



HAL
open science

Évaluation des pratiques actuelles des sages-femmes autour de la palpation mammaire dans le cadre du dépistage du cancer du sein chez la femme

Coleen Pouget

► **To cite this version:**

Coleen Pouget. Évaluation des pratiques actuelles des sages-femmes autour de la palpation mammaire dans le cadre du dépistage du cancer du sein chez la femme. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04758701

HAL Id: dumas-04758701

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04758701v1>

Submitted on 29 Oct 2024

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITÉ de MONTPELLIER

UFR de MÉDECINE MONTPELLIER - NÎMES

DÉPARTEMENT de MAÏEUTIQUE

SITE d'enseignement de NÎMES

Évaluation des pratiques actuelles des sages-femmes autour de la palpation mammaire dans le cadre du dépistage du cancer du sein chez la femme

Soutenu par Coleen POUGET

Née le 12 mars 2000

Sous la direction de Madame Hélène BOUCHOT

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme

Année de fin d'études 2024

UNIVERSITÉ de MONTPELLIER

UFR de MÉDECINE MONTPELLIER - NÎMES

DÉPARTEMENT de MAÏEUTIQUE

SITE d'enseignement de NÎMES

Évaluation des pratiques actuelles des sages-femmes autour de la palpation mammaire dans le cadre du dépistage du cancer du sein chez la femme

Soutenue par Coleen POUGET

Née le 12 mars 2000

Sous la direction de Madame Hélène BOUCHOT

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme

Année de fin d'études 2024



**UNIVERSITÉ
DE MONTPELLIER**



Remerciements

Je remercie tout d'abord le corps enseignant du département de maïeutique pour leur implication et leur aide tout au long du processus d'écriture de ce mémoire.

Je remercie particulièrement Madame Hélène BOUCHOT, sage-femme enseignante en maïeutique, docteure en sciences de l'éducation et de la formation, et maître de ce mémoire, qui a su m'accompagner durant ces 2 années d'écriture en me fournissant des ressources scientifiques et des axes d'étude vers lesquels me tourner mais également un soutien moral quand il l'a fallu.

Je remercie personnellement ma famille et mon compagnon pour leur écoute et soutien durant ces (très) longs moments de décharge émotionnelle.

Enfin mes remerciements vont également pour mes camarades de promotion (initiale), Amélie, Camille, Elyna, Eulalie, Gwénola, Ilona, Lisa et Maëva pour leur aide précieuse quand Word et Zotero sont devenus mes pires ennemis. Ainsi que pour tous nos fous-rires lors de nos moments de craquage, et leur insistance pour que je rende ce mémoire dans les temps.

Sommaire

Liste des abréviations.....	5
Introduction	6
1. Le cancer du sein chez la femme et son dépistage en France	7
1.1 Rappel anatomique sur la glande mammaire.....	7
1.2 Définition du cancer du sein et prévalence	11
1.3 Le dépistage du cancer du sein chez la femme	15
1.3.1 Les recommandations du dépistage du cancer du sein.....	16
1.3.2 La palpation mammaire	18
1.4 Controverses internationales autour de la palpation mammaire	24
1.4.1 Les problématiques soulevées à l'international autour de la pratique de la palpation mammaire.....	24
1.4.2 Le point de vue du Canada sur le dépistage	26
2. Méthodologie de l'enquête	30
2.1 Présentation de l'étude	30
2.2 Présentation des résultats	32
2.2.1 Taille de l'échantillon	32
2.2.2 Présentation de la population	33
2.2.3 Présentation des pratiques cliniques.....	35
2.2.4 Statistiques sur la palpation de masses dans le panel interrogé.....	43
2.2.5 La perception des sages-femmes face à la palpation mammaire.....	45
3. Discussion.....	57
3.1 La population de l'étude	57
3.2 Les pratiques cliniques.....	57
3.3 Masses palpées dans la population étudiée.....	60
3.4 Point de vue des sages-femmes quant à la palpation mammaire.....	60
4. Synthèse.....	63
4.1 Des recommandations appliquées par les sages-femmes.....	63
4.2 Des points de discordance dans les pratiques	63
4.3 Propositions d'axes d'amélioration	64
Conclusion.....	67
Bibliographie	68
Annexes.....	72

Liste des abréviations

CNSF : Collège National des Sages-Femmes

HAS : Haute Autorité de Santé

INCa : Institut National du Cancer

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

DPC : Développement Professionnel Continu

Introduction

Avec plus de 50 000 nouveaux cas par an et environ 12 000 décès par an en France en 2018, cela fait du cancer du sein, le cancer le plus fréquent et le plus mortel chez la femme (1). Ainsi, nous pouvons clairement mettre en avant le dépistage du cancer du sein comme enjeu majeur de santé publique. Cependant, face à une surmédicalisation de plus en plus omniprésente dans nos pratiques actuelles, certains pays, acteurs majeurs de prévention, ont déjà fait le choix de mettre de côté certains actes de dépistage. En effet, le Canada, dont les statistiques autour de la prise en charge du cancer du sein sont loin d'être en marge des nôtres, a pris le parti de ne plus intégrer la palpation mammaire systématique dans le cadre du dépistage du cancer du sein. C'est face à de nombreuses controverses autour de la palpation mammaire que nous pouvons nous questionner sur la pertinence de cet acte et sur sa pratique en elle-même : n'est-ce pas un acte trop subjectivisé par le soignant ? A-t-elle encore un intérêt dans nos pratiques ? Quels sont les ressentis des sages-femmes face à cette pratique ? Face à ces questionnements, plusieurs hypothèses peuvent émerger : la palpation serait un acte trop peu sensible et spécifique impliquant la réalisation de nombreux actes complémentaires non nécessaires. Deuxièmement, nous pourrions penser que la palpation mammaire serait utilisée de façon praticien dépendant et ainsi non reproductible et donc trop peu fiable.

Dans ce mémoire, nous prendrons le parti de nous axer sur la pratique de la sage-femme. En effet, depuis 2009, la sage-femme peut assurer le suivi gynécologique des femmes en bonne santé (2). Ainsi, elle peut pratiquer les actes de dépistage et rediriger les patientes si une anomalie est détectée. Cependant, cette nouvelle extension du champ de compétences des sages-femmes n'est pas encore totalement ancrée dans les pratiques. De ce fait, nous nous axerons vraiment sur le dépistage du cancer du sein grâce au suivi gynécologique de la sage-femme et nous ne développerons pas les pathologies du sein. Compte tenu du champ de compétence de la sage-femme, nous étudierons la pratique de la palpation mammaire réalisée chez une patiente ne présentant pas de pathologie préexistante, n'étant pas enceinte ou n'étant pas plus à risque que la population générale de développer un cancer du sein en raison de facteurs génétiques ou familiaux qui impliquent un suivi spécifique.

1. Le cancer du sein chez la femme et son dépistage en France

1.1 Rappel anatomique sur la glande mammaire

Le sein est un organe destiné à la lactation qui, de façon physiologique, va se développer au cours de la puberté de la jeune femme sous l'influence de l'imprégnation hormonale (3). Au niveau hormonal, les œstrogènes permettent au sein de se développer au moment de la puberté et jouent un rôle prépondérant pendant la grossesse. La progestérone, elle, permet la différenciation des cellules épithéliales et des cellules sécrétrices du sein ; elle a un effet anti-œstrogénique et inhibe l'effet de la prolactine (4). L'œstradiol, à court terme, permet la prolifération des cellules épithéliales qui vont former les canaux galactophores et permet aussi l'augmentation de la perméabilité des capillaires. La prolactine a pour rôle de bloquer la sécrétion de LH et de FSH au niveau de l'hypophyse et induit la production lactée. Ainsi, la glande mammaire, hormonodépendante, commence son développement pendant la vie fœtale. Cette croissance ne se finira que chez les mammifères femelles sous l'effet de ces différentes hormones. C'est la gestation qui permettra de terminer complètement le développement dans le but d'excréter le lait (5).

Les seins sont appendus au haut du thorax, entre la troisième et la septième paires de côtes et ils débordent largement sur le bord inférieur du grand pectoral, muscle se situant en arrière de la glande mammaire et s'étalant de la clavicule au sternum (5).

La glande mammaire est une glande exocrine, c'est-à-dire qu'elle sécrète des substances qui vont être expulsées vers le milieu extérieur. Elle est constituée d'alvéoles, ou acinus, regroupés en grappes appelées lobules. La paroi des alvéoles contient des cellules épithéliales sécrétoires et des cellules myoépithéliales contractiles (6). Les lobules sont au nombre de dix à quinze dont chacun d'entre eux va être drainé par un canalicule. Ces canalicules, les canaux galactophores, vont s'aboucher au niveau du mamelon par une petite dilatation, le sinus galactophore. Ce sont dans les alvéoles qu'est produit le lait maternel qui va ensuite s'écouler dans les canaux galactophores vers les mamelons. Le reste de la glande est remplie par du tissu adipeux. La face profonde de ce tissu graisseux est limitée par le fascia superficialis, qui est une lame conjonctive.

Entre ce fascia et l'aponévrose du grand pectoral, on retrouve du tissu conjonctif dense qui permet le glissement et la mobilité des structures du sein sur la paroi thoracique. C'est dans ce tissu conjonctif que cheminent également les vaisseaux qui vascularisent le sein (5).

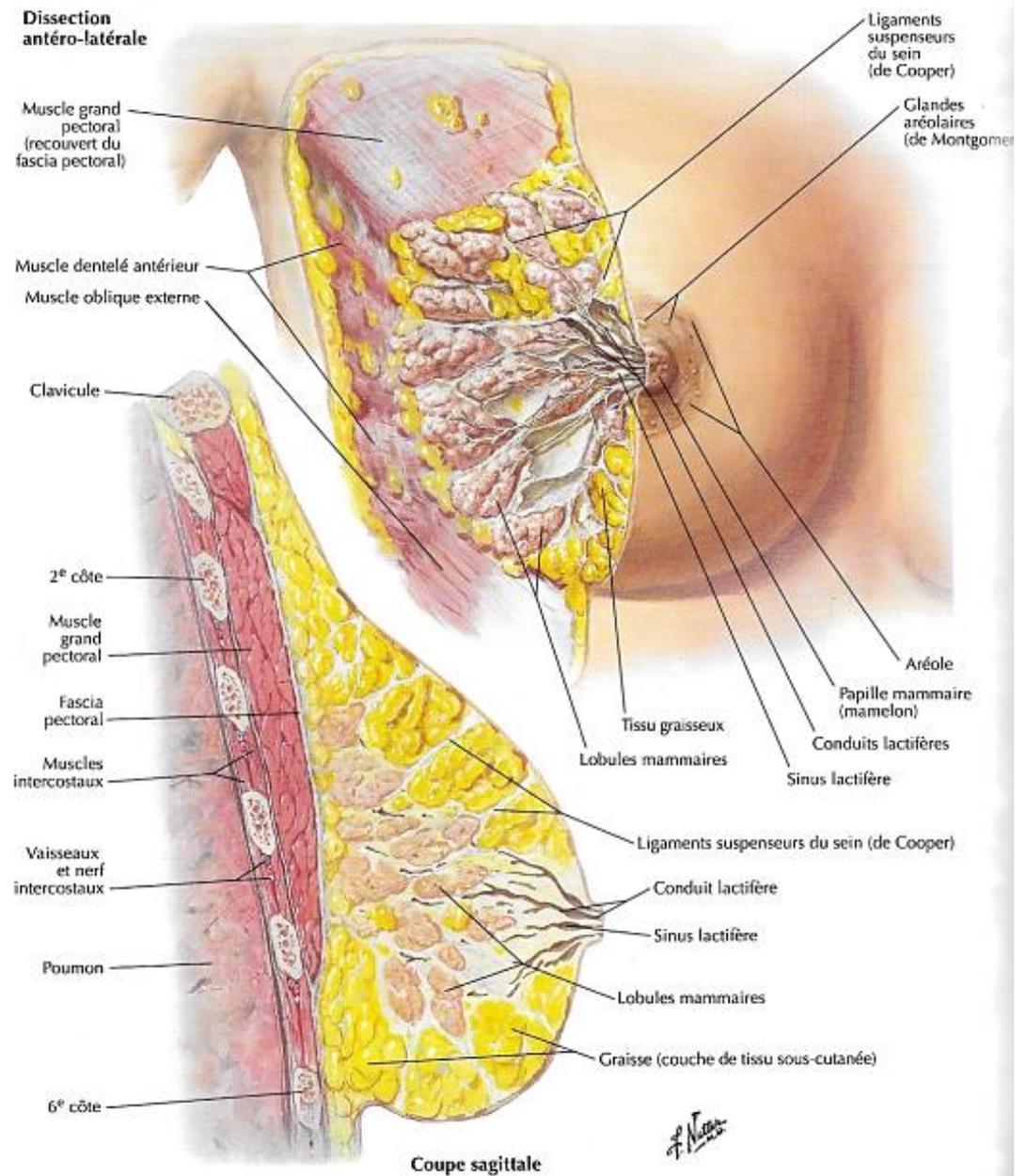


Figure 1: Dissection antéro-latérale et coupe sagittale du sein issues de l'Atlas d'anatomie humaine par Frank H. Netter édité par Elsevier en 2019 (7)

Au niveau fonctionnel, la graisse est cloisonnée en lobules par les ligaments de Cooper, travées conjonctives de soutien. Ils s'étendent de la peau à la surface de la glande pour venir se raccorder à des saillies de la glande, les crêtes de Duret. Ces ligaments ont un rôle de suspension très limité, ils aident plus ou moins à maintenir la forme du sein. En réalité, on ne retrouve pas de moyen réel de suspension entre le sein et le grand pectoral. La peau constitue le seul vrai soutien de la glande mammaire de par leur solidarité (5).

Au niveau du mamelon on retrouve le muscle aréolo-mammelonnaire, muscle lisse, dont la contraction est involontaire, réflexe, et permet la saillie du mamelon. Ce mamelon est entouré par une zone hyper-pigmentée de trois à cinq centimètres, nommée l'aréole. Elle se compose des glandes aréolaires, produisant un liquide protecteur pour faciliter la lactation. Ces glandes sébacées apparaissent sous la forme de relief appelés les tubercules de Morgagni. Ces tubercules ne sont pas à confondre avec les glandes situées sous l'aréole et qui sont visibles pendant la grossesse : les tubercules de Montgomery. L'association aréole et mamelon est appelée plaque aréolo-mammelonnaire (5).

La forme de la glande mammaire, ainsi que la peau (tonicité, épaisseur) du sein évolue énormément au cours de la vie de la femme entre puberté, cycles menstruels, grossesses, allaitements, ménopause. Cette forme est surtout donnée par le tissu graisseux (5).

Le sein peut, visuellement, être divisé en quatre zones que l'on appelle quadrants, par deux lignes perpendiculaires s'étendant de droite à gauche et de haut en bas avec comme centre le mamelon. On se retrouve alors imaginativement avec : un quadrant supéro-externe à côté de l'aisselle, en haut ; un quadrant supéro-interne à côté du sternum ; un quadrant inféro-externe à côté de l'aisselle, en bas ; et avec le quadrant inféro-interne en bas du sternum. Cette délimitation permet notamment de localiser plus facilement une pathologie plutôt qu'une autre, et donc d'attirer une vigilance plus particulière sur certains quadrants. Le quadrant supéro-externe est le plus souvent le siège d'un cancer, même si tous les quadrants peuvent être touchés voire même plusieurs à la fois (3).

La vascularisation artérielle du sein se décompose en plusieurs réseaux (5) :

- Un réseau sous dermique qui vascularise la peau du sein par anastomose des artères acromio-thoracique, scapulaire inférieure et sus-scapulaire.
- Un réseau pré-glandulaire qui provient du pédicule supéro-externe et du pédicule interne, de calibre plus petit, formé par une branche de la thoracique interne. Ces deux pédicules vont rejoindre le réseau sous dermique et les artères glandulaires.
- Un réseau rétro glandulaire, qui vient des artères postérieures elles-mêmes issues des artères perforantes cutanées dont le rôle est négligeable.
- Et pour finir la vascularisation de la plaque aréolo-mammelonnaire est permise grâce à trois groupes de fines artères.

Au niveau veineux, deux grands plexus apparaissent (5) :

- Un courant superficiel composé de grosses veines radiaires sous-dermiques très superficielles venant du plexus péri-aréolaire. C'est un réseau très large, appelé réseau de Haller qui va vers les veines pariétales abdomino-thoraciques.
- Et un courant profond composé de veines qui cheminent dans les espaces conjonctifs entre les lobes.

La vascularisation lymphatique se divise en deux catégories : la vascularisation lymphatique cutanée et la vascularisation lymphatique de la glande elle-même. La vascularisation lymphatique cutanée se compose d'un réseau dense qui draine la lymphe de la peau mammaire et de la graisse sous cutanée et qui se dirige vers l'aisselle. Il y a une communication qui se fait au niveau de la ligne médiane entre les vaisseaux cutanés des deux régions mammaires (droite et gauche), ce qui montre une voie de propagation des cancers d'une zone mammaire à l'autre. La vascularisation lymphatique glandulaire, elle, est composée de collecteurs qui se rendent pour la plupart vers le ganglion axillaire. Les autres collecteurs, moins nombreux, vont vers le ganglion de la chaîne thoracique interne. Les ganglions lymphatiques se situent donc au niveau de l'aisselle, au-dessus de la clavicule, en dessous, autour du sternum et sont respectivement dénommés : ganglion axillaire, sus-claviculaire, infra-claviculaire, mammaire interne (4,5).

La circulation lymphatique est la cible du cancer du sein. Une fois les ganglions atteints, le cancer va pouvoir se disséminer dans le reste du corps sous forme de métastases (8).

Enfin, le sein est innervé par trois groupes de nerfs qui convergent vers la plaque aréolo-mammaire (5) :

- Le groupe antérieur composé des branches des nerfs intercostaux.
- Le groupe latéral : ces nerfs proviennent des rameaux cutanés latéraux des nerfs intercostaux.
- Le groupe supérieur qui provient de la branche sus-claviculaire du plexus cervical supérieur.

1.2 Définition du cancer du sein et prévalence

Maintenant que nous avons abordé la glande mammaire d'un point de vue général, nous allons nous recentrer sur son cancer.¹ Tout d'abord, définissons le terme cancer. Un processus cancéreux part d'une cellule initialement normale qui va se dérégler à cause de mutations génétiques, par la survenue d'erreurs lors de la réplication de l'ADN. Cette cellule va alors se développer de manière anarchique et se diviser de façon excessive. Surajouté à la multiplication rapide des cellules anormales, ces dernières ne subissent pas un processus de mort cellulaire programmée telle que nos cellules saines le font. Cette présence en excès de cellules cancéreuses finie par former une masse, la tumeur maligne.

La tumeur se retrouve d'abord de façon locale, puis les cellules cancéreuses peuvent envahir les tissus avoisinants voire même les tissus à distance via des métastases, en empruntant les vaisseaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques (9,10).

¹ Dans ce mémoire nous prendrons le parti de ne pas axer nos propos autour du traitement du cancer du sein. En effet, nous avons pris la position des sages-femmes. Or, le but de la pratique de la sage-femme est de dépister les pathologies afin d'orienter la patiente vers un spécialiste. Nous verrons donc quelques généralités sur le cancer du sein mais nous n'entrerons pas dans les détails de la pathologie et des différents traitements possibles, cela concernant la pratique des gynécologues et des oncologues.

Revenons à présent au cancer du sein. D'après la définition précédente nous pouvons donc dire que le cancer du sein résulte d'un dérèglement des cellules qui composent la glande mammaire, qui vont se multiplier de façon anormale pour former une tumeur maligne. On peut retrouver différents types de cancers selon les cellules à partir desquelles ils se développent, qui n'évolueront donc pas de la même manière et seront plus ou moins agressifs (11).

Ainsi, dans 95% des cas, lorsqu'un cancer du sein est diagnostiqué, il s'agira d'un adénocarcinome. Ce cancer naît à partir de la glande mammaire (adéno) et des cellules épithéliales (carcinome) (9). Cet adénocarcinome se développe, soit à partir des cellules des canaux (la plupart du temps), dans ce cas-là c'est un cancer canalaire ; soit à partir des cellules des lobules, on parlera de cancer lobulaire (12).

Les 5% restant sont attribués à des types de cancers beaucoup plus rares comme par exemple le cancer inflammatoire qui est une forme de cancer du sein affectant le système lymphatique. On peut aussi retrouver, les lymphomes diffus, les sarcomes des tissus mous, les carcinomes adénoïdes kystiques, les carcinosarcomes, etc (9).

Les carcinomes canaux et lobulaires vont pouvoir adopter deux formes différentes selon leur agressivité, soit in situ, soit infiltrant. Dans les cancers in situ, aussi appelés non infiltrants, les cellules cancéreuses ne vont se restreindre qu'aux canaux pour les cancers canaux et qu'aux lobules pour les cancers lobulaires sans franchissement de la membrane basale qui les entoure. C'est la forme de cancer la plus fréquente, et huit à neuf de ces cancers sur dix seront des cancers canaux. La maladie de Paget est une forme particulière de cancer canalaire in situ, puisqu'elle est dite de « haut grade ». Cette maladie se développe au niveau des canaux galactophores, et elle va pouvoir s'étendre à l'aréole et même au tissu plus profond de la glande mammaire. Au niveau cutané on va pouvoir constater quelques changements lors d'une maladie de Paget : croûtes au niveau du mamelon et de l'aréole, rougeurs, desquamations, lésions. Un traitement chirurgical sera alors nécessaire (9,12).

Le carcinome lobulaire in situ, lui, représente 10 à 15% des cancers in situ. Ce dernier est reconnu comme étant un facteur de risque de développement d'un cancer du sein et non comme son précurseur direct, les prises en charge seront donc très différentes.

Du côté des cancers infiltrants, ou carcinomes infiltrants, les cellules cancéreuses vont se disperser dans toute la glande mammaire et peuvent même s'étendre jusqu'aux tissus avoisinants. Le risque majeur étant que les cellules cancéreuses réussissent à atteindre d'autres organes de d'autres parties du corps via des métastases (9,12).

Les cancers du sein vont découler, entre autres, d'un problème hormonal ou génétique. En effet, les différentes tumeurs du sein vont aussi être qualifiées en fonction des récepteurs présents sur leurs cellules. Ainsi, un dérèglement de l'expression des récepteurs hormonaux ou du récepteur HER2 peuvent expliquer le développement d'un cancer du sein. C'est aussi le cas s'il y a problème au niveau de la séquence génétique qui engendrerait la surexpression de gènes connus comme défectueux dans le cancer du sein (13). Par exemple, les tumeurs « triples négatives » sont appelées ainsi, car les cellules de la glande mammaire ne possèdent pas de récepteurs au œstrogènes et ne surexpriment pas HER2 (14).

