

2012-2016

Université d'Angers
UFR des sciences Médicales
Ecole de Sages-femmes René Rouchy

Interêt, rôle et compétences des sages-femmes libérales vis-à-vis de la palpation mammaire de dépistage

DARAIZE Marylène

Sous la direction du
Docteur de HERCE Isabelle

Membres du jury

Nom/Prénom 1 | Fonction
Nom/Prénom 2 | Fonction
Nom/Prénom 3 | Fonction
Nom/Prénom 4 | Fonction
Nom/Prénom 5 | Fonction
Nom/Prénom 6 | Fonction

Mémoire de fin d'études soutenu publiquement le : 31 Mai 2016
en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

L'auteur du présent document vous autorise à le partager, reproduire, distribuer et communiquer selon les conditions suivantes :



- Vous devez le citer en l'attribuant de la manière indiquée par l'auteur (mais pas d'une manière qui suggérerait qu'il approuve votre utilisation de l'œuvre).
- Vous n'avez pas le droit d'utiliser ce document à des fins commerciales.
- Vous n'avez pas le droit de le modifier, de le transformer ou de l'adapter.

Consulter la licence creative commons complète en français :
<http://creativecommons.org/licences/by-nc-nd/2.0/fr/>

Ces conditions d'utilisation (attribution, pas d'utilisation commerciale, pas de modification) sont symbolisées par les icônes positionnées en pied de page.



REMERCIEMENTS

A Madame Le Docteur de HERCE Isabelle, médecin coordinateur à Cap santé⁴⁹ pour ses conseils et sa disponibilité tout au long de ce projet.

A Madame Rouillard et Madame Gaudin, pour l'intérêt porté à ce projet.

A l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école René ROUCHY pour leur accompagnement, leur soutien et écoute durant ces quatre années d'études.

A ma famille et mes amis pour leur présence au quotidien.

Sommaire

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1 présentation

2 matériel

3 méthode

4 Analyses statistiques

RÉSULTATS

1 Infographie du nombre de questionnaires remplis.

2 Caractéristiques de la population

3 Résultats

DISCUSSION

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

GLOSSAIRE

ANNEXES

Résumé

Introduction

Le cancer est la première cause de mortalité en France. En 2013 28.7% des décès étaient dus au cancer, devant les maladies cardiovasculaires et les accidents de la voie publique(1). Le troisième plan cancer a été présenté par Mr le président de la République en février 2014 avec quatre objectifs principaux (2) :

« Guérir plus de malades ; donner plus de moyens à la recherche fondamentale et à la recherche clinique ; améliorer la vie des malades pendant et après le cancer ; faire de la prévention une priorité pour réduire le nombre de cancers aux causes évitables ». En effet, il a été estimé que la moitié des cancers pourrait être évitée et que 40% du total de décès dus au cancer tiennent à des facteurs de risques évitables (2).

En ce qui concerne le cancer du sein, il bénéficie d'un dépistage organisé à l'échelle nationale à partir de 50 ans jusqu'à 74 ans. L'examen clinique des seins est dans le cahier des charges de ce dépistage (3). Il en est l'une des étapes. Il consiste en l'inspection et la palpation des seins et des aires ganglionnaires à la recherche d'une anomalie caractérisant une tumeur bénigne ou maligne, un cancer (3). La haute autorité de santé, s'est récemment positionnée sur les recommandations de la palpation mammaire (4). Une femme sur huit sera confrontée à un cancer du sein au cours de sa vie (5). Il représente 31% des nouveaux cancers diagnostiqués chez la femme ; même si le taux est en baisse il reste le cancer le plus fréquent : 54 062 nouveaux cas en France métropolitaine en 2015 dont 10671 femmes de moins de 49 ans soit 19,7% d'incidence par cancer chez la femme. Il est également au 1er rang des décès par cancer chez la femme avec 11 913 décès en 2015 représentant 18,2% des décès par cancer (6). D'après l'HAS, il est recommandé d'effectuer un examen sénologique annuel à partir de 25 ans chez toute femme quels que soient les facteurs de risques (7).

C'est une maladie multifactorielle. Un certain nombre de facteurs de risque tels que les antécédents familiaux et personnels, le tabac, l'alcool, le surpoids, l'âge (8), la ménopause et son traitement substitutif, la nulliparité, une première grossesse tardive (3) ont été mis en avant. Or l'âge moyen à l'accouchement des femmes en France ne cesse de croître. En 2015, il est de 30,4 ans (9).

D'après la loi HPST 2009 (10), les sages-femmes ont les compétences relatives au suivi gynécologique contraceptif et préventif des femmes durant toute la vie génitale. Elles sont praticiens officiels de consultation préconceptionnelle (11). Elles ont les aptitudes pour réaliser un examen sénologique chez toute femme « sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique » (12).

Avec cet ajout de compétence professionnelle dans un contexte social d'âge moyen de grossesse de plus en plus tardif, il semble important de s'intéresser au rôle, intérêt et compétences des sages-femmes vis-à-vis de la palpation mammaire. Il se pose alors les questions des connaissances théoriques, des compétences et des formations reçues par les sages-femmes libérales concernant l'examen clinique des

seins dans le cadre du dépistage du cancer du sein. De même, il semble intéressant d'analyser leur intérêt pour ce dépistage et la mise en pratique de cet examen dans l'exercice quotidien. En effet, la palpation mammaire est le premier examen de dépistage d'une pathologie sénologique d'autant plus qu'avant 50 ans il est le principal moyen de dépistage chez une femme sans pathologie antérieure. Si une tumeur est dépistée précocement cela permet une rémission dans 9 cas sur 10 (5), Ceci montre l'importance de cet examen clinique.

L'objectif principal de cette étude descriptive était de décrire les pratiques de la palpation mammaire des sages-femmes libérales des pays de la Loire.

matériel et méthode

1 présentation

Nous avons réalisé une étude quantitative, descriptive menée par questionnaire distribué par mail de juillet à novembre 2015. Ce questionnaire porte sur la formation et la pratique de l'examen sénologique par les sages-femmes libérales des Pays de la Loire dans le cadre du dépistage du cancer du sein.

2 matériel

La population ciblée était les sages-femmes d'activité exclusivement libérale exerçant dans les Pays de la Loire en 2015. Les sages-femmes exerçant à la fois en libéral et en structure hospitalière ont été exclues. En effet, leurs réponses auraient pu être faussées compte tenu de leur double activité.

3 méthode

Le questionnaire a été effectué sur un site de statistiques en ligne : qualtrics. Le lien a été transmis, aux sages-femmes libérales des 5 départements de la région, par l'intermédiaire des conseils départementaux de l'ordre des sages-femmes. Les conseils départementaux ont été contactés par mail. Le questionnaire a été adressé une première fois en juillet 2015. Ce même lien a été envoyé une deuxième fois en septembre. Devant le peu de réponses recensées nous avons décidé de nous adresser personnellement aux sages-femmes libérales par mail. Le recrutement des adresses mails s'est alors effectué par l'intermédiaire du site internet du conseil national de l'Ordre des sages-femmes (11), et également par appels téléphoniques aux cabinets libéraux. Ce recensement a été effectué en collaboration avec deux étudiantes sages-femmes qui visaient les même populations dans le cadre de leur mémoire. Cette liste d'adresses mails a été utilisée à deux reprises entre septembre et octobre 2015 pour augmenter le nombre de réponses. Le contact téléphonique a également permis une relance. En effet des explications concernant l'étude ont pu être directement apportées aux sages-femmes.

