque la moitié des sages-femmes sondées, est que la formation initiale au sujet du dépistage semble insuffisante aux yeux des sages-femmes interrogées. Ainsi, presque la moitié de la population étudiée souhaiterait une amélioration de la formation initiale concernant le dépistage du cancer du sein. Notre seconde hypothèse peut donc être en partie validée.

Les sages-femmes sondées sont majoritairement d'accord pour la création de recommandations spécifiques à leur pratique du dépistage du cancer du sein, ou d'un guide pratique spécifique aux sages-femmes. Des guides destinés aux patientes existent déjà et pourraient être adaptés et détaillés pour les sages-femmes [Annexe VII].

4.2 Forces, limites et biais de l'étude

4.2.1 Force de l'étude

La force principale de cette étude est qu'elle aborde un sujet d'actualité et surtout qui semble fortement intéresser les sages-femmes françaises. En effet, dans la

dernière question ouverte, ainsi qu'en retour par mail, beaucoup de sages-femmes ont abordé le fait qu'il s'agissait d'un sujet peu évoqué et pourtant très important pour elles. Le nombre de formulaires de réponse est également important, ce qui semble confirmer l'intérêt des sages-femmes pour notre sujet d'étude.

Une autre force de notre étude est qu'elle nous apporte plusieurs axes d'ouverture, sur l'intégration plus importante des sages-femmes dans le dépistage organisé du cancer du sein par exemple. Ainsi que les potentiels supports, type arbres décisionnels ou fiches récapitulatives à mettre en place pour améliorer le quotidien des sages-femmes dans le cadre du cancer du sein.

4.2.2 Limites de l'étude

Plusieurs limites ont été identifiées dans cette étude. La première est la taille de l'échantillon. En effet, la population incluse dans l'étude ne représente que 2,1% des sages-femmes exerçant en France. Les résultats de cette étude ne peuvent donc pas être extrapolés au reste de la population de sages-femmes françaises.

La seconde limite identifiée est le contenu du questionnaire, dans la forme de certaines questions et le manque de certaines informations. En effet, une critique peut être effectuée concernant le nombre important de questions ouvertes. Ceci implique une analyse plus difficile à effectuer et des résultats moins pertinents. Notamment dans le cas des questions concernant les prescriptions d'examens complémentaires, où le nombre de réponses personnelles était très important et donc difficilement analysable. L'accumulation de questions ouvertes rend donc difficile l'étude des données à cette échelle.

Parmi les questions abordant la pratique de la palpation mammaire, le choix de poser des questions spécifiques à chaque trimestre de grossesse a rendu l'analyse plus compliquée et n'était pas forcément nécessaire au vu des recommandations HAS en vigueur. En effet, celles-ci évoquent une palpation de contrôle au cours de toute la grossesse et non par trimestre.

Une autre question, n'a pas été aussi pertinente que souhaité lors de la création du questionnaire. En effet, la question concernant l'interprétation d'une mammographie n'a pas été comprise par toutes sages-femmes interrogées. Elles l'ont

exprimé dans la dernière question ouverte, interrogeant sur de potentielles suggestions. Avec du recul, cette question aurait pu être mieux formulée. Elle avait pour but de savoir si les sages-femmes se sentaient à l'aise lors de la lecture d'un compte-rendu de mammographie. Or certaines sages-femmes ont compris qu'il était question de l'interprétation des clichés effectués au cours de la mammographie en eux-mêmes et non du compte rendu.

Il aurait été également pertinent de rechercher d'avantage d'informations générales sur la population étudiée, tel que le sexe des personnes interrogées par exemple.

Une critique quant à la composition du questionnaire peut être faite également. En effet, il aurait pu être intéressant de réduire le nombre de questions concernant la pratique du dépistage afin d'augmenter celles abordant les difficultés rencontrées par les sages-femmes. Cela nous aurait permis une étude plus approfondie des améliorations nécessaires à la bonne pratique du dépistage par les sages-femmes.

4.2.3 Biais de l'étude

Dans notre étude, trois principaux biais ont été identifiés. Le premier des biais identifiés est le biais de déclaration. Ce biais correspond au phénomène selon lequel les personnes interrogées dans le cadre d'une étude peuvent déformer la réalité ou mentir dans leurs réponses au questionnaire, de manière consciente ou inconsciente.

Le second biais est le biais de sélection qui provient de la façon dont les sujets ont été inclus dans l'étude. En effet, les sages-femmes incluses sont celles ayant volontairement répondu au questionnaire. On peut supposer qu'elles étaient plus intéressées par le sujet de l'étude que la population générale des sages-femmes métropolitaines et donc mieux informées sur le sujet.

Le troisième et dernier biais est le biais de désirabilité sociale. Les individus interrogés ont tendance à vouloir répondre au questionnaire de la meilleure façon possible et cherche à répondre par les réponses « attendues ». Le format QCM contribue à cet effet. Cependant, il nous aurait été difficile d'interroger les sages-femmes sur leur pratique à si grande échelle avec des questions à réponse libre.