Pouvoir connaître précisément l'origine de la tumeur est important car les traitements ne seront pas les mêmes en fonction du type de cancer. Ainsi, pour mettre en œuvre un protocole de traitement le plus adéquate possible, les médecins vont pouvoir se baser sur deux méthodes de classification du cancer : les grades et les stades.

Le grade tient compte du niveau de différenciation des cellules cancéreuses, de leur vitesse de croissance, des anomalies structurales et de la présence de mort cellulaire. Cela permet de déterminer l'agressivité et le potentiel métastatique du cancer. Le niveau de différenciation des cellules cancéreuses est défini par l'analyse des caractéristiques morphologiques de ces cellules. Si les cellules cancéreuses ressemblent à des cellules saines, on dit qu'elles sont bien différenciées. Et les cellules cancéreuses qui sont complètement différentes des cellules saines sont peu différenciées, ou indifférenciées, ce sont les plus à risque. En effet, moins la cellule cancéreuse sera différenciée, plus son grade sera élevé car cela signifie que le cancer risque d'être agressif et donc de se développer rapidement (13,15). Pour la vitesse de croissance des cellules cancéreuses, on va mesurer une des protéines dont la quantité augmente lorsque les cellules se divisent.

Ainsi, plus il y aura cette protéine, plus la progression du cancer sera rapide. Il existe trois grades différents (16).

La stadification, elle, va permettre de catégoriser le degré d'évolution de la maladie : cancer précoce ou cancer avancé. Pour connaître le stade, on va analyser la taille et l'infiltration de la tumeur, le nombre de ganglions lymphatiques comportant des cellules cancéreuses et la présence de métastases, c'est-à-dire la présence de cellules cancéreuses au niveau d'autres organes. Le stade est coté par un chiffre romain allant de 0 à IV. On utilise l'échelle TNM (Tumor, Node, Metastasis c'est-à-dire Tumeur, Ganglion, Métastase) pour l'évaluer (8,13).

Le grade et le stade du cancer sont indépendants l'un de l'autre. Par exemple, un stade avancé de la maladie ne veut pas forcément dire agressivité du cancer.

Pour rappel, le cancer du sein c'est, en 2018, 59 000 nouveaux cas et 12 100 décès en France. C'est aussi 1 femme sur 8 qui en développera un au cours de sa vie (12). Cela en fait, chez la femme, le cancer le plus fréquent en France ainsi que la première cause de décès par cancer (17). Si depuis 1990 la mortalité due au cancer du sein est en baisse, l'incidence, elle, est à la hausse (1). Il est également important de noter que plus le cancer sera pris en charge tôt, plus les chances de guérison seront grandes. En effet, pris tôt, les chances de guérison sont de neuf sur dix cancers. Il y a 99% de chance de survie à cinq ans si le cancer a été détecté à un stade précoce contre seulement 26% si il a été diagnostiqué à un stade plus tardif (12). C'est dans ce sens que la question du dépistage du cancer du sein semble alors être un enjeu majeur de santé public afin de le détecter précocement et d'avoir un taux de mortalité toujours à la baisse. C'est ce que nous traiterons dans la partie qui suit.

1.3 Le dépistage du cancer du sein chez la femme

Maintenant que nous avons défini le cancer du sein, nous allons définir ce qu'est un dépistage afin de pouvoir rentrer plus en détail sur la prévention du cancer du sein. Dépister c'est essayer de détecter une maladie à un stade précoce, avant même l'apparition des premiers symptômes chez la patiente.

Ainsi, on cherche à diagnostiquer la maladie au plus tôt pour mettre en place un traitement le plus rapidement possible et empêcher son évolution. Le dépistage comprend un examen particulier qui sera plus ou moins répété dans le temps et pendant une période cible.

Si le résultat du dépistage s'avère positif, des examens complémentaires vont être nécessaires afin de confirmer le diagnostic suspecté. Un dépistage va comprendre un ensemble d'étapes pour lesquelles les bénéfices et les risques sur la santé de chacun doivent être pris en compte (18).

C'est dans cet optique de prévention que le dépistage du cancer du sein a pour objectif de diminuer le nombre de décès qui en résulte, en décelant précocement une tumeur maligne (19). Nous verrons que la prévention de ce cancer passe par un suivi gynécologique annuel et une campagne de dépistage organisé. Comme dit plus haut, le but est de détecter de façon la plus précoce possible un cancer du sein pour pouvoir mettre en place un traitement efficace et avoir une chance de survie la plus élevée qu'il puisse être tout en conservant une bonne qualité de vie. Nous allons donc traiter des différentes recommandations fournies par les instances de santé autour du dépistage du cancer du sein, puis nous zoomerons plus en détails sur la palpation mammaire. Il ne faut pas oublier que la glande mammaire peut être sujette à de nombreuses autres anomalies que le cancer du sein, qui peuvent elles aussi être dépistées par un suivi gynécologique ² (5).

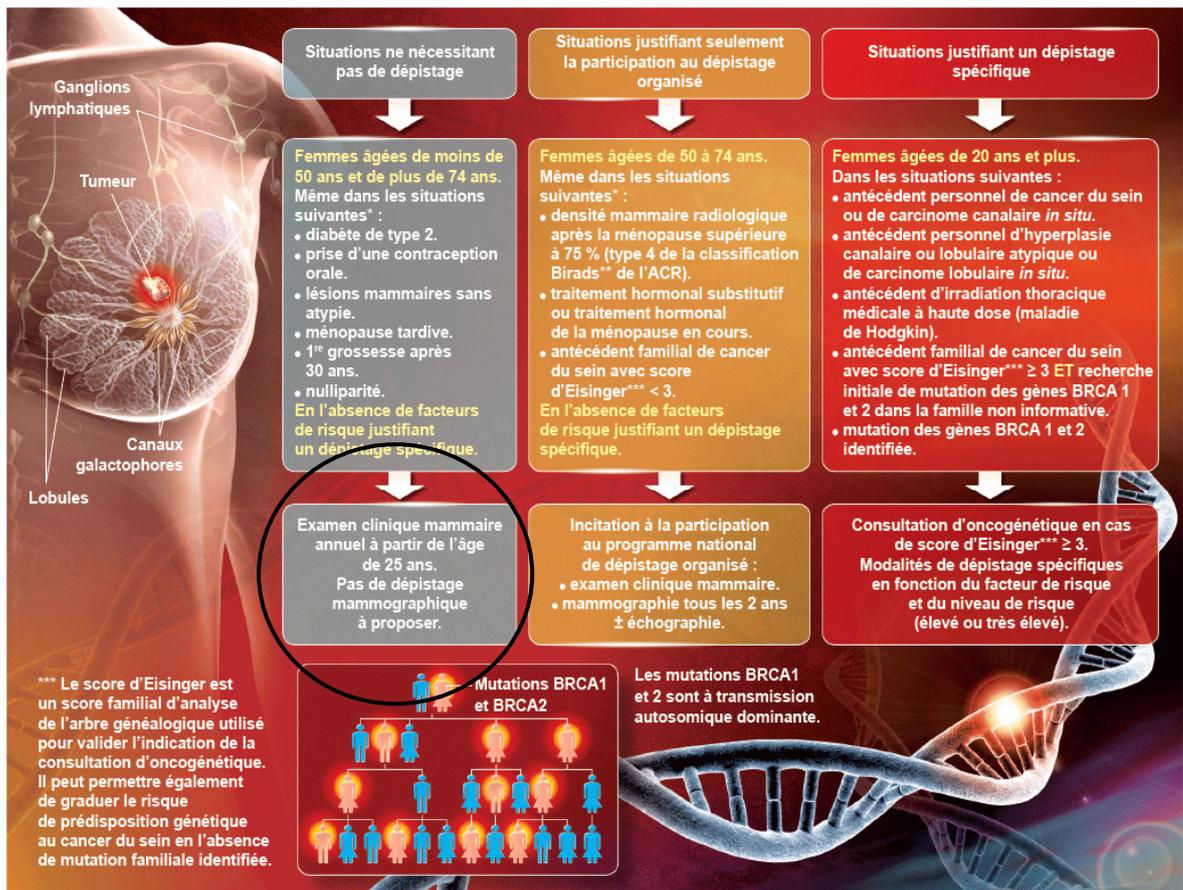
² Mais que nous ne développerons pas car elles ne font pas l'objet de notre étude (ptose, hypertrophie, anomalies du mamelon, mastodynie, mastose, etc)

1.3.1 Les recommandations du dépistage du cancer du sein

Nous pouvons remarquer que le dépistage du cancer du sein est axé autour de deux grandes actions de prévention : le suivi gynécologique annuel de la femme à partir de 25 ans, composé d'un examen clinique des seins et d'une sensibilisation à l'autopalpation ; et le dépistage organisé comprenant la mammographie à partir de 50 ans.

Premièrement, nous traiterons du suivi gynécologique annuel des femmes. Ce dernier peut être réalisé par un gynécologue, une sage-femme ou un médecin traitant. Ainsi les instances de santé comme la HAS, l'INCa ou encore le CNSF recommandent à toutes les femmes, dès 25 ans, de consulter un de ces praticiens au moins une fois par an.

Cette visite a pour but de réaliser un examen gynécologique comprenant notamment un examen clinique des seins et une sensibilisation à l'autopalpation mammaire. Cet examen annuel doit être reconduit tout au long de la vie de la femme, même lors des années de mammographie (20).



* Listes non exhaustives.

** Birads (*Breast Imaging Reporting And Data System*) : classification internationale établie par l'*American College of Radiology* (ACR). Les images mammographiques sont classées en catégories dites ACR en fonction du degré de suspicion de leur caractère pathologique.

Figure 2 : Cancer du sein : modalités de dépistage en fonction du risque, iconographie de Pascal Marceau tirée du site de la HAS (20)

Cet examen gynécologique systématique, hors pathologie, est recommandé mais il n'est pas obligatoire, il doit être laissé à l'appréciation de la patiente et précédé de son consentement (21). Nous verrons plus en détails la palpation mammaire dans la sous-partie qui suivra.

Ensuite, à partir de 50 ans, la femme rentre dans une période plus à risque de développer un cancer du sein. Ainsi un dépistage organisé plus poussé doit être mis en place. Ce dépistage rentre dans le cadre d'un dispositif national mis en place par les autorités de santé depuis 2004 : le programme national de dépistage du cancer du sein. De ce fait, à partir de 50 ans et jusqu'à 74 ans, il est recommandé à la femme de pratiquer une mammographie tous les deux ans. On préconise de pratiquer la mammographie à partir de 50 ans car près de 80% des cancers du sein se développent après cet âge-là.

L'intervalle de deux ans a été choisi dans le but de détecter de façon précoce un cancer du sein sans ajouter un risque de développer un cancer entre deux mammographies dû à la surexposition du sein au rayonnement (22). La mammographie est décrite comme étant une radiographie des seins à faible dose de rayons X afin d'obtenir des clichés mammaires sous différents angles pour y repérer une anomalie. Les clichés sont pris de face et sous un angle oblique pour comparer les différents côtés du sein. L'appareil utilisé est un mammographe et l'acte est pratiqué par le radiologue. La mammographie est souvent complétée avec un examen clinique des seins juste après celle-ci afin de détecter au palper, certaines anomalies non vues à l'imagerie. La mammographie est réalisée soit dans le cadre du dépistage organisé, soit à la suite de symptômes détectés. Elle permet donc soit un dépistage, soit un diagnostic de cancer (23,24).

D'après la loi n°2004-806 du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique, l'objectif du dépistage organisé est : « de réduire le pourcentage de cancers à un stade avancé parmi les cancers dépistés chez les femmes, notamment par l'atteinte d'un taux de couverture du dépistage de 80% pour les femmes de 50 à 74 ans. » (25).

Si la consultation de suivi gynécologique est remboursée à hauteur de 70%, la mammographie réalisée tous les deux ans entre 50 et 74 ans, elle, est prise en charge à 100% par l'assurance maladie (26).

1.3.2 La palpation mammaire

Comme vu précédemment, la palpation mammaire rentre dans le cadre du suivi gynécologique annuel de la femme. Mais la palpation est un examen des seins qui peut être utilisée également dans d'autres circonstances³. Cependant, dans la suite de ce développement, nous parlerons de la palpation mammaire dans un cadre de dépistage des cancers du sein uniquement.

De plus, lorsque nous traiterons de palpation mammaire, nous inclurons implicitement que l'examen clinique s'accompagne d'un temps d'observation visuelle.

³ Comme par exemple en post-partum afin de détecter une montée de lait ou de rechercher une lymphangite ou un abcès du sein.

En effet, il est recommandé d'observer la poitrine avant de la palper. Ainsi même si, par défaut, nous utiliserons le terme de palpation mammaire il sous entendra également une observation des caractéristiques des seins.

D'après les recommandations du Guide pratique de gynécologie, la palpation mammaire par le soignant devrait être réalisée, chez toutes les femmes qu'elles soient jeunes ou non (à partir de 25 ans) et qu'elles soient à risque ou non de cancer du sein, et ce chaque année (27).

Au cours de la consultation gynécologique plusieurs critères doivent être abordés avant de passer réellement à la palpation en elle-même. Tout d'abord, avant d'examiner cliniquement les seins, la sage-femme fait l'historique des antécédents que peut présenter sa patiente, tels que : l'âge de la patiente, l'âge des premières règles, les grossesses qu'elle a eues, les allaitements pratiqués, les antécédents familiaux notamment de cancer du sein, la prise de contraceptifs ou de traitements hormonaux.

Il est également judicieux de connaître les chirurgies antérieures auxquelles la patiente aurait pu avoir recours en particulier celles au niveau de la poitrine, et de consulter les examens complémentaires qu'elle aurait déjà pu avoir fait. Mais il est également important de se pencher sur son mode de vie (sujette au stress, consommation de toxique, etc.). La sage-femme doit garder à l'esprit que la glande mammaire change de texture en fonction de la vie de la patiente. Notamment, une jeune femme aura une poitrine naturellement et physiologiquement plus glandulaire et plus dense qu'une patiente plus âgée qui, elle, aura une poitrine plus envahie par le tissu graisseux (27).

La palpation mammaire va s'initier sous deux contextes majoritaires : soit à chaque consultation annuelle gynécologique de la patiente dans le cadre de son suivi ; soit suite à une plainte de la patiente par rapport à une douleur mammaire, une grosseur qu'elle aurait ressentie au niveau de la poitrine, un changement d'aspect de son sein, un écoulement remarqué, ou toute autre anomalie détectée. Si la consultation se fait dans le cadre du second contexte, la sage-femme va faire une anamnèse précise, afin d'affiner son hypothèse de diagnostic.

Par exemple, elle recherchera la date d'apparition du changement, les différentes modifications observées par la patiente, quels types ou encore les localisations (21,28). D'après le Guide pratique de gynécologie, il a été montré qu'entre 40 et 50 ans, c'est surtout la découverte d'une anomalie à l'autopalpation par la patiente qui la poussera à consulter pour un examen clinique des seins (27).

Ensuite la sage-femme commencera l'examen par une observation d'ensemble de la poitrine de sa patiente, à la recherche de plusieurs critères : asymétrie entre les deux seins (de volume et/ou d'aspect) ; répartition atypique du tissu mammaire et de la peau : peau d'orange, rides, rétraction du tissu mammaire ou du mamelon, apparition d'une grosseur visible à l'œil nu, voussure, ulcération, épaissement de la peau sur une région, plaque rougeâtre ; écoulement (marron, laiteux, sanglant) du mamelon. La sage-femme peut également demander à la patiente de contracter les pectoraux pour apprécier une symétrie de la poitrine à l'effort ou de se pencher en avant afin de faire jouer la gravité et d'observer la glande sous tous ses angles (21,29).

Enfin, vient le temps de la palpation à proprement dit. Elle est faite sur les deux seins de façon symétrique, sans oublier l'aréole, le mamelon en lui-même et les aires ganglionnaires axillaires, sus et sous-claviculaires. Au niveau des recommandations, il existe plusieurs façons de procéder à cette palpation : quadrant par quadrant, en cercles concentriques, en suivant des lignes allant de haut en bas (21). Si une anomalie est détectée lors de l'observation clinique des seins, on commencera la palpation par le côté sain (5).

Il est plutôt recommandé de pratiquer cet examen clinique des seins en début de cycle, souvent juste après les menstruations, pour les patientes non ménopausées.

Et pour celles qui le sont et qui sont sous traitement hormonal substitutif, il doit être réalisé toujours à la même période (21).

La palpation des seins se pratiquera dans deux positions différentes, il est souvent recommandé de la pratiquer d'abord en positionnant la patiente assise, puis en position couchée, bras le long du corps puis à 90 degrés pour les deux positions.

La palpation du soignant se fera à l'aide des extrémités des trois doigts médians en exerçant différentes intensités de pression. Comme dit précédemment, il est possible d'utiliser des méthodes différentes pour procéder à la palpation. La sage-femme pourra réaliser des mouvements centripètes en partant de l'extérieur du sein pour se rapprocher vers le mamelon. Ou elle pourra utiliser des mouvements de bas en haut qui découperont le sein en deux selon un axe horizontal. Enfin, elle pourra palper le sein en effectuant des mouvements en spirale partant de l'extérieur du sein pour finir par le mamelon. Dans tous les cas, la palpation doit inclure une palpation du mamelon et une expression de ce dernier (21).

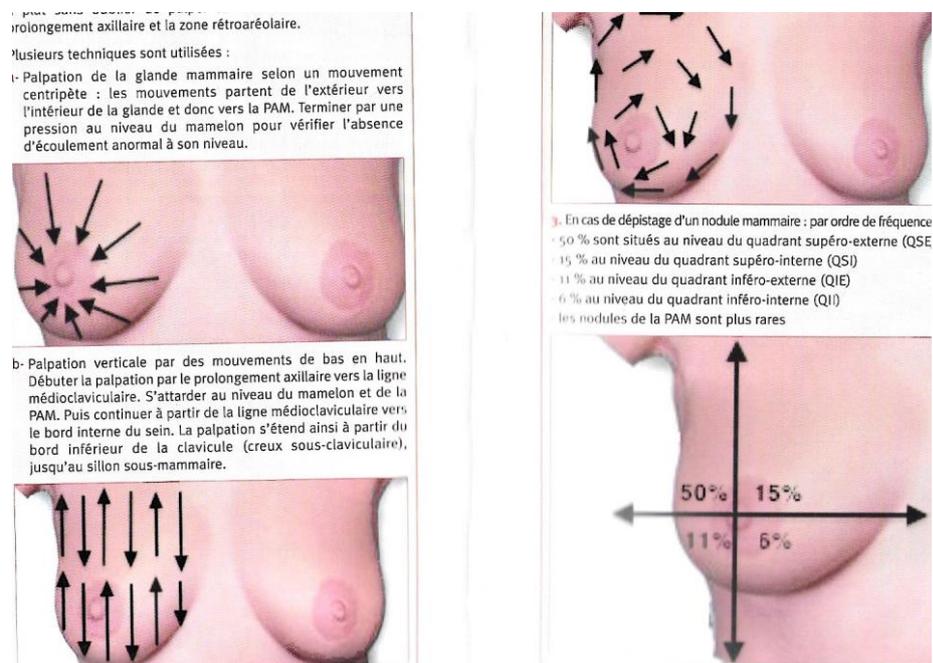


Figure 3: iconographie sur les méthodes de palpation mammaire tirée du livre *Protocoles gynécologie-obstétrique* par Thierry Routiot et Shuhui Chen page 28 et 29, édition Médicilline 2013 (21)

Les aires ganglionnaires ne doivent pas être oubliées et doivent être également soigneusement palpées. La zone ganglionnaire s'étend du bord latéral du muscle grand pectoral au bord antérieur du muscle grand dorsal. L'aire ganglionnaire axillaire va être palpée avec la main à plat afin de faire rouler les éléments sous le bout des doigts.

Pour les creux sus et sous-claviculaires on utilisera, comme pour l'ensemble de la glande mammaire, la pulpe des trois doigts médians. Lors de la palpation des aires claviculaires, il peut être conseillé de demander à la patiente de bien relâcher les épaules et d'incliner la tête du côté opposé à la clavicle palpée afin de relâcher le muscle sterno-cléido-mastoïdien et le muscle trapèze.

La palpation d'un ganglion sus-claviculaire, également appelé ganglion de Troisier, est de très mauvais pronostic car il est souvent le témoin de métastases (5,21).

A l'état physiologique, la glande ne donne pas un aspect trop grenu quand on la palpe (5). Lors de la palpation des différentes zones, le but va donc être de repérer la présence d'une masse. Si cela est le cas, il va falloir déterminer sa mobilité, sa taille ou encore sa consistance (21). La mobilité de la possible tumeur pourra être appréciée de différentes manières. Tout d'abord en la faisant rouler sous la pulpe des doigts.

Mais également en demandant à la patiente d'écartier les bras et de les ramener vers le corps tandis la sage-femme s'oppose d'une main à ce mouvement et qu'elle palpe la mobilité du nodule avec l'autre. Cette méthode a pour objectif de faire contracter le muscle grand pectoral, c'est ce que l'on appelle la manœuvre de Tillaux. Si la tumeur est fixe lors de cette manœuvre cela devrait signifier un envahissement du plan profond par cette dernière (5,27).

Paraitront suspect, un écoulement plutôt sanglant ou séreux ; un ganglion palpable d'une taille supérieur à un centimètre et peu mobile ; une masse mal délimitée aux contours irréguliers, adhérente à la peau, au muscle pectoral ou au mamelon (5).

Si une anomalie est observée ou palpée, ou si le moindre doute s'installe, la sage-femme pourra compléter cet examen clinique des seins par la prescription d'examen complémentaires comme la mammographie bilatérale ou une échographie mammaire, plus ou moins associées à une biopsie des cellules de la masse ou de l'écoulement afin d'écartier ou de confirmer le diagnostic de cancer (21).

Elle pourra également rediriger la patiente avec l'ensemble de son dossier vers un confrère gynécologue puisque l'on sort du cadre de ses compétences.

De plus, si une anomalie est décelée à la palpation, tous les renseignements autour de celle-ci devront être renseignés dans le dossier de la patiente via une fiche très complète composée notamment de schémas à complétés (27).