Les sages-femmes dont les adresses mails n'ont pu être récupérées n'ont pas été exclues de l'étude car celles-ci ont à priori été contactées par l'ordre des sages-femmes correspondant à leur département. Le questionnaire par l'intermédiaire de questions binaires, à choix multiples ou ouvertes permet d'étudier les pratiques des sages-femmes et de faire un état des lieux concernant les bases théoriques et les formations reçues.

4 Analyses statistiques

Les données ont été saisies et contrôlées à l'aide d'un masque de saisie réalisé sur Epidata 3.1. Ces résultats ont ensuite été analysés par l'intermédiaire de Epidata analysis 2.2 et de Open office 4.0.1calc. Un site de statistiques en ligne BIOSTATGV a également été utilisé. Les tests utilisés pour l'analyse étaient les tests de chi2 et de Fisher utilisé quand des effectifs étaient inférieurs à 5. Le seuil de significativité a été fixé à $p < 0,05$.

Résultats

1 Infographie du nombre de questionnaires remplis.

En Sarthe 17 sages-femmes sur 38 ont participé à l'étude (44,73%). 49 sages-femmes de Loire Atlantique sur 109 éligibles (44,95%) ont répondu au questionnaire. En Mayenne 6 sur 13 sages-femmes ont rendu réponse. 31 professionnels de vendée sur 55 (56,36%) ont participé à l'étude. En Maine et loire la participation était de 38 sur 65 sages-femmes (58,46%).

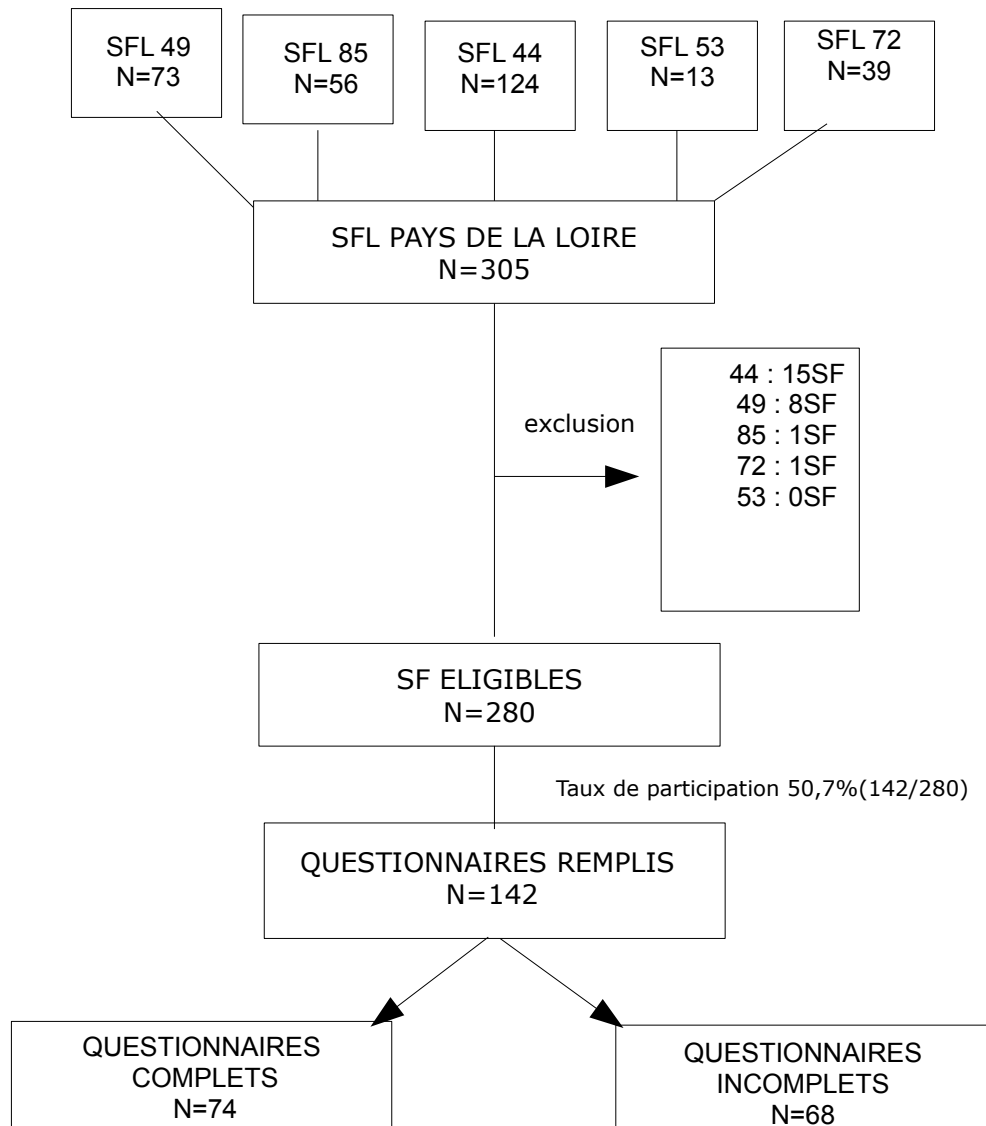


Figure 1 : Flow shart décrivant le recrutement de la population pour l'étude des compétences des sages-femmes libérales (SFL) des Pays de la Loire concernant l'examen clinique sénologique.

Exclusion : sages-femmes travaillant en libéral et en milieu hospitalier

2 Caractéristiques de la population

La population de l'étude était composée de 139 femmes (N=142) représentant 97,89% de la population de l'étude. Concernant ces 142 sages-femmes, 67 sages-femmes(47,2%) exerçaient en milieu rural, 75 (52,8%) pratiquaient en ville et 84 sages-femmes (59,2%) travaillaient en collaboration avec un(e)/plusieurs consoeurs, confrères. L'âge des sages-femmes interrogées était de 40,13ans±9,05 (N=141 med:40ans). Le nombre d'années d'exercice libéral au moment de la participation au questionnaire était de 7,90ans±6,71 (N=142 med:5,5ans). L'âge au début de l'exercice libéral était de 32,32ans±7,07 (N=141). Le nombre d'années de diplôme à l'installation en libéral est de 8,65ans±7,41 (N=142 med:8).

Tableau I: Caractéristiques de population des sages-femmes libérales des Pays de la Loire ayant répondu au questionnaire de la pratique de la palpation mammaire.

école de formation	N=141 N (%)
Angers	42 (29,79)
Nantes	34 (24,11)
Nord	15 (10,64)
Nord ouest	17 (12,06)
DOM TOM et pays étranger	9 (6,39)
Région Parisienne	8 (5,68)
Sud Ouest	6 (4,26)
Sud Est	6 (4,26)
Nord Est	3 (2,13)
Centre	1 (0,71)
parcours professionnel antérieur à l'exercice libéral	N=140 N (%)
hospitalier dans service	129 (92,14)
en consultation	32 (22,86)
PMI*	6 (4,29)
CPEF*	4 (2,86)
humanitaire	3 (2,14)
aucune experience antérieure	7 (5)
autre activité	13 (9,29)
département d'exercice	N=141 N (%)
Loire Atlantique	49 (34,75)
Maine et Loire	38 (26,95)
Vendée	31 (21,99)
Sarthe	17 12,06)
Mayenne	6 (4,26)

* CPEF : centre de planification et d'éducation familiale.