4.3 Perspectives et implications

Notre étude a donc mis en lumière les difficultés rencontrées par les sages-femmes dans le cadre du dépistage du cancer du sein. Parmi les réponses retrouvées deux améliorations principales possibles ont été mises en avant.

En premier lieu, les sages-femmes interrogées seraient intéressées par la parution de nouvelles recommandations sur le dépistage du cancer du sein spécifiques à la pratique des sages-femmes. Il serait, en effet, intéressant de faire paraître des recommandations adaptées à la pratique et aux compétences des sages-femmes. Ce type de recommandations permettrait de répondre aux interrogations et aux doutes que peuvent éprouver les sages-femmes. Ceci, afin de les situer dans les dépistages spécifiques chez les patientes à risque élevé et très élevé de cancer du sein, ainsi que dans l'orientation des patientes vers les spécialistes quand celle-ci est nécessaire.

Ensuite, les sages-femmes sondées seraient intéressées par la création d'un support destiné à la pratique du dépistage du cancer du sein par les sages-femmes. En effet, un manque de support spécifique cherchant à guider les sages-femmes dans leur pratique semble être une importante difficulté pour la population interrogée. Il serait donc peut-être judicieux de travailler dans ce sens. Ce support pourrait prendre la forme d'un arbre décisionnel adapté à la pratique des sages-femmes et à leur champ de compétence. Il faudrait également y préciser les différents réseaux de prise en charge des patientes disponibles dans les différentes régions de France. Un format informatisé en ligne, permettrait une version interactive, plus intuitive, et une mise à jour fréquente des informations disponibles.

Conclusion

Le cancer du sein est une pathologie gynécologique avec une forte incidence et il constitue la première cause de mortalité par cancer chez la femme en France. Le dépistage précoce est la première stratégie pour réduire le taux de mortalité.

Les sages-femmes occupent une place importante dans la gynécologie de prévention. Elles sont donc des acteurs essentiels au dépistage précoce de ce cancer.

Notre étude a ainsi montré que les pratiques des sages-femmes métropolitaines interrogées sont, dans l'ensemble, plutôt en accord avec les recommandations sur le dépistage du cancer du sein en vigueur dans le cadre du suivi gynécologique des patientes.

C'est également un problème de santé publique semblant intéresser particulièrement les sages-femmes à l'heure actuelle. En effet, notre étude a eu un nombre important de formulaires de réponse et beaucoup de sages-femmes ont fait part de leur volonté d'avoir un retour sur les résultats de l'étude. De plus, un nombre important de sages-femmes effectue une formation continue au sujet du dépistage du cancer du sein. Cependant, elle n'a pas montré de différence en termes d'auto-évaluation des connaissances chez les sages-femmes diplômées depuis la modification de la formation initiale. Ceci pourrait expliquer l'intérêt des sages-femmes envers la formation continue.

Malgré l'engouement des sages-femmes pour notre sujet d'étude, elles semblent éprouver des difficultés dans leur pratique quotidienne du dépistage. Notamment, le manque de recommandations sur la pratique du dépistage spécifiques aux sages-femmes, ainsi qu'un manque de support destiné à les guider dans leur pratique des examens de dépistage et dans l'orientation des patientes à risque.

La sage-femme étant un acteur majeur de la gynécologie de prévention depuis la loi HPST de 2009, ne serait-il pas important de créer des supports adaptés à leur pratique du dépistage du cancer du sein et à leur champ de compétence dans le domaine gynécologique ?

Bibliographie

- [1] La Ligue contre le cancer. Brève histoire du cancer du sein [en ligne]. Disponible sur : https://www.ligue-cancer.net/vivre/article/26490_breve-histoire-du-cancer-du-sein (consulté le 10 avril 2022)
- [2] Organisation Mondiale de la Santé. Cancer [en ligne]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer> (consulté le 5 mars 2022)
- [3] Réseau Francim, Service de biostatistique des Hospices civils de Lyon (HCL), Institut de veille sanitaire (InVS), Institut national du cancer (INCa). Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2018 [en ligne]. Disponible sur : <http://www.departement-information-medicale.com/wp-content/uploads/2019/07/synthese-estimations-nationales-incidence-mortalite-cancer-france-1990-2018.pdf> (consulté le 5 mars 2022)
- [4] Institut National du cancer. Le cancer du sein [en ligne]. 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> (consulté le 5 mars 2022)
- [5] Haute Autorité de Santé. Recommandations de santé publique, Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalité de dépistage [en ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-05/depistage_du_cancer_du_sein_chez_les_femmes_a_haut_risque_synthese_vf.pdf (consulté le 10 avril 2022)
- [6] Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Article 86. *Journal officiel n° du 22 juillet 2009, p.54* Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879795 (consulté le 15 avril 2022)