CLINIQUE	
COTE : Dt <input type="checkbox"/> Gche <input type="checkbox"/>	LOCALISATION :
Cytoponction : sur T : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> sur N : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	microbiopsie : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Résultat anapath :	
Biopsie chirurgicale - date - anapath	Aspect de Paget du mamelon <input type="checkbox"/> Rétraction du mamelon <input type="checkbox"/>
Densification : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Tuméfaction palpable : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Taille clinique :x cm Distance mamelon – centre T :cm Rayon horaire :H Ecoulement mamelon : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Capiton <input type="checkbox"/> Peau d'orange <input type="checkbox"/> Infiltration cutanée <input type="checkbox"/> Nodule de perméation <input type="checkbox"/> Ulcération cutanée <input type="checkbox"/> Extension directe à la paroi <input type="checkbox"/> Inflammation PEV 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Autre foyer T clinique homolatéral oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Autre foyer T imagerie homolatéral oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Autre foyer controlatéral oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	T 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> N 0 <input type="checkbox"/> 1a <input type="checkbox"/> 1b <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
Mentionner les cicatrices	

Figure 4 : exemple de fiche à compléter à l'issue d'un examen clinique des seins, fiche tirée du livre Protocoles gynécologie-obstétrique page 30, édition Médicilline 2013 (21)

Il ne faut pas oublier qu'il y a certaines limites à cette palpation. En effet, le volume des seins peut être un frein s'ils sont très volumineux ou s'ils ont déjà subis une opération. La consistance du sein peut entraîner une palpation plus compliquée notamment si cette dernière est plutôt fibreuse. De plus, on peut remarquer qu'un certains nombres de cas peuvent entraîner des cancers faux positifs ou faux négatifs. Par exemple, une tumeur maligne de taille trop petite, non palpable, n'entraînera pas, à tort, le diagnostic d'un cancer du sein. D'autres pathologies, non cancéreuses, peuvent de par leurs symptômes, faire grandement penser à un cancer du sein alors qu'il n'en est rien. C'est le cas notamment de la cystostéatonecrose qui engendre la rétraction de la peau, une tumeur phyllode qui donne une masse volumineuse bosselée ou encore un état inflammatoire du sein comme une galactophorite. Enfin, il ne faut pas occulter que la palpation mammaire reste un acte médical et donc que le consentement de la patiente doit être recherché à chaque étape. La patiente peut donc refuser cette palpation par le soignant.

Dans ce cas-là, une observation visuelle pourra toujours lui être proposée, sans contact du soignant avec la poitrine (5).

1.4 Controverses internationales autour de la palpation mammaire

Maintenant que nous avons vu l'intérêt et le processus de la palpation mammaire dans le cadre du dépistage du cancer du sein chez la femme, quelques questions peuvent émerger. La palpation mammaire est-elle réellement réalisée comme cité ci-dessus ? Est-elle vraiment fiable pour le dépistage du cancer du sein ? Les études ont-elles prouvé sa réelle efficacité ? C'est face à cette remise en question de nos pratiques s'accompagnant d'un recul relatif à la palpation, que de nombreuses controverses naissent à l'international. Nous verrons dans cette partie les faiblesses décrites au niveau international puis nous nous focaliserons sur les pratiques du Canada.

1.4.1 Les problématiques soulevées à l'international autour de la pratique de la palpation mammaire

Premièrement, selon Albert US. et Schulz KD., 2003, même si l'examen clinique des seins est un acte peu coûteux, facilement réalisable par tous car pouvant être enseigné et ne nécessitant pas de matériel spécifique, il n'existe pas de données qui montreraient la contribution de l'examen clinique des seins, et donc de la palpation mammaire dans la détection du cancer du sein à un stade plutôt précoce (30). En effet, d'après Le Guide pratique de gynécologie de Pélissier-Langbort, 2001, la palpation mammaire ne permettrait de retrouver que des tumeurs qui sont forcément palpables. Ainsi, si la tumeur peut être palpée c'est que cette dernière mesure déjà environ un à deux centimètres, signifiant une tumeur déjà bien développée et donc un gros risque de cancer avancé (27).

Ainsi, les cancers du sein qui sont détectés par mammographie, qu'importe l'âge de la femme, sont plus susceptibles d'être à un stade encore précoce, et donc de ne pas avoir encore envahi les tissus, comparé à ceux qui sont détectés par la palpation.

De même, une étude de Perdue PW., Galbo C. et Ghosh BC de 1995, a démontré que les cancers invasifs qui sont détectés par mammographie sont de stade inférieur à ceux qui sont détectés par l'examen clinique des seins (31). De ce fait, il peut être conclut, dans un premier temps, que la palpation mammaire dans le cadre du dépistage du cancer du sein, permet de détecter certaines lésions cancéreuses, cependant ces lésions, palpables, signifient souvent un cancer à un stade plutôt avancé et invasif. Alors que la mammographie, en comparaison, permet de dépister plus précocement un cancer du sein.

Deuxièmement, les auteurs vu ci-dessus Albert US. et Schulz KD. (2003) ainsi que l'auteur Jatoi I. (2003) ont cherché à analyser l'effet de la palpation utilisée de façon isolée (sans mammographie associée) sur la mortalité par cancer du sein. Dans ce sens, ces derniers concluent qu'il n'existe, en ce jour, aucunes données provenant d'essais randomisés qui attesteraient du bénéfique et donc de la réduction de la mortalité grâce à la palpation mammaire, ni de l'amélioration de la qualité de vie (30,32).

Une étude du centre d'étude et de prévention en oncologie de Florence, a montré qu'entre 1974 et 1981, 1450 cas de cancer du sein ont été détectés chez 34 677 femmes. Dans 47 cas de cancer, l'examen physique des seins était complètement normal car la tumeur n'était pas palpable. Alors que pour 185 autres cas de cancer, le diagnostic était bénin, pas de signes suspects. La sensibilité de l'examen physique des seins apparaît être de 84%.

Grâce à cette étude, les auteurs s'accordent pour dire que l'examen physique a une bonne sensibilité dans le cas où les femmes sont déjà symptomatiques et ont elles-mêmes retrouvé des anomalies à l'autopalpation. Cependant, dans le cas du diagnostic précoce de cancer du sein, l'examen physique ne peut être le seul outil utilisé, car si la patiente est asymptomatique, la probabilité de palper une masse par le professionnel est très faible (33). Il en découle, que si l'examen clinique revient positif, il conviendra de réaliser un examen complémentaire pour approfondir les caractéristiques de la lésion retrouvée.

Et à l'inverse, si rien n'est retrouvé chez une femme asymptomatique, il apparaît que l'examen clinique ne soit pas suffisant pour affirmer l'absence de tumeur.

S'il faut coupler cet acte médical avec un autre examen, on peut se poser des questions sur sa sensibilité. C'est pourquoi de nombreuses organisations internationales, telles que la Société Canadienne du cancer, ne les recommandent plus dans leurs méthodes de dépistage (34,35).

Notons que sur le site de l'OMS nous ne retrouvons pas de recommandation propre sur de la palpation mammaire. On retrouve uniquement des données sur l'autosurveillance de sa poitrine par la femme elle-même, mais rien n'atteste d'un intérêt réel d'un examen clinique des seins réalisé par un soignant (30,36).

1.4.2 Le point de vue du Canada sur le dépistage

Le Canada est un des pays développés ayant déjà pris le parti de ne plus recommander la palpation mammaire comme dépistage du cancer du sein. Pourtant, le Canada est loin d'être en marge niveau dépistage. En comparant l'incidence de tout type de cancer chez la femme en 2020 en France et au Canada on obtient des taux fortement proches. En effet, pour la France l'incidence de développer un cancer chez la femme est de 283 cas pour 100 000 habitantes contre 280 cas pour 100 000 habitantes au Canada (les taux ont été standardisés selon l'âge afin de pouvoir comparer les résultats obtenus) (37). Ainsi, si les taux de survenu d'un cancer en France et au Canada sont relativement proches, cela s'explique sûrement par leurs campagnes de dépistage efficaces, qui permettent de déceler la majorité des cas de cancer. Cependant les méthodes de dépistage des canadiens sont relativement différentes des nôtres, et notamment en termes de dépistage du cancer du sein chez la femme.

Le gouvernement du Canada semble mettre totalement de côté la pratique de la palpation mammaire par un professionnel. En ce sens, un groupe d'étude canadien ont travaillé sur les soins de santé préventifs. Ce groupe d'étude est composé de 14 experts en soins primaires et en prévention qui édictent des guides de pratique clinique en matière de soins primaires et de soins préventifs au Canada en s'appuyant sur les données scientifiques en vigueur.

Depuis 2011, ce groupe d'étude déconseille l'autopalpation des seins et l'examen clinique des seins, réalisé par tout professionnel de santé, seul ou en association avec une mammographie. Le groupe s'est appuyé sur un constat, aucune donnée probante ne montre que l'une des deux méthodes réduise les cas de cancer du sein et les décès qui en sont associés pour les femmes de 40 à 74 ans. Au contraire, utilisées à mauvais escient, ces pratiques peuvent accroître les effets négatifs dont l'augmentation du nombre de biopsies mammaires bénignes (38,39).

Ainsi cette recommandation de non palpation par le soignant et de ne pas préconiser l'autopalpation prend en compte les préjudices potentiels de ces pratiques et du manque de données scientifiques autour de leur efficacité (38).

Nous pouvons alors nous demander sur quoi s'axe le dépistage du cancer du sein au Canada. Les instances canadiennes préconisent de réaliser une mammographie de dépistage tous les deux ou trois ans à partir de 50 ans et jusqu'à 74 ans.

Tout au long de cette classe d'âges, les bienfaits de la mammographie vont l'emporter sur ses méfaits et des décès seront évités. On recommande de la pratiquer tous les deux à trois ans car il a été démontré qu'un test annuel, par exemple, serait plus néfaste pour la patiente qu'aidant dans le dépistage d'un cancer. Entre 40 et 49 ans, le Canada ne met pas en place de mammographie car le risque de cancer du sein pour cette tranche d'âge est faible, ainsi les faux positifs à l'issue de la mammographie seraient trop élevés. Après 74 ans, le Canada conseille aux femmes de voir au cas par cas avec leur médecin car les méfaits de l'irradiation par la mammographie sont élevés (39,40) (Annexe 1).

De la même façon, le partenariat canadien contre le cancer accentue bien sur le recours à la mammographie comme examen de dépistage initial (41).

D'autres outils de dépistage comme les ultrasons peuvent être utilisés. Mais ces derniers le sont très peu car il est montré que la mammographie est le moyen le plus efficace de dépister les cancers du sein aux premiers stades (39).

Sur le site de la fondation cancer du sein Québec, seuls les dépistages via la mammographie et l'auto-examen des seins sont mentionnés. Cette fondation préconise aux femmes de connaître l'aspect de leurs seins afin de repérer une anomalie. Quant à la palpation mammaire dans le cadre d'un dépistage précoce du cancer du sein, aucune donnée et aucune recommandation ne sont citées (42).

Enfin, le réseau canadien des survivants du cancer insiste bien sur le fait que la mammographie est la seule méthode de dépistage qui a prouvé son efficacité, réduisant le taux de mortalité du cancer du sein de 20 à 30%. Pour ce qui est de l'auto-examen des seins, on pourrait conclure sur le point de vue du Canada en disant que son efficacité est très largement controversée mais que sa pratique permet de redonner un contrôle à la femme sur son propre corps en les rendant responsables de leur santé et en émettant un premier signe d'alerte lorsqu'une anomalie apparaît.

Qu'importe la source consultée, fondation, association, gouvernement canadien, aucune donnée ne permet d'attester que l'examen clinique des seins par le soignant ait un réel intérêt. Ceci en fait une pratique délaissée dans la prévention et le dépistage du cancer du sein au Canada (43).

Concernant les chiffres sur le du cancer du sein en France et au Canada. En 2022, il est estimé que 28 600 cancers du sein seront diagnostiqués chez les canadiennes et 5 500 en mourront (44). On peut donc calculer le taux de mortalité spécifique par cancer du sein en France et au Canada :

- France : $12\ 100 / 59\ 000 = 0,21$.
- Canada : $5\ 500 / 28\ 600 = 0,19$.

Ainsi, le taux de mortalité spécifique par cancer du sein en France en 2018 est de 0,21 et il est de 0,19 au Canada en 2022, deux valeurs relativement proches. Outre le fait que le Canada et la France dépistent de façon plus ou moins équivalente les cancers chez la femme, le taux de mortalité par rapport au cancer du sein l'est aussi.

Nous avons vu précédemment que plus les cancers du sein sont découverts tardivement, plus le pronostic devient sombre. Le taux de mortalité par cancer du sein au Canada étant sensiblement le même que celui en France, il en découle que le Canada ne diagnostique pas les cancers du sein chez la femme de façon plus tardive que la France, malgré des campagnes de dépistages très différentes. La palpation mammaire ne semble, ainsi, pas une méthode indispensable dans le dépistage précoce du cancer du sein chez la femme au Canada.

Nous avons également vu dans la partie sur la palpation mammaire théorique, qu'il y avait différentes manières de procéder à la palpation mammaire. Ainsi il paraît compliqué d'obtenir un examen des seins précis en raison du manque de cohérence et de normalisation des techniques des différents professionnels dans la pratique de cet acte (45). Enfin, dans le Guide Pratique de Gynécologie, page douze, nous pouvons lire (27) :

« L'autopalpation, et l'examen mammaire tous les six mois, constituent des éléments sérieux de dépistage, mais restent décevants. »

Ainsi, il semblerait que le penchant de la balance bénéfice-risque doive être sérieusement analysé avant d'inclure l'examen clinique des seins, et donc la palpation mammaire dans notre dépistage systématique du cancer du sein (46). C'est pourquoi nous allons à présent nous intéresser à cette procédure au travers d'une étude directement proposée aux sages-femmes la pratiquant.

2. Méthodologie de l'enquête

2.1 Présentation de l'étude

L'étude menée est quantitative, transversale, descriptive et observationnelle dans une population ciblée. Elle a été construite via un auto-questionnaire adressé aux sages-femmes.

Toutes les données vues dans la partie sur les controverses internationales peuvent nous amener à nous questionner sur l'utilité de la pratique, de nos jours, de la palpation mammaire dans le cadre du dépistage du cancer du sein chez la femme en France. Ainsi, le but de cette étude a été d'investiguer et comparer les différentes méthodes de palpation mammaire chez les sages-femmes. Nous comparerons ensuite la palpation mammaire selon les standards prescriptifs tels que nous l'avons décrite dans la partie précédente, avec celle réellement pratiquée. De plus, nous analyserons les données complémentaires associées à la palpation faite par la sage-femme (examens complémentaires prescrits, cancers du sein détectés, faux positifs). Enfin, cette étude a pour but également de s'intéresser à l'expérience subjective des sages-femmes face à la pratique de cet examen (sentiment de fiabilité, sensibilité, spécificité, formation, expérience). Nous souhaiterons de par cela, documenter la reproductibilité et la fiabilité de cette pratique. Rappelons que nos hypothèses avant de commencer l'enquête, sont que la palpation mammaire dans le cadre du dépistage du cancer du sein est une technique peu fiable, car utilisée de façon praticien dépendant, et que son intérêt peut être remis en question du fait d'une sensibilité et une spécificité finalement assez faible, comme cela a déjà été considéré dans certains pays.

Notre questionnaire s'adressera majoritairement aux sages-femmes exerçant en secteur libéral puisque ce sont celles qui sont le plus à même de pratiquer la palpation mammaire dans le cadre du suivi gynécologique des femmes. Ceci représentant notre critère d'inclusion à l'enquête. A contrario, les sages-femmes n'exerçant pas le suivi gynécologique (et donc la palpation mammaire) en seront exclues.

Notre enquête a été diffusée grâce au Conseil de l'Ordre des Sages-Femmes ainsi que la publication du questionnaire via la boîte mail professionnelle des sages-femmes libérales. Ainsi, les sages-femmes ont pu y accéder directement en ligne via un lien RedCap, site qui protège les données, et où a été construit le questionnaire. Compte tenu de la participation des répondants, il n'a été besoin de réaliser qu'une seule relance pour répondre à ce dernier.

Les questions posées ne concernaient pas des données sensibles, et n'étaient pas nominatives, l'enquête a été lancée sous la forme d'un auto-questionnaire anonyme. C'est pourquoi, cette étude n'a pas eu besoin de l'approbation de la Commission de protection des personnes pour être mise en ligne. De plus, toutes les données recueillies ont été protégées grâce à un ordinateur disposant d'un mot de passe. Elles ont été, par la suite, analysées sous forme statistique pour pouvoir être interprétées.

Notre étude s'est étalée sur cinq mois, de septembre 2023 à février 2024. Cette durée a représenté le temps nécessaire au recueil et à la saisie des données, à l'analyse statistique et à la rédaction du rapport en découlant.

Les questions qui ont figuré dans cet auto-questionnaire étaient de 49 questions au maximum (Annexe 2).

2.2 Présentation des résultats

2.2.1 Taille de l'échantillon

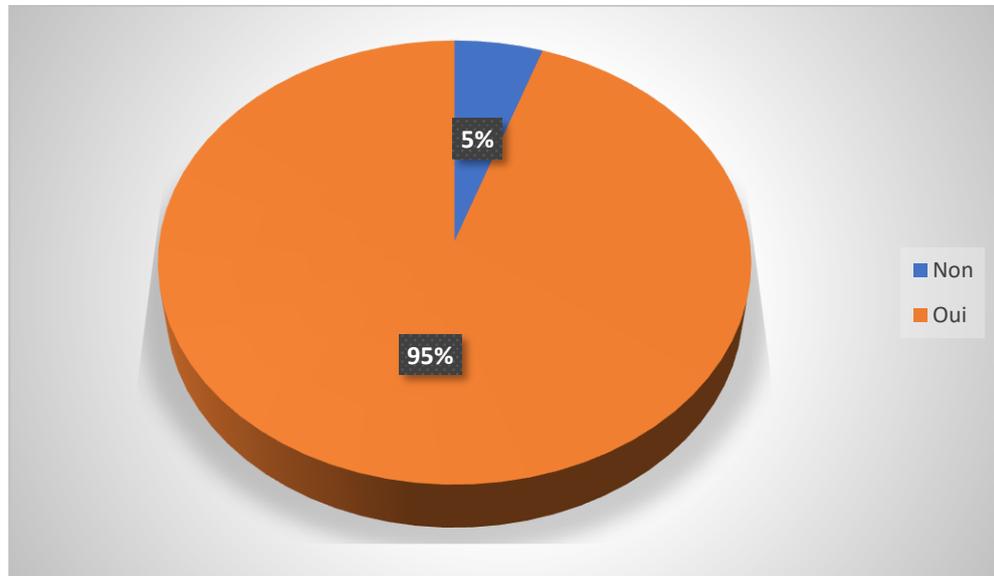


Figure 5 : Participation des sages-femmes au suivi gynécologique des femmes (n = 322)

Au total, 322 sages-femmes ont répondu au questionnaire, dont 5% (soit 17 sages-femmes) ne pratiquaient pas le suivi gynécologique des femmes. Cette question permettait ainsi d'exclure la population des sages-femmes ne rentrant pas dans les critères d'inclusion pour la suite du questionnaire. Ce qui a porté le nombre de sujets total pour le reste du questionnaire à 305.

2.2.2 Présentation de la population

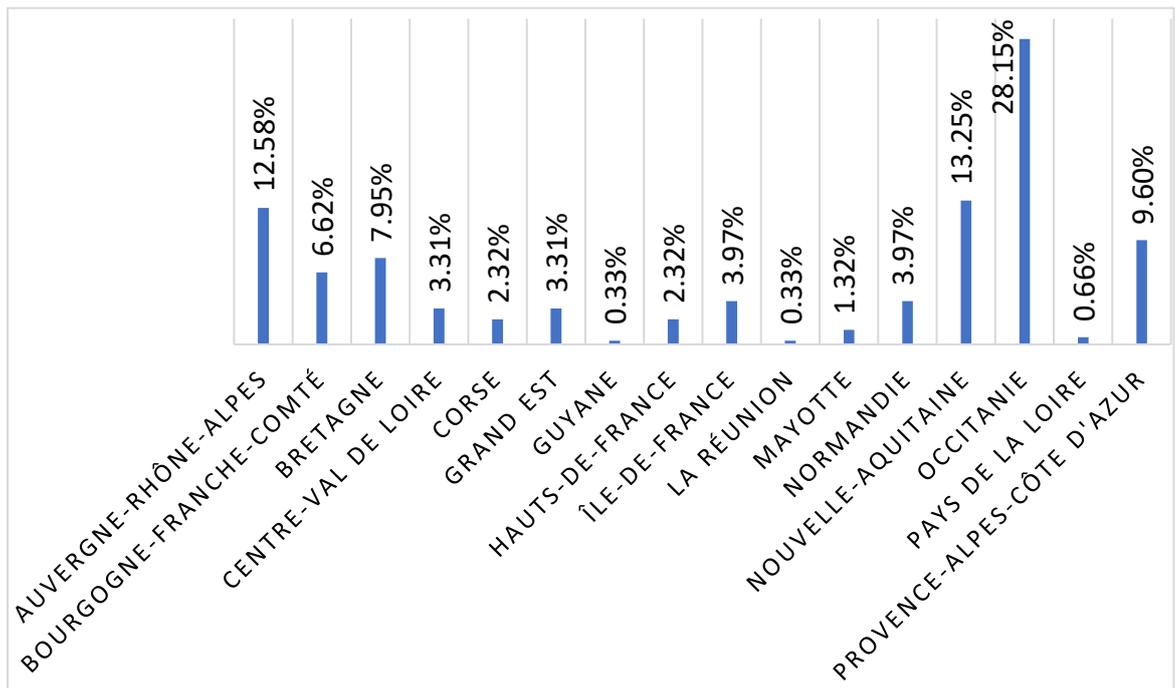


Figure 6 : Répartition des sages-femmes interrogées en fonction de leur région d'exercice (n = 302)

Sur les 305 sages-femmes pratiquant le suivi gynécologique, 302 d'entre elles ont précisé leur région d'exercice. La majorité des réponses au questionnaire provenaient des régions du sud de la France. 16 des 18 régions françaises ont été représentées dans les réponses au questionnaire, la région Occitanie a été la plus représentée avec 28,15% des réponses. La Guadeloupe et la Martinique sont les deux régions non représentées dans notre enquête.

Tableau 1 : Répartition en fonction des années d'exercice de la profession de sage-femme (n = 305)

Nombre d'année(s) d'exercice	Nombre de sage(s)-femme(s)
< 1 an	1
1 ≤ x ≤ 5 ans	55
5 < x ≤ 10 ans	68
10 < x ≤ 15 ans	73
15 < x ≤ 20 ans	44
20 < x ≤ 25 ans	38
25 < x ≤ 30 ans	11
30 < x ≤ 35 ans	6
35 < x ≤ 40 ans	6
40 < x ≤ 45 ans	3
Total	305

Tous les sujets de l'enquête ont mentionné le nombre d'années d'exercice de leur profession de sage-femme. On constate que la plupart des sages-femmes avaient entre 6 et 15 ans d'expérience puisque 46,23% des sages-femmes se situaient dans cet intervalle. 10 ans d'expérience était le nombre qui revenait le plus avec 6,56% de réponses, soit 20 sages-femmes.