*PMI: protection maternelle et infantile

Les sages-femmes ayant travaillé avant leur installation en libéral ont été 8,73±5,82 ans en service hospitalier (N=115), 5,43±4,55 ans en consultation (N=30), 1,83±0,98 ans en PMI (N=6), 3,66±2,52 ans en humanitaire (N=3), 2,5±1,73 ans en centre de planification et d'éducation familiale (N=4).

3 Résultats

Les femmes majeures en âge de procréer représentaient la majorité de la patientèle en consultation gynécologique pour 126 sages-femmes sur 128 (98,44%). Une sage-femme sur 128 avait une patientèle pour les consultations gynécologiques composée majoritairement d'adolescentes (0,78%). Une professionnelle sur 128 avait déclaré que sa patientèle en gynécologie était majoritairement composée des femmes ménopausées (0,78%).

Tableau II : Caractéristiques d'exercice des sages-femmes libérales des Pays de la Loire répondantes.

temps hebdomadaire de consultation de suivi de grossesse N=128	N(%)
activité non pratiquée ou moins d'une demi-journée	72 (56,25)
plus d'une demi-journée à une journée	52 (40,625)
plus de deux jours	4(3,125)
temps hebdomadaire de surveillance rapprochée de grossesse N=122	N(%)
activité non pratiquée ou moins d'une demi-journée	55 (45,082)
plus d'une demi-journée à une journée	50 (40,984)
plus de deux jours	17 (13,934)
temps hebdomadaire de consultation gynécologique N=128	N(%)
activité non pratiquée ou moins d'une demi-journée	78 (60,938)
plus d'une demi-journée à une journée	44 (34,375)
plus de deux jours	6 (4,688)
temps hebdomadaire de préparation à la naissance N=125	N(%)
activité non pratiquée ou moins d'une demi-journée	15 (12)
plus d'une demi-journée à une journée	77(61,6)
plus de deux jours	33 (26,4)
temps hebdomadaire de rééducation périnéale N=128	N(%)
activité non pratiquée ou moins d'une demi-journée	9 (7,031)
plus d'une demi-journée à une journée	40 (31,25)
plus de deux jours	79 (61,719)

temps hebdomadaire de consultation post natales N=125	N(%)
activité non pratiquée ou moins d'une demi-journée	92 (73,6)
plus d'une demi-journée à une journée	30 (24)
plus de deux jours	3 (2,4)
temps hebdomadaire de suivi de post partum/ retour précoce au domicile N=127	N(%)
activité non pratiquée ou moins d'une demi-journée	66 (51,969)
plus d'une demi-journée à une journée	50 (39,371)
plus de deux jours	11 (8,661)
temps hebdomadaire d'échographies obstétricales N=118	N(%)
activité non pratiquée ou moins d'une demi-journée	115 (97,458)
plus d'une demi-journée à une journée	1 (0,847)
plus de deux jours	2 (1,695)

Concernant l'enseignement initial reçu, 1 sage-femme sur 128 a reçu un enseignement sur le cancer du sein et l'allaitement et l'a jugé suffisant.

Parmi les 107 sages-femmes diplômées avant/en 2009, 89 trouvaient leurs connaissances sur la palpation issues de l'enseignement insuffisantes ou inexistantes (83,17%) contre 10/21 sages-femmes diplômées après 2009 (47,61%) ($p=0,00104$). 4/107 (3,74%) sages-femmes diplômées avant/en 2009 évaluaient leur enseignement pratique (simulation procédurale) sur la palpation suffisant ou complet contre 11/21 (52,38%) sages-femmes diplômées après 2009 ($p=0,0247$). 7/107 (6,54%) sages-femmes diplômées avant/en 2009 considéraient l'enseignement reçu sur les pathologies sénologiques suffisant ou complet contre 8/21 (38,10%) sages-femmes diplômées après 2009.

Pour le groupe1 (sages-femmes pratiquant plus d'une demi-journée par semaine des consultations de gynécologie) 10 sages-femmes sur 50 (20%) estimaient avoir reçu un enseignement sur le cancer du sein suffisant ou complet, contre 11 sages-femmes sur 24 (45,83%) ($p=0,0288$) pour le groupe2 (sages-femmes ne pratiquant pas ou moins d'une demi-journée par semaine de la gynécologie). 2/50 sages-femmes (4%) du groupe1 ont évalué l'enseignement sur le cancer du sein et grossesse suffisant ou complet contre 7/24 (29,17%) sages-femmes du groupe2 ($p=0,004$). 3/50 (6%) sages-femmes du groupe1 ont trouvé l'enseignement primaire sur les pathologies sénologiques reçu, suffisant ou complet contre 6/24 (25%) sages-femmes du groupe2 ($p=0,05$).

Tableau III : Evaluation par les professionnels de la qualité de la formation initiale reçue sur l'examen sénologique des seins.

connaissances	N=128
palpation mammaire	N(%)
inexistant	36(28,125)
insuffisant	63(49,219)
suffisant	27(21,094)
complet, exhaustif	2(1,563)
pathologies sénologiques	N(%)
cancer du sein	
inexistant	7(4,688)
insuffisant	85(66,406)
suffisant	35(27,344)
complet, exhaustif	1(0,781)
cancer du sein et grossesse	
inexistant	27(21,094)
insuffisant	87(67,969)
suffisant	13(10,156)
complet, exhaustif	1(0,781)
générales	
inexistant	15(11,719)
insuffisant	98(76,563)
suffisant	14(10,938)
complet, exhaustif	1(0,781)
simulation procédurale	N=128
palpation mammaire	N(%)
inexistant	77(60,156)
insuffisant	43(33,594)
suffisant	6(4,688)
complet, exhaustif	2(1,563)
expérience authentique	N=128
stage	N(%)
inexistant	37(28,906)
insuffisant	78(60,938)
suffisant	12(9,375)
complet, exhaustif	1(0,781)

108 sur 127 sages-femmes libérales ont déclaré porter un intérêt à l'examen clinique des seins (85%). 101 sages-femmes sur 128 (78,91%) ont participé à une/des formation(s) continue(s) en lien avec la pratique de l'examen clinique des seins. 36 sur 98 professionnels ont effectué une formation gynécologique (36,73%). 26 sur 98 sages-femmes ont passé un Diplôme Universitaire en gynécologie (26,53%). 26 maïeuticiens sur 98 ont participé à une formation sur la contraception et l'examen gynécologique et/ou sur la palpation mammaire. 10 sages-femmes sur 98 ont déclaré avoir été formées par le centre hospitalier (lors de leur précédent emploi) ou avoir effectué une autre formation (médic formation, ADCO...). 90/107 (84,11%) sages-femmes formées avant ou en 2009 contre 11/21 sages-femmes formées après 2009 (52,38%) ont effectué des formations continues sur l'examen clinique des

seins ($p=0,003$). 46/50 (92%) sages-femmes du groupe1 ont effectué une formation continue en rapport avec la palpation mammaire contre 17/24 (70,83%) sages-femmes du groupe2 ($p=0,0319$). 16/48 (34,78%) sages-femmes du groupe1 ont passé un diplôme universitaire en gynécologie contre 1 sage-femme sur 15 (6,67%) du groupe2 ($p=0,05$).

81 sages-femmes sur 125 ont recherché des informations supplémentaires pour compléter la formation initiale ou les formations continues possiblement effectuées concernant l'examen clinique des seins (64,8%). 51 sur 80 sages-femmes (63,75%) effectuaient leurs recherches sur internet, dont 2 sur 80 sur les réseaux sociaux (2,5%)(groupes de partage) et 1 sur les sites de prévention du cancer (1,25%). 36 sur 80 s'informaient grâce à des revues scientifiques (45%). 17 sur 80 puisaient dans les référentiels de professionnels (21,25%). 12 sur 80 (15%) s'instruisaient par l'intermédiaire des programmes de formations gynécologiques. 4 sages-femmes sur 80 (5%) ont déjà fait appel à un confrère gynécologue ou sage-femme pour obtenir un complément d'information sur cet examen. 1 sage-femme parmi les 80 (1,25%) s'était adressée à cap santé 49 (centre de dépistage en Maine et Loire).

115 sur 127 sages-femmes interrogées pratiquaient l'examen clinique des seins (90,6%). 87 sur 105 professionnels le pratiquaient de manière systématique lors d'une consultation gynécologique (82,9%), 59 sur 105 (56,2%) le pratiquaient de façon systématique en début de grossesse, 34 sur 105 (32,4%) le pratiquaient selon les antécédents personnels et familiaux, 18 sur 105 sages-femmes le faisaient (17,1%) selon l'âge de la patiente, 5 sur 105 (4,8%) professionnels le faisaient uniquement à la demande de la patiente et 4 sages-femmes sur 105 (3,8%) le pratiquaient en fonction de la période dans le cycle menstruel.

12 sur 127 sages-femmes (9,4%) ne pratiquaient pas l'examen sénologique. Parmi elles, 9 sur 16 sages-femmes ne se sentaient pas aptes ou insuffisamment formées (56,3%). 3 sages-femmes sur 16 (18,8%), n'en avaient pas l'opportunité. Aucune ne pensait que les sages-femmes étaient non compétentes ou les médecins plus aptes à faire cet examen parmi les 16 sages-femmes ayant répondu à cet item. 4 professionnels sur 16 ont déclaré qu'ils ne pratiquaient pas la palpation jugeant l'examen inefficace et sans intérêt à faire systématiquement (25%).

59 sur 66 sages-femmes libérales installées en agglomération pratiquaient la palpation mammaire (89,39%) contre 56 sur 61 sages-femmes exerçant en milieu rural (91,80%). Il n'y a pas de différence significative ($p=0,64$ d'après qui2).

96 sur 115 sages-femmes qui pratiquaient l'examen ont effectué des formations supplémentaires (83,48%). Parmi les 12 sages-femmes qui ne pratiquent pas cet examen, 5 ont participé à des formations continues en lien avec l'examen clinique des seins (41,67%)($P=0,19$ qui2).

Concernant la pratique de l'examen, 31/93 (33,33%) sages-femmes diplômées avant ou en 2009 installaient la patiente les mains à la taille contre 1/18 (5,56%) sages-femmes diplômées après 2009 ($p=0,021$). 59/93 (63,44%) sages-femmes diplômées avant/en 2009 faisaient une expression du mamelon lors de l'examen contre 7/18 (38,89%) sages-femmes diplômées après 2009 ($p=0,07$). 90/93 sages-femmes diplômées avant/en 2009 (96,77%) recherchaient une anomalie de la peau à l'inspection contre 15/18 (83,33%) sages-femmes diplômées après 2009 ($p=0,05$).

38/45 (84,44%) sages-femmes du groupe1 faisaient une inspection de face et de profil des seins contre 13/22 (59,09%) sages-femmes du groupe2 de la gynécologie (p=0,03). 20/45 (44,44%) sages-femmes du groupe1 installaient la patiente les mains à la taille contre 4/22 (18,18%) sages-femmes du groupe2 (p=0,06). 23/45 (51,11%) sages-femmes du groupe1 surveillaient les ganglions axillaires contre 5/22 (22,73%) sages-femmes du groupe 2 (p=0,04). 17/45 (37,78%) des professionnels du groupe1 recherchaient une adhérence cutanée et du grand pectoral à la palpation contre 2/22 (9,09%) sages-femmes du groupe2. 43/44 (97,73%) sages-femmes du groupe1 recherchaient une rétraction cutanée/méplat à l'inspection contre 18/22 (81,82%) professionnels du groupe2 (p=0,04).

tableau IV:récurrence des actes effectués et signes cliniques recherchés par les sages-femmes libérales des pays de la Loire interrogées. (14)(15)

récurrence de chaque acte lors de la pratique de l'examen sénologique N	
inspection	N (%)
face et profil	
jamais	11(9,9)
parfois	17(15,3)
souvent	24(21,6)
toujours	59(53,2)
à la lumière du jour, jour frisant	
jamais	15(13,5)
parfois	14(12,6)
souvent	22(19,8)
toujours	60(54,1)
téguments	
jamais	24(21,6)
parfois	9(8,1)
souvent	16(14,4)
toujours	62(55,9)

installation	N (%)
position assise	
jamais	11(9,9)
parfois	8(7,2)
souvent	12(10,8)
toujours	80(72,1)
position allongée	
jamais	5(4,5)
parfois	4(3,6)
souvent	6(5,4)
toujours	96(86,5)
position debout	
jamais	67(60,4)
parfois	8(7,2)
souvent	9(8,1)
toujours	27(24,3)
sur le côté	
jamais	102(91,9)
parfois	7(6,3)
souvent	/
toujours	2(1,8)
buste penché en avant	
jamais	82(73,9)
parfois	8(7,2)
souvent	4(3,6)
toujours	17(15,3)
élévation des bras	
jamais	13(11,7)
parfois	1(0,9)
souvent	5(4,5)
toujours	92(82,9)
bras le long du corps	
jamais	44(39,6)
parfois	5(4,5)
souvent	9(8,1)
toujours	53(47,7)
mains à la taille	
jamais	69(62,2)
parfois	10(9,0)
souvent	6(5,4)
toujours	26(23,4)

palpation	N (%)
par quadrant	
jamais	2(1,8)
parfois	/
souvent	4(3,6)
toujours	105(94,6)
aires ganglionnaires axillaires	
jamais	2(1,8)
parfois	1(0,9)
souvent	2(1,8)
toujours	106(95,5)
aires ganglionnaires humérales	
jamais	70(63,1)
parfois	3(2,7)
souvent	4(3,6)
toujours	34(30,6)
aires ganglionnaires claviculaires	
jamais	31(27,9)
parfois	2(1,8)
souvent	8(7,2)
toujours	70(63,1)
aires ganglionnaires scapulaires	
jamais	69(62,2)
parfois	8(7,2)
souvent	6(5,4)
toujours	28(25,2)
sillon sous mammaire	
jamais	21(18,9)
parfois	9(8,1)
souvent	13(11,7)
toujours	68(61,3)
aires ganglionnaires du GME*	
jamais	43(38,7)
parfois	8(7,2)
souvent	15(13,5)
toujours	45(40,5)
expression du mamelon	
jamais	35(31,5)
parfois	10(9,0)
souvent	13(11,7)
toujours	53(47,7)
adhérence cutanée et grand pectoral	
jamais	71(64,0)
parfois	13(11,7)
souvent	6(5,4)
toujours	21(18,9)
confrontation aux précédents examens	N (%)
jamais	26(23,4)
parfois	15(13,5)
souvent	19(17,1)
toujours	51(45,9)

signes cliniques recherchés à l'examen N=111	
inspection	
asymétrie	
jamais	2(1,8)
parfois	1(0,9)
souvent	2(1,8)
toujours	106(95,5)
anomalie cutanée	
jamais	3(2,7)
parfois	3(2,7)
souvent	10(9,0)
toujours	95(85,6)
méplat	
jamais	5(4,5)
parfois	1(0,9)
souvent	10(9,0)
toujours	94(85,5)
oedème	
jamais	20(18,2)
parfois	12(10,8)
souvent	18(16,4)
toujours	60(54,1)
rougeur	
jamais	6(5,4)
parfois	7(6,3)
souvent	17(15,3)
toujours	81(73)
rétraction	
jamais	5(4,5)
parfois	4(3,6)
souvent	15(13,5)
toujours	87(78,4)
eczéma mamelon ou aréole N=108	
jamais	24(22,2)
parfois	11(10,2)
souvent	12(11,1)
toujours	61(56,5)
palpation	N (%)
écoulement	
jamais	8(7,2)
parfois	4(3,6)
souvent	14(12,6)
toujours	85(76,6)
épaississement de la PAM* N=107	
jamais	36(33,6)
parfois	18(16,8)
souvent	9(8,4)
toujours	44(41,1)
adénopathies	
jamais	5(4,5)
parfois	4(3,6)
souvent	12(10,9)
toujours	89(80,9)
masse N=110	
jamais	2(1,8)
parfois	1(0,9)
souvent	6(5,5)
toujours	101(91,8)

Concernant la fréquence de l'examen lors d'une consultation gynécologique, 62 sur 100 sages-femmes l'effectuaient selon la date du précédent examen, 38 sur 100 le faisaient à chaque consultation. Pour 36 sur 100 sages-femmes la présence d'antécédents personnels ou familiaux déterminait la fréquence d'examens. 19 sur 100 sages-femmes déterminaient la fréquence de palpation en fonction de l'âge de la patiente, et 7 répondants sur 100 en fonction des traitements médicaux et hormonaux.

74 sur 111 sages-femmes prenaient en compte la date du dernier examen sénologique (66,7%). Pour 81 sur 92 d'entre elles (88%) cet examen était annuel. Il durait 5,84 minutes \pm 4,94.

Concernant la fréquence de palpation mammaire lors d'un suivi de grossesse, elle était effectuée seulement une fois en début de grossesse pour 63/101 (62,38%) sages-femmes, une fois en cours de grossesse pour 8/101 professionnels (7,92%), seulement une fois si antécédents familiaux pour 17 sur 101 sages-femmes (16,83%) ou plusieurs fois pour 6/101 (5,94%) professionnels. Cet examen était pratiqué une fois seulement si antécédents personnels pour 10 sur 101 (9,9%) sages-femmes ou plusieurs fois pour 15/101 (14,85%). Il était effectué chaque mois pour 2 sur 101 (1,98%) répondants. 9 sages-femmes sur 101 (8,91%) ne le pratiquaient qu'à la demande de la patiente, 2 professionnels sur 101 (1,98%) ne le faisaient qu'en fonction du mode d'allaitement choisi, 1 sur 101 le faisait si douleurs décrites par la patiente et enfin 10 sages-femmes sur 101 (9,9%) ne le faisaient jamais lors d'un suivi de grossesse.

En cas de détection de masse à la palpation mammaire, 77 sur 101 (76,24%) des sages-femmes interrogées prescrivaient une échographie contre 57 sur 101 (56,44%) qui prescrivaient une mammographie. 46 professionnels sur 101 (46,54%) caractérisaient la tuméfaction dont 38/101 (37,62%) effectuaient un schéma. 45 personnes sur 101 (45,55%) adressaient la patiente à un gynécologue, 16 sur 101 (15,84%) à un médecin généraliste et 6 sur 101 (5,94%) professionnels décidaient de programmer un contrôle de cet examen à distance.

95 sages-femmes sur 101 (94,06%) abordaient en consultation l'autopalpation mammaire. 6 parmi ces 101 sages-femmes s'appuyaient sur de la documentation (5,94%). Sur ces 6 sages femmes 4, ont donné les dénominations de leurs documents : alineways (Belgique), site prévention cancer du sein, documentation formation ADCO et documentation ruban rose. 27 sages-femmes sur 80 conseillaient à leurs patientes de pratiquer l'autopalpation annuellement (33,75%), 27 autres conseillaient une autopalpation mensuelle (33,75%). 13 sages-femmes sur 80 préconisaient une autopalpation tous les cinq à neuf mois (16,25%) 12 sur 80 (15%) indiquaient à leurs patientes d'exercer une autopalpation tous les deux à trois mois. 1/80 conseillaient de le faire toutes les semaines. En cas de masse à l'autopalpation, 44/99 (44,44%) sages-femmes conseillaient à leurs patientes de venir consulter : 27/99 (27,27%) auprès d'une sage-femme, 25/99 (25,25%) auprès d'un gynécologue, 23/99 (23,23%) auprès d'un médecin traitant. 9/99 (9,09%) indiquaient à leurs patientes de reconstrôler à distance cet examen. 26 sages-femmes sur 99 (26,26%) prescrivaient une mammographie et/ou échographie. 4/99 (4,04%) ont déclaré rassurer la patiente.

Discussion

50,7% des sages-femmes libérales des Pays de la Loire éligibles ont participé à l'étude. Il semble important d'emblée de nuancer ce chiffre. En effet, le questionnaire a été établi sans obligation de réponses, ce qui explique les variations d'effectifs dans les résultats. Il s'agit donc de la limite principale de cette étude. Cela a donc impliqué la nécessité d'effectuer des regroupements de données pour analyser certains paramètres. Cela a notamment été effectué pour comparer les sages-femmes diplômées avant 2009 versus celles diplômées après 2009 et des sages-femmes pratiquant plus d'une demi-journée par semaine la gynécologie versus les sages-femmes pratiquant les suivis de grossesses une demi-journée par semaine ou plus et ne faisant pas de gynécologie ou moins d'une demi-journée par semaine.

L'année 2009 avait été choisie dans le but d'étudier l'impact de l'élargissement des compétences (10), dans la pratique de la palpation mammaire par les sages-femmes libérales. Du fait des petits effectifs de la population de cette étude, très peu de ces résultats sont significatifs. De plus, les modifications des programmes éducatifs ont concerné les sages-femmes diplômées après 2012 (16). C'est la deuxième limite à cette comparaison d'échantillons. Il aurait été plus pertinent de choisir l'année 2012 pour séparer ces groupes mais les effectifs auraient été plus petits.

On a souhaité également comparer deux groupes : groupe1 (les sages-femmes exerçant plus d'une demi-journée par semaine la gynécologie) et groupe2 (les sages-femmes pratiquant les suivis de grossesses une demi-journée par semaine ou plus et ne faisant pas de gynécologie ou moins d'une demi-journée par semaine). Les statistiques montrent donc que pour cet échantillon, les sages-femmes du groupe2 sont plus satisfaites globalement de l'enseignement primaire qu'elles ont reçu à l'exception de ceux sur l'enseignement théorique de la palpation et l'enseignement en stage. Ce résultat est à pondérer puisque seulement deux données sont significatives (enseignement sur cancer du sein et sur cancer du sein et grossesse). La grande majorité des sages-femmes faisant de la gynécologie ont effectué des formations supplémentaires. La différence est significative avec les sages-femmes du groupe2. Les différents actes de l'examen clinique sont en général plus effectué par les sages-femmes du groupe1. Cependant la différence est significative seulement pour quelques items. Le nombre important de croisements de données, avec des effectifs de petites tailles est une limite à l'analyse de ces échantillons. Cela implique très peu de significativité et un manque de pertinence des résultats.

On peut estimer qu'une sage-femme est confrontée à la réalisation de l'examen clinique des seins lors de consultations gynécologiques ou de suivi de grossesse mais aussi en post-partum. Or la majorité des sages-femmes sollicitées ne pratiquent pas ou moins d'une demi-journée par semaine ces activités. C'est une autre limite à l'étude.

Selon la définition du dictionnaire Larousse, la compétence est « la capacité reconnue en raison des connaissances possédées et qui donne droit d'en juger. C'est l'aptitude à effectuer certains actes »

(17). Les compétences permettent donc la pratique d'un examen de qualité. Miller a schématisé, sous forme de pyramide, l'évaluation des compétences médicales acquises au cours de la formation (18).

Le premier socle de la pyramide de Miller concerne les connaissances : il explique que pour pratiquer *il faut savoir*. Les sages-femmes libérales déclarent pour la majorité avoir reçu un enseignement théorique inexistant ou insuffisant concernant la sénologie et la palpation. La proportion de sages-femmes satisfaites ne dépasse pas 10% sauf pour les enseignements relatifs à la palpation mammaire (22,5%) et au cancer du sein (28%).

Le deuxième socle *know how* : savoir comment, peut s'apparenter aux connaissances acquises en simulation procédurale. C'est une technique de basse fidélité, selon l'HAS (19), permettant l'apprentissage de techniques. La majorité des répondants ont jugé les travaux pratiques relatifs à la palpation mammaire insuffisants, 60% d'entre eux les estiment inexistantes.

La troisième étape selon Miller, est *shows how* relatif à la performance correspondant ici à l'expérience authentique. Plus de la moitié des sages-femmes interrogées ont jugé leur apprentissage en stage insuffisant, près d'un tiers n'a pas expérimenté cette pratique en stage. Ces données expliquent donc qu'une grande majorité de sages-femmes interrogées ait participé à des formations continues et que deux tiers des sages-femmes recherchent des informations supplémentaires (internet et dans les revues scientifiques). En effet, on peut supposer qu'elles étaient désireuses d'augmenter leurs connaissances et/ou leurs habilités qu'elles jugeaient insuffisantes, suite à la législation entraînant l'élargissement de leurs compétences et l'obligation du développement personnel continu (10). On peut s'interroger sur la constitution de groupes de FMC (formation médicale continue) à l'image des médecins traitants ou la participation à des journées de formations qualifiantes type DPC (développement professionnel continu).

La dernière étape décrite par Miller est « Does » se rapportant à l'action et la pratique. L'examen clinique doit être composé « d'une inspection en position assise ou debout, les bras le long du corps puis levés, les mains sur les hanches [...] d'une palpation des seins en position allongée sur le dos les mains derrière la tête, les mamelons, la région sous et rétro-aréolaire des deux seins [...] aires axillaires et sus-claviculaires » (4). Cet examen recherche « une tuméfaction, un nodule un changement de taille et d'aspect des seins, une asymétrie, une voussure ou une rétraction de l'un des deux seins, la présence de rides ou d'une rétraction, un épaississement de la peau ou une ulcération cutanée, un eczéma de l'aréole ou du mamelon, un écoulement unipore mamelonnaire, la présence de ganglions dans la région axillaire et sus-claviculaire » (4). Il est à noter que dans notre étude, 90,6% des sages-femmes pratiquent cet examen. De plus, il est recommandé d'effectuer une palpation mammaire en début de grossesse (21) (20). Deux tiers des professionnels interrogés la pratiquent selon les recommandations. L'inspection est faite par plus de la moitié d'entre elles. L'examen est fait sur patiente allongée ou assise pour trois-quarts ou plus d'entre elles. La palpation quadrant par quadrant est effectuée par 94,59% des répondants. Pour la surveillance ganglionnaire, les ganglions axillaires et claviculaires sont recherchés par la majorité des sages-femmes. Les signes cliniques recherchés par plus de 80% des sages-femmes sont : une masse, une asymétrie, une anomalie de peau ou rétraction cutanée, et des adénopathies.

94,06% des sages-femmes interrogées déclaraient évoquer l'autopalpation. En revanche seulement 5% d'entre elles s'appuyaient sur de la documentation alors qu'il existe des brochures notamment sur le site de l'INCA.

Près de deux tiers des sages-femmes ne recherchent jamais les adhérences cutanées et du grand pectoral. Plus de la moitié des sages-femmes qui ne pratiquent jamais cet examen, se jugent inaptes ou insuffisamment formées.

Le rôle des sages-femmes est d'informer, dépister et éduquer notamment en formant à l'autopalpation. L'HAS recommande un examen clinique des seins annuel à partir de 25ans (7). Les sages-femmes interrogées ont une patientèle majoritairement composée de femmes en âge de procréer. Or en 2012, 22% des nouveaux cas de cancers étaient observés chez des patientes de moins de 50ans (4). De plus, l'examen clinique des seins permettrait de révéler 10% des cancers du sein (4). Cela montre le rôle prédominant des sages-femmes dans le dépistage du cancer du sein en prévention primaire par l'examen clinique des seins. En effectuant un examen de qualité les sages-femmes permettent un meilleur dépistage, une orientation optimale vers les examens et les professionnels correspondants et par conséquent une prise en charge en accord avec la pathologie sénologique décelée. De plus les sages-femmes ont un rôle dans la prévention vis à vis des facteurs de risques exogènes liés au cancer du sein ou aux pathologies sénologiques. En effet ces facteurs de risques dont le chef de file est le tabac ont été cités dans le programme de prévention primaire (2)(8). D'après la fiche des facteurs de risques 2015 de l'institut national contre le cancer, plus d'un tiers des cas et des décès par cancer pourraient être évités. La prévention constitue donc un « moyen d'agir essentiel et un enjeu prioritaire dans la lutte contre le cancer ».

Pour finir, les sages-femmes doivent sensibiliser leurs patientes au dépistage organisé du cancer du sein. Il faut souligner que le taux de participation au dépistage dans Les Pays de la Loire est le meilleur de France pour les années 2012 à 2014, sans doute lié à une information de qualité apportée aux patientes par les professionnels. On peut imaginer qu'à l'avenir, les sages-femmes aient plus de femmes de 50 à 74 ans au sein de leur patientèle et donc un rôle important dans la participation au dépistage.

Conclusion

Cette étude a permis de constater que la grande majorité des sages-femmes libérales des Pays de la Loire effectue un examen clinique des seins correct selon les références de l'HAS.

On souligne également que la majorité des sages-femmes est insatisfaite de leurs connaissances, de leurs apprentissages en travaux pratiques et en stage. Devant l'élargissement de compétences des sages-femmes notamment en gynécologie, des formations dédiées exclusivement à cet examen clinique pourraient être envisagées.

Bibliographie

1. Insee - Santé - Principales causes de décès en 2013 [Internet]. [cité 20 avr 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=natfps06205
2. Gouvernement. Le plan cancer | Gouvernement.fr [Internet]. 2015 [cité 16 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.gouvernement.fr/action/le-plan-cancer>
3. Haute autorité de santé. recommandation en santé publique participation au dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50à 74 ans en France: situation actuelle et perspectives d'évolution. [Internet]. 2011 [cité 29 janv 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/argumentaire_-_participation_depistage_cancer_du_sein_2012-02-02_15-27-14_245.pdf
4. Haute autorité de santé. acutalisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de Santé. Dépistage et prévention du cancer du sein [Internet]. 2015 [cité 20 avr 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf
5. institut national du cancer du sein. Dépistage du cancer du sein - Se faire dépister | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 20 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein>
6. institut national du cancer. incidence nationale du cancer du sein [Internet]. 2015 [cité 29 janv 2016]. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/29-incidence-mortalite/84-cancer-sein/7-incidence-france-cancer-sein.html>
7. Haute autorité de santé. Proposition de présentation des documents de recommandations et références professionnelles - Dépistage du cancer du sein en FRANCE: identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage. [Internet]. 2014 [cité 20 avr 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-05/note_de_cadrage_depistage_du_cancer_du_sein_-_identification_des_femmes_a_haut_risque_et_modalites_de_depistag.pdf
8. institut national du cancer. Facteurs de risque - Cancer du sein | Institut National Du Cancer [Internet]. [cité 29 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Facteurs-de-risque>
9. Insee estimations de population et statistiques de l'état civil. Insee - Population - Fécondité totale, fécondité selon le groupe d'âges de la mère et âge moyen des mères à l'accouchement jusqu'en 2015 [Internet]. [cité 29 janv 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=bilandemo3

10. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
11. ordre des sages-femmes conseil national. Referentiel métier et compétences des Sages-femmes [Internet]. 2010 [cité 20 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIELSAGES-FEMMES.pdf>
12. Code de la santé publique - Article L4151-1. Code de la santé publique.
13. Annuaire des sages-femmes libérales - Conseil national de l'Ordre des sages-femmes [Internet]. [cité 21 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/annuaireflib/>
14. l'examen clinique en gynécologie 2011-2012 [Internet]. [cité 2 juill 2015]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-gynecologie/examen_gynecologique/site/html/cours.pdf
15. A.E HASSAIRI N.ABDERRABA. Référentiel de l'examen clinique - Rfrentiel_de_lexamen_clinique.pdf [Internet]. [cité 15 avr 2016]. Disponible sur: file:///C:/Users/Maryl%C3%A8ne/Downloads/Rfrentiel_de_lexamen_clinique.pdf
16. Arrêté du 19 juillet 2011 relatif au régime des études en vue du diplôme de formation générale en sciences maïeutiques.
17. dictionnaire Larousse. 2015.
18. The assessment of clinical clinical skills/Competence/Performance George E.MILLER 1990 [Internet]. [cité 3 avr 2016]. Disponible sur: http://pdfs.journals.lww.com/academicmedicine/1990/09000/The_assessment_of_clinical.45.pdf
19. Haute autorité de santé. Rapport de mission_Etat de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé dans le cadre du développement professionnel continu et de la prévention des risques associés aux soins. [Internet]. 2012 [cité 20 avr 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf
20. Haute autorité de santé. Suivi des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées - Recommandations - [Internet]. 2007 [cité 20 avr 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf
21. prise en charge des cancers du sein en cours de grossesse recommandations 2008 [Internet]. [cité 10 avr 2016]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/090521_cancer_sein_et_grossesse_BM.pdf

glossaire

SFL : sage-femme libérale

44 : département Loire Atlantique

49:département Maine et Loire

53:département Mayenne

72:département Sarthe

85:département Vendée

Annexes

Tableau : comparaison de la pratique des sages-femmes libérales diplômées avant 2009 et celles diplômées après 2009/ comparaison des sages-femmes group1 versus groupe2.

	Sages-femmes diplômées avant ou en 2009		Sages-femmes diplômées après 2009		p	Sage-femme pratiquant plus d'une demi journée par semaine de la gynécologie	sage femme pratiquant suivi de grossesse au moins une demi journée par semaine et ne pratiquant pas de gynécologie ou moins d'une demi journée		
enseignement primaire reçu jugé suffisant et/ou complet.	N=107	%	N=21	%	p	N=50	%	N=24	%
enseignement théorique	18	16,82	11	52,38	0,00104	12	24	4	16,67
enseignement pratique	4	3,74	4	19,05	0,0247				
enseignement sur le cancer du sein	22	20,56	14	66,67	6,112	10	20	11	45,83
enseignement sur le cancer du sein	10	9,35	4	19,05	0,24496	2	4	7	29,17
enseignement sur les pathologies sénologiques	7	6,54	8	38,10	0,000445	3	6	6	25,00
enseignement en stage	9	8,41	4	19,05	0,226	5	10	1	4,17
formation supplémentaire	N=107	%	N=21	%	p	N=50	%	N=24	%
formation supplémentaire effectuée	90	84,11	11	52,38	0,00265	46	92	17	70,83
type de formation effectuée	N=88	%	N=10	%	p	N=46	%	N=15	%
formation gynécologique	32	36,36	4	40,00	1	16	34,78	7	46,67
du gynéco	23	26,14	3	30,00	0,722	16	34,78	1	6,67
formation contraception et examen gynécologique	24	27,27	2	20,00	1	10	21,74	3	20,00
formation examen palpation mammaire									
formation chu ou autre	9	10,23	1	10,00	1	4	8,70	4	26,67
intérêt	N=106	%	N=21	%	p	N=50	%	N=24	%
SF portent un intérêt à l'examen clinique des seins	90	84,91	18	85,71	1	45	90	21	87,5
recherche d'informations supplémentaires sur la palpation mammaire	N=106	%	N=19	%	p	N=50	%	N=24	%
oui	71	66,98	10	52,63	0,2972	38	76	17	70,83
pratique de l'examen clinique des seins	N=111	%	N=21	%	p	N=	%	N=15	%
oui	95	85,59	20	95,24	0,307	48	96	22	91,67
réalisation de l'examen clinique	N=88	%	N=17	%	p	N=45	%	N=21	%
de façon systématique lors d'une consultation gynécologique	72	81,82	15	88,24	0,731	37	82,22	19	90,48
de façon systématique en début de grossesse	51	57,95	8	47,06	0,435	21	46,67	12	57,14
selon les antécédents personnels et familiaux	30	34,09	4	23,53	0,573	16	35,56	10	47,62
selon l'âge	16	18,18	2	11,76	0,731	8	17,78	5	23,81
seulement à la demande de la patiente	4	4,55	1	5,88	0,764				
en fonction du cycle menstruel						3	6,67	1	4,76
récurrence de chaque acte concernant l'examen clinique des seins	N=93	%	N=18	%	p	N=45	%	N=22	%
inspection visuelle à la lumière du jour, à jour frisant	69	74,19	13	72,22	1	37	82,22	14	63,64
inspection visuelle de face et de profil	70	75,27	13	72,22	0,772	38	84,44	13	59,09
patiente installée en position assise	77	82,80	15	83,33	1	41	91,11	19	86,36
patiente installée en position allongée	86	92,47	16	88,89	0,637	44	97,78	19	86,36
patiente installée en position debout	32	34,41	4	22,22	0,414	20	44,44	4	18,18
faire pencher l'avant du corps de la patiente	19	20,43	2	11,11	0,517	13	28,89	3	13,64
élévation des bras	80	86,02	17	94,44	0,46	41	91,11	20	90,91
Examen les bras le long du corps	50	53,76	12	66,67	0,438	24	53,33	14	63,64
mettre les mains à la taille	31	33,33	1	5,56	0,021	20	44,44	4	18,18
surveillance des aires ganglionnaires humérales	30	32,26	8	44,44	0,416	20	44,44	6	27,27
surveillance des aires ganglionnaires claviculaires	63	67,74	15	83,33	0,262	35	77,78	13	59,09
surveillance des ganglions scapulaires	30	32,26	4	22,22	0,578	23	51,11	5	22,73
surveillance sillon sous mammaire	68	73,12	13	72,22	1	36	80,00	16	72,73
surveillance des aires ganglionnaires du groupe mammaire externe(gril costal)	51	54,84	9	50,00	0,798	29	64,44	14	63,64
surveillance des téguments	66	70,97	12	66,67	0,78	32	71,11	14	63,64
expression du mamelon	59	63,44	7	38,89	0,0676	33	73,33	12	54,55
recherche connexion cutanée et du grand pectoral	25	26,88	2	11,11	0,231	17	37,78	2	9,09
confrontation aux examens précédents	57	61,29	13	72,22	0,435	34	75,56	13	59,09
signes cliniques recherchés à l'examen	N=93	%	N=18	%	p	N=45	%	N=22	%
assymétrie récente	90	96,77	15	83,33	0,0529	43	97,73 (N=44)	20	90,91
anomalie de peau									
rétraction cutanée/méplat	87	93,55	17	94,44	1	43	97,73(N=44)	18	81,82
oedeme	66	71,74 (N=92)	12	66,67	0,777	36	81,82(N=44)	13	59,09
rougeur non traumatique	82	88,17	16	88,89	1	40	88,89	18	81,82
rétraction récente	87	93,55	15	83,33	0,16	42	93,33	19	86,36
eczema du mamelon ou aréole	64	71,11(N=90)	9	50,00	0,1	33	76,74 (N=43)	13	61,90(N=21)
écoulement	83	89,25	16	88,89	1	40	88,89	20	90,91
épaississement de la PAM	48	53,93(N=89)	5	27,78	0,069	26	59,09(N=44)	10	47,62 (N=21)
adénopathies	84	91,30(N=92)	17	94,44	1	42	93,33	19	86,36
masse : nodule,placard ou méplat	90	97,83(N=92)	17	94,44	0,418	44	97,78	21	95,45
prise en compte de la date du précédent examen avant une palpation	N=93	%	N=18	%	p				
oui	61	65,59	13	72,22	0,786				
Actions en cas de détection d'anomalie à la palpation	N=83	%	N=18	%	p				
revoir la patiente pour un contrôle	5	6,02	1	5,56	1				
prescrire une échographie	62	74,70	15	83,33	0,551				
prescrire une mammographie	49	59,04	8	44,44	0,3006				
adresser la patiente à un gynécologue	37	44,58	9	50,00	0,7954				
adresser la patiente à un médecin traitant	11	13,25	5	27,78	0,155				
caractériser la tuméfaction	41	49,40	6	33,33	0,298				
effectuer un schéma	34	40,96	4	22,22	0,10996				
lors d'un suivi de grossesse, la palpation mammaire est effectuée	N=83	%	N=18	%	p				
A chaque visite mensuelle	54	65,06	9	50,00	0,286				
une fois en début de grossesse	7	8,43	1	5,56	0,641				
une fois en cours de grossesse	12	14,46	5	27,78	0,179				
une fois uniquement si antécédents familiaux *	5	6,02	1	5,56	1				
plusieurs fois si antécédents familiaux	9	10,84	1	5,56	0,685				
une fois uniquement si antécédents personnels	13	15,66	2	11,11	1				
plusieurs fois si antécédents personnels	6	7,23	3	16,67	0,198				
uniquement à la demande de la patiente									
selon le mode d'allaitement									
jamais	1	1,20	2	11,11	0,511				
à chaque fois	50	60,24	12	70,59	0,585				
lors d'une consultation gynécologique l'examen clinique est effectué	N=83	%	N=17	%	p				
à chaque fois	50	60,24	12	70,59	0,585				

CC BY NC ND

25

Inter-rôle et compétences des sages- femmes libérales vis-à-vis de la palpation mammaire

Interprétation et compétences des sages-femmes libérales vis-à-vis de la palpation

Table des matières

RÉSUMÉ.....	4
INTRODUCTION.....	4
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	5
1 présentation.....	5
2 matériel.....	5
3 méthode.....	5
4 Analyses statistiques	6
RÉSULTATS.....	7
1 Infographie du nombre de questionnaires remplis.....	7
2 Caractéristiques de la population.....	8
3 Résultats	9
DISCUSSION.....	18
CONCLUSION.....	21
BIBLIOGRAPHIE.....	22
GLOSSAIRE.....	22
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	24
TABLE DES TABLEAUX.....	25

Table des illustrations

Photo 1: Inscrire la légende.....	5
-----------------------------------	---

Table des tableaux

Tableau 1: Inscrire une légende.....	5
--------------------------------------	---

Objectifs : Décrire la pratique de la palpation mammaire de dépistage par les sages-femmes libérales des Pays de la Loire.

Matériel et méthode : Étude rétrospective observationnelle menée par questionnaires délivrés par mail de juillet à novembre 2015 aux sages-femmes des Pays de la Loire.

Résultats : 142 réponses sur 280 sages-femmes éligibles. 115 /127 sages-femmes pratiquent l'examen clinique des seins. 101/128 ont effectué des formations continues. 108/127 professionnels portent un intérêt à cet examen. 99/128 jugent leurs connaissances sur la palpation mammaire insuffisantes ou inexistantes. 120/128 sont insatisfaits par l'enseignement pratique reçu à l'école et 115/128 ont estimé ne pas avoir ou trop peu pratiqué en stage.

Conclusion : La pratique de l'examen clinique des seins est majoritairement pratiquée par les sages-femmes des Pays de la Loire. L'inspection, la palpation et la recherche des signes sont globalement effectués par la majorité des sages-femmes. Elles trouvent leur formation initiale majoritairement insuffisante ce qui explique le fort taux de formation continue en lien avec cet examen. Une réforme de la formation initiale notamment en travaux pratique et stage ainsi que la mise en place de formations continues spécifiques à cet examen pourraient être envisagés.

mots-clés : palpation mammaire, sage-femme libérale, examen clinique des seins, dépistage, pratique, formation

Objective: To describe the practice of breast palpation of screening by liberal visiting midwives in region of Pays de la Loire.

Materials and Methods: retrospective observational study conducted by questionnaire from July to November 2015 sent by E-mail to visiting midwife of Pays de la Loire.

Results: 142 responses out of 280 eligible midwives. 115/127 midwives practice clinical breast exam. 101/128 conducted a continuing education. 108/127 professionals have an interest in this breast examination. 99/128 considers their knowledge on breast palpation insufficient or non-existent. 120/128 are dissatisfied by the practical teaching in school and 115/128 have a little or no practiced in training.

Conclusion: The practice of breast examination is mainly practiced by midwives in the Pays de la Loire. Inspection, palpation, and looking for signs are generally made by the majority of midwives. The initial training seems to be inadequate which explains the high rate of continuing education concerning this clinical exam. Reform of educational program including work practice and training, could be considered.

keywords : breast palpation, visiting midwife, breast examination , detection, practice, training.

Présidence de l'université
40 rue de rennes – BP 73532
49035 Angers cedex
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée DARAIZE MARYLENE
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce mémoire.

signé par l'étudiant(e) le

**Cet engagement de non plagiat doit être signé et joint
à tous les rapports, dossiers, mémoires.**

Présidence de l'université
40 rue de rennes – BP 73532
49035 Angers cedex
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00