- [7] Institut National du Cancer. Anatomie du sein [en ligne]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Anatomie-du-sein> (consulté le 9 avril 2022)
- [8] Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS). Anatomie du sein [en ligne]. Disponible sur : <http://www.depistagesein.ca/anatomie-du-sein/#.YkxNfZY6-UI> (consulté le 11 avril 2022)
- [9] HAS. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé : Dépistage et prévention du cancer du sein. [en ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf (consulté le 11 avril 2022)
- [10] Nations Unies. ONU Info Cancer : plus de 19 millions de nouveaux cas et 10 millions de décès en 2020 [en ligne]. Disponible sur : <https://news.un.org/fr/story/2020/12/1084572> (consulté le 11 avril 2022)
- [11] Institut National du Cancer. Panorama des cancers en France, Edition 2021 [en ligne]. Disponible sur : https://www.e-cancer.fr/pdf_inca/preview/303372/4327939/file/Panorama%20des%20cancers%20en%20France_2021.pdf (consulté le 10 avril 2022)
- [12] Institut Curie. Le cancer du sein [en ligne]. Disponible sur : <https://curie.fr/dossier-pedagogique/le-cancer-du-sein> (consulté le 10 avril 2022)
- [13] VIDAL. Recos : Cancer du sein [en ligne]. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/cancer-du-sein-4034.html#prise-en-charge> (consultée le 12 avril 2022)
- [14] Institut national du Cancer. Dictionnaire [en ligne] Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/F/facteur-de-risque> (consulté le 13 avril 2022)
- [15] Cancer et environnement. Cancer du sein [en ligne] <https://www.cancer-environnement.fr/144-cancer-du-sein.ce.aspx> (consulté le 13 avril 2022)
- [16] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Les ennus et maladies gynécologiques [en ligne]. Disponible sur :

- <http://www.cngof.fr/maladies/350-les-cancers-gynecologiques> (consulté le 14 avril 2022)
- [17] Fondation pour la recherche sur le cancer (arc). Cancer : les facteurs de risque [en ligne]. Disponible sur : <https://www.fondation-arc.org/cancer/facteurs-risque-cancer> (consulté le 13 avril 2022)
- [18] B. Lesieur, M. Vercambre, G. Dubernard, K. Khosrotehrani, S. Uzan, S. Aractingi, R. Rouzier. *Risque de cancer du sein lié la grossesse*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2008, volume 37, n°1, p.77-81
- [19] Institut Curie. Cancers du sein : les facteurs de risque héréditaires [en ligne]. Disponibles sur : <https://curie.fr/dossier-pedagogique/cancers-du-sein-les-facteurs-de-risque-hereditaires> (consulté le 10 avril 2022)
- [20] Larousse. Définition prévention [en ligne]. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pr%C3%A9vention/63869> (consulté le 9 avril 2022)
- [21] Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Cancer du sein [en ligne]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer> (consulté le 2 avril 2022)
- [22] Institut National du Cancer. Symptômes [en ligne]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Symptomes> (consulté le 11 avril 2022)
- [23] Société canadienne du cancer. Symptômes du cancer du sein [en ligne]. Disponible sur : <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/breast/signs-and-symptoms> (consulté le 11 avril 2022)
- [24] American Cancer Society. American Cancer Society Recommendations for the Early Detection of Breast Cancer [en ligne]. Disponible sur : <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection/american-cancer-society-recommendations-for-the-early-detection-of-breast-cancer.html> (consulté le 2 avril 2022)
- [25] Institut National du Cancer. Le dépistage du cancer du sein : vous avez moins de 50 ans [en ligne]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Comprendre>