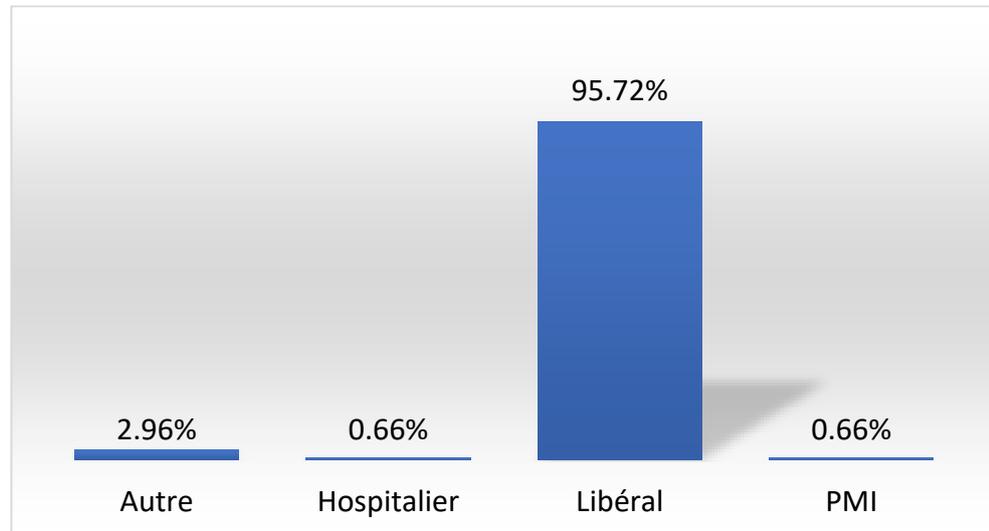


Figure 7 : Répartition des sages-femmes en fonction de leur lieu d'exercice (n = 304)

Quasiment la totalité des sages-femmes interrogées à travers ce questionnaire exerçaient en libéral (95,72% des réponses). Dans la catégorie « Autre », la majorité des réponses, soit 55,55%, correspondaient à un mi-temps hospitalier / libéral.

2.2.3 Présentation des pratiques cliniques

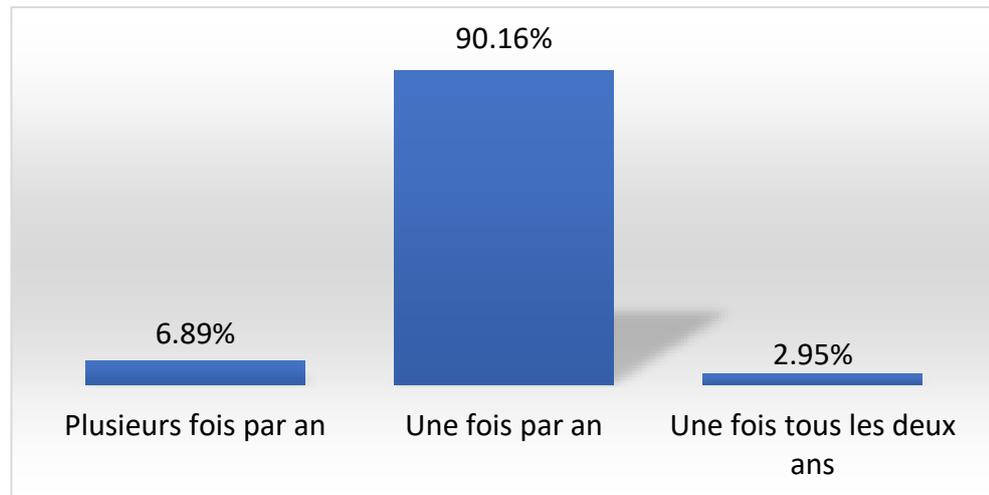


Figure 8 : Fréquence de pratique du suivi gynécologique (n = 305)

La plus grande partie des sages-femmes interrogées ont pris l'habitude de rencontrer leur patiente une fois par an pour leur suivi gynécologique de routine.

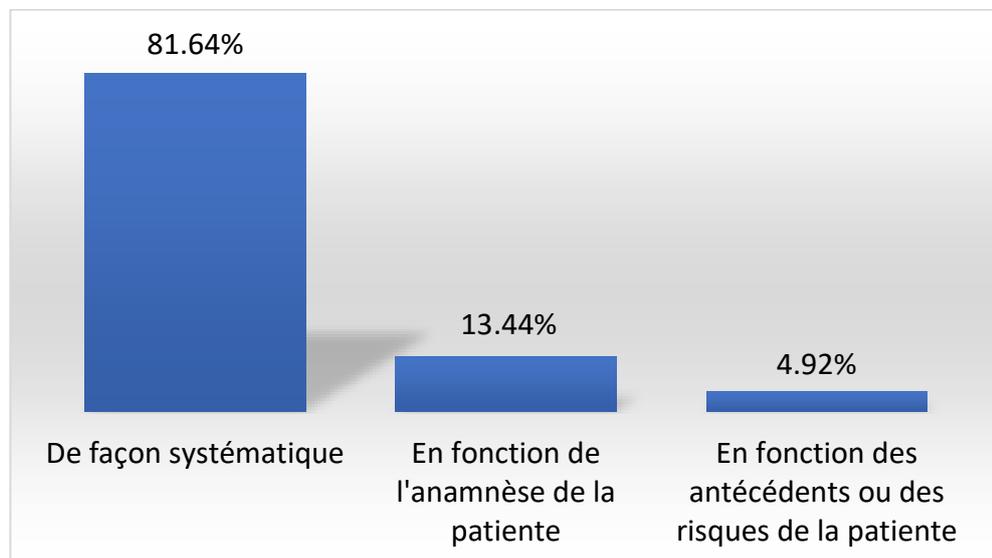


Figure 9 : Répartition du contexte de pratique de l'examen clinique des seins par les sages-femmes (n = 305)

Lors de ce suivi gynécologique, 81% des sages-femmes ont affirmé réaliser l'examen clinique des seins de façon systématique pour toutes leurs patientes. À l'inverse, la réponse « Jamais » n'a eu aucune réponse de la part des participants à l'enquête.

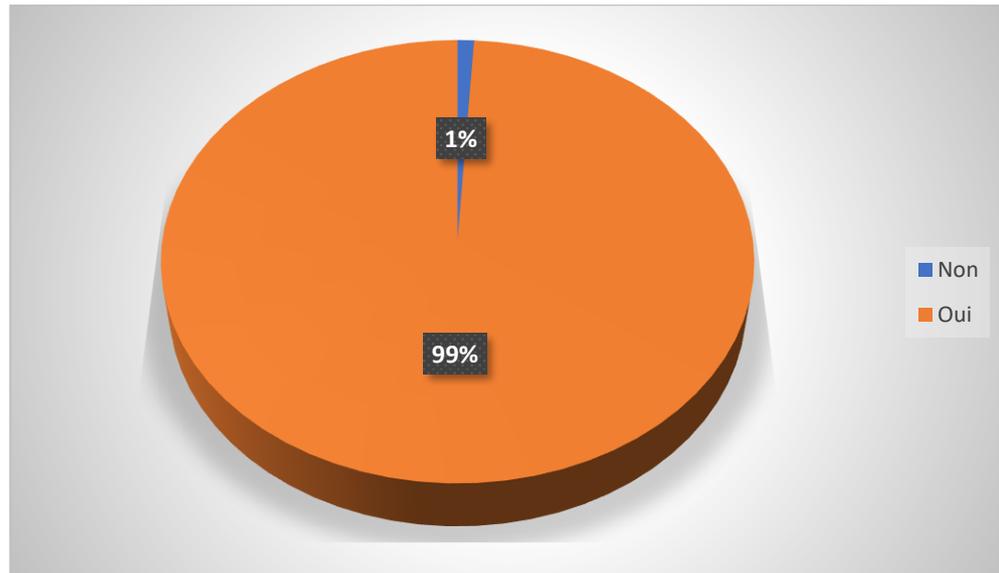


Figure 10 : Réalisation d'une observation visuelle avant la palpation mammaire (n = 305)

La quasi-totalité des sages-femmes ayant répondu à ce questionnaire semblaient pratiquer une observation visuelle de la poitrine de leur patiente avant de commencer une palpation mammaire. Dans les 1% restant, 2 réponses précisait que l'observation visuelle se pratiquait dans un second temps après la palpation, et 1 réponse affirmait que l'observation visuelle n'était pas pratiquée car elle était « évidente ».

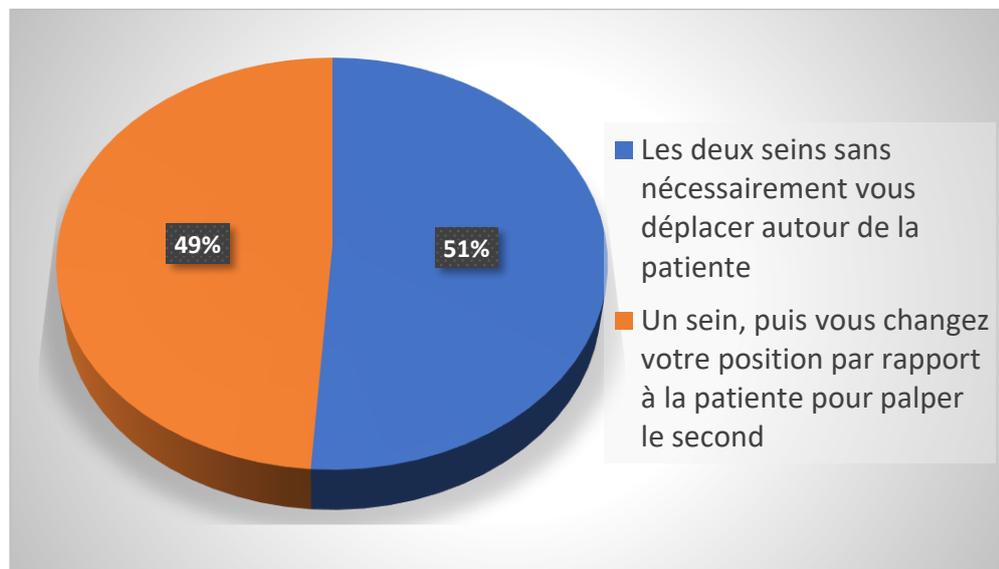


Figure 11 : Manière de pratiquer l'observation de la poitrine (n = 305)

Concernant la façon de pratiquer l'observation de la poitrine de leur patiente, les sages-femmes interrogées étaient plutôt également réparties en deux façons de faire.

D'une part 51% des sages-femmes se déplaçaient autour de la patiente pour pratiquer leurs observations, alors que 49% ne le faisaient pas.

Tableau 2 : Changement de position de la patiente lors de l'examen clinique des seins (n = 305)

Effectue un changement de position	Pourcentages
Oui	67,21%
Non	32,79%
Total	100% (n=305)

Plus de la moitié des sages-femmes ayant répondu à ce questionnaire, soit 67,21%, demandaient à leurs patientes de se mobiliser afin de visualiser et de palper la poitrine dans plusieurs positions différentes.

Tableau 3: Positionnements de la patiente adoptés par les sages-femmes pendant l'examen clinique des seins (n = 305)

Position de la patiente	Pratiquée	Non pratiquée	Totaux
Débout	9,84%	90,16%	100% (n= 305)
Assise	64,92%	35,08%	100% (n = 305)
Demi-allongée	57,38%	42,62%	100% (n= 305)
Complètement allongée	28,20%	71,80%	100% (n=305)

Les positions les plus adoptées par les sages-femmes étaient la position assise avec 64,92% de participantes et la position demi-allongée avec 57,28%. A contrario, on a pu observer que peu de praticiennes demandaient à leurs patientes de se positionner debout pour l'examen clinique des seins, avec seulement 9,84%.

2.2.3.1 Méthode pour la palpation du sein

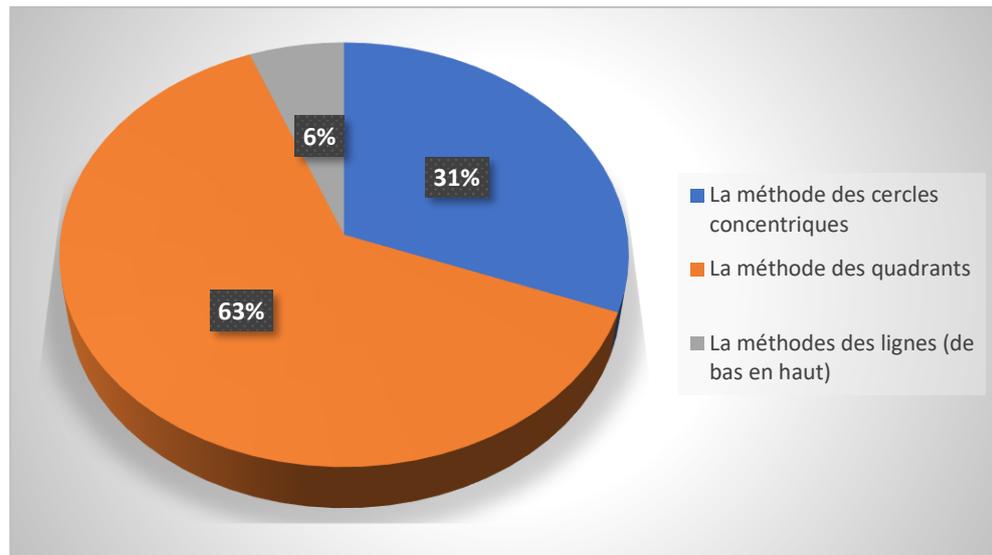


Figure 12 : Répartition des méthodes de palpation utilisées (n = 305)

Une grande partie du panel interrogé, soit 63%, utilisait la méthode des quadrants pour palper les seins des patientes.

Tableau 4 : Zones palpées lors de l'examen clinique des seins

Zone palpée	Pratiquée	Non pratiquée	Totaux
Mamelon de façon isolée	77,74%	22,26%	100% (n = 301)
Aires ganglionnaires axillaires	100%	0%	100% (n = 305)
Aires ganglionnaires sus-claviculaires	79,34%	20,66%	100% (n = 305)
Aires ganglionnaires sous-claviculaires	79,67%	20,33%	100% (n=305)

22,26% des interrogées ne pratiquaient pas la palpation du mamelon de façon isolée, soit 68 sages-femmes. Sur ces 68 sages-femmes, seulement 34 ont répondu à la question d'après précisant pourquoi elles ne la pratiquaient pas. Les réponses qui revenaient le plus indiquaient que la palpation du mamelon n'était pas faite de façon isolée car elle était comprise dans leur palpation globale (32,35%) ; et parce qu'elles n'étaient pas habituées ou formées à la faire (29,41%).

Concernant la palpation de l'aire sus-claviculaire, 20,66% des sages-femmes ne la pratiquaient pas soit 63 personnes. Parmi ces 63 personnes, 31 ont expliqué pourquoi : 77,42% de ces 31 personnes expliquaient ne pas avoir appris ou ne pas avoir pris l'habitude (et 9,68% ne faisaient que l'aire sous-claviculaire).

20,33% des praticiens interrogés ne pratiquaient pas la palpation mammaire sous-claviculaire, soit 62 personnes. Parmi ces 62 personnes, 28 expliquaient pourquoi : 85,71% des personnes interrogées ont déclaré ne pas avoir appris l'intérêt de cette pratique pour l'examen clinique des seins ou ne pas avoir pris l'habitude de la réaliser.

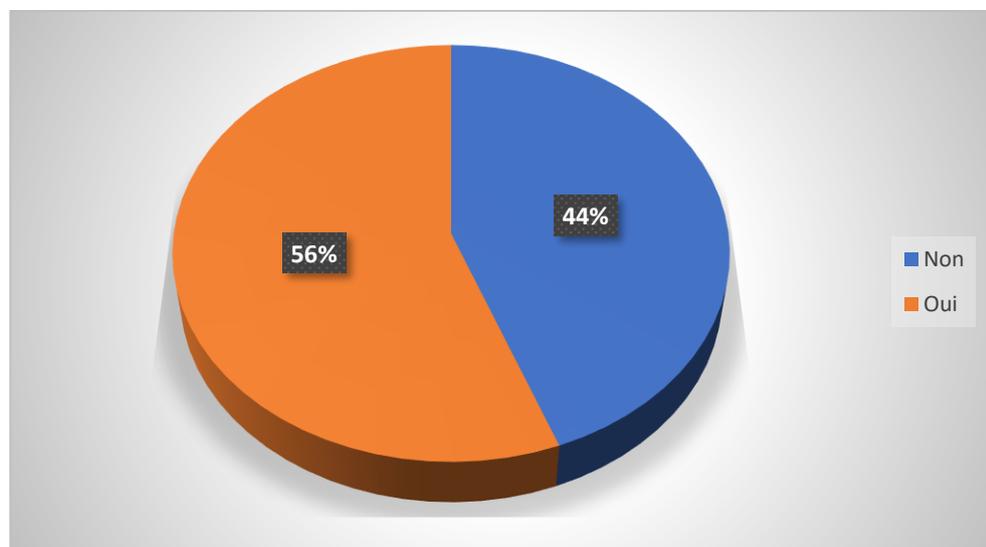


Figure 13 : Pratique de l'expression du mamelon (n = 303)

L'expression du mamelon à la recherche d'un écoulement pathologique semblait être une pratique disparate dans la population étudiée. 56% pratiquaient cette expression contre 44% ne la pratiquaient pas soit 134 praticiens.

Tableau 5 : Effectifs des raisons relevées de ne pas pratiquer l'expression du mamelon chez les sages-femmes interrogées (n=104)

Raisons	Nombre de réponses
Questionne la patiente si elle en a remarqué ou de le faire devant le professionnel	41
Pas fait systématiquement, que s'il y a d'autres symptômes/plaintes associés	16
Acte douloureux / Trop intrusif	9
Acte douloureux + Acte inutile	5
Recherche d'un écoulement spontané	4
Acte douloureux + Question posée à la patiente	4
Le professionnel n'y pense pas	3
Le professionnel ne sait pas pourquoi	3
Mal vécu par les patientes + Question posée à la patiente	3
Professionnel non formé à cet acte	2
Professionnel pas à l'aise avec cet acte	2
Acte douloureux + Gêne du professionnel	2
Pas l'habitude / Gêne + Question posée à la patiente	2
Pas formé à cet acte + Pas à l'aise avec	1
Trop de faux positif	1
Pour ne pas stimuler la glande mammaire	1
Pas fait systématiquement que si symptômes/plaintes associés + Gêne du professionnel	1
Acte trouvé trop aléatoire	1
Professionnel ne trouvant pas d'intérêt à cet acte	1
Car c'est une « évidence » selon le professionnel	1
Selon l'accord de la patiente	1
Total	104

Parmi les 134 personnes interrogées qui ne la pratiquaient pas, 104 ont expliqué la cause.

Nous avons pu remarquer que de nombreuses raisons différentes étaient énumérées, mais principalement, c'est-à-dire 41 personnes, soit 39,42% des 104 praticiens, ne faisaient pas d'expression du mamelon car ils demandaient à leurs patientes de le faire elles-mêmes devant eux ou si elles avaient déjà remarqué une telle chose. 16 sages-femmes, soit 15,38% étaient amenés à faire cette expression uniquement si d'autres symptômes apparaissaient durant l'examen.

2.2.3.2 Lorsqu'une masse est palpée

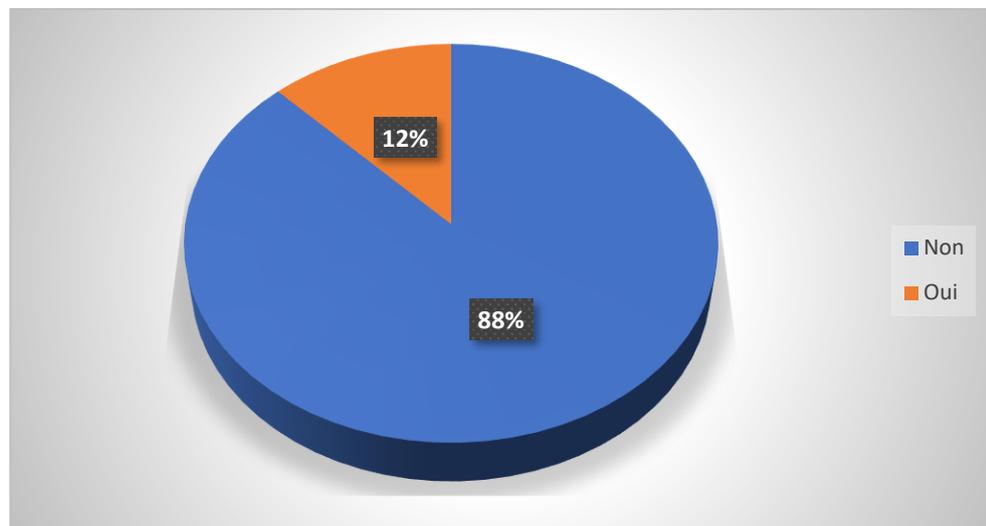


Figure 14 : Pratique de la manœuvre de Tillaux (n=302)

88% des participants à notre étude, soit 265 personnes, ne pratiquaient pas la manœuvre de Tillaux après palpation d'une masse. Nous avons donc essayé de chercher les raisons.

Parmi ces 265 praticiens, 217 ont précisé pourquoi. La majorité des sages-femmes interrogées, soit 89,4% de ces 217 personnes, n'ont jamais appris cette méthode et ne la connaissaient pas. Dans les explications restantes, 3,7% se référaient directement à des examens complémentaires après palpation d'une masse sans pratiquer cette méthode ; 1,4% ont rapporté ne pas la maîtriser ; 1,4% n'ont jamais eu à la faire car n'ont jamais palpé de masse ; 1,4% ne connaissaient pas la méthode et se référaient directement après palpation d'une masse ; 0,9% ne savaient pas pourquoi elles ne la pratiquaient pas ; 0,5% ne connaissaient pas cette méthode et n'ont jamais palpé de masse ; enfin, 3 réponses n'étaient pas interprétables.

Tableau 6 : Façon de consigner les observations faites (n = 305)

Façon de consigner leurs observations	Pourcentages
Dossier numérique ou papier à l'écrit + schéma détaillé	20,33%
Dossier numérique ou papier à l'écrit uniquement	78,69%
Schéma numérique ou papier uniquement	0,65%
Autre (sur l'ordonnance d'imagerie)	0,33%
Total	100% (n=305)

Lors de la palpation d'une masse, les praticiens interrogés consignent leurs observations majoritairement dans le dossier numérique ou papier à l'écrit uniquement.