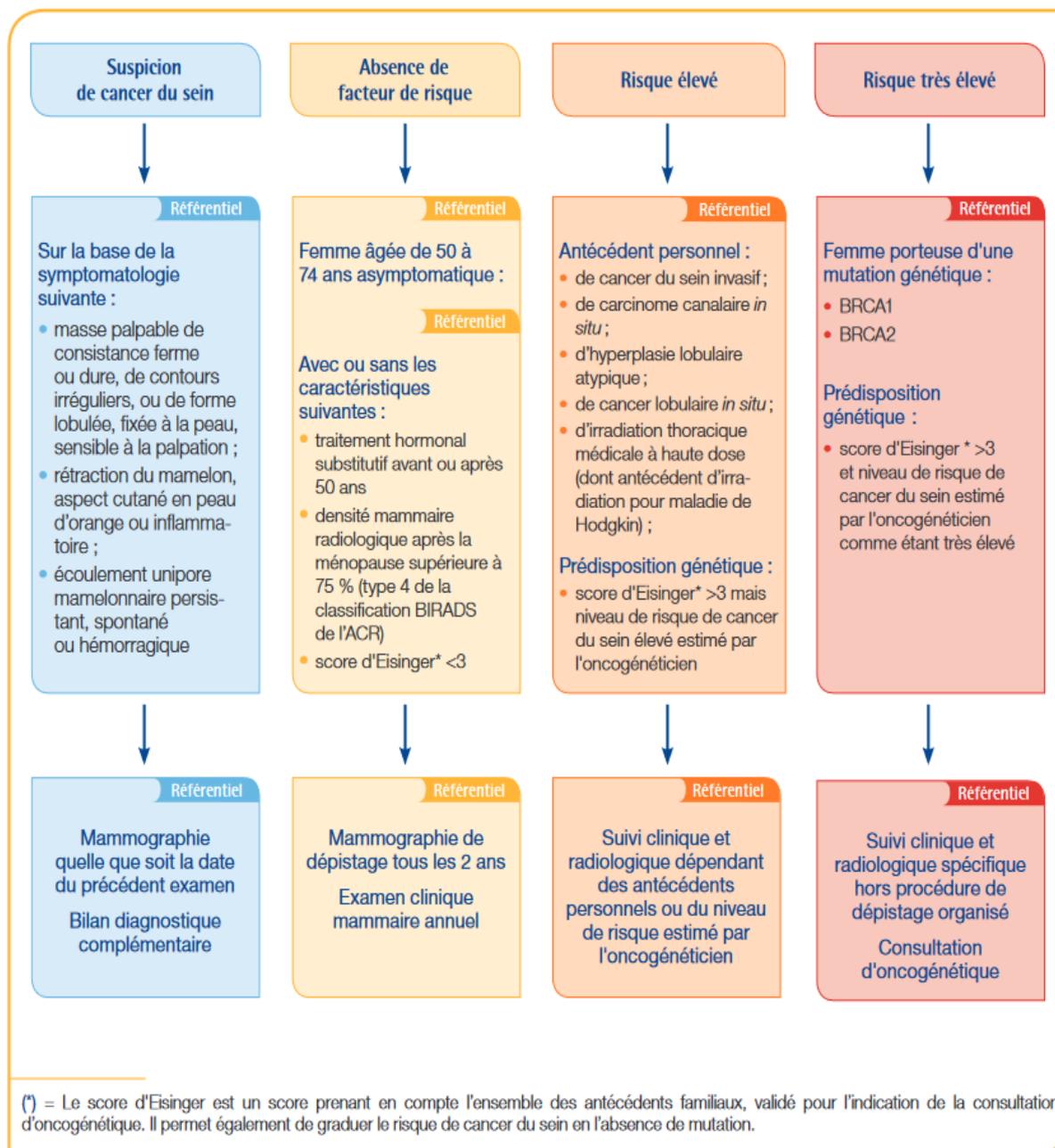
prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein/Vous-avez-moins-de-50-ans (consulté le 9 avril 2022)

- [26] Institut National du Cancer. Le programme de dépistage organisé [en ligne]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise> (consulté le 13 avril 2022)
- [27] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Extrait des mises à jour en gynécologie médicale, Volume 2008, publié le 3 décembre 2008 [en ligne]. Disponible sur : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2008_GM_387_rouzier.pdf (consulté le 2 avril 2022)
- [28] Fondation cancer du sein du Québec. Cancer du sein pendant et après la grossesse [en ligne]. Disponible sur : <https://rubanrose.org/blogue/cancer-du-sein-pendant-et-apres-la-grossesse/> (consulté le 2 avril 2022)
- [29] Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ? [en ligne] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf (consulté le 8 avril 2022)
- [30] Institut National du Cancer du Sein. Echographie mammaire [en ligne]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Diagnostic/Echographie-mammaire> (consulté le 8 avril 2022)
- [31] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Université médicale virtuelle francophone 2010. Item 159 : Tumeurs du sein [en ligne]. Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item159/site/html/cours.pdf> (consulté le 8 avril 2022)
- [32] Institut National du Cancer du Sein. Mammographie [en ligne]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Diagnostic/Mammographie> (consulté le 11 avril 2022)
- [33] Le cancer du sein, parlons-en ! Des gestes seins mais nécessaires pour chacune [en ligne]. Disponible sur : <http://www.cancerdusein.org/le-depistage/lauto-examen-des-seins> (consulté le 17 avril 2022)

- [34] Etude Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12804462/>
- [35] Etude Preventive health care, 2001 update: should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11450279/>
- [36] Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). Suivi gynécologique et contraception [en ligne]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/votre-sage-femme/competences/suivi-gynecologique-et-contraception/> consulté le 16 avril 2022)
- [37] MACSF. Sages-femmes : les chiffres clés de 2021 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.macsf.fr/actualites/chiffres-cles-sages-femmes> consulté le 16 avril 2022)
- [38] Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). Données démographiques de la profession [en ligne]. Disponible sur : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donnees-demographiques-de-la-profession/> (consulté le 11 avril 2002)
- [39] Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). Cancer du sein : les sages-femmes doivent officiellement être associées au dépistage [en ligne]. Disponible sur : <https://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/cancer-du-sein-les-sages-femmes-doivent-officiellement-etre-associees-au-depistage/> (consulté le 11 avril 2002)

Annexes

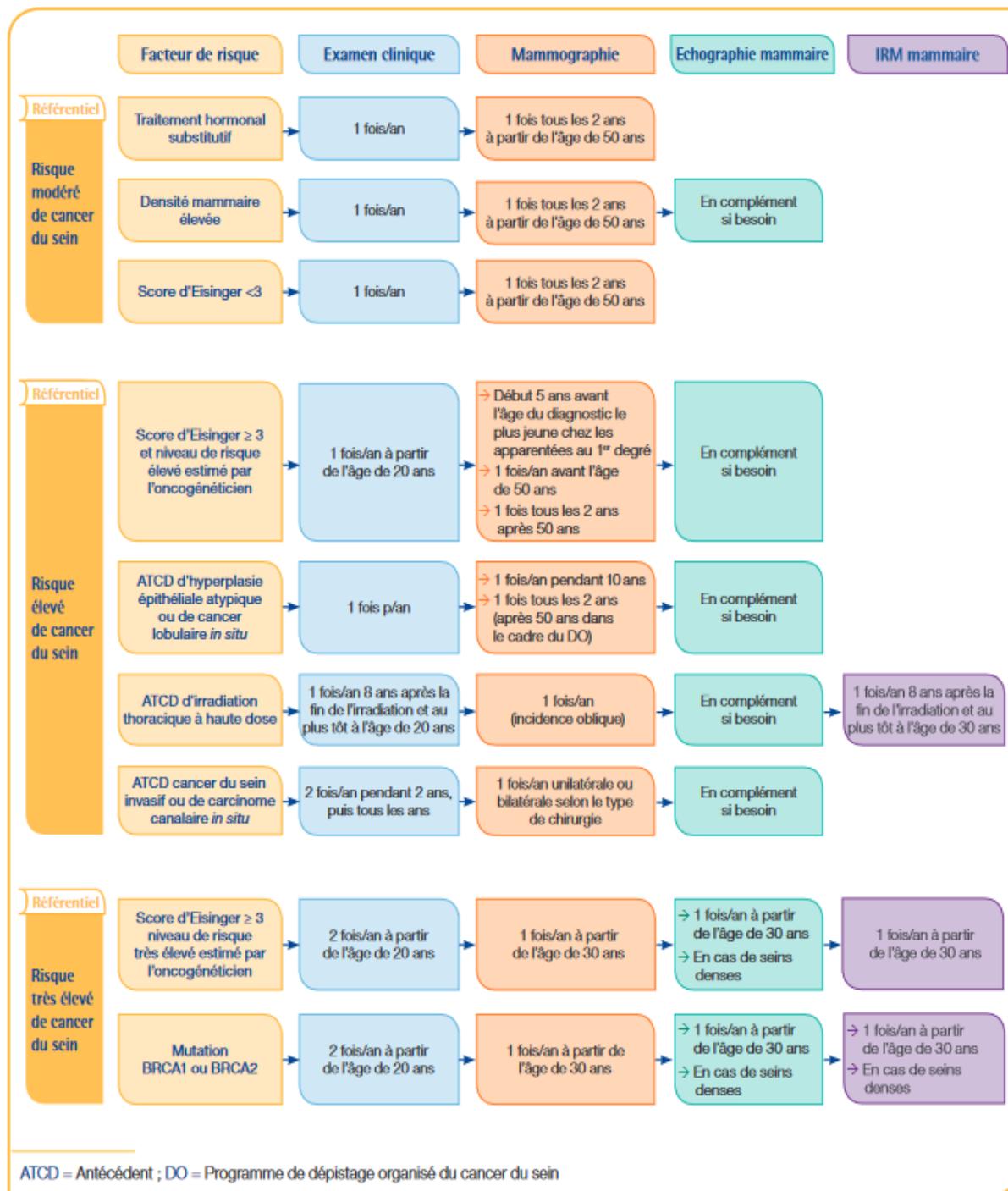
Annexe I : Recommandations HAS : FDR et niveau de risque de cancer du sein



Annexe II : Score d'Eisinger

Score d'Eisinger	
Antécédents familiaux	Cotation
Mutation BRCA 1 ou 2 identifiée	5
Cancer du sein chez une femme < 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	3
<p>Résultats :</p> <p>→ Les cotations doivent être additionnées pour chaque cas de la même branche parentale (paternelle ou maternelle).</p> <p>Interprétation :</p> <p>→ Score = 5 ou plus : excellente indication</p> <p>→ Score = 3 ou 4 : indication possible</p> <p>→ Score = 1 ou 2 : utilité médicale faible</p>	
<p>Source : Eisinger F, Bressac B, Castaigne D, Cottu PH, Lansac J, Lefranc JP, <i>et al.</i> Identification et prise en charge des prédispositions héréditaires aux cancers du sein et de l'ovaire (mise à jour 2004). Bull Cancer 2004;91(3):219-37.</p>	

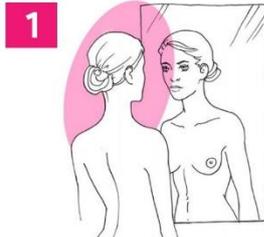
Anne xe III : Recommandations HAS : Dépistage du cancer du sein en fonction du niveau de risque



Annexe IV : Auto-examen des seins (AES)

L'AUTO-EXAMEN DU SEIN

#OctobreRose



1 Debout, devant un miroir

Inspectez les deux seins et vérifiez qu'il n'y a rien d'anormal : par exemple un écoulement par le mamelon d'un liquide, ou encore de sang, crevasses, fossettes, plis ou peau qui pèle..