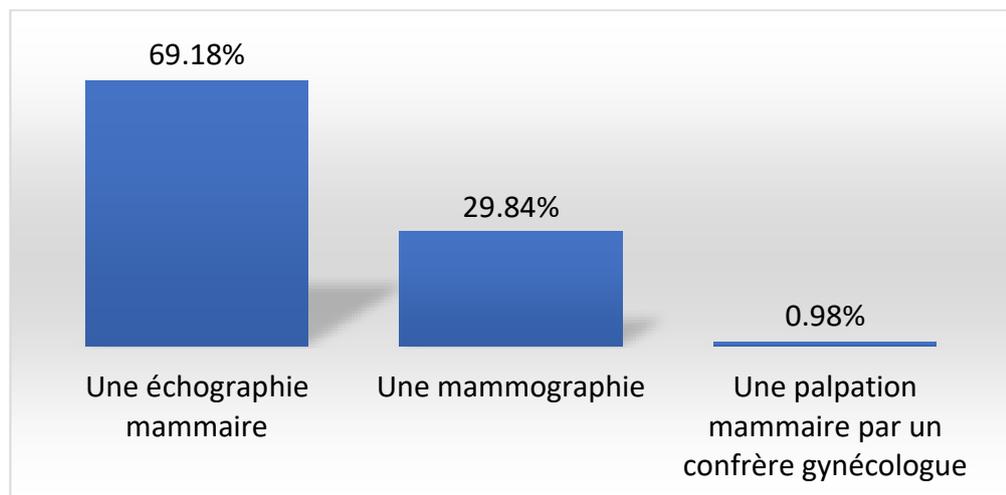


Figure 15 : Répartition de l'examen complémentaire prescrit en première intention après palpation d'une masse (n = 305)

Après avoir consigné leurs observations, ces derniers redirigeaient leur patiente préférentiellement vers une échographie mammaire en première intention (69,18%).

2.2.4 Statistiques sur la palpation de masses dans le panel interrogé

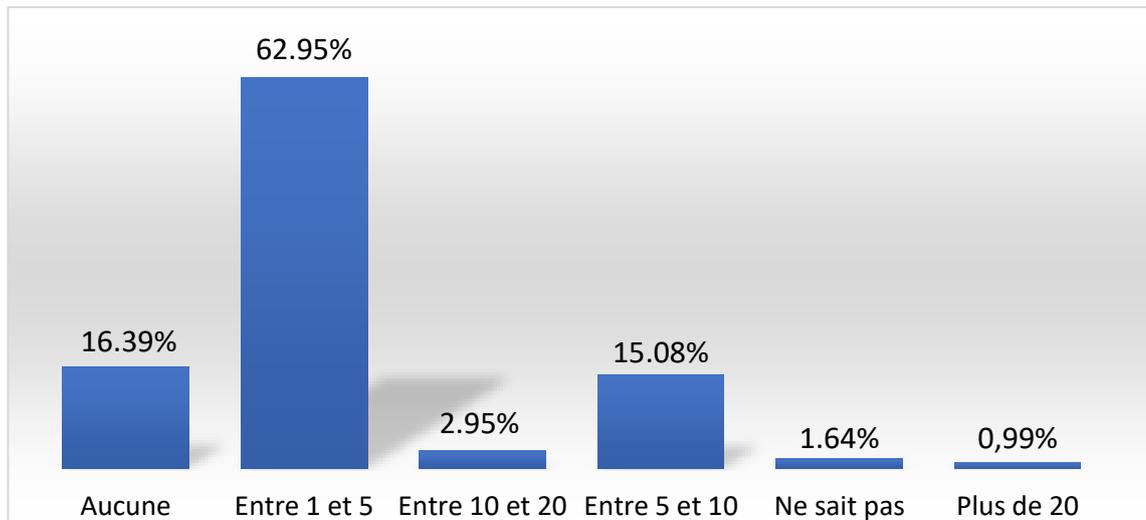


Figure 16 : Nombre de masse(s) palpée(s) au cours des 6 derniers mois (n=305)

Parmi les participants à l'étude, on a retrouvé 63% de sages-femmes ayant palpé entre 1 et 5 masse(s) durant les 6 mois précédents l'enquête. Seulement 16% affirmaient n'en avoir palpé aucune.

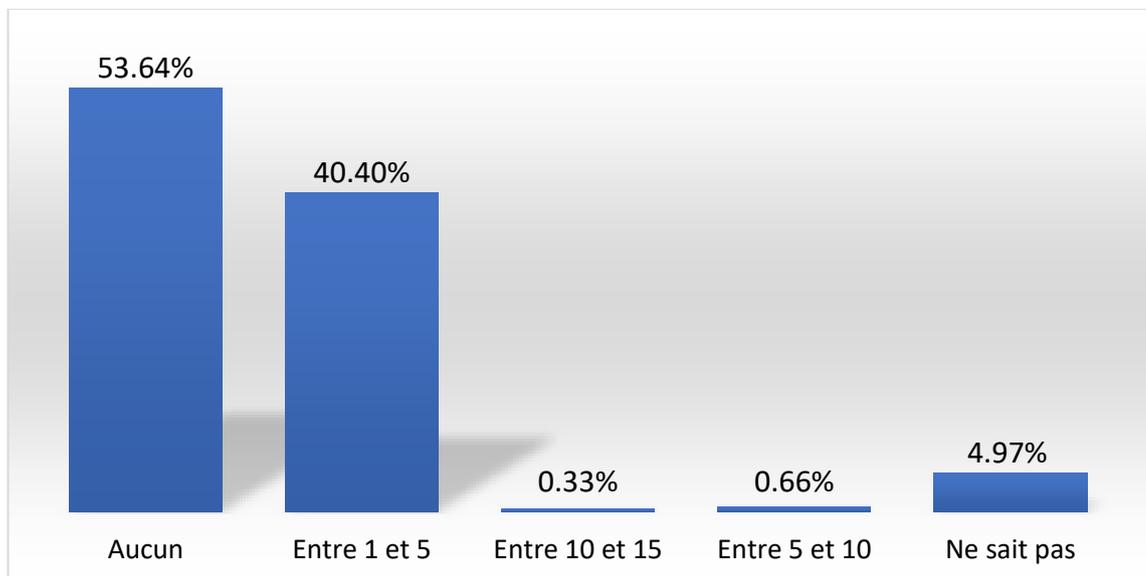


Figure 17: Nombre d'examen(s) complémentaire(s) revenu(s) positif(s) suite à une palpation anormale au cours des 6 derniers mois (n=302)

53,64% des examens complémentaires prescrits après palpation de masses suspectes étaient revenus négatifs.

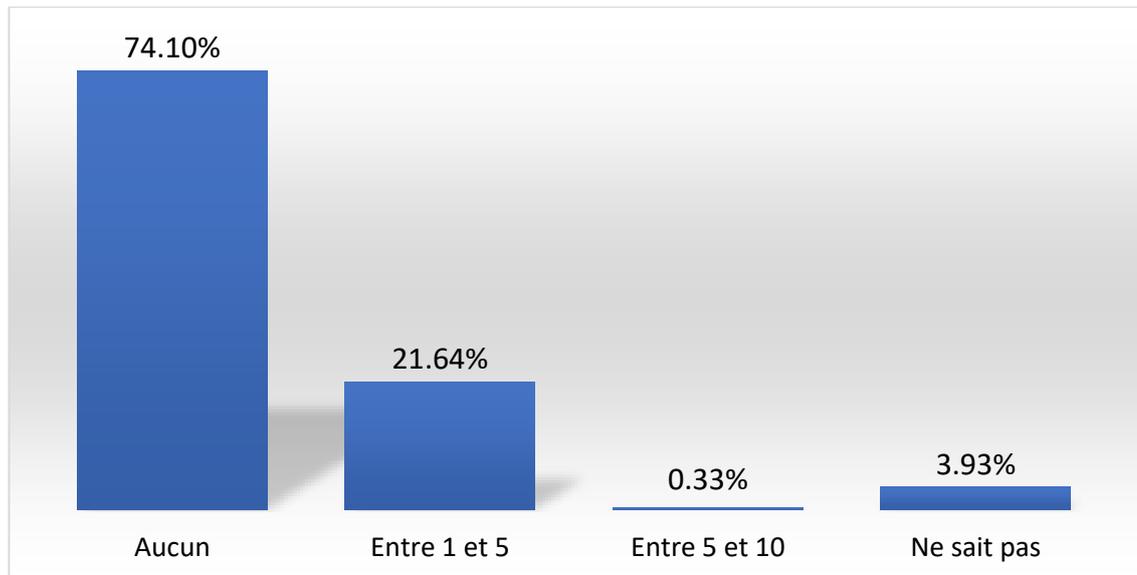


Figure 18 : Nombre de cancer(s) du sein découvert(s) chez leurs patientes au cours des 6 derniers mois (n=305)

La majorité du panel interrogé (soit 74%), n'avait dépisté aucun cancer chez leurs patientes au cours des 6 mois précédents l'enquête.

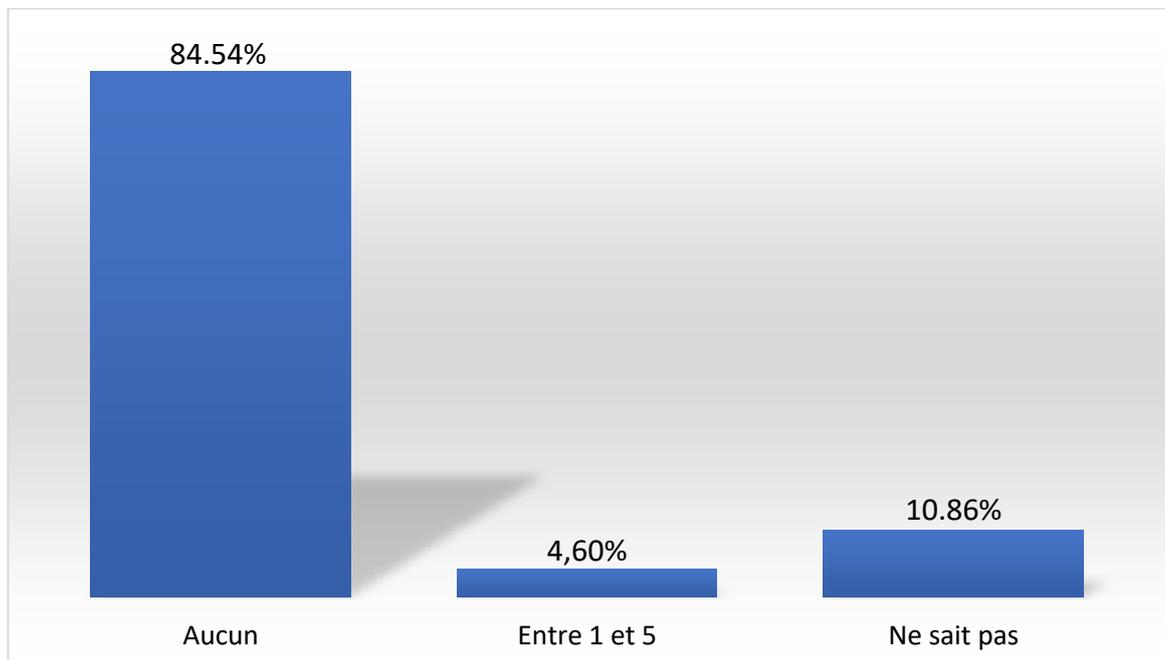


Figure 19 : Nombre de cancer(s) du sein découvert(s) chez leurs patientes, au cours des 6 derniers mois, alors que la palpation mammaire ne décelait rien d'anormal (n=304)

A 84%, il n'avait pas été découvert de cancer chez les patientes pour qui la palpation mammaire par les sages-femmes interrogées ne décelait aucune masse.

2.2.5 La perception des sages-femmes face à la palpation mammaire

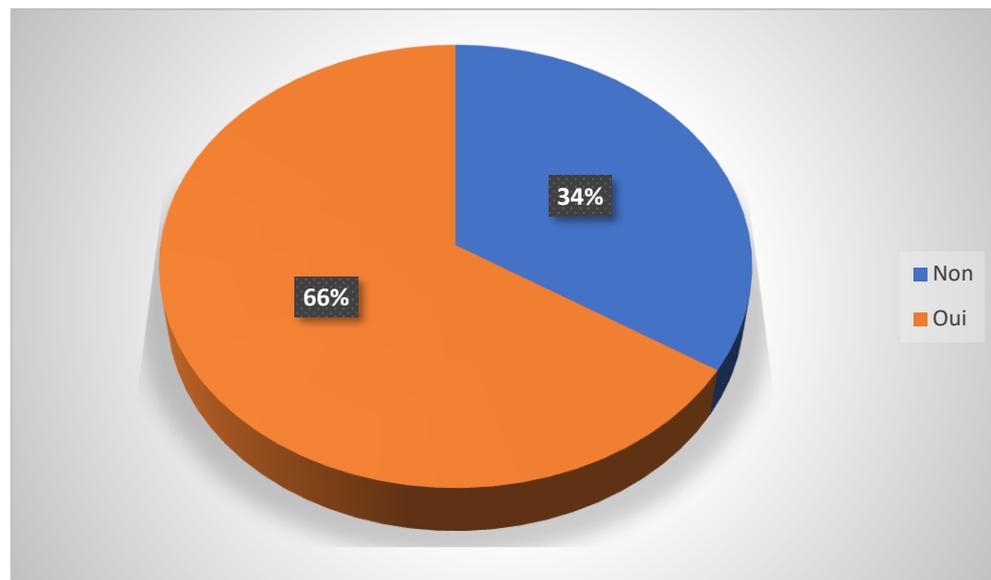


Figure 20 : Sentiment d'efficacité dans le dépistage des cancers du sein au travers de la palpation mammaire chez les sages-femmes interrogées (n=305)

34% des sages-femmes interrogées ne se sentaient pas efficace dans le dépistage du cancer de sein au travers de la palpation mammaire, soit 104 sages-femmes. Parmi ces 104 sages-femmes, 102 ont donné une raison. Nous avons pu regrouper leurs explications en plusieurs catégories :

- 33 sages-femmes (soit 32,35% des 102 réponses) expliquaient que la palpation mammaire était un examen trop subjectif, peu efficace en fonction des différentes poitrines et caractéristiques associées à ces dernières, entraînant souvent des faux positifs.
- 14 (soit 13,73%) d'entre-elles racontaient ne pas avoir assez d'expérience, voire n'avoir jamais palpées d'anomalie chez leurs patientes.
- 13 (soit 12,75%) sages-femmes ont déclaré ne pas avoir confiance en leur palpation.
- 12 (soit 11,76%) ont répondu que, pour elles, l'autopalpation par la patiente elle-même était un examen beaucoup plus sensible.
- 10 (soit 9,80%) ont affirmé ne pas avoir été assez formées à ce sujet.
- 5 sages-femmes (soit 4,90%) se référaient aux examens complémentaires, expliquant qu'ils étaient beaucoup plus sensibles que la palpation mammaire. Ces-dernières ont déclaré les prescrire de façon presque systématique.

- 4 réponses (soit 3,92%) n'étaient pas interprétables.
- 2 (soit 1,96%) ont répondu ne pas réussir à juger l'efficacité de leur palpation car elles n'avaient aucun retour des examens complémentaires qu'elles prescrivaient.
- 2 (soit 1,96%) ont expliqué ne pas se sentir efficaces car, pour elles, cet examen était fait de manière trop peu fréquente.
- 1 sage-femme (soit 0,98%) a affirmé ne pas avoir assez le temps pour mener sa palpation de façon efficace.
- Enfin 6 sages-femmes ont couplé plusieurs explications à leur impression de non efficacité de leur palpation mammaire : 1 réponse (soit 0,98%) couplait le manque de formation et le manque de sensibilité ; 1 réponse (soit 0,98%) comprenait la fréquence de l'examen et le fait que l'autopalpation soit plus efficace ; 1 réponse (soit 0,98%) incluait le manque de formation et le peu d'expérience ; 1 explication (soit 0,98%) comprenait la supériorité de l'autopalpation et le manque d'expérience ; 1 sage-femme (soit 0,98%) expliquait n'être pas efficace à son sens par manque d'expérience et car elle préférait se référer aux examens complémentaires plus spécifiques ; enfin, 1 réponse (soit 0,98%) couplait la fréquence de l'examen et la plus grande spécificité des examens complémentaires comme explication.

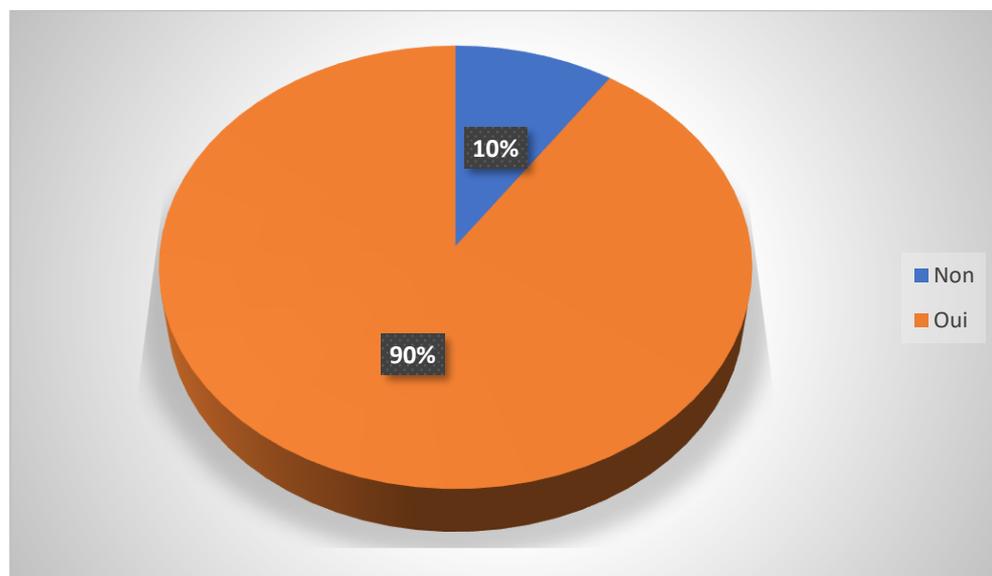


Figure 21 : Les sages-femmes interrogées trouvent-elles que la palpation mammaire est essentielle au dépistage du cancer du sein (n=304)

10% des sages-femmes interrogées ne trouvaient pas que la palpation mammaire était essentielle au dépistage du cancer du sein, soit 29 personnes. Parmi ces 29 personnes, 28 ont justifié leur réponse :

- 8 des sages-femmes ne trouvaient pas que la palpation mammaire par un professionnel de santé était efficace au dépistage du cancer du sein, car l'autopalpation mammaire par la patiente elle-même l'était plus, car elles connaissaient mieux leur corps que le professionnel.
- 6 d'entre-elles, pensaient que cet examen n'était pas assez précis pour détecter efficacement un cancer du sein.
- 6 des interrogées, justifiaient de ne pas trouver la palpation mammaire essentielle au dépistage du cancer du sein par le fait qu'il n'existait pas assez d'études et de littératures scientifiques le prouvant.
- 3 sages-femmes trouvaient, à la fois, que c'était un examen peu précis et que l'autopalpation par les patientes était plus efficace dans le dépistage du cancer du sein.
- 2 sages-femmes disaient avoir plus confiance en la mammographie plutôt que la palpation mammaire.
- 1 sage-femme répondait que l'inspection visuelle était également très importante.
- 1 sage-femme expliquait que cet examen n'était, selon elle, pas assez fréquent quand il était pratiqué par le professionnel de santé, ce pourquoi elle trouvait que l'autopalpation était, dans ce sens, plus efficace.
- 1 réponse n'était pas interprétable.

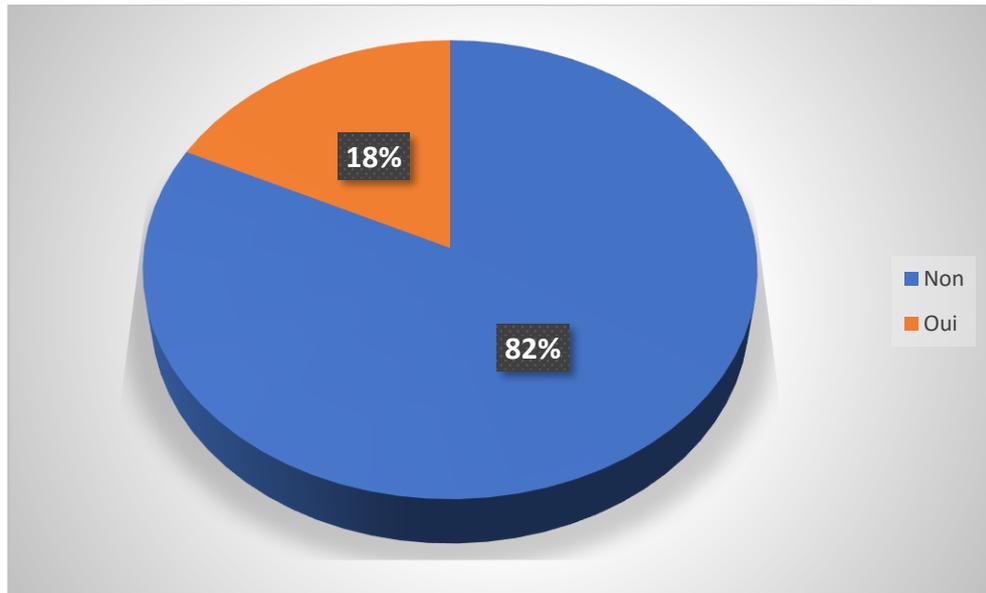


Figure 22 : Les sages-femmes interrogées trouvent-elles avoir reçu assez de cours et de travaux pratiques autour de la palpation mammaire durant leur études (n=304)

La majorité des sages-femmes qui ont été interrogées lors de ce questionnaire, soit 82%, trouvaient ne pas avoir reçu assez de cours magistraux et / ou de travaux pratiques dans le cadre de l'apprentissage de la palpation mammaire pendant les études de maïeutique.

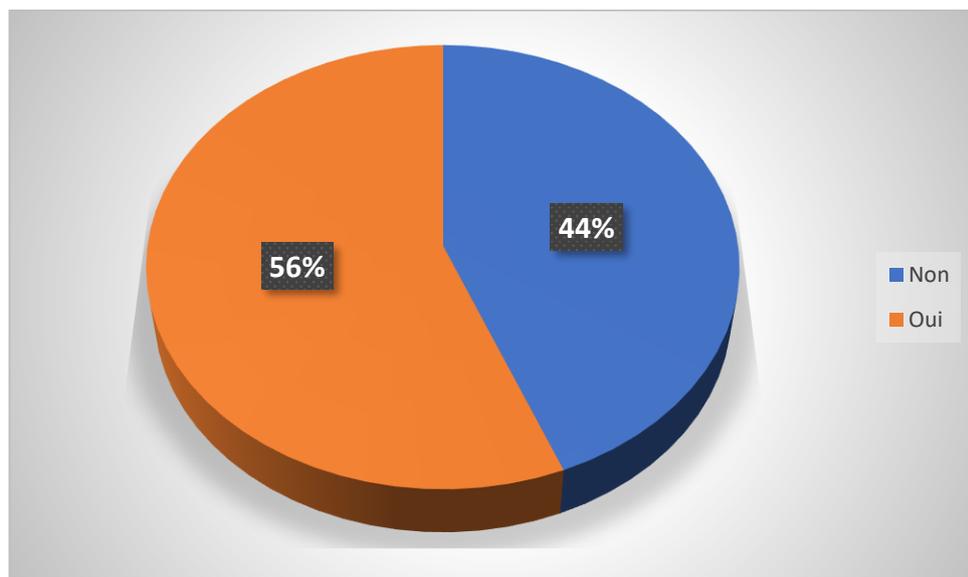


Figure 23 : Répartition des sages-femmes interrogées ayant reçu des formations autour de la palpation mammaire après le diplôme (n=305)

Si la majorité affirmaient ne pas avoir reçu assez de cours et de travaux pratiques pendant les études, les réponses étaient plus disparates quant au suivi de formations après le diplôme. Nous avons donc cherché à savoir quelles formations étaient le plus citées par les 56% de sages-femmes qui en avaient suivi une ou plusieurs.

Types de formations	Nombres de sages-femmes ayant participées
Médecformation	27
Ateliers de gynécologie dans leur hôpital	5
DU (gynécologie, contraception, régulation des naissances)	65
Suivi approfondi en gynécologie	22
Ateliers par le réseau périnatal	3
ANSFL	1
Formation en gynécologie dans le cadre du DPC	14
Formation en gynécologie aux assises	1
Formation en ligne (type MOOC)	1
Formations ADDECO	8
Formations par des paires (en services spécialisés)	4
Formation par le CNOF	1
Formation dans le cadre d'Octobre Rose	1
Ateliers lors de congrès	1
Formations gynécologiques par l'UBO	3
Colloque sur le cancer du sein + ateliers par l'hôpital	1
DU + Formations dans le cadre du DPC	1
Médecformation + formations ADDECO	2
Médecformation + formations Globalis	1
Médecformation + formations ADDECO + Ateliers par le réseau périnatal	1
DU + formations approfondis en gynécologie	1
Médecformation + formations Walter Santé	1
Réponses non interprétables	3
Totaux	n = 168

La question suivante, cherchait à savoir ce que les sages-femmes pensaient qu'il serait nécessaire de développer pour une palpation plus efficace chez les praticiens.

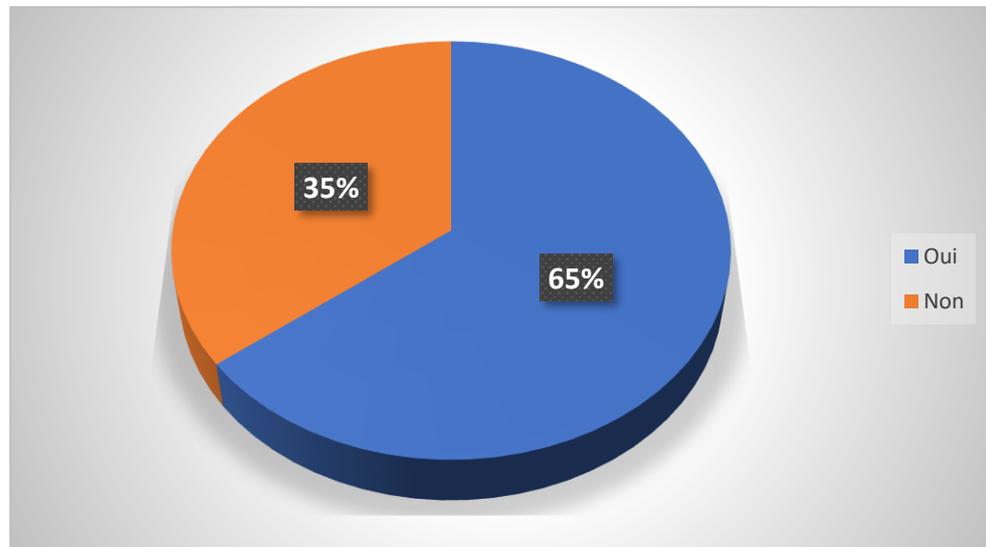


Figure 24 : Nécessité d'augmenter le nombre de cours et de travaux pratiques pendant les études de maïeutique (n=305)

65% des sages-femmes ont pensé qu'il serait nécessaire de développer plus de cours magistraux et de travaux pratiques autour de la palpation mammaire pour améliorer l'efficacité de cet acte chez les praticiens.

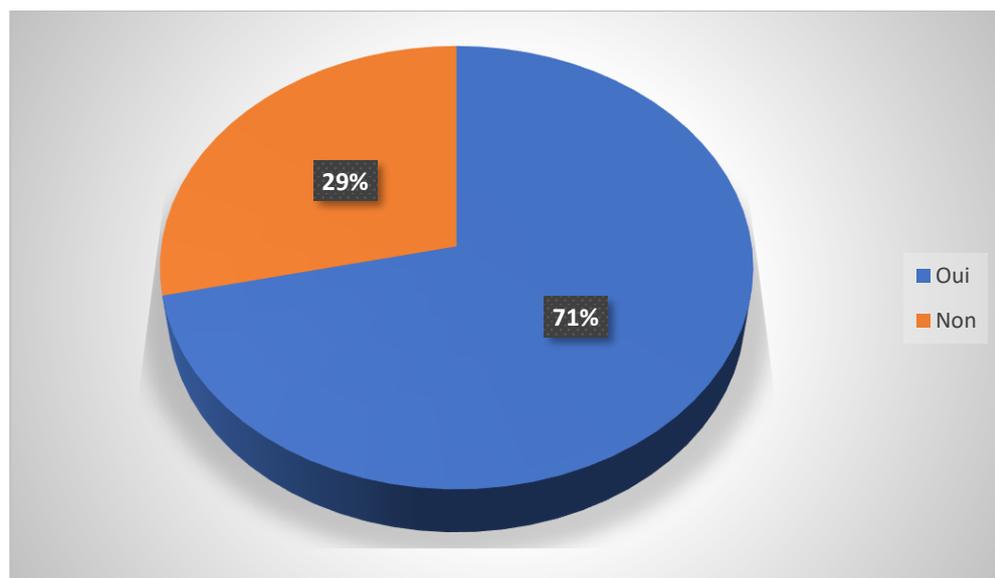


Figure 25 : Nécessité de développer des formations régulières tout au long de la carrière (n=305)

71% des sages-femmes interrogées estimaient qu'il faudrait développer des formations régulières autour de la palpation mammaire tout au long de la carrière de sage-femme afin d'acquérir une palpation plus efficace.

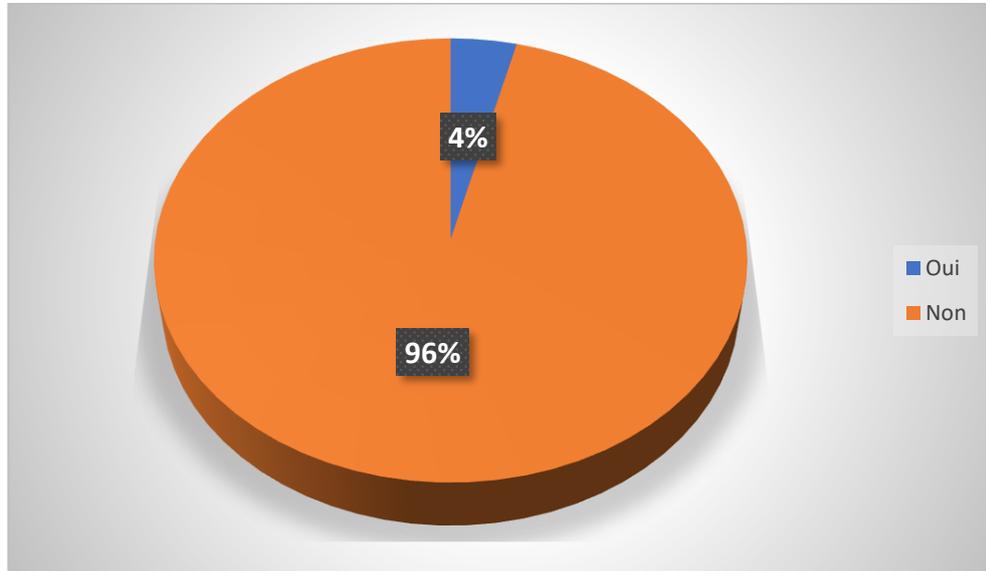


Figure 26 : Nécessité de développer un diplôme interuniversitaire centré sur la palpation mammaire (n=305)

Au sujet du développement d'un diplôme interuniversitaire centré sur la palpation mammaire, les sages-femmes étaient majoritaires (96%) à penser que cela n'était pas indispensable pour améliorer leur palpation mammaire.

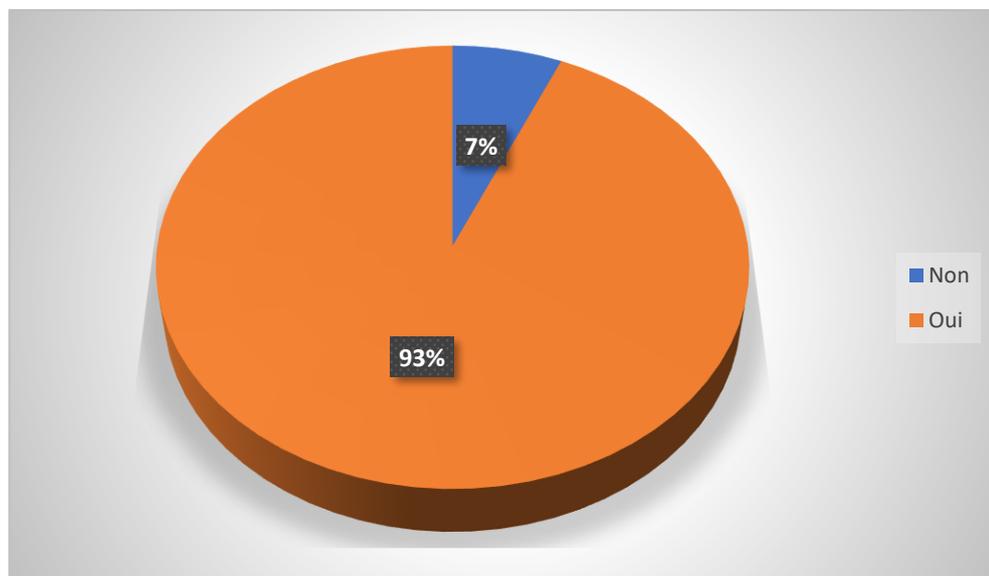


Figure 27 : Nécessité de mettre en place des moyens supplémentaires autour de la palpation mammaire d'après les sages-femmes interrogées (n=305)

93% des sages-femmes se sont entendues à dire qu'il serait nécessaire de mettre en place plus que ce qui était déjà fait autour de la palpation mammaire, que ce soit pendant les études ou après pour que cet examen devienne plus efficace.

Parmi les 305 sages-femmes ayant répondu à ce questionnaire, 5 ont coché la case « Autre » permettant de développer des propositions d'actions à mettre en place pour améliorer l'efficacité de la palpation mammaire par les praticiens. On a pu retrouver :

- Des stages ou journées de pratique clinique en service d'oncologie afin d'acquérir un référentiel tactile pour les masses suspectes (2 réponses).
- Des échographies mammaires (1 réponse).
- Plus de recherches pour prouver la pertinence de la palpation mammaire versus l'autopalpation par la patiente elle-même (1 réponse).
- Plus d'apprentissage de l'autopalpation auprès des patientes (1 réponse).

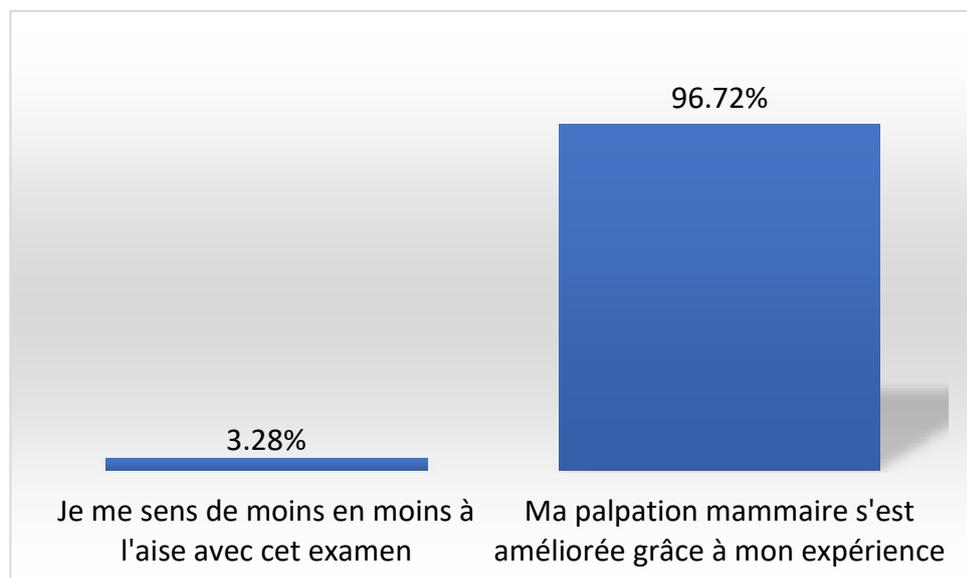


Figure 28 : Impression des sages-femmes interrogées face à l'amélioration de leur palpation mammaire au cours de leurs années d'exercice (n=305)

La majorité des personnes interrogées (97%) affirmaient trouver que leur palpation mammaire s'était améliorée au fil des années d'exercice.

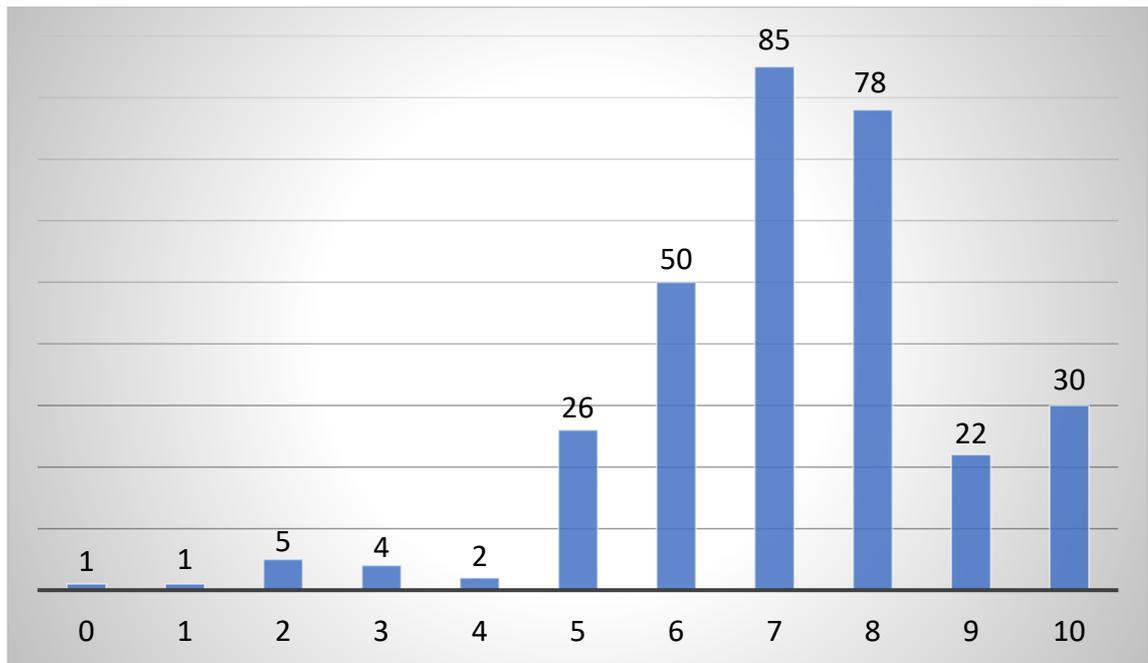


Figure 29 : Répartition des réponses, sur une échelle de 0 à 10, du degré d'importance de l'expérience dans l'efficacité de la palpation mammaire selon les sages-femmes interrogées (n=304)

Parmi les 305 sages femmes interrogées tout au long du questionnaire, 304 d'entre-elles avaient coté entre 0 et 10 le degré selon lequel leur expérience était décisive dans l'efficacité de leur palpation mammaire. 0 étant le chiffre représentant le moins d'importance accordée à l'expérience et 10 le nombre représentant le plus d'importance accordée à l'expérience chez les sages-femmes La répartition se faisait principalement autour des chiffres entre 6 et 8.

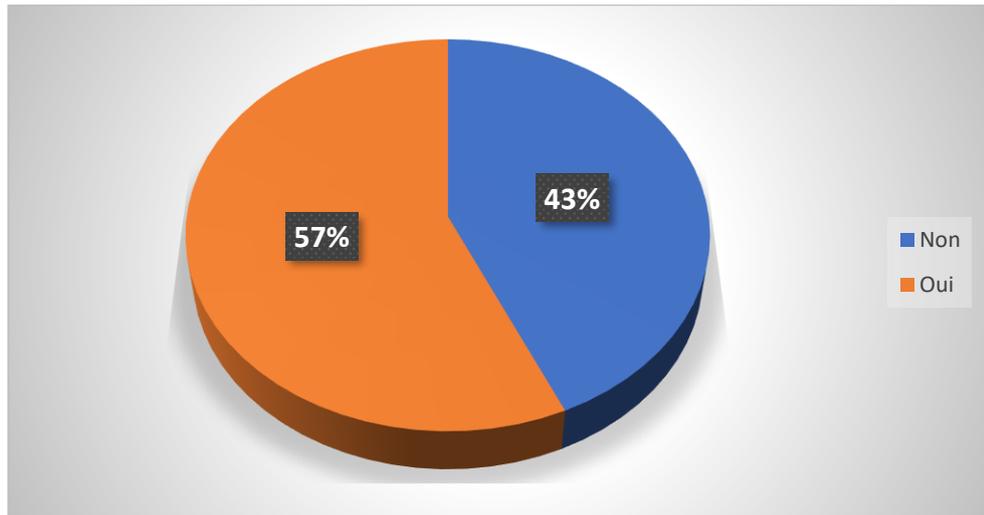


Figure 30 : Opinion des sages-femmes interrogées sur la fiabilité de la palpation mammaire, effectuée par un professionnel de santé, une fois par an dans le cadre du suivi gynécologique (n=305)

43% des interrogées pensaient que la palpation mammaire, effectuée par un professionnel de santé une fois par an dans le cadre du suivi gynécologique, n'était pas un acte fiable, soit 132 personnes. Sur ces 132 personnes, 131 ont justifié leur réponse.

Tableau 7 : Raisons pour lesquelles les sages-femmes interrogées, ne trouvaient pas fiable la palpation mammaire effectuée une fois par an par un professionnel de santé (n=131)

Causes	Nombre de réponses
L'autopalpation est plus fiable	46
Examen trop peu sensible	16
Examen pas suffisant + autopalpation nécessaire	15
Examen pas suffisant	11
Pas de preuve scientifique	8
Examen pas assez régulier + autopalpation nécessaire	5
Examen trop peu spécifique	4
Examen professionnel dépendant	3
Examen inutile si pas d'antécédent	2
Examen pas assez régulier	2
Seins inconnus par le professionnel	2
Examen qui ne fait pas consensus	1
Patientes n'honorent pas leur rendez-vous pour cet examen	1
Certains pays ont déjà abandonné cet acte	1
Formations pas adaptées concernant cet examen	1
Examen professionnel dépendant + examen pas assez régulier	1
Pas de preuve scientifique + l'autopalpation nécessaire	1
Examen pas suffisant + Examen trop peu sensible	1
Mammographie est un examen plus fiable	1
Examen pas suffisant + autopalpation plus fiable + mammographie plus fiable	1
Examen trop peu sensible + seins inconnus par le professionnel	1
Examen pas assez bien réalisé	1
L'échographie est un examen plus fiable	1
Il n'existe pas de dépistage efficace pour le cancer du sein	1
Réponses non interprétables	4
Total	131

Les réponses qui revenaient le plus montraient que pour 46 sages-femmes, soit 35% d'entre-elles, la palpation mammaire par un professionnel de santé n'était pas un acte fiable car l'autopalpation par la femme elle-même l'était bien plus. 16 sages-femmes, soit 12%, ont affirmé que la palpation mammaire était un examen trop peu sensible induisant beaucoup de faux négatifs expliquant qu'il était, ainsi, dur de s'y fier pour elles.

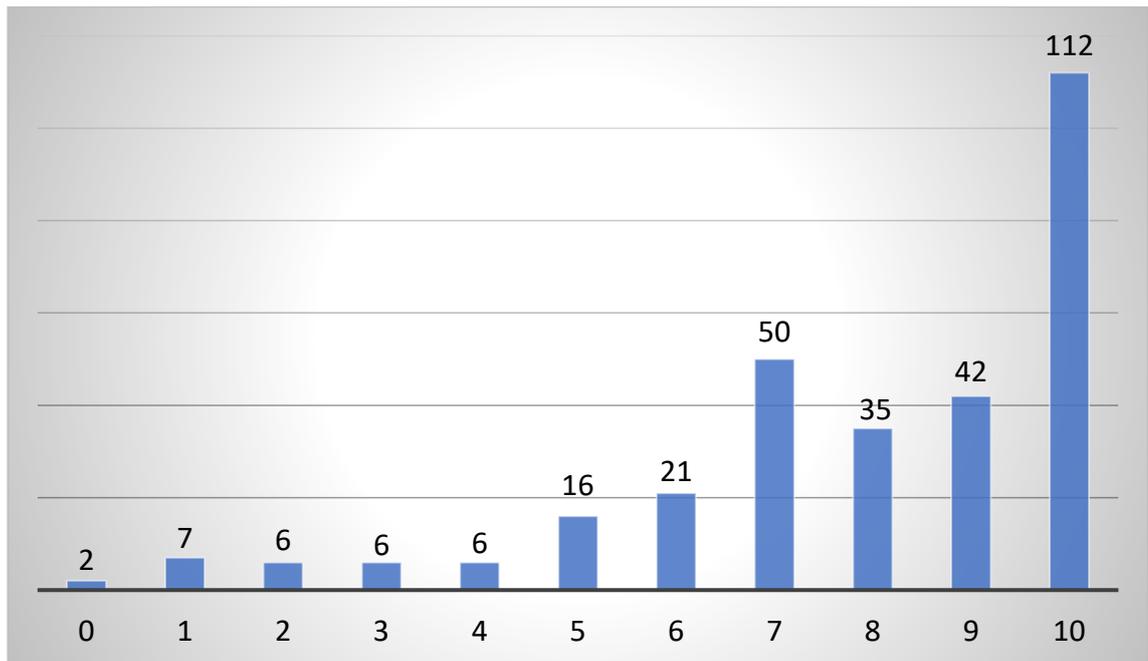


Figure 31 : Répartition des réponses, sur une échelle de 0 à 10, de l'intérêt de la palpation mammaire, une fois par an, lors du suivi gynécologique, d'après les sages-femmes interrogées (n=303)

303 sages-femmes ont coté l'intérêt, selon elles, d'une palpation mammaire une fois par an lors du suivi gynécologique entre 0 et 10. 0 étant le chiffre représentant le moins d'intérêt et 10 le nombre représentant le plus d'intérêt chez les sages-femmes. Nous avons pu remarquer que la répartition se faisait autour des chiffres entre 7 et 10, avec 112 interrogées, soit 37%, ayant répondu 10.