2 Levez le bras droit

Avec les trois doigts de la main gauche, palpez le sein droit, fermement, attentivement et complètement. En commençant par la partie externe, parcourez le sein en effectuant de petits cercles avec les bouts des doigts.



3 Veillez à examiner tout le sein

Une attention particulière doit être portée à la zone entre le sein et l'aisselle, cette dernière comprise. Cherchez toute grosseur ou toute induration anormale sous la peau.



4 Terminez par le mamelon

Pressez délicatement le mamelon et vérifiez qu'aucun écoulement ne se produit. Si c'est le cas, prévenez votre médecin sans attendre.

Répétez l'auto-examen sur le sein gauche.!

Annexe V : Questionnaire

Étudiante à l'école de sage-femme de l'UFR santé Simone Veil à Saint-Quentin-en-Yvelines, je réalise mon mémoire de fin d'étude sur le dépistage du cancer du sein par les sages-femmes. J'ai ainsi élaboré un questionnaire en ligne destiné aux sages-femmes libérales et hospitalières exerçant en France métropolitaine et pratiquant des consultations de suivi gynécologique et/ou obstétrical afin d'étudier leur pratique.

Ce questionnaire ne prend que 7 minutes. Vos réponses sont strictement anonymes et seront utilisées uniquement dans le cadre de cette étude. Vous avez la possibilité de vous retirer de l'étude à tout moment, dans ce cas les données recueillies seront supprimées.

Je vous remercie du temps que vous accorderez à répondre à ce questionnaire. Je reste à votre entière disposition pour tout renseignement, ainsi que si vous souhaitez connaître les résultats de l'étude.

Aurélie Beaudouin.

***Obligatoire**

Passer à la question 1 [Passer à la question 1](#)

Partie 1 : Renseignements Généraux

1. Quel âge avez-vous ? *

2. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme d'état de sage-femme ? *

3. Depuis combien d'années exercez-vous en tant que sage-femme ? *

Une seule réponse possible.

- Moins de 5 ans
- Entre 6 et 10 ans
- Entre 11 et 15 ans
- Entre 16 et 20 ans
- Plus de 20 ans

4. Dans quel type de structure exercez-vous ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Maternité de type 1
- Maternité de type 2
- Maternité de type 3
- Cabinet libéral
- Maison de naissance

Autre : _____

5. Dans quel département exercez-vous ? *

6. A quelle fréquence effectuez-vous des consultations de suivi gynécologique ? *

Une seule réponse possible.

- C'est mon activité principale, soit plus de 50% de mon activité.
- Cela représente entre 20% et 50% de mon activité.
- Cela représente une infime partie de mon activité, soit moins de 20% de mon activité.
- Je n'en effectue jamais.

7. A quelle fréquence effectuez-vous des consultations de suivi obstétrical ? *

Une seule réponse possible.

- C'est mon activité principale, soit plus de 50% de mon activité.
- Cela représente entre 20% et 50% de mon activité.
- Cela représente une infime partie de mon activité, soit moins de 20% de mon activité.
- Je n'en effectue jamais.

Partie 2 : Connaissances Théoriques

8. Comment évaluez-vous vos connaissances concernant le dépistage du cancer du sein ? *

Une seule réponse possible.

- Excellentes
 Suffisantes
 Moyennes
 Insuffisantes
 Inexistantes

9. D'où proviennent vos connaissances concernant le dépistage du cancer du sein ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Acquisés lors de vos études de sage-femme.
 Acquisés lors de formations continues : séminaires, congrès, DIU, masters...
 Acquisés lors de vos expériences professionnelles (stages ou lieux de travail).
 Acquisés lors de recherches personnelles (littérature scientifique, articles scientifiques).
 Acquisés via différents médias (télévision, radio, presse...).

Autre : _____

10. Depuis votre diplôme, avez-vous assisté à des formations ayant pour thème le cancer du sein ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

11. Si oui, pensez-vous que cela ait été nécessaire pour votre pratique ?

Une seule réponse possible.

- Indispensable car complémentaire à votre formation initiale.
 Non nécessaire car redondant à la formation initiale.
 Ne se prononce pas.

Partie 3 : En Pratique

12. Recherchez-vous les facteurs de risque du cancer du sein ?

Une seule réponse possible.

- Je recherche les facteurs de risque du cancer du sein uniquement lors des consultations gynécologiques.
- Je recherche les facteurs de risque du cancer du sein uniquement lors des consultations obstétricales.
- Je recherche les facteurs de risque du cancer du sein lors des consultations gynécologiques et obstétricales.
- Je ne recherche pas spécifiquement les facteurs de risque du cancer du sein lors des consultations de suivi.

13. Lors du suivi gynécologique d'une patiente, à quelle fréquence effectuez-vous une palpation mammaire ? *

Plusieurs réponses possibles.