3. Discussion

3.1 La population de l'étude

La taille de l'échantillon ayant répondu à l'enquête étant largement supérieure à 100 personnes, notre échantillon apparaît alors comme un point fort à notre étude. Cependant, même si nous retrouvons un nombre de participants qui s'élevait à 322, 17 interrogées ont été retirées de l'enquête car ne figurant pas dans les critères d'inclusion. De plus, nous avons pu remarquer tout au long du questionnaire que certaines sages-femmes incluses, ont répondu à certaines questions mais pas à la totalité des questions de l'enquête, surtout pour les questions qui demandaient un développement. Ceci représentant un biais sur l'analyse de nos résultats, les effectifs variant souvent d'une question à l'autre.

Pour ce qui est de la répartition de notre échantillon sur l'ensemble du territoire, il apparaît comme une force d'avoir pu récolter des réponses provenant de 16 régions différentes. De cette façon, nous avons pu avoir une vision assez globale des pratiques et des ressentis des sages-femmes exerçant en France métropolitaine ainsi que dans les départements et régions d'outre-mer et dans les collectivités d'outre-mer. De la même façon, nous avons eu des réponses de la part de sages-femmes exerçant depuis tout un panel d'années différentes, ce qui nous a permis de comparer leur ressenti face à l'expérience engrangée au fil des années d'exercice.

A contrario, concernant le lieu d'exercice, la quasi-totalité des réponses provenaient du milieu libéral, ce qui ne nous a pas donné l'occasion de représenter toutes les formes d'exercice des sages-femmes.

3.2 Les pratiques cliniques

Notre questionnaire a contribué à mettre en lumière que les sages-femmes tendent majoritairement à suivre une grande partie des recommandations instaurées par les instances de santé comme la Haute Autorité de Santé autour du dépistage primaire du cancer du sein par l'examen clinique des seins.

En effet, dans nos réponses nous retrouvons que les sages-femmes pratiquent un examen gynécologique chez leurs patientes annuellement, en palpant leur poitrine de manière systématique et en débutant cet examen par une inspection visuelle comme ce que nous avons pu voir dans la partie sur la palpation mammaire théorique. La palpation se fait dans deux positions différentes, celles que l'on retrouve le plus étant les positions assise et demi-allongée, qui représentaient celles citées dans les publications vus précédemment (21,29).

Cependant, même si beaucoup de nos réponses rejoignent la palpation théorique comme elle est expliquée dans les articles scientifiques, on retrouve également beaucoup de points divergents. Même si certaines réponses témoignent d'une palpation mammaire systématique par les sages-femmes, on a pu relever qu'une partie non négligeable (13,4%), ne palpent les seins de leurs patientes uniquement en fonction de l'anamnèse. Cela signifie, que si leurs patientes ne rapportent rien (notamment si elles ne pratiquent pas d'autopalpation), le dépistage primaire du cancer du sein par la palpation mammaire comme explicité dans la littérature n'est pas mis en place (20).

Quant à la façon d'observer la poitrine des patientes, il apparaît que la population étudiée est divisée. En effet, 50% des participants effectuent un déplacement autour de la patiente pour examiner visuellement les deux seins alors que 50% n'effectuent pas ce déplacement. Or, pour une analyse globale de chaque sein, la littérature précise qu'il est important de se placer de chaque côté du sein que l'on observe afin de ne pas méconnaître un changement de texture ou de couleur de peau qui se trouverait de façon très latéral à la glande mammaire (21,29). Ainsi, notre étude montre que les sages-femmes ne pratiquent pas ce déplacement de façon systématique malgré les recommandations.

L'étude montre une répartition disparate dans la pratique (56% le faisant versus 44% non) pour ce qui est de l'expression du mamelon. Effectivement, selon les Protocoles gynécologie-obstétrique, le mamelon est une zone qu'il est important de palper seule, et d'exprimer à la recherche d'écoulements anormaux (21).

Toutefois, notre étude montre que cet acte n'est pas toujours fait, car il semblerait gênant pour les professionnels de santé qui préfère alors poser la question à la patiente plutôt que de pratiquer cette expression. Les sages-femmes interrogées se basent ainsi, une fois de plus, sur l'autopalpation faite par la patiente s'appuyant sur leurs pratiques et constats afin de ne pas être trop intrusive auprès de ces dernières.

Les réponses concernant la manœuvre de Tillaux montrent que la quasi-totalité de la population d'étude ne pratique pas cette manœuvre. Cette méthode permet de qualifier la profondeur d'atteinte d'une masse par rapport au muscle grand pectoral, et donc de la décrire avec une plus grande précision (5,26). Pourtant 88% des interrogées ne la pratiquent pas et parmi ces personnes, la quasi-totalité ne la pratique pas car ne la connaît pas. Deux questions peuvent alors se poser. Soit, notre question a été biaisée, car nous n'avions pas expliqué ce en quoi consiste cette manœuvre. De ce fait certaines sages-femmes peuvent la pratiquer sans connaître son nom. Néanmoins, plusieurs sages-femmes ont laissé en commentaire qu'elles avaient découvert ce qu'était cette méthode grâce à cette question (Annexe 3). Soit, il apparaît ici qu'il y a un point à approfondir dans l'apprentissage de la palpation mammaire lors des années d'études de maïeutique ou lors des formation DPC.

Une fois une anomalie détectée, il est recommandé de consigner ses observations à l'écrit ainsi que sur des schémas détaillés afin de bien localiser l'anomalie (27). Pourtant, 78% de la population consignent leurs observations sur le dossier de la patiente uniquement à l'écrit. On peut alors se demander si certaines informations ne sont pas perdues par la mise de côté du schéma et des images, ou si ces dernières sont assez détaillées pour que leurs confrères puissent à leur tour retrouver les anomalies indiquées.

3.3 Masses palpées dans la population étudiée

Plus de la moitié des sages-femmes interrogées rapporte avoir palpée une à cinq masses suspecte(s) chez leurs patientes au cours des 6 mois précédents l'enquête. Cela permet de conclure à un nombre important d'examen complémentaires prescrits qui en découlent. Cependant, même s'ils sont prescrits en grande quantité car la palpation revient anormale, 54% de ces examens reviennent négatifs et 74% des praticiens affirment qu'aucun cancer du sein n'a été découvert chez leurs patientes. Ces deux questions permettaient de mettre en avant l'utilisation, in fine sans bénéfice, d'examen complémentaires suite à la palpation mammaire. Ces examens étant parfois très anxiogènes pour les patientes, et qui finalement ne reviennent que très peu positifs. Cette analyse permettrait d'appuyer notre hypothèse selon laquelle la palpation mammaire par un professionnel de santé est peu spécifique puisque les sages-femmes rapportent de nombreux faux positifs car beaucoup de masses semblent être palpées, mais très peu de cancer du sein sont découverts.

3.4 Point de vue des sages-femmes quant à la palpation mammaire

Il apparaît qu'un tiers des participants à l'étude ne ressent pas être efficace dans le dépistage du cancer du sein au travers de leur palpation mammaire. Les sages-femmes interrogées sembleraient en partie en accord avec les données retrouvées dans les controverses sur l'intérêt de la palpation mammaire. En effet, ces dernières n'ont pas le sentiment d'être efficaces car, selon elles, c'est un acte trop peu sensible, ne permettant pas de percevoir tous les types de masses. Ces dernières feraient plus largement confiance à l'autopalpation par la patiente elles-mêmes pour dépister une anomalie et / ou un changement de leur glande mammaire. C'est ce que nous avons pu retrouver déjà dans la littérature avec l'article des auteurs Cardonna G., Cataliotti L., Ciatto S. et Rosselli Del Turco M. (33).

Malgré ce sentiment d'inefficacité non négligeable, les sages-femmes restent plutôt unanimes quant à l'intérêt de la palpation mammaire dans le dépistage du cancer du sein. Même si certaines mettent une nouvelle fois en avant que l'autopalpation le serait davantage et avancent le fait que peu de données de littérature permettent de mettre en avant la fiabilité de la palpation. Néanmoins, il est à noter que nous avons pu voir apparaître certains biais à notre étude avec cette question, notamment le fait que certaines sages-femmes n'aient pas développé leur justification ou encore qu'une sage-femme ait avancé que l'examen visuel était également essentiel alors que ce dernier était compris dans notre approche de l'examen clinique des seins de façon plus globale.

Notre étude a permis de montrer que les sages-femmes ressentent un manque principalement dans l'apprentissage de la palpation durant leurs études. On peut notamment penser que cela peut s'expliquer par le fait que le champ de compétence des sages-femmes s'est élargi, depuis la loi Hôpital Patients Santé Territoires du 21 juillet 2009, aux actes de suivi et de prévention en gynécologie. Ainsi, les sages-femmes ayant suivi leur formation en maïeutique avant cette année-là, ne pouvaient disposer de formation concernant le dépistage en gynécologie puisque cela ne faisait pas partie de leurs pratiques cliniques. Ce manque dans l'apprentissage de la palpation mammaire semblerait ainsi également se justifier par l'ancienneté des sages-femmes

Face à cette lacune ressentie dans leur formation initiale, la moitié des sage-femmes interrogées ont cherché à compléter leurs acquis en participant à des formations après leur diplôme. En ce sens, le diplôme universitaire de gynécologie se révèle être une source d'informations vers laquelle les sages-femmes se tournent en majorité pour s'armer face aux actes de gynécologie dont fait partie la palpation mammaire. Ainsi, l'opinion majeure de l'étude tend à dénoncer un manque de formation autour de la palpation mammaire et le besoin de développer encore plus de cours et travaux pratiques pendant les études ainsi que des formations tout au long de la carrière de sage-femmes. La formation, bien qu'essentielle dans l'apprentissage de la palpation mammaire, n'est pas le seul point d'amélioration de la pratique. L'expérience des sages-femmes au cours des années d'exercice semble jouer un rôle majeur, elle aussi, dans le sentiment d'efficacité des praticiennes.

Pour finir l'analyse des données de notre étude, les sages-femmes s'avèrent assez ambivalentes tant sur l'intérêt non négligeable qu'à cette pratique dans le dépistage primaire du cancer du sein, que sur le manque de fiabilité de l'acte en lui-même.

Pour beaucoup d'entre elles, la palpation mammaire par un professionnel de santé reste un acte peu fiable qui ne peut être suffisant à lui seul, et qui ne ferait pas le poids, en termes d'efficacité et de fiabilité, face à l'autopalpation par la patiente. Ainsi, même si la palpation mammaire par la sage-femme, un fois par an comme recommandait par la Haute Autorité de Santé, est perçue comme un examen sur lequel il est compliqué de s'appuyer en totale confiance auprès des professionnels, il resterait tout de même indispensable dans leur pratique

4. Synthèse

4.1 Des recommandations appliquées par les sages-femmes

Ce qui ressort de notre étude montre donc que, d'un côté, les sages-femmes tendent à suivre une partie des recommandations édictées concernant la palpation mammaire. Elles mettent en place un suivi gynécologique annuel auprès de leurs patientes, au cours duquel elles palpent systématiquement leur poitrine dans le but d'un dépistage primaire du cancer du sein. Un ensemble de bonnes pratiques aspirent à être ancrées dans les pratiques cliniques de toutes les sages-femmes de façon automatique comme la mise en place d'une observation visuelle précédant la palpation, l'utilisation de plusieurs positions par la patiente pour palper la glande mammaire sous plusieurs angles, ou encore la palpation une à une de toutes les zones définissant la glande mammaire et la chaîne ganglionnaire.

4.2 Des points de discordance dans les pratiques

Cependant, face à cela, se posent des écarts avec les recommandations de la littérature. En effet, par soucis de gêne que cela pourrait occasionner il semblerait que l'expression du mamelon soit largement mise de côté. De la même façon, devant une anomalie lors de la palpation, la manœuvre de Tillaux ne semblerait que très peu, voire pas du tout, utilisée par les praticiennes, préférant se référer, souvent de façon systématique, aux échographies mammaires en première intention. Bien que, selon la Haute Autorité de Santé, la mammographie reste l'examen de référence des lésions du sein. L'échographie étant un recours pour compléter la mammographie afin de caractériser plus précisément la nature d'une lésion (47). Cela met donc en avant un certain mésusage des pratiques cliniques par les sages-femmes qui utilisent des examens complémentaires souvent trop fréquemment et de la mauvaise des manières. On retrouve également cela dans la façon de consigner les observations devant une anomalie de l'examen clinique des seins. Alors qu'il apparaît essentiel de faire appel à un schéma ou une image, la plupart des sages-femmes ne reportent qu'à l'écrit leur observation.

4.3 Propositions d'axes d'amélioration

Ce manquement à l'utilisation de schémas, peut se comprendre par un manque de référentiels auxquels les praticiens peuvent s'appuyer. Ainsi, la création d'une fiche de consignation des anomalies à l'examen clinique comprenant une zone de texte et une zone de schémas détaillés, uniformisée, standardisée, accessible et utilisée par toutes émergerait comme une solution à cette déviance thérapeutique.

Quant aux écarts sur la palpation en elle-même et sur l'utilisation des examens complémentaires à bon escient, cela se traduit largement par les sentiments de non efficacité et de manque de formation des sages-femmes qui ressortent de notre étude. Si ces dernières ressentent un manque dans l'apprentissage de cet acte, elles en concluent que leur palpation n'est pas optimale. De la même façon, si les professionnelles ne se sentent pas efficaces et n'ont pas une réelle confiance en leur examen, elles préfèrent avoir recourt presque systématiquement à un examen complémentaire afin d'écartier tout risque possible pour leur patiente. On peut aussi mettre cela en relation avec l'extension rapide des compétences de la sage-femme en termes de gynécologie qui a vu le jour ces dernières années.

Plusieurs solutions peuvent être développées afin d'optimiser la palpation mammaire par les sages-femmes et ainsi réduire le recourt aux examens complémentaires. Premièrement, puisque ce sentiment de besoin de formation pendant les études de maïeutique est si prédominant auprès des sages-femmes, il serait judicieux de développer plus de travaux pratiques de mise en situation avec des mannequins afin de s'entraîner, dès l'école à la palpation de la glande mammaire que ce soit saine, ou pathologique, en mettant à disposition des élèves des poitrines contenant des nodules. La participation de volontaires consentantes à la palpation serait, de plus, primordiale afin d'acquérir une palpation globale, notamment pour pratiquer la manœuvre de Tillaux. De la même façon, l'entraînement à l'explication et la consignation des anomalies relevées pourrait être un apport non négligeable pour l'exercice de leur profession de manière plus sereine. Il pourrait aussi être mis en place, pour les sages-femmes n'en ayant pas bénéficiées durant leurs années d'études, car cela ne faisait pas encore parti de leurs compétences, de journées de remise à niveau en gynécologie.

Ensuite, et ce que l'on peut voir se développer de plus en plus de nos jours, la mise en place de stands autour de la palpation mammaire, notamment à l'occasion des journées de prévention lors d'Octobre Rose, par exemple auprès du personnel soignant dans les hôpitaux, est un fer de lance pour aider les professionnels à acquérir une palpation plus efficace. Il apparaît important de pouvoir s'entraîner, et se perfectionner tout au long de sa carrière. Qui plus est si notre secteur d'activité ne nous permet pas de nous exercer facilement à cette pratique, afin d'acquérir une palpation globale, complète et mise à jour en fonction des recommandations actuelles, et non de balayer rapidement cet aspect au détour d'une consultation. Aussi, des formations, particulièrement dans le cadre du développement professionnel continu, centrées sur la prévention en gynécologie et tout particulièrement la palpation mammaire, permettraient aux sages-femmes de pouvoir se former tout au long de leur carrière à atteindre une palpation selon les bonnes pratiques cliniques en constantes évolutions. Ces formations pourraient, elles aussi, être illustrées de mannequins permettant de palper différents types de masses avec des explications données sur les caractéristiques de chacune et les manières de les différencier.

Chacun de ces axes d'amélioration pourraient être agrémentés par la participation d'un oncologue gynécologue, habitué à la palpation de masse maligne, dans le but de transmettre aux sages-femmes y participants des détails et des conseils afin de mieux différencier une masse inquiétante d'une poitrine naturellement granuleuse.

Pour finir, même s'il ressort de notre étude que les praticiennes ressentent de plus en plus des doutes quant à l'intérêt et la fiabilité de la palpation mammaire, il en reste primordial pour elles de la pratiquer. En réalité, plus pour transmettre que dépister, l'intérêt majeur, de nos jours, de la palpation mammaire par la sage-femme semble surtout être de promouvoir et d'inculquer les gestes d'autopalpation auprès de leurs patientes. Il en ressort un intérêt, avant tout, pédagogique afin que la patiente apprenne à se connaître, mieux que n'importe quel soignant ne pourra connaître son corps en la palpant à une fréquence annuelle, afin de détecter en première ligne tout changement survenant au niveau de la glande mammaire, de la chaîne ganglionnaire ou au niveau cutané (Annexe 4).

Le dépistage du cancer du sein, et surtout la palpation mammaire, semblent être des pratiques qui vont tendre à énormément évoluer dans les années à venir en regard de l'opinion des sages-femmes à leur sujet et des données de controverse de la littérature. Après le Canada et les Etats-Unis, la France sera-t-elle le prochain pays à mettre de côté cet examen qui ne fait pas l'unanimité ? Malgré des pratiques de palpation disparates, et des ressentis plutôt frileux à son sujet, la palpation mammaire a pourtant le mérite d'intéresser et de questionner grandement les sages-femmes (Annexe 5).

Conclusion

Le dépistage du cancer du sein a pour objectif premier de détecter précocement le cancer afin de le traiter au plus vite. Dans le cadre de ce dépistage en France, plusieurs méthodes sont recommandées, comme la palpation mammaire, la sensibilisation à l'autopalpation ainsi que la mammographie tous les deux ans à partir de 50 ans. Cependant, nous retrouvons dans la littérature de nombreuses controverses autour de cette palpation mammaire notamment dues au manque de données scientifiques prouvant son intérêt et aux données plutôt décevantes quant à son efficacité. De nombreux pays comme le Canada, ont déjà pris le parti de l'écarter de leur dépistage. C'est donc dans une optique d'analyse des méthodes et pratiques autour de la palpation mammaire et d'évaluation du ressenti d'efficacité auprès des sages-femmes que nous avons lancé notre enquête.

Cette étude nous a permis de constater que certaines pratiques concernant la palpation mammaire divergeaient d'une sage-femme à l'autre et n'étaient pas toutes en adéquation avec les recommandations édictées par la HAS. Ces pratiques cliniques divergentes se corrèlent logiquement avec les sentiments d'inefficacité et de non fiabilité retrouvés auprès des praticiennes interrogées. Le manque d'apprentissage et de formation autour de la palpation mammaire semble avoir ancré des doutes quant à la bonne pratique de la palpation chez un grand nombre de sage-femme.

Cela nous permet donc d'avancer que des progrès peuvent être envisagés en termes de dépistage du cancer du sein en France et notamment autour de la palpation mammaire. Si écarter la palpation de nos pratiques comme l'a fait le Canada ne semble pas encore d'actualité chez nous, il semblerait nécessaire de mettre l'accent sur une uniformisation des pratiques par le développement d'outils, mais aussi par l'apprentissage, la formation particulièrement par mise en situation sur des mannequins, et la remise à niveau selon les recommandations en vigueur tout au long de la carrière des sages-femmes.