- A chaque consultation de suivi, quelle que soit la durée écoulée depuis la dernière consultation.
- 1 fois par an ou plus, en fonction des facteurs de risque de la patiente ou en cas de signes d'appel.
- 1 fois par an, de manière systématique, quels que soient les facteurs de risque de la patiente.
- Sur signes d'appel.
- Jamais.
- Je n'effectue pas de consultation de suivi gynécologique.

14. Lors du suivi obstétrical d'une patiente, au cours du 1er trimestre, à quelle fréquence effectuez-vous une palpation mammaire ? *

Plusieurs réponses possibles.

- A chaque consultation.
- A la première consultation de manière systématique.
- A la première consultation la patiente présente des facteurs de risque.
- A la première consultation si la patiente n'a pas de suivi gynécologique régulier en dehors de la grossesse.
- Sur signes d'appel.
- Jamais.
- Je n'effectue pas de consultation de suivi obstétrical.

15. Lors du suivi obstétrical d'une patiente, au cours du 2ème trimestre, à quelle fréquence effectuez-vous une palpation mammaire ? *

Plusieurs réponses possibles.

- A chaque consultation.
- Chez une patiente non suivie avant cette consultation.
- Sur signes d'appel.
- Jamais.
- Je n'effectue pas de consultation de suivi obstétrical.

16. Lors du suivi obstétrical d'une patiente, au cours du 3ème trimestre, à quelle fréquence effectuez-vous une palpation mammaire ? *

Plusieurs réponses possibles.

- A chaque consultation.
- Chez une patiente non suivie avant cette consultation.
- Sur signes d'appel.
- Jamais.
- Je n'effectue pas de consultation de suivi obstétrical.

17. Selon quels critères effectuez-vous une palpation mammaire ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Date de la dernière palpation > 1 an.
- Age de la patiente > ou = à 25 ans.
- Signes d'appel.
- Patiente à risque.
- Demande formulée par la patiente.
- En systématique, chez toutes les patientes.

Autre : _____

18. Dans le cadre du dépistage du cancer du sein, abordez-vous l'auto-examen des seins (AES) ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

19. Si oui, comment ?

20. Si non, pourquoi ?

21. Abordez-vous, lors des consultations de suivi gynécologique, le dépistage organisé du cancer du sein (mammographie de prévention à partir de 50 ans) ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Je n'effectue pas de suivi gynécologique.

22. Quand prescrivez-vous une mammographie ? *

Plusieurs réponses possibles.

- En cas d'examen clinique mammaire suspect.
 En cas de signes d'appel.
 Je n'en prescris jamais.

Autre : _____

23. Quand prescrivez-vous une échographie mammaire ?

Plusieurs réponses possibles.

- En cas d'examen clinique suspect.
 En cas de signes d'appel.
 En cas de mammographie difficile à interpréter.
 En cas de résultat de mammographie ACR3 ou plus.
 Je n'en prescris jamais.

Autre : _____

24. S'il vous semble nécessaire de la prescrire, chez qui prescrivez-vous une échographie mammaire ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Chez les femmes enceintes.
- Chez l'adolescente.
- Chez les femmes avant 30 ans.
- Chez les femmes entre 30 et 50 ans.
- Chez les femmes après 50 ans.
- Chez les toutes les femmes.
- Je n'en prescrit jamais.

25. Quand redirigez-vous la patiente vers un spécialiste ? *

Plusieurs réponses possibles.

- En cas d'antécédent personnel de cancer du sein.
- En cas de score d'Eisinger supérieur ou égal à 3.
- En cas d'examen clinique suspect.
- Si la prescription d'une mammographie est nécessaire.
- Après la prescription d'une mammographie, avant interprétation.
- En cas de résultat de la mammographie ACR3 ou plus.
- Si la prescription d'une échographie mammaire est nécessaire.

Autre : _____

26. Dans le cas où une patiente doit être redirigée vers un médecin gynécologue : *

Plusieurs réponses possibles.

- Vous redirigez vos patientes toujours vers le même médecin gynécologue hospitalier.
- Vous redirigez vos patientes toujours vers le même médecin gynécologue libéral.
- Vous donnez à votre patiente une liste de médecins gynécologues hospitaliers.
- Vous donnez à votre patiente une liste de médecins gynécologues libéraux.
- Vous donnez la consigne d'aller consulter un médecin gynécologue, sans indiquer un praticien en particulier.

Partie 4 : Difficultés et Améliorations

27. Quels sont les difficultés que vous rencontrez dans le cadre du dépistage du cancer du sein ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Un manque de connaissance du réseau de praticien, afin de réorienter les patientes.
- Un manque de réseau de praticien dans votre région d'exercice.
- Une formation initiale insuffisante à ce sujet.
- Une difficulté d'accès à des formations complémentaires.
- Un manque de support destiné à guider les sages-femmes dans leur pratique du dépistage.
- Je ne rencontre aucune difficulté dans le cadre du dépistage du cancer du sein.

28. Avez-vous déjà eu des difficultés à répondre aux questions de vos patientes concernant le cancer du sein ? *

Une seule réponse possible.