Bibliographie

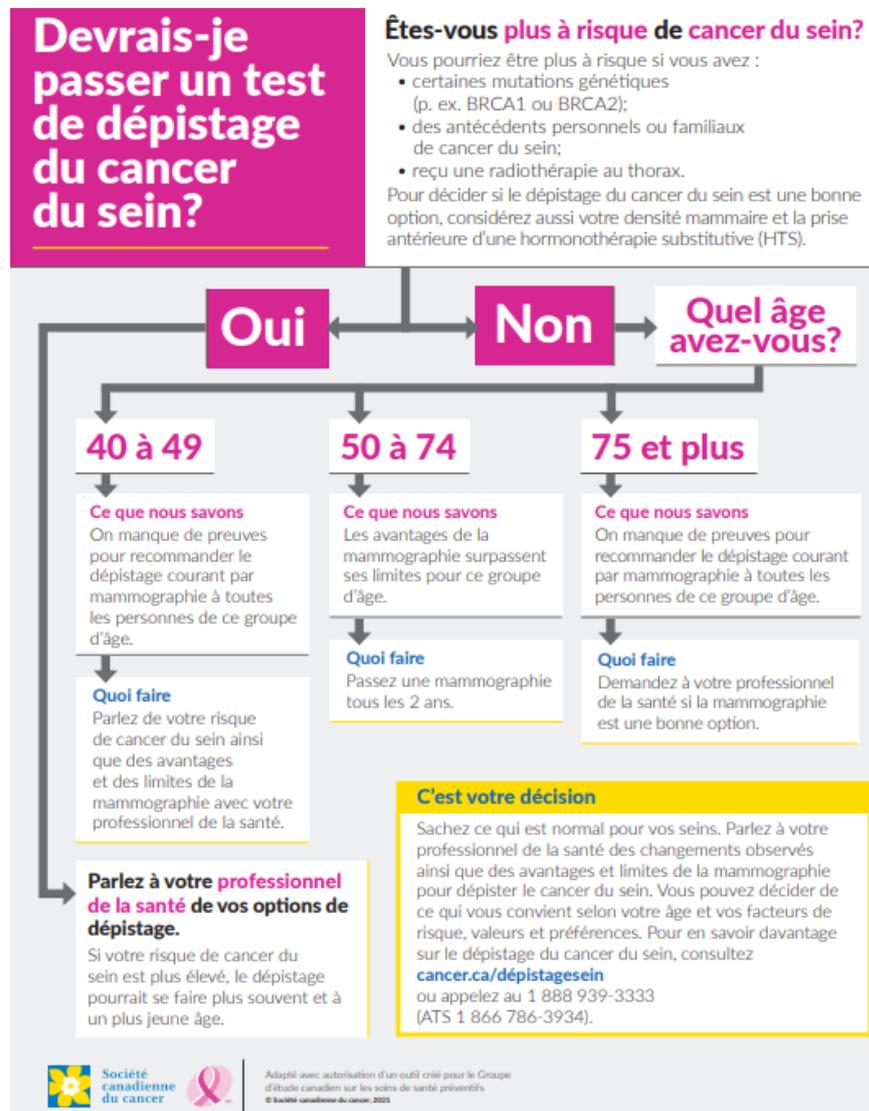
1. Santé Publique France [Internet]. 2022 [cité 22 nov 2022]. Cancer du sein [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein>
2. caf.fr [Internet]. 2022 [cité 6 déc 2022]. Sages-femmes : elles peuvent faire votre suivi gynéco ! Disponible sur: <https://caf.fr/allocataires/vies-de-famille/articles/sages-femmes-elles-peuvent-faire-votre-suivi-gyneco>
3. ISHH [Internet]. 2020 [cité 23 nov 2022]. Comprendre l'anatomie et les pathologies du sein. Disponible sur: <https://ishh.fr/cancer-du-sein/anatomie-et-pathologies-du-sein/>
4. institut national du cancer [Internet]. [cité 23 nov 2022]. Anatomie du sein - Cancer du sein. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Anatomie-du-sein>
5. Espié M, Gorins A. Le sein Du normal au pathologique : état de l'art. Paris: ESKA; 2001.
6. HAS [Internet]. 2015 [cité 11 déc 2022]. Dépistage et prévention du cancer du sein. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf
7. Netter FH. Atlas d'anatomie humaine. Elsevier; 2019.
8. Institut national du cancer [Internet]. [cité 11 déc 2022]. Les stades du cancer - Cancer du sein. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-stades-du-cancer>
9. Institut national du cancer [Internet]. [cité 23 nov 2022]. Cancers du sein - Les maladies du sein. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-maladies-du-sein/Cancers-du-sein>
10. amelie.fr [Internet]. 2021 [cité 23 nov 2022]. Le cancer : définition et développement. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/gard/assure/sante/themes/cancers/definition-processus-developpement>
11. institut national du cancer [Internet]. 2017 [cité déc 2022]. Livret d'information sur le dépistage organisé du cancer du sein. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Livret-d-information-sur-le-depistage-organise-du-cancer-du-sein>
12. amelie.fr [Internet]. 2021 [cité 11 déc 2022]. Comprendre le cancer du sein. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-sein/comprendre-cancer-sein>
13. Fondation cancer du sein du Québec [Internet]. [cité 11 déc 2022]. Les différents types de cancer du sein. Disponible sur: <https://rubanrose.org/minformer/a-propos-du-cancer-du-sein/types-cancer-du-sein/>
14. Institut Curie [Internet]. 2017 [cité 11 déc 2022]. Pas un mais des cancers du sein. Disponible sur: <https://curie.fr/dossier-pedagogique/pas-un-mais-des-cancers-du-sein>
15. Fondation contre le Cancer [Internet]. [cité 11 déc 2022]. Différenciation | Lexique. Disponible sur: <https://www.cancer.be/lexique/d/diff-renciation>

16. ISHH [Internet]. 2021 [cité 11 déc 2022] Quels sont les différents grades du cancer du sein?. Institut du Cancer Henri Hartmann. Disponible sur: <https://ishh.fr/cancer-du-sein/les-differents-grades-du-cancer-du-sein/>
17. Veron L. Évaluation et communication du risque individuel de cancer du sein en population générale: étude prospective multicentrique RIVIERA [Thèse d'exercice]. [Paris]: Université Paris Descartes; 2021.
18. HAS [Internet]. 2016 [cité 11 déc 2022]. Dépistage : objectif et conditions. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2632453/fr/depistage-objectif-et-conditions
19. ameli.fr [Internet]. 2022 [cité 11 déc 2022]. Dépistage gratuit du cancer du sein pour les femmes entre 50 et 74 ans. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/gard/assure/sante/assurance-maladie/prevention-depistages/depistage-gratuit-50-74-ans-0>
20. HAS [Internet]. 2018 [cité 14 déc 2022]. Cancer du sein : modalités spécifiques de dépistage pour les femmes à haut risque. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974673/en/cancer-du-sein-modalites-specifiques-de-depistage-pour-les-femmes-a-haut-risque
21. Harlicot JP, Yaribakht S, Marie C, Lorand S. DOC Protocoles gynécologie-obstétrique. Paris: Médicilline; 2013. (DOC PROTOCOLES).
22. Institut national du cancer [Internet]. [cité 23 nov 2022]. Un livret sur le dépistage, pour s'informer et décider. Disponible sur: <https://cancersdusein.e-cancer.fr/infos/un-livret-sur-le-depistage-pour-sinformer-et-decider/>
23. Institut Curie [Internet]. [cité 14 déc 2022]. Mammographie - Diagnostic. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Diagnostic/Mammographie>
24. ameli.fr [Internet]. 2022 [cité 13 déc 2022]. Comment se déroule une mammographie ? Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/examen/imagerie-medicale/deroulement-mammographie>
25. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (1). 2004-806 août 9, 2004 p. 14278.
26. ameli.fr [Internet]. 2022 [cité 23 nov 2022]. Dépistage gratuit du cancer du sein entre 50 et 74 ans. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/gard/assure/sante/themes/cancer-sein/depistage-gratuit-50-74-ans>
27. Péliissier-Langbort C. Guide pratique de gynécologie. 2ème édition. Paris: MMI; 2001. (Médiguides).
28. Margolese R. CMAJ JAMC. 1997 [cité 13 déc 2022]. Guide no 1 : Masse palpable au sein : information et recommandations visant à guider la prise de décisions en présence d'une masse palpable au sein. Disponible sur: https://www.collectionscanada.gc.ca/eppp-archive/100/201/300/cdn_medical_association/cmaj/vol-158/issue-3/breastcpg-f/0005.htm
29. Goodson WH. Clinical breast examination. West J Med. avr 1996;164(4):355-8.

30. Albert US, Schulz KD. Clinical breast examination: what can be recommended for its use to detect breast cancer in countries with limited resources? *Breast J.* 2003;9 Suppl 2:S90-93.
31. Perdue PW, Galbo C, Ghosh BC. Stratification of palpable and nonpalpable breast cancer by method of detection and age. *Ann Surg Oncol.* nov 1995;2(6):512-5.
32. Jatoi I. Screening clinical breast examination. *Surg Clin North Am.* 1 août 2003;83(4):789-801.
33. Cardona G, Cataliotti L, Ciatto S, Rosselli Del Turco M. Reasons for failure of physical examination in breast cancer detection (analysis of 232 false-negative cases). *Tumori.* 31 déc 1983;69(6):531-7.
34. Malmartel A, Tron A, Caulliez S. Accuracy of clinical breast examination's abnormalities for breast cancer screening: cross-sectional study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* juin 2019;237:1-6.
35. Albeshan S, Hossain S, Mackey M, Brennan P. Can Breast Self-examination and Clinical Breast Examination Along With Increasing Breast Awareness Facilitate Earlier Detection of Breast Cancer in Populations With Advanced Stages at Diagnosis? *Clin Breast Cancer.* juin 2020;20(3):194-200.
36. organisation mondiale de la santé [Internet]. 2021 [cité 14 déc 2022]. Cancer du sein. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
37. Wold cancer Research Fund International [Internet]. [cité 12 déc 2022]. Global cancer data by country | World Cancer Research Fund International. Disponible sur: <https://www.wcrf.org/cancer-trends/global-cancer-data-by-country/>
38. groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs [Internet]. 2011 [cité 12 déc 2022]. 2011-breast-cancer-clinician-cbe-bse-recommendation-fr.pdf [Internet]. Disponible sur: https://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2016/09/2011-breast-cancer-clinician-cbe-bse-recommendation-fr.pdf?fbclid=IwAR1qHDKetHkI46cuzZ-2M1dA4UMOG_4mmerYUBSPrlI53IM6LfEIIU7Lw0
39. groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs [Internet]. 2011 [cité 12 déc 2022]. 2011-breast-cancer-patient-faq-fr.pdf. Disponible sur: <https://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2016/09/2011-breast-cancer-patient-faq-fr.pdf>
40. Gouvernement du Canada [Internet]. 2017 [cité 12 déc 2022]. Cancer du sein au Canada. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/cancer-du-sein.html>
41. Canadian Partnership Against Cancer [Internet]. 2020 [cité 12 déc 2022]. Dépistage du cancer du sein au Canada : analyse de l'environnement (2019-2020). Disponible sur: <https://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/topics/breast-cancer-screening-scan-2019-2020/>
42. Fondation cancer du sein du Québec [Internet]. [cité 12 déc 2022]. Auto examen mammaire. Disponible sur: <https://rubanrose.org/minformer/depistage-et-diagnostic/observation-des-seins/>

43. Réseau canadien des survivants du cancer [Internet]. [cité 14 déc 2022]. Dépistage du cancer du sein. Disponible sur: <https://survivornet.ca/fr/cancer-type/cancer-du-sein/depistage-du-cancer-du-sein/>
44. Société canadienne du cancer [Internet]. 2022 [cité 12 déc 2022]. Statistiques sur le cancer du sein. Disponible sur: <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/breast/statistics>
45. Barton M, Harris R, Fletcher S. The rational clinical examination. Does this patient have breast cancer? The screening clinical breast examination: should it be done? How? 6 oct 1999; 282(13):1270-1280
46. Oestreicher N, Lehman C, Seger D, Buist D, White E. The incremental contribution of clinical breast examination to invasive cancer detection in a mammography screening program. AJR Am J Roentgenol. févr 2005;184(2):428-32.
47. HAS [Internet]. [cité 11 déc 2022]. refces_k_du_sein_vf.pdf. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf

Annexes



Annexe 1 : Outil disponible sur le site de la société canadienne du cancer permettant d'indiquer aux femmes si elles doivent passer une mammographie ou non

Evaluation des pratiques actuelles des sages-femmes autour de la palpation mammaire dans le cadre du dépistage du cancer du sein chez la femme

Bonjour, je m'appelle Coleen et je suis étudiante sage-femme en 5ème année au sein du département de maïeutique de la faculté de médecine de Nîmes.

Je réalise mon mémoire de fin d'études sur la pratique de la palpation mammaire effectuée par les sages-femmes dans le cadre du dépistage du cancer du sein chez la femme.

Ainsi, si vous êtes sages-femmes et que vous réalisez cet acte, je vous invite à participer à mon enquête afin d'en savoir plus sur vos pratiques et sur vos ressentis à propos de la palpation mammaire. Ce questionnaire anonyme, ne vous prendra que quelques minutes et me sera grandement utile !

Je vous remercie par avance pour votre aide !

Pour toute information complémentaire vous pouvez me contacter à l'adresse suivante :
coleen.pouget@etu.umontpellier.fr

Pratiquez-vous le suivi gynécologique des femmes ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Depuis combien d'année(s) exercez-vous la profession de sage-femme ?	_____
Dans quelle région exercez-vous ?	<input type="radio"/> Auvergne-Rhône-Alpes <input type="radio"/> Bourgogne-Franche-Comté <input type="radio"/> Bretagne <input type="radio"/> Centre-Val de Loire <input type="radio"/> Corse <input type="radio"/> Grand Est <input type="radio"/> Guadeloupe <input type="radio"/> Guyane <input type="radio"/> Hauts-de-France <input type="radio"/> Île-de-France <input type="radio"/> La Réunion <input type="radio"/> Martinique <input type="radio"/> Mayotte <input type="radio"/> Normandie <input type="radio"/> Nouvelle-Aquitaine <input type="radio"/> Occitanie <input type="radio"/> Pays de la Loire <input type="radio"/> Provence-Alpes-Côte d'Azur
Actuellement, vous exercez en :	<input type="radio"/> Hospitalier <input type="radio"/> Libéral <input type="radio"/> PMI <input type="radio"/> Autre
Quelle activité ?	_____
A qu'elle fréquence voyez-vous une patiente pour son suivi gynécologique ?	<input type="radio"/> Plusieurs fois par an <input type="radio"/> Une fois par an <input type="radio"/> Une fois tous les deux ans
Lors du suivi gynécologique, vous faites l'examen clinique des seins :	<input type="radio"/> De façon systématique <input type="radio"/> En fonction de l'anamnèse de la patiente <input type="radio"/> En fonction des antécédents ou des risques de la patiente <input type="radio"/> Jamais
Pourquoi ?	_____

16/03/2024 16:46

projectredcap.org



Avez-vous répondu "Jamais", à la question "Lors du suivi gynécologique, vous faites l'examen clinique des seins :"	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Lors de cet examen clinique des seins, réalisez-vous une observation visuelle des seins avant la palpation ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Pourquoi ?	_____
Palpez-vous :	<input type="radio"/> Un sein, puis vous changez votre position par rapport à la patiente pour palper le second <input type="radio"/> Les deux seins sans nécessairement vous déplacer autour de la patiente
Concernant la palpation mammaire, demandez-vous à votre patiente de changer de position ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Vous faites la palpation mammaire : (maximum 2 réponses à cocher)	<input type="checkbox"/> En positionnant votre patiente debout <input type="checkbox"/> En positionnant votre patiente assise <input type="checkbox"/> En positionnant votre patiente à demi-allongée <input type="checkbox"/> En positionnant votre patiente complètement allongée

allongée

Pour effectuer votre palpation mammaire vous utilisez préférentiellement :

La méthode des quadrants
 La méthode des cercles concentriques
 La méthodes des lignes (de bas en haut)

Palpez-vous le mamelon de façon isolée ?

Oui
 Non

Pourquoi ?

Réalisez-vous une expression du mamelon pour examiner un éventuel écoulement ?

Oui
 Non

Pourquoi ?

Palpez-vous les aires ganglionnaires axillaires ?

Oui
 Non

Pourquoi ?

Palpez-vous les aires ganglionnaires sus-claviculaires ?

Oui
 Non

Pourquoi ?

Palpez-vous les aires ganglionnaires sous-claviculaires ?

Oui
 Non

16/03/2024 16:46

projectredcap.org



Page 3

Pourquoi ?

Lors de la palpation d'une masse, utilisez-vous la manœuvre de Tillaux ?

Oui
 Non

Pourquoi ?

Lors de la palpation ou de l'observation d'une anomalie au niveau de la poitrine de votre patiente, vous consignez vos observations :

Dans le dossier papier ou numérique de votre patiente à l'écrit
 Sur un schéma numérique ou papier
 Dans le dossier numérique ou papier de votre patiente à l'écrit + sur un schéma détaillé
 Autre

De quelle façon ?

Lors de la palpation d'une masse suspecte, quel examen complémentaire prescrivez-vous en première intention ?

Une échographie mammaire
 Une mammographie
 Une palpation mammaire par un confrère gynécologue
 Une biopsie mammaire

Au cours des 6 derniers mois, combien de masses suspectes avez-vous palpées lors d'un examen gynécologique mammaire ?

Aucune
 Entre 1 et 5
 Entre 5 et 10
 Entre 10 et 20
 Plus de 20
 Ne sait pas

Au cours des 6 derniers mois, combien d'examens complémentaires sont revenus positifs suite à votre examen sémiologique ?

Aucun
 Entre 1 et 5
 Entre 5 et 10
 Entre 10 et 15
 Entre 15 et 20
 Plus de 20
 Ne sait pas

Au cours des 6 derniers mois, combien de cancers du sein ont été découverts chez vos patientes ?

Aucun
 Entre 1 et 5
 Entre 5 et 10
 Entre 10 et 15
 Entre 15 et 20
 Plus de 20
 Ne sait pas

Au cours des 6 derniers mois, combien de cancers du sein ont été diagnostiqués chez vos patientes alors que votre palpation mammaire ne décelait rien d'anormal ?

Aucun
 Entre 1 et 5
 Entre 5 et 10
 Entre 10 et 15
 Plus de 15
 Ne sait pas

D'après votre ressenti, vous sentez-vous efficace dans le dépistage du cancer du sein au travers de la palpation mammaire ?

Oui
 Non

Pourquoi ?

Pour vous, la palpation mammaire est-elle essentielle au dépistage du cancer du sein ?

- Oui
 Non

Pourquoi ?

Trouvez-vous que vous avez eu assez de cours et/ou travaux pratiques au sujet de la palpation mammaire dans le cadre du dépistage du cancer du sein durant vos études ?

- Oui
 Non

Avez-vous bénéficié de formations autour de la palpation mammaire après votre diplôme ?

- Oui
 Non

Lesquelles ?

D'après vous, que pensez-vous qu'il serait nécessaire de développer pour permettre d'acquérir une palpation plus efficace chez les praticiens ?

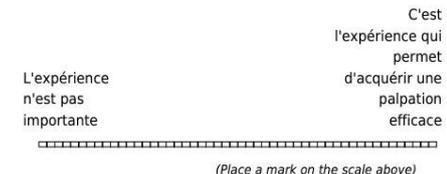
- Plus de cours et de travaux pratiques autour de la palpation mammaire durant les études de maïeutique
 Des formations spécialisées régulières tout au long de la carrière après le diplôme
 Un diplôme interuniversitaire spécialisé sur ce sujet
 Rien de plus que ce qui est déjà mis en place
 Autre

A quoi pensez-vous ?

Pensez-vous que votre palpation mammaire s'est améliorée grâce à votre expérience au fil de vos années d'exercice ou au contraire, vous sentez-vous de moins en moins à l'aise avec cet examen ?

- Ma palpation mammaire s'est améliorée grâce à mon expérience
 Je me sens de moins en moins à l'aise avec cet examen

D'après vous, sur une échelle de 0 à 10, à quel degré votre expérience est-elle décisive dans l'efficacité de votre palpation mammaire ?



Selon votre opinion, est-ce que la palpation mammaire, effectuée par un professionnel de santé une fois par an dans le cadre du suivi gynécologique, est un acte fiable pour le dépistage du cancer du sein ?

- Oui
 Non

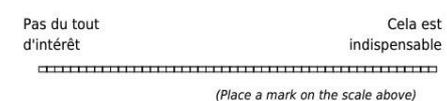
Pourquoi ?

16/03/2024 16:46

projectredcap.org



Selon vous, sur une échelle de 0 à 10, quel est l'intérêt de pratiquer la palpation mammaire une fois par an chez vos patientes dans le cadre du suivi et du dépistage du cancer du sein chez la femme ?



Voulez-vous ajouter quelque chose ?

« Non formée à ça dans mes études. Mais je le ferai sûrement maintenant que je viens de découvrir cette manœuvre en répondant au questionnaire. »
« Car je ne la connaissais pas mais merci pour cette nouvelle donnée. »
« Je ne la connaissais pas, maintenant je vais la pratiquer. »
« Je viens d'apprendre ce que s'est ! »

Annexe 3 : Commentaires des sages-femmes lors de l'étude concernant la manœuvre de Tillaux

« Prévention en apprenant/sensibilisant les femmes à l'autopalpation. »
« Ce qui me semble le plus efficace c'est de conseiller à toutes mes patientes de s'autoexaminer les seins une fois par semaine en leur détaillant comment faire et dans plusieurs positions dont debout, penchée, en avant. »
« La palpation par un professionnel c'est bien, mais il est important de responsabiliser les femmes en leur montrant l'autopalpation. »
« Je leur apprend surtout l'autopalpation. »
« Ce qui est "indispensable" ce serait surtout qu'on forme réellement les femmes à l'autopalpation, qu'on leur offre de l'autonomie et la capacité de le faire efficacement et sereinement. Ça fait partie de ce à quoi sert la palpation avec un pro, revoir les gestes »
« Autopalpation très importante et signes devant faire consulter à enseigner aux patientes +++ ». »
« Ce qui me semble important c'est de leur demander si elles le font et de revoir les étapes ensemble, mais pas forcément de faire à leur place. »
« C'est indispensable surtout pour rappeler aux patientes de faire leur autopalpation mensuelle. »
« Même si l'examen du professionnel n'est pas très fiable, il permet d'éduquer les patientes à l'autoexamen. »
« Ça permet de les sensibiliser à la palpation. »
« Je le fais surtout pour leur apprendre l'autopalpation. »

Annexe 4 : Extrait de commentaires laissés en champs libre par les sages-femmes interrogées en fin de questionnaire

« Je suis curieuse d'avoir un retour sur la conclusion de votre mémoire, bon courage. »
« Merci de vous intéresser à ce sujet et bon courage pour la suite. »
« Merci pour ce travail de recherche. »
« Si vous êtes d'accord, serait-il possible d'avoir accès à votre travail, un fois achevé, s'il vous plaît ? Merci et merci pour votre travail intéressant ! Bonne continuation, bientôt la fin ! »
« Merci d'avoir choisi ce sujet de recherche. »
« Sujet très pertinent ! »

Annexe 5 : Commentaires des sages-femmes interrogées laissés en fin de questionnaire

Résumé

Introduction – Le cancer du sein est la première cause de cancer chez la femme en France, mais plus généralement dans de nombreux pays du monde ce qui en fait un problème majeur de santé publique. C'est pourquoi, le dépistage du cancer du sein a autant d'importance, le but étant de détecter le plus précocement possible les cancers du sein afin de réduire le taux de mortalité. Cependant, les pratiques de dépistage ne sont pas les mêmes en fonction des pays. En effet, de nombreux pays comme le Canada, ne recommandent plus la palpation mammaire comme moyen de dépistage. Ceci entraîne l'émergence de controverses de plus en plus présentes au niveau international.

L'objectif principal de l'étude était d'analyser les pratiques des sages-femmes autour de la palpation mammaire dans le cadre du dépistage du cancer du sein, et de questionner le sentiment de fiabilité de cet examen par les praticiennes.

Méthode – Afin d'étayer nos propos et d'analyser l'intérêt de cet examen, il a été réalisé une étude quantitative, transversale, descriptive et observationnelle auprès de 305 sages-femmes françaises pratiquant la palpation mammaire auprès de leurs patientes.

Résultats – Les résultats montrent que les pratiques des sages-femmes ne sont pas toutes uniformisées notamment lorsqu'une anomalie est décelée. Les sages-femmes tendent à prescrire des examens complémentaires non nécessaires, pour répondre à un ressenti d'inefficacité de leur palpation, expliqué par un défaut de formations et de connaissances sur la pratique.

Conclusion – Il ne semble pas encore dans les projets de santé publique de la France d'écarter la palpation mammaire de son dépistage comme a déjà pu le faire le Canada. Ainsi, il s'avère important d'améliorer l'harmonisation des pratiques et de renforcer et renouveler l'apprentissage de la palpation mammaire durant les études et tout au long de la carrière de sage-femme.

Mots clés : palpation mammaire, dépistage précoce, cancer, sage-femme, controverses