- Toujours
 Parfois
 Jamais

29. A quel point vous sentez-vous à l'aise dans l'interprétation d'une mammographie de dépistage ? *

Une seule réponse possible.

- Parfaitement à l'aise.
 Plutôt à l'aise.
 Peu à l'aise.
 Pas du tout à l'aise.

30. Quelles seraient les améliorations à apporter selon vous, dans le cadre du dépistage du cancer du sein ? *

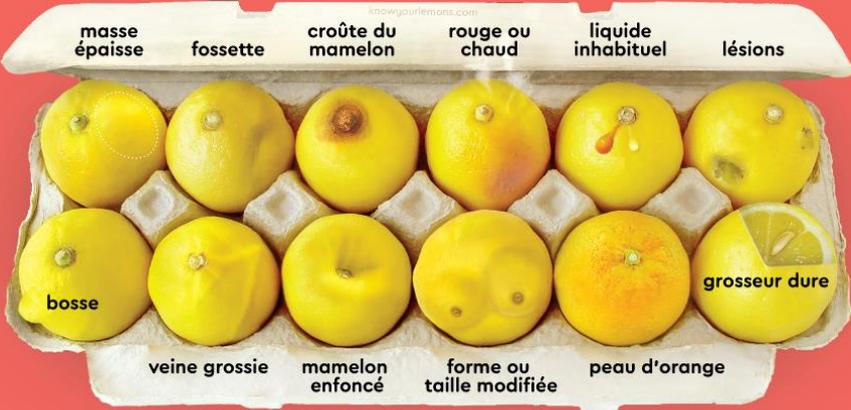
Plusieurs réponses possibles.

- Une formation théorique et pratique initiale plus complète à ce sujet.
 Une formation complémentaire sur le dépistage du cancer du sein destinée aux sages-femmes.
 Un support destiné à guider les sages-femmes dans leur pratique du dépistage.
 Être informée de la publication de nouvelles recommandations sur ce sujet.
 Je ne vois aucune amélioration à apporter.

31. Avez-vous des suggestions ou des points non abordés dans ce questionnaire vous semblant importants dans le cadre du dépistage du cancer du sein par les sages-femmes ?

Annexe VI : « Know your lemons »

À quoi le cancer du sein peut ressembler à l'œil et au toucher:



knowyourlemons.com

masse épaisse fossette croûte du mamelon rouge ou chaud liquide inhabituel lésions

bosse veine grossie mamelon enfoncé forme ou taille modifiée peau d'orange grosseur dure

KNOW YOUR LEMONS FOUNDATION

Vous reconnaissez quelque chose ? Certains changements sont normaux. Mais si le changement ne disparaît pas, ayez le bon réflexe et montrez le à votre médecin.

KNOW YOUR LEMONS APP

knowyourlemons.org

Annexe VII : Brochure du Collège National des Sages-Femmes de France



CNSF

Collège National
des Sages-Femmes
de France

PRÉVENTION
DÉPISTAGE
SUIVI PERSONNALISÉ
ÉCOUTE
ÉCHANGES
INFORMATIONS
CONSEILS
PRESCRIPTIONS
ORIENTATION

SUIVI GYNECO, PRÉVENTION & DÉPISTAGES

Votre sage-femme vous propose un dépistage du cancer du sein

D'après l'Institut National du Cancer (INCA), le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme : 59 000 cas en 2017 en France, dont 80% chez des femmes de plus de 50 ans.

Pour le dépister il est actuellement recommandé :

- De faire réaliser un examen clinique régulier tous les ans à partir de 25 ans (parfois plus tôt en cas d'antécédents dans votre famille).

L'examen réalisé par votre sage-femme est l'occasion de vous expliquer comment réaliser une autopalpation.

- Une mammographie (une radio des seins grâce à des rayons X) tous les 2 ans, à partir de 50 et jusqu'à 74 ans. Cet examen peut être complété par une échographie.

La mammographie peut être gênante ou source d'inconfort lors de sa réalisation. Les médecins radiologues et les manipulateurs radio sont sensibilisés à cela et feront tout leur possible pour rendre l'examen le plus facile pour vous. N'hésitez pas à les solliciter et à échanger avec eux.

En cas de risques familiaux, ou si une anomalie est repérée lors de l'examen clinique, ces examens vous seront proposés dans le cadre d'une **prise en charge différente et personnalisée**.

En cas de découverte d'une anomalie, la sage-femme vous orientera le plus rapidement possible vers un médecin gynécologue qui décidera avec vous des examens complémentaires nécessaires et des traitements appropriés.

Votre sage-femme pourra répondre à toutes vos questions et vous orienter en cas de nécessité.

À partir de 50 ans, le programme de dépistage organisé vous est recommandé afin de pouvoir détecter précocement le cancer du sein dans l'intérêt de le soigner plus facilement et d'en limiter les séquelles.

Dans tous les cas, aucun examen n'est jamais obligatoire et ils sont toujours réalisés avec votre accord.

+ D'INFOS :

Institut National du Cancer (INCA)

<http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein>