



HAL
open science

L'autosurveillance mammaire : quelle pratique chez les femmes ? Étude observationnelle menée auprès de 351 femmes âgées de 25 ans et plus sans antécédent sénologique

Justine Lavest

► **To cite this version:**

Justine Lavest. L'autosurveillance mammaire : quelle pratique chez les femmes ? Étude observationnelle menée auprès de 351 femmes âgées de 25 ans et plus sans antécédent sénologique. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01962273

HAL Id: dumas-01962273

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01962273>

Submitted on 20 Dec 2018

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.

**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT-AUVERGNE

**L'AUTOSURVEILLANCE MAMMAIRE :
QUELLE PRATIQUE CHEZ LES FEMMES ?**

Etude observationnelle menée auprès de 351 femmes âgées de 25 ans et plus
sans antécédent sénologique

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

LAVEST Justine

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2018



**ECOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITE DE CLERMONT-AUVERGNE

**L'AUTOSURVEILLANCE MAMMAIRE :
QUELLE PRATIQUE CHEZ LES FEMMES ?**

Etude observationnelle menée auprès de 351 femmes âgées de 25 ans et plus
sans antécédent sénologique

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

LAVEST Justine

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2018



REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes ayant participé à l'élaboration de mon mémoire de fin d'études :

- Monsieur le Professeur Erdogan NOHUZ, Professeur en gynécologie-obstétrique au sein du Centre Hospitalier de Thiers et directeur de ce mémoire, pour l'intérêt porté à mon choix de sujet et son soutien.
- Madame Marie-Christine LEYMARIE, Directrice de l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand et co-directrice de ce mémoire, pour son aide à l'élaboration de ce travail.
- Madame Céline LAMBERT, biostatisticienne, d'avoir accepté de collaborer avec moi sur ce mémoire.
- Madame Manuela ASSUNÇÃO DE CARVALHO, responsable des périodiques et de la documentation électronique de la bibliothèque universitaire de l'Université Clermont Auvergne, pour ses conseils.
- Madame la Doctoresse Marie-Ange GRONDIN pour ses remarques et conseils.
- Madame Tiffany CHABANON qui m'a permis de concrétiser mon projet d'action.

Je remercie également toutes les personnes ayant permis la distribution de ce questionnaire : Madame Claire PAGANELLI, les secrétaires du Centre Hospitalier de Thiers, ainsi que toutes les sages-femmes libérales du Puy-de-Dôme et de l'Allier ayant accepté de participer à cette étude.

Enfin, je tiens à remercier mes amies, ainsi que ma famille pour leur soutien infaillible.

« Pour le meilleur et pour le pire, plus gros ou plus petits, dans la maladie et la santé, les seins seront mariés à nos corps et, dans les circonstances les plus favorables, ils pourront nous procurer à la fois du plaisir et du pouvoir. »

Marilyn YALOM, Le sein une histoire

GLOSSAIRE

ACR : American College of Radiology

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

BIRADS : Breast Imaging Reporting And Data System

BRCA : BReast CAncer

CASSF : Collectif des Associations et Syndicats de Sages-Femmes

CIRC : Centre International de Recherche sur le Cancer

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

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

CSP : Code de la Santé Publique

DGS : Direction Générale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IARC : International Agency for Research on Cancer (= CIRC)

INCa : Institut National du Cancer

Ined : Institut national d'études démographiques

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

InVS : Institut de Veille Sanitaire

JOFR : Journal Officiel de la République Française

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TIC : Technologies de l'Information et de la Communication

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	2
REVUE DE LA LITTERATURE.....	4
1. Le cancer du sein.....	4
2. Le dépistage du cancer du sein.....	9
3. L'information en santé.....	14
4. L'autosurveillance mammaire.....	18
METHODE.....	24
1. Etude et objectifs.....	24
2. Patientes et méthode.....	25
RESULTATS.....	29
1. Diagramme de flux et taux de participation.....	29
2. Description de l'échantillon.....	29
3. Information et connaissances des femmes sur le cancer du sein.....	31
4. Prévalence de l'autosurveillance mammaire.....	33
5. Age moyen au début de la pratique de l'autosurveillance mammaire.....	33
6. Sources d'information au sujet de l'autosurveillance mammaire.....	33
7. Méthodes d'autosurveillance mammaire.....	33
8. Facteurs influençant la pratique de l'autosurveillance mammaire.....	34
DISCUSSION.....	40
1. Limites et points positifs de l'étude.....	40
2. Résultats de l'étude.....	41
PROJET D'ACTION.....	53
CONCLUSION.....	54
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	
ANNEXES	
RESUME	

INTRODUCTION

Le cancer du sein, premier cancer féminin en termes de fréquence, est un enjeu majeur de santé publique. Le dépistage peut en permettre la détection précoce ; les possibilités de guérison s'en trouvent dès lors améliorées octroyant ainsi plus de 90% de chances de guérison. Ce dépistage est d'ailleurs l'un des objectifs principaux du plan cancer 2014-2019 [1]. En France, il comprend : une anamnèse précise (afin de détecter tout facteur de risque), un examen mammaire clinique annuel à partir de l'âge de 25 ans recommandé par la Haute Autorité de Santé et l'usage de la mammographie selon les cas. Pour les femmes âgées de 50 à 74 ans sans facteur de risque de cancer du sein, un programme national de dépistage est mis en place ; celui-ci recommande la réalisation d'une mammographie tous les deux ans, associée à un examen clinique des seins [2].

Toutefois, une « méfiance » populaire et scientifique vis-à-vis du dépistage organisé émerge en France depuis les années 2000, avec un taux de participation au programme de dépistage inférieur aux préconisations européennes. De plus, une partie de la population féminine ne se fait pas suivre régulièrement au niveau gynécologique. Notons qu'une proportion importante de cancers du sein est détectée par la femme elle-même ou par son compagnon de manière fortuite.

Dans ce contexte, la pratique de l'autosurveillance mammaire, ou « breast (cancer) awareness », semble être intéressante. Cette pratique repose sur l'apport de connaissances concernant l'anatomie des seins dits « normaux », leur évolution au cours du temps, des informations sur le cancer du sein (facteurs de risque, signes et symptômes, évolution, traitement) et un rappel sur les pratiques de dépistage en vigueur. Ces informations sont à adapter à la patiente pour qu'elle puisse consulter rapidement lorsqu'elle constate tout changement qui lui paraît anormal. L'objectif est de rendre les femmes « familières avec leurs seins » plus que de leur apprendre une technique précise. Ainsi, elles deviennent actrices de leur santé ; ce qui correspond parfaitement aux pratiques actuelles avec la responsabilisation des patients et leur autonomisation concernant leur propre santé (notion d'« empowerment » en anglais).

Cette pratique a été fondée à partir des résultats d'études réalisées au sujet de l'autopalpation des seins et de l'autoexamen des seins. Cependant, aucune recommandation française n'a été clairement établie, hormis celles du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français qui recommande la pratique de l'autopalpation des seins pendant la grossesse [3]. Outre-Atlantique, la notion de « breast awareness » est beaucoup plus développée, notamment aux Etats-Unis et au Canada, mais aucune étude n'a pris en compte l'avis des femmes à ce sujet.

Les objectifs de cette étude observationnelle étaient de déterminer la prévalence de l'autosurveillance mammaire chez les femmes âgées de 25 ans et plus sans antécédent sénologique, d'étudier les différents modes d'autosurveillance mammaire à pratiquer selon elles, et d'évaluer les facteurs influençant sa réalisation.

Ce travail a été conçu à partir de la revue de la littérature qui a permis de développer le sujet du cancer du sein et la notion de « breast awareness ». La méthode de réalisation de l'étude a été exposée, puis les résultats obtenus ont été décrits et discutés, permettant ainsi de proposer un projet d'action.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. Le cancer du sein

Le cancer du sein est un des cancers les mieux connus du fait de sa fréquence et de son accessibilité clinique et paraclinique. Il se définit par la présence d'une tumeur maligne qui se développe à partir des cellules normales constituant la glande mammaire.

1.1. Epidémiologie

Le cancer du sein touchera une femme sur huit au cours de sa vie. Il est en effet le premier cancer de la femme en termes de fréquence en France et en Europe puisqu'il représente un tiers des cancers féminins et un quart de l'ensemble des cancers [4].

Avec un taux d'incidence standardisé sur la population mondiale de 89,7 pour 100 000 femmes, la France est un des pays les plus touchés par ce type de cancer, d'après la dernière estimation nationale de 2016, sans disposer actuellement de facteurs explicatifs à ce constat [5]. Ainsi, l'incidence est de 58 968 nouveaux cas en 2017 en France avec un âge moyen de survenue se situant à 62 ans [6].

Le cancer du sein représente également la première cause de décès par cancer chez les femmes avec près de 12 000 décès par an en France (11 883 en 2017) [5,7].

Concernant son évolution épidémiologique, une augmentation de l'incidence (plus 1.4% par an en moyenne) a eu lieu entre 1980 et 2005 ; depuis, la courbe d'incidence diminue de 1.5% par an en moyenne entre 2005 et 2012 [5,6].

1.2. Facteurs de risque et facteurs protecteurs

1.2.1. Facteurs de risque

Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés :

- L'âge avec une courbe d'incidence augmentant de 30 à 70 ans, puis légèrement décroissante après 80 ans [2,6–8] ;
- Les antécédents personnels de pathologie mammaire (cancer du sein ou hyperplasie atypique) [2,8] ;

- Les antécédents familiaux de cancer du sein, dont les prédispositions génétiques (principalement mutation des gènes BRCA1 et BRCA2) [2,4,7,8] ;
- Les antécédents de radiothérapie à haute dose (par exemple pour un lymphome ou une maladie de Hodgkin) [2,4,8] ;
- Les facteurs néonataux : poids élevé à la naissance (en lien avec les facteurs de croissance), placenta de poids élevé, ictère néonatal [7] ;
- Une longue imprégnation hormonale œstrogénique : puberté précoce (avant 12 ans) et/ou ménopause tardive (après 52 ans) [4,7] ;
- Les contraceptifs oraux avec augmentation du risque durant la prise et quelques années après l'arrêt (dix ans environ) [4] ;
- L'usage prolongé de traitements hormonaux substitutifs (plus de cinq ans après la ménopause) [2,4] ;
- Le travail de nuit [2] ;
- Les facteurs environnementaux et les habitudes de vie : tabagisme, consommation d'alcool, surpoids et obésité, sous-poids à la puberté, et alimentation ultra-transformée ou « déséquilibrée » (impact supérieur chez les femmes ménopausées).
Notons que pour certains auteurs, les facteurs environnementaux ne joueraient qu'un rôle marginal dans l'apparition d'un cancer du sein [4,7,8].

1.2.2. Facteurs protecteurs

Au contraire, certains facteurs protecteurs vis-à-vis du cancer du sein ont été déterminés : l'activité physique régulière (après la ménopause principalement), la première grossesse avant l'âge de 30 ans, le nombre d'enfants (à partir de deux), l'allaitement maternel de longue durée (à partir de six mois) [4,7,8].

1.2.3. Facteurs sans lien prouvé

Les études n'ont pas mis en évidence de lien entre la survenue d'un cancer du sein et les facteurs suivants : le stress, la pollution, les virus, les déodorants, les soutiens-gorge à armatures, les prothèses mammaires en silicone, l'interruption volontaire de grossesse, les fausses couches spontanées, les traitements inducteurs de l'ovulation [4].

1.3. Les différents types de cancer du sein

Il existe deux types principaux de cancer du sein qui se définissent selon la localisation du développement des cellules malignes : canalaire (c'est-à-dire aux dépens d'un canal galactophore) ou lobulaire (c'est-à-dire issu d'un lobule).

Par la suite, ce petit foyer de cellules clonales (cancer in situ) va grossir et migrer progressivement du stroma péri-lobulaire, aux vaisseaux lymphatiques et sanguins (cancer infiltrant).

Ces transformations se font sur plusieurs années avec, dans la plupart des cas, une durée de cinq à dix ans entre les premières cellules cancéreuses et la découverte d'une tumeur d'un demi à un centimètre et demi de diamètre. Quant au temps de doublement de taille d'une tumeur maligne, il est d'environ trois mois (*Annexe I*) [4].

1.4. Diagnostic du cancer du sein

1.4.1. Circonstances de découverte

Dans 90% des cas, le cancer du sein est découvert fortuitement. Des éléments cliniques évocateurs peuvent parfois mener au diagnostic : tuméfaction mammaire, nodule, masse indolore du sein, modification de la peau du sein et/ou du mamelon à type de rétraction ou d'inflammation, écoulement mamelonnaire spontané, adénomégalie axillaire. D'autres signes sont parfois rapportés : fatigue, amaigrissement sans raison apparente, ou gonflement d'une partie du sein. La découverte de métastases peut également amener à rechercher un cancer du sein [8].

1.4.2. Diagnostic clinique

Le diagnostic clinique repose en premier lieu, comme toute démarche diagnostique, sur l'interrogatoire à la recherche d'antécédents personnels ou familiaux notables, notamment de cancer du sein et ou de l'ovaire, ainsi que la recherche des facteurs de risques de la patiente [4].

L'examen clinique des seins est réalisé dans un second temps et se décompose en deux étapes avec l'inspection bras pendants, levés, et avec contraction des pectoraux, puis la palpation des seins en position assise puis allongée, quadrant par quadrant jusqu'aux aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires. La peau, le volume des seins et les mamelons sont observés à la recherche de toute anomalie à type de déformation, d'écoulement mamelonnaire spontané ou provoqué [8]...

Toute anomalie observée à l'inspection et/ou à la palpation est reportée sur un schéma et engendre la réalisation d'examens complémentaires spécifiques.

1.4.3. Bilan paraclinique initial

Le bilan paraclinique repose sur :

- La mammographie bilatérale.
- L'échographie mammaire bilatérale en cas de mammographie non informative, d'image douteuse ou de seins denses. Elle permet de localiser, de mesurer la masse et d'en voir la vascularisation. Une exploration échographique axillaire est faite simultanément.
- La biopsie percutanée mammaire est réalisée selon le degré de malignité suspecté à la mammographie (classification de l'American College of Radiology, *Annexe II*). Elle permet par une analyse anatomopathologique, d'affirmer le diagnostic et de caractériser la tumeur [2,8].

1.5. Prise en charge du cancer du sein

1.5.1. Bilan d'extension

Le bilan d'extension doit être fait par un spécialiste et ne doit pas retarder la prise en charge. Il consiste en la réalisation d'examens biologiques standards et d'imageries supplémentaires [4,8].

1.5.2. Traitement

La décision du type de traitement à entreprendre dépend des différentes évaluations préalablement réalisées : des critères pronostiques cliniques (âge, taille tumorale, présence de métastases...) et anatomopathologiques (type histologique, potentialité de prolifération cellulaire rapide, expression des récepteurs...), ainsi que des critères prédictifs de réponse à certains traitements (selon l'expression de différents récepteurs) [8].

Les traitements possibles sont :

- La chirurgie (en première intention) : tumorectomie, zonectomie voire mastectomie (selon la taille de la tumeur), plus ou moins associée à un curage axillaire ;
- La chimiothérapie néo-adjuvante (avant l'intervention pour réduire la taille de la tumeur et préserver le sein) ou adjuvante (au décours de la chirurgie afin de traiter la maladie micrométastatique) ;
- La radiothérapie ;
- L'hormonothérapie (prévention des récives loco-régionales et métastatiques) ;
- Les thérapies ciblées, qui ciblent les protéines des cellules cancéreuses et aident à leur destruction ;
- Les traitements de support (exemples : antalgiques, soutien psychologique, prise en charge diététique...) [4,8].

La séquence thérapeutique ainsi que le type de traitement sont discutés obligatoirement en réunion de concertation pluridisciplinaire.

1.5.3. Pronostic

Le pronostic dépend de la taille et des caractéristiques histologiques de la tumeur, de l'atteinte ou non des ganglions axillaires, de l'existence de métastases, de l'âge et des comorbidités éventuelles associées [4].

La survie nette estimée pour les cancers diagnostiqués entre 2005-2010 est de 87% à cinq ans [6].

Une surveillance au long terme est nécessaire afin de limiter le risque de récurrence du cancer du sein, ou l'apparition d'un cancer de l'ovaire ou de l'endomètre principalement [8].

2. Le dépistage du cancer du sein

2.1. Les recommandations

2.1.1. Recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

L'OMS préconise l'élaboration de programmes nationaux complets et réfléchis, c'est-à-dire avec la population cible adéquate et un bon rapport coût/efficacité.

Ces programmes en rapport avec le cancer du sein doivent traiter des notions suivantes :

- La prévention, qui vise à agir sur les facteurs de risque accessibles ;
- Le dépistage précoce, afin d'améliorer l'issue et les chances de survie ;
- Le diagnostic ;
- Le traitement ;
- La réadaptation et les soins palliatifs.

Il est également conseillé de sensibiliser le grand public au sujet du cancer du sein et aux moyens de lutte contre celui-ci [9].

2.1.2. Recommandations européennes

La Commission européenne a créé le « Code européen contre le cancer » qui comporte 12 recommandations, dont l'une d'elles aborde la participation aux programmes de dépistage du cancer du sein [10].

Des guides européens ont également été mis en place afin d'évaluer la qualité des dispositifs de dépistage. Ils définissent un taux acceptable de couverture de dépistage supérieur ou égal à 70%, et un taux souhaitable supérieur ou égal à 75% (référentiel européen mis à jour en 2006) [6].

2.1.3. Recommandations françaises

2.1.3.1. *Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)*

La HAS a édité des recommandations concernant le suivi des femmes considérées comme étant à « haut risque » (selon le score d'Eisinger, *Annexe III*), mais également concernant le dépistage de la population générale en recommandant un examen clinique des seins tous les ans dès l'âge de 25 ans. Cet examen peut être réalisé par un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme.

La HAS ne recommande pas l'échographie mammaire ou la mammographie de dépistage en dehors des tranches d'âges ciblées par le dépistage organisé [2]. Toutefois, cette recommandation reste à considérer au cas par cas.

2.1.3.2. *Recommandations de l'Institut National du Cancer (INCa)*

L'institut National du Cancer a élaboré différents plans cancers successifs.

Le plan cancer 2009-2013 avait pour objectif une participation au dépistage supérieure à 65%, ce qui n'a pas été atteint.

Le plan cancer actuel (2014-2019) est quant à lui parti des constatations suivantes : un décès par cancer sur deux pourrait être évité, et des efforts restent à faire pour favoriser la participation au programme de dépistage du cancer du sein. Ont ainsi été fixés les objectifs de favoriser l'accès pour tous à une médecine de qualité en optimisant le dépistage et le diagnostic précoce [1].

Le dépistage précoce « *consiste à détecter à un stade précoce (...) pour permettre un diagnostic et une thérapeutique précoces dans le but d'améliorer le pronostic de la maladie et l'état de santé des individus et de la population* » [1].

Si un cancer du sein est détecté à un stade précoce (tumeur de moins d'un centimètre sans envahissement ganglionnaire), il peut être guéri dans neuf cas sur dix [11].

Quant au diagnostic précoce, la détection d'un cancer du sein à un stade peu avancé de son développement peut permettre de le soigner plus facilement, mais aussi de limiter les séquelles liées à certains traitements [12].

De surcroît, l'INCa conclue que des informations sur les avantages et les inconvénients du dépistage devraient être données aux femmes afin d'en améliorer leur participation [1].

2.2. Place de la sage-femme dans le dépistage

La sage-femme, du fait de ses compétences et des modifications apportées par la Loi n°2009-879 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) du 21 juillet 2009, est un des acteurs du suivi gynécologique de la femme en bonne santé : « *La sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie concernant les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention* » (Article R.4127-318 du code de déontologie des sages-femmes) [13,14].

D'après le référentiel métier des sages-femmes, celles-ci assurent cette compétence « *en participant au dépistage et à la prévention des cancers gynécologiques et des infections sexuellement transmissibles* » [15].

2.3. Le dépistage organisé en France depuis 2004

Le dépistage organisé en France a débuté en 2004 sous l'impulsion de la direction générale de la santé (DGS), de l'assurance maladie et de l'INCa.

C'est un programme de santé publique destiné à la population dite « en bonne santé » (c'est-à-dire sans signe clinique) âgée de 50 à 74 ans et ayant les objectifs suivants : diminuer la mortalité par la détection et le traitement précoce, garantir une même qualité de prise en charge et un égal accès au dépistage à toutes les femmes (prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie sans avance de frais).

Ce programme comporte une invitation, adressée aux femmes ciblées, à pratiquer une mammographie tous les deux ans avec deux clichés par sein, associée à un examen clinique réalisé par un radiologue agréé. Il y a également une deuxième lecture en cas d'examen normal et un bilan diagnostique immédiat en cas de résultat positif [16].

D'après les différentes méta-analyses, le dépistage a un effet bénéfique sur la mortalité par cancer du sein avec une réduction de l'ordre de 15 à 21% selon les études chez les femmes participant régulièrement au programme de dépistage pendant sept à dix ans [12].

2.4. Participation au dépistage

En France en 2016, le taux de participation au dépistage organisé était de 50,7% ; ce taux est relativement stable depuis quelques années, malgré une légère baisse, avec des disparités régionales et selon les tranches d'âges (la tranche d'âge de 60 à 64 ans est celle qui participe le plus) [6,17].

A ce taux de participation au dépistage organisé, il faut rajouter environ 10 à 15% des femmes âgées de 50 à 74 ans qui se font dépister dans le cadre d'une démarche de détection individuelle élaborée par le professionnel de santé qui les suit [12].

Différents facteurs d'adhésion ont été déterminés : le suivi médical avec incitation à la participation par un professionnel de santé, les antécédents familiaux de cancer sein, le fait de vivre en couple, et le niveau d'éducation élevé.

Quant aux facteurs de non adhésion, il est retrouvé : l'âge (participation plus faible chez les jeunes et les plus âgées), les faibles revenus avec renoncement aux soins, l'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle peu qualifiée, la ruralité ou les difficultés d'accès aux soins, la peur de la maladie, le fatalisme, la négligence, l'impression d'être en bonne santé, le délai d'attente pour seconde lecture [2,6].

2.5. Controverses autour du dépistage

Une controverse scientifique autour du dépistage du cancer du sein émerge depuis les années 2000 révélant que cette pratique aurait une balance bénéfices/risques défavorable. Il est effectivement constaté une réduction de la mortalité de 15%, au prix d'un surdiagnostic, c'est-à-dire de la « *détection par le dépistage de lésions cancéreuses qui n'auraient pas donné de symptômes du vivant de la personne* » et d'un surtraitement (de l'ordre de 30%), tout cela induisant détresse psychologique et anxiété (résultats de la méta-analyse réalisée par la Cochrane en 2013) [2,18]. Le problème du surcoût des dépenses de santé peut également se poser.

Certaines études mettent en avant un autre effet négatif du dépistage : les cancers radio-induits qui représenteraient 1 à 20 cas pour 100 000 femmes participant régulièrement au programme de dépistage [12,19].

Il est important de souligner le fait que ces effets négatifs ne sont pas spécifiques au programme de dépistage organisé français puisqu'aucune étude n'a été menée à son sujet.

De plus, la persistance de « cancers d'intervalle », c'est-à-dire entre les vagues de dépistage pose question puisqu'ils représentent environ deux femmes pour mille parmi les participantes au dépistage organisé [2,19].

Tout cela a eu pour conséquence le lancement d'une concertation nationale citoyenne et scientifique à propos du dépistage organisé du cancer du sein courant 2015 par la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé, Madame Marisol TOURAINE. Cette concertation a conclu à la nécessité de réformer ce programme du fait des incertitudes persistantes sur son rapport bénéfices/risques et le manque majeur d'informations objectives et transparentes délivrées aux femmes, aux professionnels de santé et aux médias [20,21].

2.6. Modifications du dépistage organisé

Les modifications apportées au programme de dépistage sont basées sur les recommandations de l'INCa suite à la concertation dont les grands principes évoqués dans le premier communiqué de presse sont les suivants :

- Instauration d'un suivi personnalisé, quels que soient l'âge de la femme et ses facteurs de risque, et mieux coordonné avec le médecin généraliste au centre du projet ;
- Limitation des pratiques de dépistage individuel hors des recommandations de bonnes pratiques de la HAS afin d'éviter les pertes de chance générées par des dépistages individuels non justifiés ;
- Un meilleur accès au dépistage organisé ;
- Une prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie de la mammographie et de l'échographie sans dépassement d'honoraires ;
- De meilleures informations aux patientes, notamment par le biais de la création d'un livret et d'un site internet [22,23] ;
- Création d'une consultation à 25 et 50 ans avec un médecin généraliste ou un gynécologue afin de promouvoir la prévention primaire selon les facteurs de risque personnels de la femme, renseigner les femmes au sujet du dépistage afin qu'elles puissent prendre leur propre décision (enjeux du dépistage, avantages, risques, limites, risques d'absence de dépistage...), fournir des informations plus globales quant à la santé sexuelle et rappeler les principaux symptômes amenant à consulter.

Pour mettre en place tous ces projets, il est recommandé d'améliorer les connaissances des professionnels de santé et des associations par le biais notamment de formations, afin que les renseignements adressés aux patientes soient plus pertinents.

En parallèle, il est prévu de développer la recherche pour améliorer la qualité des connaissances et des pratiques [11].

3. L'information en santé

3.1. La prévention dans le domaine de la santé

La notion de prévention est une notion complexe qui varie selon le point de vue utilisé. La définition éditée en 1948 par l'OMS est la suivante : « *la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* » [24].

3.1.1. La prévention selon l'OMS : classification selon le stade de la maladie

La prévention primaire vise à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population. Elle agit donc en amont de la maladie en ciblant les personnes saines et les conduites individuelles à risque à l'aide de campagnes d'information visant le grand public (vaccination, lutte contre le tabagisme par exemple).

La prévention secondaire a pour but de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Elle agit à un stade précoce de l'évolution de la maladie, avant qu'elle ne devienne symptomatique, afin de s'opposer à son évolution (comme l'examen clinique des seins ou la mammographie).

La prévention tertiaire a pour objectif de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population ou de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. En d'autres termes, elle agit une fois la maladie installée, c'est l'éducation thérapeutique notamment [24].

3.1.2. La prévention selon RS. GORDON (1982) : classification selon la population cible

Différents types de prévention sont définis :

- universelle : destinée à l'ensemble de la population quel que soit son état de santé, c'est l'éducation pour la santé.
- sélective : qui s'exerce en direction d'un sous-groupe de population spécifique (exemple : la contraception).
- ciblée : fonction des sous-groupes, mais également des facteurs de risque de la population concernée (exemple : glycosurie chez la femme enceinte) [24].

3.1.3. Autres classifications proposées

Plus récemment, il a été proposé par certains auteurs de distinguer deux types de prévention :

- celle dite de protection, qui est une protection « de » ou « contre », elle agit contre des agents ou des risques identifiés.
- celle dite positive ou universelle, qui, au contraire du type précédent, ne fait référence à aucun risque précis et qui renvoie à l'idée de « promotion de la santé » [25].

Une prévention plus globale a été proposée par le Professeur San Marco (professeur de santé publique français). Elle correspond à une gestion active et responsabilisée par la personne de son capital santé dans tous les aspects de la vie. Une participation active de la personne ou du groupe ciblé est systématiquement recherchée par les professionnels de la santé par le biais de la promotion de la santé, de la prévention des maladies ou de l'éducation thérapeutique [24].

3.1.4. Rôle de prévention de la sage-femme

La prévention est un des rôles centraux de la profession de sage-femme quel que soit son mode d'exercice. Toutefois, les actions de prévention sont encadrées par le code de déontologie des sages-femmes : « *Lorsque la sage-femme participe à une action d'information du public de caractère éducatif et sanitaire, quel qu'en soit le moyen de diffusion, elle doit ne faire état que de données confirmées, faire preuve de*

prudence et avoir le souci des répercussions de ses propos auprès du public (...) »
(Article R.4127-308, modifié par le décret n°2012-881 du 17 juillet 2012) [14].

3.2. Promotion de la santé et éducation pour la santé

3.2.1. Promotion de la santé

La promotion de la santé est une notion apparue lors de la conférence de l'OMS à Ottawa le 21 novembre 1986. C'est un moyen donné aux populations pour garder et améliorer leur santé en agissant sur les déterminants de santé, c'est-à-dire tous les facteurs qui ont un impact sur leur santé et celle de leurs proches.

Elle repose sur la participation active des personnes « visées » et repose sur plusieurs principes : les responsabiliser face à leur santé, prendre en compte l'environnement socio-culturel, et partir de leurs connaissances et éventuelles croyances.

Un des cinq axes de la promotion de la santé décrits dans la charte d'Ottawa est l'acquisition d'aptitudes individuelles grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Cela permet d'avoir davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et sur leur environnement et d'être d'avantage apte à faire des choix judicieux. Ce travail doit être fait tout au long de la vie de l'individu [26].

3.2.2. Education pour la santé

L'éducation pour la santé permet d'adopter le meilleur mode de vie possible pour sa santé et celle des autres par le biais d'informations préalables amenant à réfléchir pour améliorer par soi-même son comportement et comprendre l'intérêt de ce changement. Tout cela se fait en se centrant sur la personne puisque la notion de bien-être est une perception subjective et individuelle qui dépend du contexte temporel, culturel et social [27].

L'éducation pour la santé ayant démontré son impact positif en matière de santé publique (rapport de l'OMS publié en 2006), plusieurs instances prônent sa mise en place, dont l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).

La Loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, insiste également sur son utilité et met en place une liberté de choix sur les modes de vie [26,28].

L'éducation pour la santé est une pratique quotidienne de tout professionnel de santé, même si elle reste à valoriser et que les méthodes utilisées sont variées (exemple : sage-femme en périnatalité lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité) [28].

3.2.3. Le patient acteur de sa santé

Cette éducation pour la santé répond à une demande de la population générale du fait de la fin du modèle paternaliste (avec le professionnel de santé détenteur du savoir) et de l'émergence du patient acteur de sa santé ou « patient-expert » [27].

Les patients deviennent même parfois formateurs et jouent un rôle de conseil auprès d'autres patients. Il y a dorénavant une modification de la relation patient/professionnel qui collaborent et décident ensemble [29,30].

Ce développement est lié à celui des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) qui concourt à faciliter l'accès à de multiples informations [29].

3.3. Droits du patient et obligation d'information

Le professionnel de santé se doit de donner à son patient des informations claires et adaptées sur sa santé et tous les actes qui ont trait à la préservation de celle-ci : *« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. »* (Article L.1111-2 du Code de la Santé Publique (CSP)) [31].

Il est important de savoir que le défaut d'information peut constituer un préjudice indemnisable en soi, indépendamment de toute perte de chance pour la victime (Cour cassation, 1ère civ., 3 juin 2010, n° 09-13.591) ; et qu' *« en cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que*

l'information a été délivrée à l'intéressé (...). Cette preuve peut être apportée par tout moyen » (Article L.1111-2 du CSP) [31,32].

4. L'autosurveillance mammaire

4.1. Définition et objectifs

L'autosurveillance mammaire ou « breast (cancer) awareness » se définit comme un apport de connaissances concernant l'anatomie des seins dits « normaux », leur évolution au cours du temps, le cancer du sein (signes et symptômes, évolution, traitement) et le rappel des pratiques de dépistage en vigueur. Cette pratique s'inscrit pleinement dans l'éducation pour la santé [33].

Les objectifs de cette pratique sont les suivants :

- Consulter rapidement en cas de changement qui paraît anormal, c'est-à-dire la détection précoce [33] ;
- Informer les femmes sur leur corps afin de les autonomiser à propos de leur propre santé et les rendre aptes à prendre des décisions éclairées [34] ;
- Augmenter les connaissances sans générer d'anxiété, ni d'investigations non nécessaires [33] ;
- Apprendre aux femmes à « s'approprier leurs seins », les rendre « familières avec leurs seins » [30,33] ;
- Leur donner confiance en leurs compétences [30] ;
- Eviter de bloquer des créneaux de consultations de gynécologie ou d'oncologie pour des inquiétudes non justifiées en informant les femmes [30].

En d'autres termes, l'autosurveillance mammaire vise à connaître son corps et percevoir les changements pour guider au mieux et le plus rapidement possible les professionnels de santé. Elle n'a bien évidemment pas pour intention de se substituer aux techniques de dépistage déjà mises en place. C'est un complément permettant un diagnostic précoce en cas d'anomalie et une prise de conscience concernant certains facteurs de risque et leur prévention [35].

4.2. Evolution de cette pratique : autopalpation et autoexamen des seins

4.2.1.1. Définitions

Bien que les deux termes soient souvent utilisés indifféremment, une distinction existe.

L'autopalpation des seins correspond à l'apprentissage d'une méthode rigoureuse de palpation à pratiquer régulièrement, de l'ordre de chaque mois.

L'autoexamen des seins (ou « breast self-examination ») vient compléter cette première notion en ajoutant l'inspection, c'est-à-dire l'aspect visuel, à la palpation (aspect plus « technique »). Cette méthode correspond à celle pratiquée par les professionnels de santé pour l'examen clinique. Elle a été créée dans les années 50 par Cushman Haagensen (chirurgien spécialiste des pathologies mammaires) à une époque où les diagnostics étaient tardifs et où la mammographie n'était pas développée [30].

4.2.1.2. Effets de ces pratiques

L'autopalpation et l'autoexamen des seins ont fait l'objet de beaucoup d'études souvent contradictoires et parfois imparfaites sur le plan méthodologique, mais certains effets négatifs et positifs se recourent.

Concernant les effets bénéfiques réellement prouvés, il a principalement été mis en avant le fait de devenir actrice de sa santé. Cela permet également d'être à l'aise avec ses seins et par conséquent d'être plus attentive aux changements éventuels et de consulter plus rapidement. De plus, l'autosurveillance est une technique non invasive et peu contraignante par rapport à certaines autres techniques de dépistage [36,37].

Pour ce qui est des effets négatifs, la Cochrane Library retient l'augmentation :

- du nombre de biopsies pour des lésions bénignes et les conséquences de ce geste (hypermédicalisation),
- de la réalisation d'examen complémentaires,
- du coût de la santé,
- de l'anxiété,
- du nombre de consultations auprès des spécialistes avec allongement des délais de rendez-vous au détriment des patients en ayant réellement besoin, ainsi qu'une fausse réassurance ayant pour conséquence le report des consultations médicales [36–38].

4.2.1.3. Conclusion des études

Les études ont finalement conclu qu'il n'existait pas de preuve pour promouvoir l'autopalpation ou l'autoexamen des seins en tant que moyen de dépistage précoce. Toutefois, des problèmes méthodologiques (définition des termes, évaluation de la technique pratiquée...) et des biais dans les études ont été mis en évidence et il n'existe pas de consensus sur certains points comme la réduction de la taille de la tumeur ou la diminution de la mortalité [38,39].

La littérature est par contre unanime « *pour prôner la sensibilisation des femmes à une consultation rapide lors de la détection d'une anomalie.* » [39].

4.3. Recommandations

Aucune recommandation n'a clairement été formulée en France, bien que le CNGOF recommande l'autopalpation pendant la grossesse, en dépit du fait qu'elle soit anxiogène puisque cette méthode révélerait 90% des circonstances de découverte [3].

Quant à l'OMS, elle édit les recommandations suivantes vis-à-vis de l'autoexamen des seins : « *Il n'existe pas de preuve de l'effet du dépistage moyennant l'autoexamen des seins. Toutefois, on a pu constater que la pratique de l'auto-examen, ou palpation des seins permet aux femmes de se responsabiliser et de prendre en charge leur propre santé. Par conséquent, l'auto-examen est recommandé pour sensibiliser les femmes à risque plutôt que comme une méthode de dépistage* » [9].

Dernièrement, le livret d'information sur la prévention et le dépistage du cancer du sein édité par l'INCa évoque l'importance d'observer ses seins afin de consulter rapidement en cas de changements constatés [22].

4.4. Pratiques dans le monde

L'autosurveillance mammaire est recommandée aux Etats-Unis et au Canada par différents organismes :

- « The Department of Health's advisory committee for breast cancer » depuis 1991 [34],
- « The National Comprehensive Cancer Network » et « the American Cancer Society » depuis 2009 suite à la révélation des effets de l'autoexamen des seins [33],
- « The Canadian Cancer Society » [40],

- Et la « Fondation cancer du sein du Québec » [41].

Cette pratique est également recommandée dans les pays où la détection du cancer du sein est tardive du fait des difficultés d'accès aux soins. Ces dernières sont soit liées à un manque de professionnels de santé et de matériel médical, soit liées aux faibles revenus de la population concernée (absence d'accès à la mammographie, aux consultations de suivi...). Dans ces cas, l'autosurveillance mammaire est principalement utilisée pour sensibiliser les femmes au sujet du cancer du sein, les informer sur les symptômes devant les amener à consulter rapidement afin d'éviter tout retard de prise en charge [42,43].

4.5. Justification de cette pratique

Plusieurs arguments sont avancés afin de justifier la pratique de l'autosurveillance mammaire, dont certains sont semblables aux propositions d'amélioration du dépistage du cancer du sein en France.

Concernant la détection du cancer du sein, une détection précoce améliore le taux de survie [2].

Il est également important de savoir qu'une proportion importante de cancers du sein est détectée par la femme elle-même ou par son compagnon de manière fortuite de l'ordre de 60 à 90% selon les études. Cela peut amener à penser que les découvertes seraient encore plus fréquentes si les femmes étaient sensibilisées à ce sujet [30,35,36,44].

La fréquence du suivi gynécologique est un autre argument non négligeable en faveur de cette pratique puisqu'une partie de la population féminine ne se fait pas suivre régulièrement. Il s'avère même que près d'une femme sur cinq ne bénéficie d'aucun suivi gynécologique [45].

Concernant l'âge du dépistage, 22% des cancers diagnostiqués en 2012 le sont chez des femmes de moins de 50 ans, donc chez des femmes non concernées par le dépistage organisé. Notons également que le cancer de la femme jeune est souvent décelé tardivement du fait d'un diagnostic difficile, du faible nombre de cas et de l'absence de surveillance pour certaines puisque jugées « non à risque » [2].

A propos de l'apport personnel potentiel de cette pratique, l'autosurveillance mammaire permet aux femmes d'apprendre à connaître leur corps et d'être impliquées dans leur santé.

Cette dernière notion, ou « empowerment » en anglais, correspond parfaitement aux pratiques actuelles avec la responsabilisation des patientes et leur autonomisation concernant leur propre santé [30].

4.6. Principes de l'autosurveillance mammaire

L'autosurveillance mammaire n'est pas une technique précise, ni de la simple autopalpation. L'important est d'informer les femmes sur le cancer du sein en général, les signes amenant à consulter et l'évolution normale de la poitrine avec l'âge : c'est une éducation globale de la patiente [33,35,46].

Cette éducation nécessite premièrement de se centrer sur la femme présente en face de soi. Il est indispensable de s'adapter à la personne et de faire attention à la population ciblée car le but n'est pas de créer de l'anxiété supplémentaire. Sinon, cette pratique crée l'effet inverse en détériorant la santé d'après la définition de l'OMS : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » [47].

Dans un second temps, il faut se baser sur les propres facteurs de risque de la femme en essayant d'agir si possible dessus. Le dépistage « classique » du cancer du sein correspond à la prévention secondaire, mais de la prévention primaire peut être réalisée. Même si l'effet direct de la prévention primaire semble faible et reste à prouver, il est possible d'agir sur l'environnement avec l'adoption de comportements favorables à la santé générale (conseils nutritionnels, activité physique régulière, prise en charge des addictions...) [46].

Cette pratique nécessite de donner aux femmes des informations claires et concises, et de favoriser leur confiance en elles et en leurs propres compétences. Tout cela est indispensable à l'adoption et à la persistance d'un comportement de santé [48].

Comme toute information de santé, il faut parler de l'autosurveillance mammaire mais sans l'imposer puisque c'est à la patiente de faire le choix de la réaliser ou non, tout en étant consciente que les bénéfices et les risques potentiels restent à prouver [30]. Aucune étude n'a mis en évidence les effets indésirables de ces pratiques, le stade du cancer du sein au diagnostic, ou une amélioration du taux de survie ou du taux de mortalité par cancer du sein par le biais de l'autosurveillance mammaire [49].

4.7. Limites de cette pratique

L'autosurveillance mammaire semble présenter quelques limites, dont les principales sont l'absence de définition universelle et officielle de ce terme, et l'absence de traduction officielle en français du concept de « breast (cancer) awareness » [30].

L'autoexamen des seins ou autopalpation sont encore enseignés par certains professionnels et par certaines associations de lutte contre le cancer [30,36].

Tout cela engendre nécessairement une grande confusion chez les professionnels de santé et les patientes. Il est donc nécessaire de clarifier le message et de former les professionnels [33,34].

METHODE

1. Etude et objectifs

1.1. Type, durée et lieu de l'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive de type transversale pour les volets 1 et 2 et d'une étude observationnelle à visée étiologique pour le volet 3.

L'étude a été menée au sein du secteur de consultations de gynécologie-obstétrique d'un Centre Hospitalier de type I du département du Puy-de-Dôme (63), au sein de 32 cabinets de sages-femmes libérales du même département et de 9 cabinets de sages-femmes libérales du département de l'Allier (03) ayant accepté de participer à l'étude.

L'étude s'est déroulée du 5 juin au 31 octobre 2017, sauf pour les cabinets libéraux de l'Allier au sein desquels elle a débuté le 7 août 2017. L'étude a été étendue du fait de la perte de questionnaires au sein du Centre Hospitalier.

1.2. Les objectifs

1.2.1. Objectif principal

L'objectif principal (volet 1) de cette étude était de déterminer la prévalence de l'autosurveillance mammaire chez les femmes à partir de 25 ans sans antécédent sénologique.

1.2.2. Objectifs secondaires

L'objectif secondaire (volet 2) était d'étudier les différents modes d'autosurveillance mammaire à pratiquer selon les femmes âgées de 25 ans et plus sans antécédent sénologique.

L'objectif secondaire (volet 3) était d'évaluer les facteurs influençant la pratique de l'autosurveillance mammaire chez les femmes à partir de 25 ans sans antécédent sénologique.

2. Patientes et méthode

2.1. Patientes

2.1.1. Critères d'inclusion

L'étude a inclus toutes les femmes âgées de 25 ans et plus ayant accepté de participer à l'étude.

2.1.2. Critères d'exclusion

Les femmes qui ne parlaient pas ou n'écrivaient pas le français, et les femmes ayant des antécédents personnels ou familiaux (au 1^{er} ou 2nd degré) de cancer du sein, ou des antécédents de chirurgie bénigne du sein ont été exclues.

2.2. Méthode

2.2.1. Le recueil des données

2.2.1.1. Les critères évalués

- Les critères socio-démographiques : âge, niveau d'études, situation familiale, milieu d'habitation ;
- Les critères gynécologiques et obstétricaux : ménarche, parité, âge lors de la première grossesse, allaitement au long cours (supérieur ou égal à 6 mois), ménopause éventuelle et prise de traitement substitutif de la ménopause, fréquence du suivi et professionnel de santé assurant ce suivi, réalisation d'un examen clinique des seins et occasion de cet examen, réalisation d'une mammographie et date du dernier examen, présence de mastodynies et traitement médicamenteux éventuel ;

- Les critères de connaissances au sujet du cancer du sein : les connaissances des patientes au sujet du cancer du sein ont été analysées au travers de différentes questions concernant les facteurs de risque, la tranche d'âge à risque, la manifestation potentielle d'un cancer du sein et les modalités de dépistage de ce dernier. Un score total sur 21 points prenant en compte l'ensemble de ces questions a été créé et un point a été comptabilisé à chaque réponse cochée correspondant à celle attendue ;
- Les critères se rapportant à l'autosurveillance mammaire : fréquence, méthode, source d'information, freins et motivations, âge au début de la pratique, rôle du partenaire.

2.2.1.2. *Le mode de recueil des données et leur circuit*

Les données ont été recueillies par l'intermédiaire d'un questionnaire. Ce questionnaire a été testé auprès d'une dizaine de personnes correspondant aux critères d'inclusion de l'étude afin de s'assurer de la bonne compréhension de celui-ci.

Une fois validé, le questionnaire a été distribué à la femme par le biais du professionnel réalisant la consultation qui a lui-même été préalablement informé au sujet de l'étude (*Annexe IV*).

Les femmes ont eu le choix de répondre directement sur la version papier ou de le remplir en ligne via la plateforme Redcap (*Annexe V*).

Les questionnaires, totalement anonymes, m'ont été envoyés par courrier ou ont été récupérés directement par mes soins.

2.2.1.3. *Le codage des données*

Un travail de codage des données, préalable à la saisie informatique, a été réalisé. Le codage dépend de la nature des variables. Ainsi, pour les variables numériques telles que l'âge, la valeur a été directement saisie. Pour les questions à réponse unique (comme le milieu d'habitation par exemple), les modalités de réponses ont été numérotées et le numéro de la modalité cochée a été saisi. En cas de réponse « autre », une colonne a été rajoutée afin de préciser la réponse inscrite sur le questionnaire. Enfin, pour les questions à réponses multiples (comme les facteurs influençant la pratique par exemple), il a été créé autant de colonnes que de modalités de réponse et la valeur 0 a été saisie si la réponse n'était pas cochée, ou la valeur 1 dans le cas contraire. En cas de réponse manquante, la case du tableau a été laissée vide.

2.2.1.4. *La saisie des données*

La saisie des données a été réalisée à l'aide d'un tableur, type Excel, sur mon ordinateur personnel protégé par un mot de passe. Chaque ligne du tableau correspondait à un questionnaire numéroté et chaque colonne correspondait à une question avec un nom de variable attribué à chacune.

2.2.1.5. *Le contrôle qualité des données*

Au préalable, les questionnaires incomplets et/ou démontrant trop de contradictions ont été exclus.

La vérification de l'absence de doublons et d'éventuelles erreurs dans la saisie des données recueillies en version papier a été réalisée par moi-même, puis par la statisticienne.

Concernant le questionnaire en ligne, des restrictions évitant les erreurs ont été paramétrées lors de la création de celui-ci sur Redcap.

2.2.2. L'analyse des données

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata (version 13 ; StataCorp, College Station, Texas, USA), en considérant un risque d'erreur de première espèce bilatéral de 5%.

La population est décrite par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles, et par la moyenne (\pm écart-type) ou la médiane [intervalle interquartile] pour les variables quantitatives, au regard de leur distribution statistique (normalité étudiée par le test de Shapiro-Wilk).

La pratique de l'autosurveillance mammaire est exprimée sous forme de pourcentage et intervalle de confiance (IC) à 95%.

Les comparaisons entre les deux groupes indépendants (pratique vs. non pratique de l'autosurveillance mammaire) concernant des paramètres de nature quantitative, ont été réalisées par le test t de Student ou par le test de Mann-Whitney si conditions du t-test non respectées (normalité, homoscedasticité étudiée par le test de Fisher-Snedecor). Les comparaisons entre groupes concernant des paramètres qualitatifs ont été effectuées par le test du Chi2 ou par le test exact de Fisher.

Les comparaisons selon la fréquence de l'autosurveillance mammaire (jamais, moins d'une fois par mois, une fois par mois, plus d'une fois par mois) ont été réalisées par ANOVA ou test de Kruskal-Wallis (KW) pour les variables quantitatives.

Quand approprié (omnibus p-value <0.05), un test post-hoc de comparaisons multiples a été proposé : test de Tukey-Kramer post ANOVA ou test de Dunn post KW.

Les comparaisons concernant les paramètres de nature catégorielle ont été effectuées comme décrit précédemment, suivies si nécessaire par une procédure de Marascuilo.

Enfin, en situation multivariée, une régression logistique a été mise en œuvre afin d'étudier les facteurs associés à la pratique de l'autosurveillance mammaire, en considérant les covariables au regard des résultats d'analyse univariée et de leur pertinence clinique. Les résultats sont exprimés en termes d'odds-ratio (OR) et intervalle de confiance à 95%.

2.2.3. Les aspects éthiques et réglementaires

2.2.3.1. *Avis des comités consultatifs*

Cette étude mono-centrique ne nécessitant pas de recueil de données sensibles et ne comprenant pas de question ouverte n'a pas nécessité d'avis direct des comités consultatifs.

L'outil de recueil des données a tout de même été soumis à l'accord du directeur et de la co-directrice de ce mémoire, ainsi qu'aux professionnels de santé ayant accepté qu'il soit distribué à leur patientèle.

2.2.3.2. *Information et consentement*

Les femmes ont toutes reçu une lettre d'information expliquant le but de l'étude, la confidentialité et sécurité des données, leurs droits et les coordonnées pour l'obtention d'informations supplémentaires (*Annexe VI*). Lorsque leur consentement était recueilli, les femmes ont reçu un questionnaire papier.

2.2.3.3. *Anonymat*

L'anonymat a été respecté puisqu'aucune information identifiante n'a été récoltée par le biais des questionnaires et que les patientes n'ont pas rempli les questionnaires en ma présence.

RESULTATS

1. Diagramme de flux et taux de participation

Huit-cent-cinquante-et-un questionnaires ont été envoyés en début d'étude et 381 ont été récupérés en fin d'étude ; soit un taux de participation d'environ 45% (*Figure 1*).

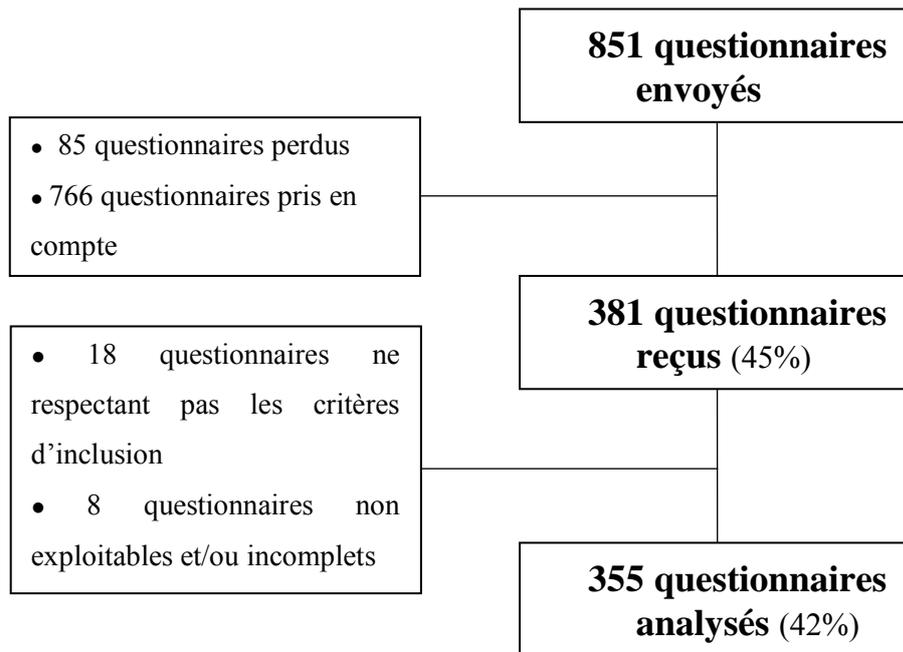


Figure 1 : Diagramme de flux

2. Description de l'échantillon

Les résultats ont été colligés dans un tableau récapitulant les caractéristiques de l'échantillon étudié (*Tableau I*).

Les femmes ayant participé à l'étude étaient en moyenne âgées de 34.8 ± 9.2 ans, en couple à 93.1%, résidaient en milieu rural à 53.8% et avaient suivi des études supérieures à 66.5%.

Parmi les 355 femmes de l'étude, 84.8% étaient primipares ou multipares et 14.6% avaient allaité pendant 6 mois ou plus.

Les femmes ménopausées représentaient 7.0% de l'effectif et 16.0% d'entre-elles étaient sous traitement substitutif de la ménopause.

Concernant le suivi gynécologique, 64.2% des femmes étaient suivies tous les ans à 75.3% par un gynécologue, 46.9% par une sage-femme et 25.3% par ces deux professionnels.

L'examen clinique des seins avait déjà été réalisé chez 327 patientes (92.1%). Parmi elles, cet examen avait le plus souvent été effectué lors d'une consultation de suivi gynécologique (83.2%).

Une mammographie avait été effectuée chez 90 femmes (25.4%).

Parmi les femmes interrogées, 49.4% rapportaient des mastodynies, dont 1.1% nécessitaient un traitement médicamenteux.

Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques, gynécologiques et obstétricales

	Total (N=355)
Caractéristiques sociodémographiques	
Age (années), moyenne \pm ET	34.8 \pm 9.2
Age > 50 ans, n (%)	34 (9.6)
Niveau d'études, n (%)	
BEP/CAP	39 (11.0)
Baccalauréat	77 (21.7)
Etudes supérieures	236 (66.5)
Autre situation	3 (0.8)
En couple, n (%)	326/350 (93.1)
Milieu d'habitation rural (< 2 000 habitants), n (%)	189/351 (53.8)
Caractéristiques gynécologiques et obstétricales	
Age ménarche (années), moyenne \pm ET	13.0 \pm 1.6
Parité \geq 1, n (%)	301 (84.8)
Nombre d'enfants par femme, médiane [IQR]	2 [1; 2]
Age à la première grossesse (années), moyenne \pm ET	27.6 \pm 4.4
Allaitement \geq 6 mois, n (%)	44 (14.6)
Femmes ménopausées, n (%)	25 (7.0)
Sous traitement substitutif de la ménopause, n (%)	4 (16.0)
Age à la ménopause, moyenne \pm ET	49.9 \pm 4.3
Fréquence du suivi gynécologique, n (%)	
Aucun suivi	15/352 (4.3)
Tous les ans	226/352 (64.2)
Tous les 2 ans	93/352 (26.4)
Autre	18/352 (5.1)

	Total (N=355)
Professionnel(s) assurant le suivi gynécologique, n (%)	
Sage-femme	165/352 (46.9)
Médecin généraliste	31/352 (8.8)
Gynécologue	265/352 (75.3)
Sage-femme et gynécologue	89/352 (25.3)
Femmes ayant eu un examen clinique des seins, n (%)	327 (92.1)
Lors d'une consultation gynécologique de routine	272 (83.2)
Lors d'une grossesse	135 (41.3)
Autre	25 (7.6)
Femmes ayant réalisé une mammographie, n (%)	90 (25.4)
Il y a moins de 2 ans	53/85 (62.4)
Mastodynies, n (%)	
Jamais	177/354 (50.0)
Parfois	150/354 (42.4)
Régulièrement	25/354 (7.1)
Autre	2/354 (0.5)
Sous traitement	2/177 (1.1)

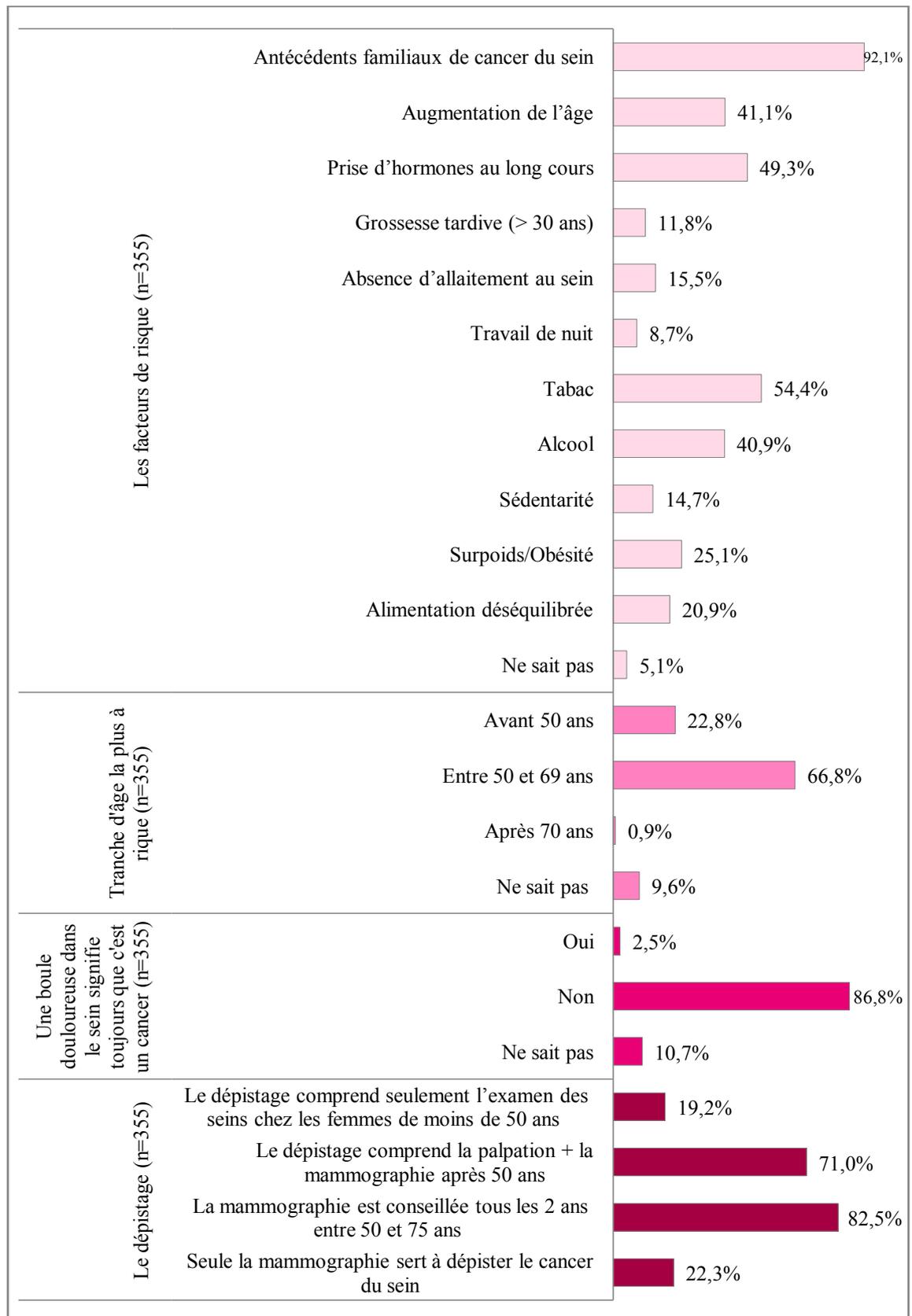
ET : écart-type ; IQR : intervalle interquartile ; n : effectif ;

3. Information et connaissances des femmes sur le cancer du sein

Parmi les femmes interrogées, le score moyen de connaissances au sujet du cancer du sein était de 11.2 ± 3.7 sur un total de 21. Le détail de leurs connaissances est représenté au sein de la *Figure 2*. Les femmes pensaient que les principaux facteurs de risque de cancer du sein étaient les antécédents familiaux (92.1%), le tabac (54.4%) et la prise d'hormones au long cours (49.3%). Concernant la tranche d'âge à risque, 66.8% citaient les femmes entre 50 et 69 ans. Pour 86.8% des participantes, la douleur ne signifiait pas systématiquement que c'était un cancer, et le dépistage comprenait principalement la mammographie tous les deux ans entre 50 et 75 ans (82.5%).

Ainsi, 34.9% avaient reçu des informations sur le cancer du sein par un professionnel de santé : par un gynécologue (57.3%), par une sage-femme (37.1%), par un médecin généraliste (21.0%), par un autre professionnel de santé (9.7%).

Figure 2 : Etat des lieux des connaissances au sujet du cancer du sein auprès des femmes âgées de 25 ans et plus sans antécédent sénologique



4. Prévalence de l'autosurveillance mammaire

Parmi les 355 femmes interrogées, 214, soit 60.3% (IC 95% : 54.9 ; 65.4), pratiquaient l'autosurveillance mammaire. En particulier, 18.3% la pratiquaient une fois par an, 3.9% plusieurs fois par an, 23.9% une fois par mois, 4.2% une fois par semaine, 2.5% une fois par jour, 7.3% la pratiquaient à une autre fréquence.

Vingt-trois femmes sur 303 affirmaient que leur partenaire participait à cette pratique, soit 7.6%.

5. Age moyen au début de la pratique de l'autosurveillance mammaire

L'âge moyen des femmes lorsqu'elles avaient commencé l'autosurveillance mammaire était de 26.9 ± 6.7 ans.

6. Sources d'information au sujet de l'autosurveillance mammaire

Les sources d'information sur cette pratique pour 275 femmes étaient les suivantes : une association de sensibilisation au cancer du sein (1.1%), une amie (6.2%), un magazine ou internet (12.2%), un professionnel de santé lors du suivi de grossesse (20.0%), et/ou le médecin généraliste (8.0%), la sage-femme (22.2%), ou le gynécologue (42.6%) lors d'une consultation de suivi gynécologique. Diverses autres sources d'informations à propos de l'autosurveillance mammaire ont été évoquées par les femmes à 17.1% : par le biais des études ou formations professionnelles, par intuition et connaissance de leur propre corps, par un proche (plus particulièrement leur mère) par le bouche à oreille, par le biais des médias (émissions médicales notamment), par voie d'affichage chez un professionnel de santé, par un médecin du travail ou par un radiologue, depuis le dépistage d'un fibroadénome, ou en observant comment le gynécologue examine les seins.

7. Méthodes d'autosurveillance mammaire

Les méthodes d'autosurveillance mammaire que les femmes jugeaient être les plus adaptées étaient assez variables mais 54.4% pensaient que connaître sa propre poitrine est important et 68.2% pensaient qu'il fallait y joindre l'utilisation des mains et

des yeux. Les autres méthodes évoquées par les femmes sont représentées au sein de la *Figure 3*.

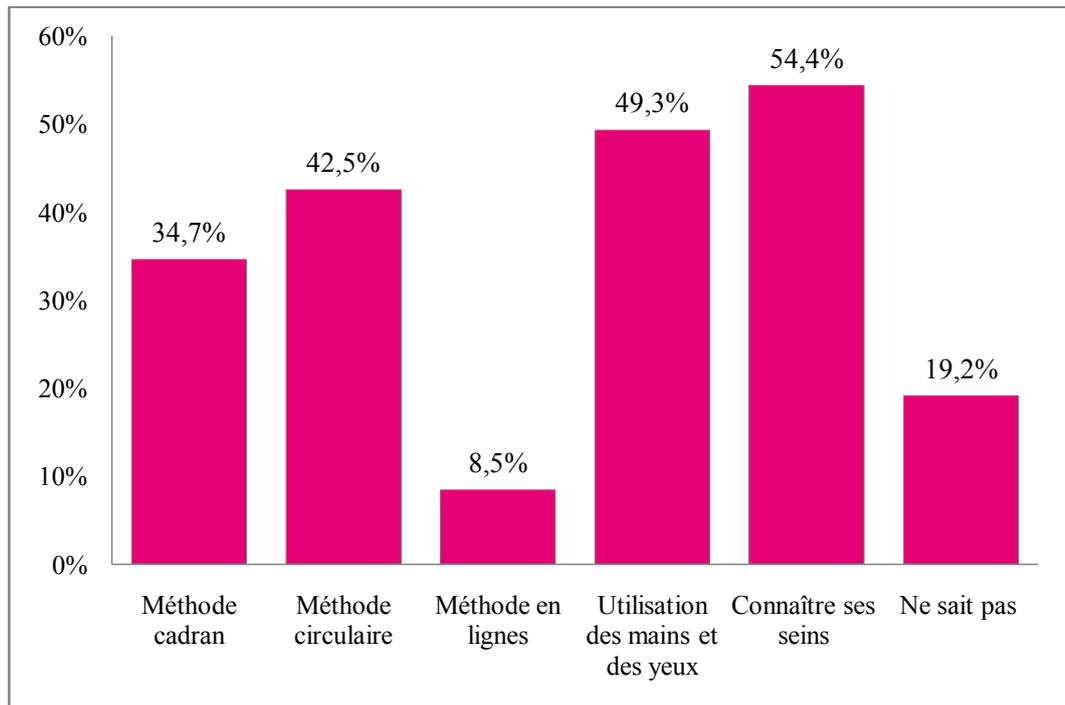


Figure 3 : Méthodes d'auto-surveillance mammaire à pratiquer selon les 355 femmes interrogées âgées de 25 ans et plus sans antécédent sénologique

8. Facteurs influençant la pratique de l'auto-surveillance mammaire

8.1. Les freins et les motivations à la pratique

Les femmes appartenant à l'échantillon ont été invitées à évoquer les freins ou leurs motivations à la pratique de l'auto-surveillance mammaire (*Figure 4*).

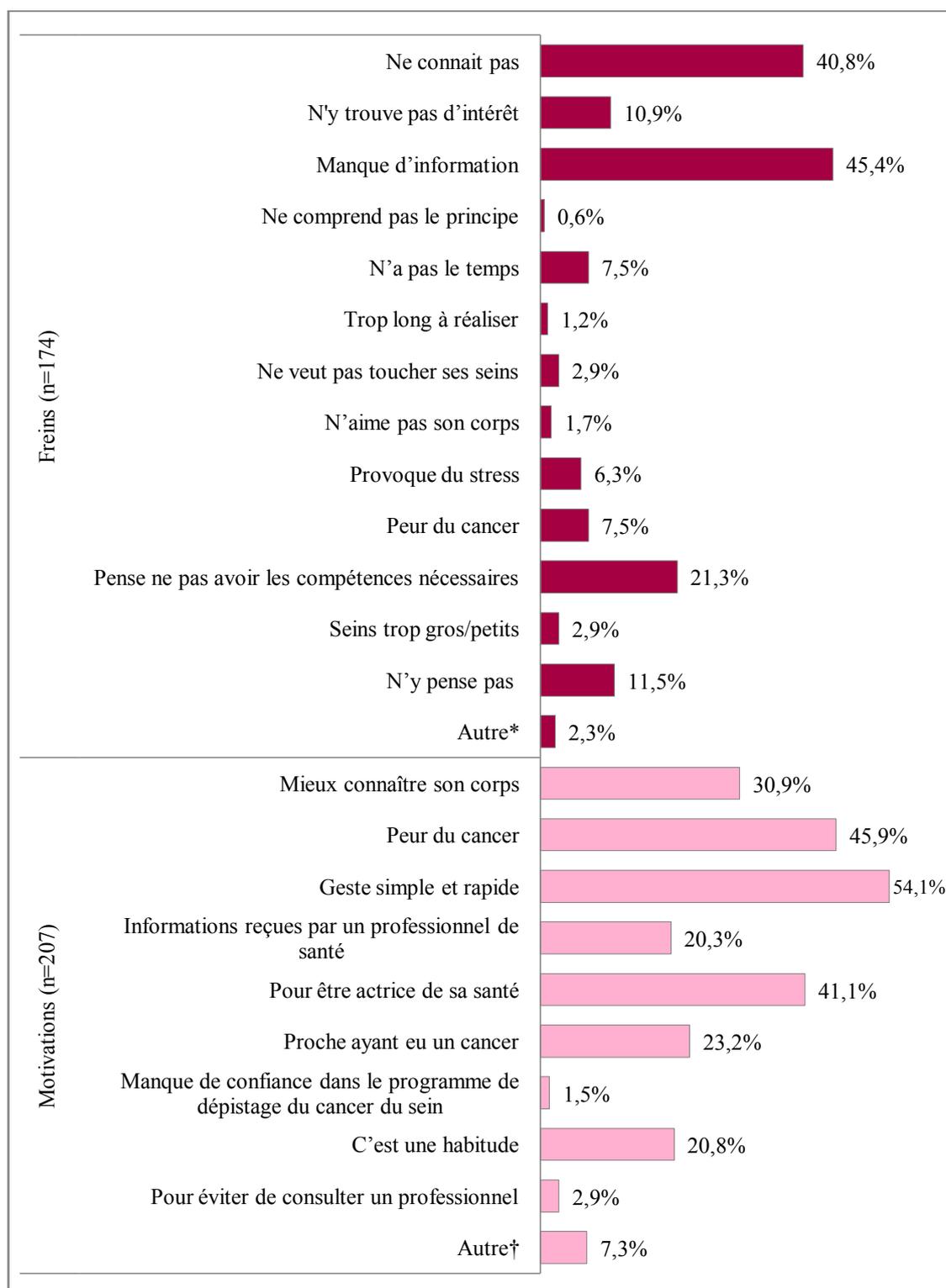
Parmi les femmes qui ne pratiquaient pas l'auto-surveillance mammaire :

- 45.4% manquaient d'information,
- 40.8% ne connaissaient pas cette pratique,
- 21.3% pensaient ne pas avoir les compétences nécessaires.

Parmi les femmes qui pratiquaient l'auto-surveillance mammaire :

- 54.1% évoquaient un geste simple et rapide,
- 45.9% avaient peur du cancer,
- 41.1% voulaient par le biais de cette pratique être actrice de leur santé,
- 30.9% souhaitaient mieux connaître leur corps.

Figure 4 : Freins et motivations à la pratique de l'autosurveillance mammaire évoqués par les femmes âgées de 25 ans et plus sans antécédent sénologique



* Autres freins : pense que le suivi gynécologique suffit, n'arrive pas à ressentir ses kystes, n'est pas certaine de bien faire, par négligence, oublis réguliers, ne prend pas le temps.

† Autres motivations : douleur ressentie, présence de mastose, par prévention, pour avoir une prise en charge rapide si besoin, suivi gynécologique annuel sans mammographie, forte poitrine, travaille en temps qu'infirmière.

Parmi les femmes réalisant l'autosurveillance mammaire, 20.3% avaient eu une information par un professionnel de santé qui les avait motivées à la pratiquer. Toutefois, 55 femmes ayant reçu une information sur l'autosurveillance mammaire évoquaient tout de même comme frein à la pratique : le manque d'information à 49.1%, la non connaissance de cette technique à 21.8% et l'absence de compétences nécessaires à sa réalisation à 18.2%.

8.2. Facteurs associés à la pratique

Les facteurs associés à la pratique de l'autosurveillance mammaire ont été étudiés de deux manières : selon la fréquence de la pratique (jamais, moins d'une fois par mois, une fois par mois, plus d'une fois par mois) au sein de l'*Annexe VII* et selon pratique versus non pratique de l'autosurveillance mammaire au sein du *Tableau II*.

Tableau II : Facteurs associés à la pratique de l'autosurveillance mammaire au sein de l'échantillon étudié

	Non pratiquée (n=141)	Pratiquée (n=214)	p-value
Age (années), moyenne \pm ET	34.0 \pm 8.7	35.4 \pm 9.5	0.17
Age > 50 ans, n (%)	13 (9.2)	21 (9.8)	0.85
Niveau d'études \geq baccalauréat, n (%)	124 (87.9)	189 (88.3)	0.91
Parité \geq 1, n (%)	124 (87.9)	177 (82.7)	0.18
Allaitement \geq 6 mois, n (%)	22 (15.6)	22 (10.3)	0.14
Professionnel assurant le suivi gynécologique , n (%)			
Sage-femme	57/138 (41.3)	108 (50.5)	0.09
Médecin généraliste	13/138 (9.4)	18 (8.4)	0.74
Gynécologue	110/138 (79.7)	155 (72.4)	0.12
Examen clinique des seins , n (%)	124 (87.9)	203 (94.9)	0.02
Mastodynies , n (%)	58/140 (41.4)	117 (54.7)	0.02
Score de connaissances , moyenne \pm ET	10.5 \pm 3.5	11.7 \pm 3.7	<0.001
Information sur le cancer du sein , n (%)	32 (22.7)	92 (43.0)	<0.001
Sage-femme	8/32 (25.0)	38/92 (41.3)	0.10
Médecin généraliste	6/32 (18.8)	20/92 (21.7)	0.72
Gynécologue	17/32 (53.1)	54/92 (58.7)	0.58

	Non pratiquée (n=141)	Pratiquée (n=214)	p- value
Informations sur l'autosurveillance mammaire, n (%)			
Par une amie	3/69 (4.3)	18/206 (8.7)	0.23
Par un magazine ou internet	8/69 (11.6)	33/206 (16.0)	0.37
Par une association de sensibilisation au cancer du sein	0/69 (0.0)	3/206 (1.5)	0.57
Par un médecin généraliste	1/69 (1.4)	21/206 (10.2)	0.02
Par un gynécologue	32/69 (46.4)	85/206 (41.3)	0.46
Par une sage-femme	14/69 (20.3)	47/206 (22.8)	0.66
Lors du suivi de grossesse	21/69 (30.4)	34/206 (16.5)	0.01
Autre*	5/69 (7.2)	42/206 (20.4)	0.01
Informations sur l'autosurveillance mammaire par un professionnel de santé, n (%)	56/69 (81.2)	135/206 (65.5)	0.02

ET : écart-type ; n : effectif

** : durant les études, par sa mère, par intuition, par le bouche à oreille, par voie d'affichage chez un professionnel de santé, par un médecin du travail, par un radiologue, par le biais d'une émission médicale, depuis le dépistage d'un fibroadénome, en regardant comment le gynécologue examine les seins.*

8.2.1. L'âge

Les femmes qui pratiquaient l'autosurveillance mammaire le plus régulièrement étaient significativement plus âgées que les femmes qui ne la réalisaient pas ou plus rarement (33.9 ± 8.7 vs 37.9 ± 8.8 , $p=0.01$).

8.2.2. Le niveau d'études

Le niveau d'études ne semblait pas avoir d'effet sur la pratique de l'autosurveillance mammaire (88.3 vs 87.9, $p=0.91$).

8.2.3. La parité et l'allaitement maternel

Les femmes qui ne procédaient pas à l'autosurveillance mammaire semblaient plus souvent avoir eu des enfants (87.9% vs 82.7%, $p=0.18$) ou avoir allaité au long terme (15.6% vs 10.3%, $p=0.14$) que les femmes qui pratiquaient l'autosurveillance mammaire.

8.2.4. Les mastodynies

Les femmes qui pratiquaient l'autosurveillance mammaire avaient significativement plus de mastodynies que les femmes qui ne la pratiquaient pas (54.7% vs 41.4%, $p=0.02$).

8.2.5. Le suivi gynécologique

Le professionnel effectuant le suivi gynécologique régulier semblait avoir une influence puisque les femmes qui pratiquaient l'autosurveillance mammaire plus d'une fois par mois avaient moins tendance à être suivies par un gynécologue que les femmes qui ne la pratiquaient pas ou une fois par mois (54.2% vs 79.7% ou 54.2% vs 69.5%, $p=0.01$).

Au contraire, les femmes qui réalisaient l'autosurveillance mammaire avaient tendance à être plus suivies par une sage-femme que celles qui ne la réalisaient pas (50.5% vs 41.3%, $p=0.09$).

Elles avaient également eu significativement plus d'examens cliniques des seins par un professionnel de santé (94.9% vs 87.9%, $p=0.02$).

8.2.6. L'information et les connaissances sur le cancer du sein

Les femmes qui pratiquaient l'autosurveillance mammaire avaient également significativement plus reçu d'informations sur le cancer du sein que celles qui ne la pratiquaient pas (43% vs 22.7%, $p<0.001$).

Concernant le score de connaissances du cancer du sein, les femmes qui procédaient à l'autosurveillance mammaire le plus régulièrement avaient également un score significativement plus élevé (11.7 ± 3.7 vs 10.5 ± 3.5 , $p<0.001$).

8.2.7. Les informations sur l'autosurveillance mammaire

Pour les informations sur l'autosurveillance mammaire, les femmes qui ne la pratiquaient pas avaient significativement plus eu d'informations sur cette méthode par un professionnel de santé que celles qui pratiquaient l'autosurveillance mammaire (81.2% vs 65.5%, $p=0.02$).

Cela se remarque également lorsque l'information avait été donnée durant le suivi de grossesse (30.4% vs 16.5%, p=0.01).

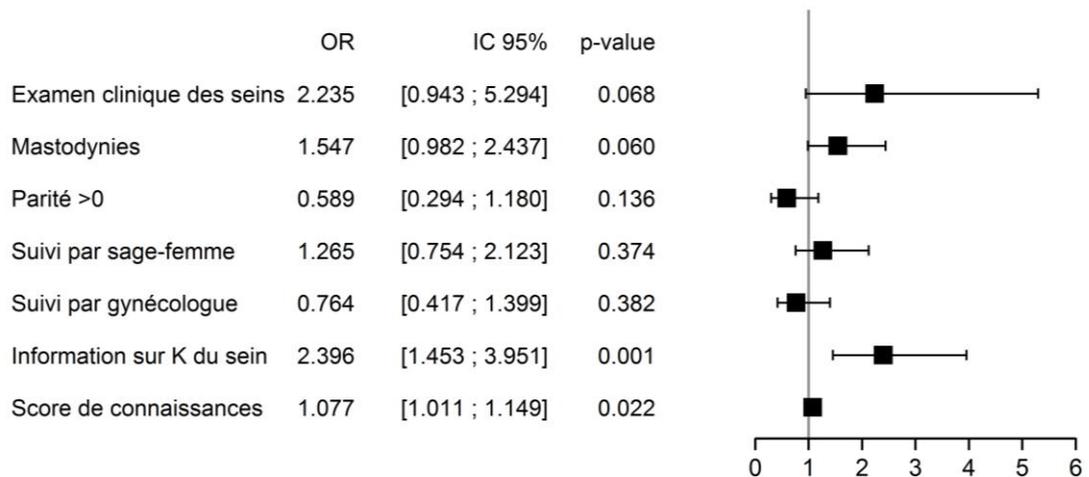
Toutefois, les femmes qui exécutaient l'autosurveillance mammaire avaient significativement plus eu une information par un médecin généraliste que les femmes qui ne l'exécutaient pas (10.2% vs 1.5%, p=0.02).

Le même constat est réalisable lorsque les femmes avaient reçu l'information sur cette pratique d'une sage-femme puisque celles qui la pratiquaient plus d'une fois par mois avaient significativement plus reçu une information par ce professionnel que les femmes qui la pratiquaient une fois par mois (22.0% vs 45.8%, p=0.04).

8.3. Analyse multivariée

Dans un contexte d'analyse multivariée (*Figure 5*), avoir eu une information sur le cancer du sein et avoir un score plus élevé de connaissances sont significativement associés à la pratique de l'autosurveillance mammaire (OR [IC 95%] = 2.40 [1.45 ; 3.95] et 1.08 [1.01 ; 1.15] respectivement).

Figure 5 : Graphique en forêt



IC : intervalle de confiance, K : cancer et OR : odds-ratio

DISCUSSION

1. Limites et points positifs de l'étude

1.1. Les limites

La principale limite de l'étude est constituée par l'âge moyen des femmes composant l'échantillon puisque ces dernières sont plus jeunes que la population affectée par le cancer du sein. Toutefois, l'éducation à la santé doit débiter jeune afin d'acquérir des comportements favorables. C'est d'ailleurs dans cette optique qu'une consultation de prévention et d'information à l'âge de 25 ans a été votée par l'Assemblée nationale le 27 octobre 2017 [11].

Ce jeune âge pourrait en partie s'expliquer par le fait que la majorité des femmes de l'échantillon ont été incluses au sein des cabinets de sages-femmes libérales qui côtoient majoritairement des femmes jeunes et en bonne santé.

La perte de questionnaires distribués au sein du Centre Hospitalier peut expliquer le taux de participation relativement peu élevé qui constitue une seconde limite.

Comme toute étude reposant sur le volontariat pour la participation, il existe un biais de non-participation. En effet, les femmes les plus sensibilisées quant au sujet analysé répondent plus aux questionnaires.

1.2. Les points positifs

L'autosurveillance mammaire est un sujet globalement peu étudié, notamment en France. Les études préalables ont analysé les effets scientifiques qu'apporte cette pratique, notamment en termes de survie. Ce sont principalement des études rétrospectives qui incluent des femmes ayant un cancer du sein et qui analysent leur pratique d'autosurveillance mammaire préalable à ce cancer.

La présente étude a plutôt analysé l'avis de femmes sans antécédent sénologique pouvant correspondre à la patientèle de notre profession de sage-femme.

Par rapport aux études rétrospectives, celle-ci n'a pas de biais de mémorisation puisqu'elle prend en compte la pratique actuelle des femmes.

2. Résultats de l'étude

2.1. Description de l'échantillon

Vis-à-vis des diverses caractéristiques étudiées, l'échantillon était globalement comparable à la population française, excepté l'âge et le milieu d'habitation principalement.

- L'âge :

Les femmes de l'échantillon étaient plus jeunes que la moyenne nationale définie par l'INSEE (42.8 ans) [50]. De plus, les femmes de plus de 50 ans étaient peu nombreuses dans l'étude alors qu'elles représentent 40.7% de la population française [51].

- La situation maritale :

Les femmes célibataires étaient également un peu moins nombreuses que la population française (20% en 2014) [52].

- Le niveau d'études :

Les femmes de l'échantillon avaient suivi plus d'études supérieures que la population française (57% en 2012) [53]. Les femmes aux niveaux d'études plus élevés consultent certainement plus en cabinet libéral, ce qui peut expliquer cette petite différence [45].

- Le milieu d'habitation :

Les départements étudiés sont à dominante rurale, ce qui explique une surreprésentation des femmes issues de ce milieu dans l'étude par rapport à la population nationale (18% de la population en milieu à dominance rurale en 2006) [54].

- L'âge moyen lors des ménarches :

Cette moyenne d'âge était comparable avec la population française (12.6 ans) [55].

- L'âge à la première grossesse :

Les femmes de l'étude étaient légèrement plus jeunes lors de leur première grossesse que la population nationale (30.7 ans en 2017) [56].

- Le nombre d'enfants par femme :

Ce nombre était comparable à la population française (1.93 en 2016) [57].

- L'allaitement maternel de longue durée :

Les femmes de l'échantillon avaient légèrement moins allaité au sein que dans la population générale (18.5% à 6 mois d'après des chiffres basés sur les enfants nés en 2011-2012) [58].

- Le suivi gynécologique :

D'après des données chiffrées de 2011, 54% d'un échantillon représentatif de la population française avait vu un gynécologue dans les 12 derniers mois, principalement les 25-34 ans, 6% n'avait jamais vu de gynécologue, et 19% n'avait pas de suivi gynécologique régulier [45].

Bien que la majorité de notre population était suivie par un gynécologue ou bénéficiait d'un suivi combiné gynécologue/sage-femme, il est difficile de comparer ces données à celles de l'étude datant de 2011. En effet, d'autres professionnels de santé, non pris en compte dans ce sondage national, peuvent assurer le suivi gynécologique, notamment le médecin généraliste et la sage-femme. Un manque global d'information relatif aux divers acteurs de la santé et à leurs compétences respectives semble exister.

- Traitement hormonal de la ménopause :

Le pourcentage de femmes sous traitement hormonal de la ménopause était comparable à la population française (17% d'après un sondage de 2011) [45].

2.2. Information et connaissances des femmes sur le cancer du sein

Les connaissances des femmes au sujet du cancer du sein ont peu été étudiées dans le cadre d'études de grande ampleur, notamment en France. Une étude anglaise menée par WILSON et al. en 2014 révélait que les femmes avaient globalement peu de connaissances des signes évocateurs, qu'elles ne savaient pas quand consulter, ni comment vérifier que leurs seins étaient sans anomalie [59].

Au sein de notre échantillon, le score de connaissances était également peu élevé, ce qui est concordant avec l'étude sus-citée. Dans l'ensemble, les facteurs de risque « médiatisés » étaient plutôt bien connus (comme la prise d'hormones au long cours ou le tabac), ainsi que la tranche d'âge la plus à risque, et les modalités de dépistage après 50 ans. La principale méconnaissance des participantes à l'étude concernait les modalités de dépistage avant 50 ans chez les femmes sans facteur de risque ; ce qui est remarquable puisque la majorité des participantes étaient âgées de moins de 50 ans. Cette constatation semble démontrer un manque d'information au sujet du dépistage qui est confirmé par le faible pourcentage de femmes affirmant avoir reçu de telles informations par un professionnel de santé.

L'information est pourtant un préalable nécessaire à tout consentement éclairé du patient et permet une meilleure adhésion au programme de dépistage du cancer du sein puisque la patiente comprend par elle-même l'intérêt de celui-ci.

Cette nécessité d'informer les femmes soulève les questions suivantes : que dire aux femmes, quel est le moment propice pour les informer, comment les informer ?

Il est probable que les explications devraient être faites lors de l'examen clinique des seins afin d'exposer le but de l'examen et en quoi il consiste, le principe du dépistage du cancer sein, ainsi que des informations globales sur celui-ci sans engendrer d'anxiété chez la femme.

2.3. Prévalence de l'autosurveillance mammaire

Le pourcentage de femmes de l'échantillon qui pratiquaient l'autosurveillance mammaire correspondait à la moyenne de la prévalence des diverses études préalablement réalisées. Dans la littérature, 29 à 49% des femmes ne réalisaient pas l'autosurveillance mammaire et celles qui la pratiquaient déclaraient majoritairement surveiller leur poitrine une fois par mois, ce qui coïncidait avec les données de notre échantillon [60–63]. La surveillance mensuelle correspond aux informations communément données ou qu'il est possible de trouver au sein de divers médias.

Certaines études pointant du doigt les effets potentiellement délétères de l'autoexamen des seins évoquaient l'anxiété qu'il engendrerait [36–38]. D'après les données de la littérature, ainsi que celles de notre échantillon, il est notable que les femmes semblaient plutôt être attentives à leurs seins une fois par mois ou moins fréquemment que par excès [60,61,63]. Si une réelle anxiété était créée par ce geste, il semblerait logique que ce soit plutôt l'inverse, quitte à devenir un geste obsessionnel par peur de développer un cancer du sein.

Concernant l'implication du ou de la partenaire, ce point semble intéressant à plusieurs niveaux malgré le faible nombre de partenaires participant à l'autosurveillance mammaire au sein de l'échantillon. En effet, un partenaire sensible au sujet du cancer pourrait permettre de soutenir la femme dans sa démarche de dépistage si celle-ci le souhaite [41,64]. Ce soutien pourrait être un moyen de diminuer l'anxiété souvent générée par le dépistage.

De plus, que le couple soit hétérosexuel ou homosexuel, le cancer du sein est un sujet qui peut toucher ses deux membres. Une sensibilisation en duo lors des consultations avec un professionnel de santé peut donc être une opportunité puisque le cancer du sein masculin est peu connu et que la prévention primaire est bénéfique à la santé de tous [34]. Par conséquent, pourquoi ne pas informer l'homme également et inclure le ou la partenaire dans la discussion lorsqu'il ou elle est présent(e) en consultation ?

2.4. Age moyen au début de la pratique de l'autosurveillance mammaire

L'âge moyen auquel les femmes avaient débuté l'autosurveillance mammaire était relativement jeune et semble confirmer l'importance de l'information dès l'âge de 25 ans lors des consultations [11]. D'après l'INPES, la tranche d'âge 15-30 ans est la période de construction des perceptions et d'acquisition des comportements de santé. Il y a donc des actions à mener chez les jeunes pour l'adoption de comportements favorables avant l'acquisition de « mauvaises » habitudes et de l'apparition d'inégalités sociales et d'accès à la santé [65].

2.5. Sources d'information au sujet de l'autosurveillance mammaire

Au sein de notre échantillon, les professionnels de santé semblaient être des vecteurs importants d'information, mais les divers médias, notamment internet et la presse, étaient un autre moyen notable. Selon MANT et al., 44.4% des femmes réalisaient l'autosurveillance mammaire sans avoir eu d'enseignement par un professionnel de santé [62]. D'ailleurs TONER et JODRELL, ainsi qu'ENGLISH, mettaient déjà en avant l'importance de la télévision et d'internet afin de diffuser des messages au grand public [34,46]. En France, c'est l'INPES qui révèle qu'internet a un rôle important à jouer dans le domaine de la santé en touchant une grande partie de la population. Effectivement, 45% des 15-30 ans l'utilisaient, 43% des 31-45 ans, et 34% 46-60 ans. De plus, 48% des internautes de 15 à 30 ans avaient cherché des informations ou conseils de santé au cours des 12 derniers mois sur internet (d'après le baromètre santé jeunes 2010) [65].

Au sein de notre échantillon, les sources diverses avaient été plusieurs fois citées avec quelques items récurrents, notamment la formation reçue durant les études, ainsi que les médias et informations écrites.

2.6. Méthodes d'autosurveillance mammaire

D'après des études anglaises et américaines, il ne faudrait plus enseigner de méthodes dites « strictes », telles que les professionnels de santé doivent le réaliser, mais plutôt informer les femmes afin qu'elles sachent comment sont leurs seins habituellement [30,34,36]. Ce sont bien les deux principales réponses qui ressortaient de l'étude menée : « utiliser ses mains et ses yeux » et « connaître ses seins ». Ce qui semble signer une modification des informations données, notamment sur les sites internet français grand public qui abandonnent petit à petit la description de techniques précises (avec la posture, les gestes en lignes ou en cercles, le moment...). Cependant, certaines femmes de l'échantillon semblaient rester attachées à une méthode précise pour se palper (bandes, lignes, cercles...). Cette question avait pour objectif d'avoir une vision globale de comment les femmes observaient leurs seins, mais il n'y a pas de « bonne méthode » puisque l'essentiel est de faire siens de ses seins.

2.7. Facteurs influençant la pratique de l'autosurveillance mammaire

2.7.1. Les freins et motivations à la pratique

Divers auteurs ont étudié les freins et motivations à la pratique de l'autosurveillance mammaire.

D'après HAILEY et al., la dépendance aux médecins pour le dépistage était une des principales justifications à la non réalisation [66]. Selon TONER et JODRELL, c'était plutôt la peur de trouver quelque chose, ainsi que le fait de ne pas vouloir toucher ses seins qui étaient évoqués [46]. Ces deux études avaient mis en évidence des freins communs : l'anxiété par rapport au cancer du sein, le fait de ne pas y penser et le défaut de confiance en ses compétences [46,66]. Quant à OHL et al., il semblait que la négligence, et le manque d'information, ou leur mauvaise qualité, soient d'autres explications [67].

Ce sont les mêmes grands axes qui ressortent de l'étude réalisée. Les femmes manquaient principalement d'information ou ne connaissaient pas du tout cette pratique. Le manque de confiance en leurs propres compétences était un motif plusieurs fois cité et qui semble signer un manque de connaissances de leur propre corps.

Il n'est effectivement pas demandé à la femme de remplacer le professionnel de santé et donc d'être véritablement compétente pour ce dépistage, mais plutôt de reconnaître un éventuel changement [41].

Il est probable que ces deux freins soient levés, au moins partiellement pour le manque de confiance, par le biais d'informations de qualité, quelle qu'en soit la source.

S'agissant de l'anxiété vis-à-vis du cancer du sein, celle-ci est probablement liée au manque d'information, mais elle peut aussi être liée à la nature de la personne. Dans ce cas, il semble peu judicieux de parler de l'autoexamen des seins au sens strict puisqu'il a été prouvé être anxiogène chez certaines femmes. Il faut donc adapter ce qui est dit à la patiente, « avec tact et mesure », selon sa personnalité. Il est préférable d'informer plus globalement, en parlant d'auto-surveillance mammaire, à l'image des recommandations de certaines sociétés savantes, notamment canadiennes [40,41].

La littérature a également mis en évidence diverses motivations. Selon HAILEY et al., connaître cette pratique en était tout simplement une [66]. OHL et al. mettaient en avant la motivation personnelle de la femme [67]. Ces deux auteurs notaient également l'importance de comprendre la prévention du cancer du sein [66,67].

Tous ces facteurs font appel à la logique et semblent être la base à la réalisation de l'auto-surveillance mammaire. Toutefois, l'échantillon étudié semblait démontrer qu'avoir reçu l'information par un professionnel de santé n'était pas un vecteur important de motivation en tant que tel. Cela semble cohérent puisqu'il faut que la femme y trouve un intérêt d'elle-même.

Ensuite, certains facteurs exposés en tant que freins étaient également cités en tant que motivations. L'anxiété par rapport au cancer du sein favorise l'adhésion aux programmes de dépistage [68,69]. La peur du cancer ressortait également au sein de l'étude menée mais elle fait émerger la question suivante : la peur est-elle due à la qualité des informations données par les professionnels de santé ? Il est évident que le rôle du professionnel n'est pas d'induire de l'anxiété, celui-ci doit donc être vigilant. Il est également légitime de se demander si la peur et l'anxiété sont des facteurs satisfaisants pour favoriser la pratique d'auto-surveillance mammaire ?

Un proche ayant eu un cancer du sein ou les antécédents familiaux constituaient également une motivation qui semble logique et qui rejoint l'anxiété [46,60,61,63,67]. Dans ce cas, les femmes sont également plus sensibilisées.

D'autres auteurs évoquaient la confiance en leurs capacités et dans l'exécution de cette méthode préventive [46,66,70].

Au sein de l'échantillon étudié, le fait de vouloir être actrice de sa santé semblait être un vecteur important afin d'adopter un comportement de dépistage favorable. C'est dans ce cadre que l'autosurveillance mammaire semble la plus utile et permet ainsi aux femmes de se sentir impliquées dans le dépistage.

2.7.2. Les facteurs associés à la pratique

2.7.2.1. *L'âge*

Selon plusieurs publications, les femmes jeunes (âgées de moins de 50 ans d'après ces études) pratiquaient plus l'autosurveillance mammaire, ainsi que les femmes en pré-ménopause [60–63,68,71].

Au contraire, d'après notre étude, la fréquence de réalisation de l'autosurveillance mammaire avait tendance à augmenter avec l'âge des femmes, bien qu'elles semblent avoir commencé jeune à surveiller leur poitrine. Ce phénomène est potentiellement dû à la sensibilisation des femmes qui augmente avec l'âge puisqu'elles se sentent plus concernées par le sujet.

2.7.2.2. *Le niveau d'études*

Le niveau d'études a un lien controversé avec la pratique de l'autosurveillance mammaire. Pour TONER et JODRELL, ainsi que d'après les données de l'échantillon, le niveau d'études et la pratique de l'autosurveillance mammaire n'avaient pas de lien [46].

Plusieurs auteurs avaient mis en évidence que les femmes pratiquant l'autosurveillance mammaire avaient un niveau d'études plus élevé, et appartenaient à des classes supérieures [60–62,67,68,71]. Ces données sont corrélées à une étude globale sur la santé qui révélait que les femmes au niveau d'études les plus élevés avaient de meilleurs comportements de santé et un meilleur suivi [45].

Toutefois, l'absence de lien semble pouvoir être expliqué puisque la pratique de l'autosurveillance mammaire repose sur les connaissances de son propre corps et non pas sur des connaissances techniques qui pourraient être influencées par le niveau d'études.

2.7.2.3. *Le couple*

Dans la littérature, les femmes réalisant l'autosurveillance mammaire étaient plus fréquemment en couple que celles qui ne la pratiquaient pas [46,60,67,71].

Parmi les participantes à l'étude, il n'y avait pas de lien entre la situation maritale et la pratique de l'autosurveillance mammaire.

Les femmes célibataires sont plus susceptibles de ne pas avoir de suivi gynécologique ou moins régulièrement [45]. Elles sont donc certainement moins sensibilisées au sujet du cancer du sein, ce qui pourrait expliquer la prépondérance des femmes en couple parmi celles pratiquant l'autosurveillance mammaire.

2.7.2.4. *La parité et l'allaitement maternel*

D'après les réponses récoltées au sein de notre échantillon, les femmes semblaient moins pratiquer l'autosurveillance mammaire si elles avaient déjà eu des enfants et/ou si elles avaient allaité. Cette tendance peut être expliquée par le fait que la grossesse et le post-partum sont des périodes où l'image du corps est complexe. De plus, les modifications des seins durant la grossesse les rendent parfois douloureux et ils deviennent difficiles à examiner. La grossesse est également une période avec d'autres préoccupations, et durant laquelle beaucoup d'autres informations sont données. Le sujet du cancer du sein est donc secondaire et peut être refoulé car il engendre un stress contraire à la joie potentielle de ces périodes de grossesse et post-partum.

Selon KATAOKA et al., informer les femmes au sujet de l'autosurveillance mammaire durant le post partum et l'allaitement maternel semblait intéressant puisque les mères sont plus sensibles à leurs seins et elles sont plus amenées à les toucher [35]. La grossesse et l'allaitement maternel pourraient effectivement être des périodes d'écoute de son corps et de développement de ces compétences. C'est également une période où des femmes non suivies viennent consulter et pendant laquelle il est possible de les informer sur le suivi gynécologique.

D'ailleurs, un examen clinique des seins est recommandé lors du premier trimestre pendant grossesse ; le rôle de la sage-femme quant à la prévention des cancers gynécologiques, instauré par la Loi HPST de 2009, trouve ici toute sa justification [72]. Les recommandations du CNGOF inscrivent d'ailleurs l'importance d'évoquer l'autosurveillance mammaire pendant la grossesse puisque le retard diagnostique est un des facteurs expliquant le mauvais pronostic d'un cancer du sein découvert durant cette période.

Bien que rares (1/6 000 patientes), les cancers du sein associés à une grossesse sont de plus en plus fréquents avec l'augmentation de l'âge des femmes enceintes [3].

2.7.2.5. *Les mastodynies*

Au sein de la littérature et de l'échantillon étudié, les femmes pratiquant l'autosurveillance mammaire avaient plus d'antécédents de tumeurs bénignes ou de mastodynies [60]. La douleur et l'anxiété semblent donc logiquement encourager les femmes à porter plus d'attention à leurs seins.

2.7.2.6. *Le suivi gynécologique*

L'étude du lien entre le suivi gynécologique et la pratique d'autosurveillance mammaire n'est pas aussi évidente qu'il n'y paraît.

Dans la littérature, les femmes qui pratiquaient l'autosurveillance mammaire avaient des examens cliniques plus réguliers [60]. Cette donnée a été confirmée par l'étude menée qui révélait que les femmes exécutant plus régulièrement l'autosurveillance mammaire avaient déjà eu un examen clinique des seins. Cela semble logique puisque si la femme fait réaliser cet examen clinique, c'est déjà qu'elle est probablement sensibilisée au dépistage [2].

Une étude américaine démontrait que les femmes qui pratiquaient le plus l'autosurveillance mammaire bénéficiaient plus d'assurance santé et donc avaient plus accès aux soins [71]. Ce problème peut être transposé en France du fait des difficultés financières d'accès aux complémentaires santé. Il existe également un problème d'accès global à la santé lié à la démographie médicale. Une étude française révélait d'ailleurs que 14% des femmes avaient au moins un renoncement ou report de rendez-vous gynécologique dans les 12 derniers mois (données de 2011) [45].

Dans notre étude, le lien entre le praticien effectuant le suivi gynécologique et l'autosurveillance mammaire avait également été exploité. Les femmes qui la réalisaient le plus fréquemment avaient tendance à être plus suivies par une sage-femme.

En revanche, les femmes la pratiquant le moins fréquemment avaient plus tendance à être suivies par un gynécologue. Il est probable que les femmes se reposent sur le professionnel de santé assurant le suivi gynécologique régulier. De plus, du fait du manque de médecins et de la démographie médicale, certains professionnels sont surmenés avec de nombreuses consultations et un manque de temps à accorder aux informations annexes au motif de la consultation.

2.7.2.7. *L'information et les connaissances sur le cancer du sein*

Le lien avec le score de connaissances et le fait d'être informées sur le cancer du sein paraît logique puisque là encore, les femmes sont plus sensibilisées à ce sujet et comprennent l'enjeu du dépistage du cancer du sein.

2.7.2.8. *Les informations sur l'autosurveillance mammaire*

Concernant les informations reçues par les femmes au sujet de l'autosurveillance mammaire, certaines caractéristiques semblent influencer la pratique ou la non pratique.

Dans la littérature, les femmes qui effectuaient l'autosurveillance mammaire avaient reçu des informations précises sur comment la réaliser par un professionnel de santé qui les avait motivées, et plus particulièrement par un médecin [46,61,67].

Néanmoins, l'étude réalisée démontre que les femmes exécutant le moins l'autosurveillance mammaire avaient plus été informées par un professionnel de santé, et qu'elles avaient reçu les informations pendant le suivi de grossesse. Les femmes sont probablement moins attentives aux informations données dans ces contextes, soit parce qu'elles se reposent sur le professionnel de santé afin d'assurer le dépistage, soit parce qu'elles ont d'autres préoccupations.

Il a également été démontré que les femmes qui réalisaient l'autosurveillance mammaire avaient plus reçu les informations à ce sujet par leur médecin généraliste. Ce dernier a donc un rôle central car il est le professionnel de santé le plus souvent consulté du fait de ses attributions. Le médecin généraliste peut faire passer divers messages de prévention à l'occasion des consultations et ce dès le plus jeune âge (alimentation, tabac...) [64].

Les femmes qui pratiquaient également plus fréquemment l'autosurveillance mammaire avaient reçu les informations par le biais d'une sage-femme. Là encore, cela semble mettre en exergue le rôle de prévention essentiel de la sage-femme. Celle-ci a l'opportunité de rencontrer les femmes majoritairement dans des moments charnières de leur vie (grossesse) et peut donc instaurer une relation de confiance avec les patientes. L'information est peut être perçue différemment lorsqu'elle émane d'une sage-femme.

En résumé, les médecins généralistes et sages-femmes ont un rôle primordial de prévention des cancers gynécologiques. Ils permettent également un accès équitable au suivi gynécologique sur le territoire, ce qui contribue à la prévention et au dépistage.

2.8. Quels types d'informations et comment les donner ?

Le but de l'information au sujet de l'autosurveillance mammaire est de permettre aux femmes de gagner en contrôle sur leur santé en leur présentant ce geste comme simple et non invasif [36]. Pour cela, il faut leur donner confiance en elles et en leurs compétences à détecter l'anormal, en améliorant leurs connaissances sur le cancer du sein, sans générer d'anxiété et d'investigations non nécessaires [30,34,36]. Il faut également les encourager à regarder et toucher leur seins afin qu'elles soient familières et à l'aise avec eux. Il faut les informer sur les changements de la poitrine au cours de la vie, et leur apprendre à discerner ce qui est normal ou non [30,36,41].

Toutefois, il est nécessaire de donner une information complète, en expliquant que ce n'est pas une technique qui dépiste le cancer du sein à 100%, mais qu'il s'agit plutôt d'une méthode complémentaire au dépistage réalisé par un professionnel de santé. Il convient de leur expliquer que cette méthode permet de se sensibiliser au sujet du cancer et d'être attentive à son corps, mais qu'aucune étude n'a prouvé clairement l'impact de cette pratique sur la survie en cas de découverte d'un cancer du sein [30].

La meilleure manière d'informer les femmes a beaucoup été étudiée et reste souvent professionnel-dépendante.

Dans l'étude de FITCH et al., un programme d'apprentissage au sujet de l'autosurveillance mammaire avait permis de donner aux femmes plus de connaissances techniques, ainsi que plus de confiance en leurs compétences, mais il n'y avait pas eu de modification statistiquement significative de la motivation. Ce genre de programme ne peut cibler que des femmes déjà intéressées et semble ne pas être le plus approprié pour cibler la population générale comme prévu dans un programme de dépistage. Cette étude avait également conclu que la vidéo et la documentation expliquée par une infirmière semblaient être les plus utiles [68].

Une revue de la littérature réalisée par LAMORE et al. a étudié la façon optimale de sensibiliser les femmes dans le cadre des cancers féminins. Cette étude mettait en évidence l'importance de la combinaison de stratégies, de l'attention portée au fond et à la forme des informations données, de la personnalisation des leviers de prévention, ainsi que l'utilisation de rappels réguliers.

Ces rappels semblent pouvoir être faits par voie postale, par messagerie électronique (sous forme de newsletters), ou par appel téléphonique afin de maintenir, augmenter les connaissances et encourager les femmes à se faire dépister. En effet, cet article révélait que « *L'entretien avec un professionnel de santé a également la même efficacité que ces méthodes écrites* ». Toutefois, les informations doivent être ciblées et éviter les détails trop techniques afin de ne pas complexifier la compréhension et générer de l'angoisse. Notons que les interventions éducatives en groupe devraient être réservées aux étudiants afin de sensibiliser dès le plus jeune âge les deux sexes au sujet du cancer [64].

La Cochrane library s'est également intéressée à l'efficacité des interventions visant à sensibiliser les femmes au cancer du sein.

Pour cela, deux essais contrôlés randomisés ont été comparés : le premier se basant sur une brochure d'information plus ou moins associée à un entretien avec un professionnel de santé, et le deuxième utilisant un programme de formation. Il en ressortait que la connaissance des symptômes du cancer du sein, ainsi que l'adoption de comportements favorables augmentaient quelle que soit la méthode utilisée (brochure avec ou sans entretien ou programme de formation). Toutefois, la sensibilisation des femmes et la connaissance des risques liés à l'âge étaient accrus si la brochure était associée à un entretien individuel avec un professionnel de santé.

O'MAHONY et al. attiraient l'attention sur le manque d'études de haute qualité et concluaient seulement que l'information écrite semble plus utile si elle est jointe à un entretien individuel [49].

PROJET D'ACTION

Suite aux résultats de cette étude et aux demandes des femmes inscrites à la fin du questionnaire de l'étude, il a semblé intéressant de créer un livret d'information (*Annexe VIII*). Ce livret a été conçu selon les grands principes du « breast cancer awareness » tout en restant abordable pour la population générale (termes simples et définitions). Il permet également de traiter le sujet du cancer du sein par le biais de l'autosurveillance mammaire, tout en essayant d'attirer le lecteur (choix des couleurs, style d'écriture, illustrations...) et d'éviter de générer de l'anxiété.

Il comprend les parties suivantes :

- L'anatomie du sein et son évolution au fil du temps,
- Les modalités de dépistage en vigueur,
- Une information globale sur le cancer du sein,
- L'influence que peut avoir la femme sur sa santé : facteurs de risque et pratique de l'autosurveillance mammaire,
- Les signes devant amener à consulter.

Toutefois, ce livret ne se substitue pas aux informations données directement à la femme (ou au couple) par le professionnel de santé assurant le suivi. Il constitue un support servant à illustrer et adapter ladite information. Il permet également à la patiente d'interagir et de poser des questions, et de s'y référer ultérieurement en cas de besoin.

CONCLUSION

L'autosurveillance mammaire fait partie intégrante de la promotion et de l'éducation à la santé. Une formation destinée aux professionnels en exercice ou en cours de formation sur les thèmes de la sensibilisation et de la pédagogie semble indispensable.

En effet, l'étude a permis de mettre en évidence une faible information quant au cancer du sein, engendrant un score global de connaissances faible, contrastant avec l'enjeu majeur de santé publique qu'il constitue pourtant.

Il ressort également que le professionnel donnant l'information, ainsi que le moment choisi pour le faire (dans ce cas précis, au cours de la grossesse), sont deux paramètres influençant potentiellement la pratique de l'autosurveillance mammaire, d'où la nécessaire importance accordée à sa formation.

D'autres facteurs rentrent aussi en compte tels que la présence de mastodynies, le fait d'avoir eu un examen clinique des seins et, bien évidemment, le fait d'avoir reçu une information au sujet du cancer et d'en avoir de meilleures connaissances. Tous ces facteurs signent une sensibilisation accrue autour de ce thème et sont donc facilement compréhensibles.

Malgré le peu d'informations données par les professionnels de santé au sujet de l'autosurveillance mammaire, ce qui constitue un des principaux freins à sa réalisation, les femmes semblent majoritairement avoir adopté cette pratique avec une fréquence mensuelle. Les sources d'information citées étaient assez diverses, tout comme les motivations à sa pratique. Toutefois, certaines femmes évoquaient la peur du cancer comme facteur d'adhésion à l'autosurveillance mammaire, ce qui remet en question la manière d'informer les femmes, ainsi que le contenu de l'information délivrée à ce sujet.

Quant à la méthode d'autosurveillance mammaire à pratiquer selon les femmes, le fait de se connaître semble dominer toute méthode précise, ce qui correspond tout à fait à l'esprit du « breast awareness » développé outre-Atlantique.

Il paraît donc nécessaire de clarifier le message sur la pratique de l'autosurveillance mammaire au niveau national avec la réalisation d'études prospectives de grande ampleur. Cela permettrait d'affiner et d'uniformiser les informations données aux femmes afin que ces dernières fassent siens de leurs seins.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Institut National du Cancer. Plan cancer 2014-2019 : guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France [Internet]. e-cancer. 2015 [cité 4 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs>
2. HAS. Dépistage et prévention du cancer du sein : actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé [Internet]. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de Santé; 2015 [cité 11 nov 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf
3. Seror J-Y, Scetbon F, Scheuer-Niro B, Ghenassia-Vidal C, Rousseau L. Stratégie diagnostique des pathologies mammaires associées à la grossesse. In: Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), éditeur. Mises à jour en Gynécologie Médicale. Paris: CNGOF; 2006. p. 291-6.
4. Geay J-F. Physiopathologie, diagnostic et thérapeutique du cancer du sein. Soins [Internet]. 2013 [cité 4 avr 2017];58(776):25-9. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0038081413001667>
5. Institut National du Cancer. Les cancers en France : édition 2016 [Internet]. Paris: Institut National du Cancer; 2017 [cité 18 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers>
6. Rogel A, Hamers F, Quintin C, de Maria F, Bonaldi C, Beltzer N. Incidence et dépistage du cancer du sein en France. Dernières données disponibles octobre 2016. Saint-Maurice: Santé publique France; 2016. 20 p.
7. Espié M, Hamy A-S, Eskenazy S, Cuvier C, Giacchetti S. Épidémiologie du cancer du sein. EMC Gynécologie [Internet]. 2012 [cité 23 mars 2018];840-A-15:1-17. Disponible sur: <http://www.em-premium.com/article/711266>
8. Institut National du Cancer. Cancers du sein : du diagnostic au suivi [Internet]. Paris: Institut National du Cancer; 2016 [cité 20 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Cancers-du-sein-Du-diagnostic-au-suivi>
9. Organisation Mondiale de la Santé. Cancer du sein : prévention et lutte contre la maladie [Internet]. OMS. 2017 [cité 4 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/fr/index3.html>
10. Centre International de Recherche sur le Cancer. Le Code Européen Contre le Cancer : douze façons de réduire votre risque de cancer [Internet]. IARC. 2014 [cité 4 avr 2017]. Disponible sur: <http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/fr/>

11. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Marisol Touraine modernise le dépistage organisé du cancer du sein et annonce la mise en place de deux consultations dédiées, pour toutes les femmes de 25 ans et 50 ans [Internet]. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 2017 [cité 6 avr 2017]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/marisol-touraine-modernise-le-depistage-organise-du-cancer-du-sein-et-annonce>
12. Belghiti J, Canlorbe G, Nikpayam M, Uzan C. Dépistage des cancers gynécologiques. Prof Sage-Femme. 2017;(234):21-3.
13. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Code de la Santé Publique, JOFR n°0167 (2009).
14. Décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012 portant modification du code de déontologie des sages-femmes. JORF n°0166 (2012).
15. Collectif des Associations et Syndicats de Sages-Femmes (CASSF), Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF). Référentiel métier et compétences des sages-femmes [Internet]. CNOSF; 2010 [cité 4 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIEL-SAGES-FEMMES-2010.pdf>
16. Institut National du Cancer. Le programme de dépistage organisé [Internet]. e-cancer. 2015 [cité 4 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>
17. Institut de veille sanitaire. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2015-2016 [Internet]. Santé publique France. 2017 [cité 31 mars 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2015-2016>
18. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2013 [cité 5 avr 2017];6(CD001877):1-84. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001877.pub5>
19. Institut National Du Cancer. Cancer du sein : la détection précoce [Internet]. e-cancer. 2016 [cité 5 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein/Cancer-du-sein-la-detection-precoce>
20. Institut National Du Cancer. Ensemble, améliorons le dépistage du cancer du sein [Internet]. concertation-dépistage. 2016 [cité 4 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.concertation-depistage.fr/>

21. Riviere J-P. Dépistage organisé du cancer du sein : vers une « rénovation profonde » suite à la concertation citoyenne et scientifique [Internet]. VIDAL. 2016 [cité 4 avr 2017]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/actualites/20159/depistage_organise_du_cancer_du_sein_vers_une_renovation_profonde_suite_a_la_concertation_citoyenne_et_scientifique/
22. Institut National du Cancer. Dépistage des cancers du sein : s'informer et décider [Internet]. Paris: Institut National du Cancer; 2017 [cité 15 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Actualites-et-evenements/Actualites/Depistage-organise-du-cancer-du-sein-un-nouveau-livret-d-information-pour-s-informer-et-decider>
23. Institut National du Cancer. Prévention et dépistage des cancers du sein pour s'informer et décider [Internet]. e-cancer. 2018 [cité 18 févr 2018]. Disponible sur: <https://cancersdusein.e-cancer.fr/>
24. Flajolet A. Annexe 1 : La prévention : définitions et comparaisons [Internet]. Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative; 2008 [cité 8 avr 2017] p. 17. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
25. Bourdillon F, Brücker G, Tabuteau D, Ménard J. Traité de santé publique. 3^e éd. Paris: Lavoisier médecine-sciences; 2016.
26. Bourdillon F. Agences régionales de santé. Promotion, prévention et programmes de santé. Marie-Frédérique Cormand. Saint-Denis: INPES; 2009.
27. Manderscheid J-C. Modèles et principes en éducation pour la santé. Rev Fr Pédagogie [Internet]. 1994 [cité 11 avr 2017];107(1):81-96. Disponible sur: http://www.persee.fr/doc/rfp_0556-7807_1994_num_107_1_1265
28. Bernard M-R, Eymard C. L'éducation pour la santé en périnatalité : enquête auprès des sages-femmes françaises. Santé Publique [Internet]. 2014 [cité 11 avr 2017];26(5):591-602. Disponible sur: http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SPUB_145_0591
29. Boudier F, Bensebaa F, Jablanczy A. L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante. Innovations [Internet]. 2012 [cité 11 avr 2017];(39):13-25. Disponible sur: http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=INNO_039_0013
30. Thornton H, Pillarisetti RR. « Breast awareness » and « breast self-examination » are not the same. What do these terms mean? Why are they confused? What can we do? Eur J Cancer. 2008;44(15):2118-21.
31. Article L.1111-2. Code de la santé publique (2016).
32. Cour de cassation. Arrêt n° 573 du 3 juin 2010 (09-13.591) - Cour de cassation - Première chambre civile [Internet]. Cour de cassation. 2010 [cité 7 juin 2017]. Disponible sur: https://www.courdecassation.fr/jurisprudence_2/premiere_chambre_civile_568/573_3_16447.html

33. Mac Bride MB, Pruthi S, Bevers T. The Evolution of Breast Self-Examination to Breast Awareness. *Breast J* [Internet]. 2012 [cité 26 oct 2016];18(6):641-3. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com.sicd.clermont-universite.fr/doi/10.1111/tbj.12023/abstract>
34. English J. Importance of breast awareness in identification of breast cancer. *Nurs Times* [Internet]. 2003 [cité 26 oct 2016];99(40):7–13. Disponible sur: <http://www.nursingtimes.net/Journals/2012/11/16/b/a/v/031007Importance-of-breast-awareness-in-identification-of-breast-cancer.pdf>
35. Kataoka Y, Ohbayashi K, Suzuki K. Outcome evaluation of an educational program for Japanese midwives to promote breast awareness for women. *Women Birth*. 2015;28(4):164-70.
36. Allen TL, Groningen BJV, Barksdale DJ, McCarthy R. The Breast Self-Examination Controversy : What Providers and Patients Should Know. *J Nurse Pract* [Internet]. 2010 [cité 6 avr 2017];6(6):444-51. Disponible sur: [http://www.npjjournal.org/article/S1555-4155\(09\)00664-3/abstract](http://www.npjjournal.org/article/S1555-4155(09)00664-3/abstract)
37. Blais J. Breast self-examination. Is it really so dangerous? *Can Fam Physician*. 2002;48:1038-42.
38. Kösters JP, Gøtzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2003 [cité 6 avr 2017];2(CD003373):1-14. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12804462>
39. Paulus D, Mambourg F, Bonneux L. Dépistage du cancer du sein [Internet]. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé; 2005 [cité 5 avr 2017]. Disponible sur: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20051027306.pdf
40. Canadian Cancer Society. Breast Awareness [Internet]. Canadian Cancer Society. 2017 [cité 12 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.cbcf.org/prairies/AboutBreastHealth/Breast-Awareness/Pages/default.aspx>
41. Fondation cancer du sein du Québec. Prenez la santé de vos seins en main [Internet]. Fondation cancer du sein du Québec. [cité 12 févr 2018]. Disponible sur: <http://observationdesseins.org/>
42. Secginli S, Nahcivan NO. Breast Self Examination remains an important component of breast health: a response to Tarrant. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2006 [cité 6 avr 2017];43(4):521-3. Disponible sur: [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(06\)00063-0/abstract](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(06)00063-0/abstract)
43. Gueye SMK, Bawa KDD, Ba MG, Mendes V, Toure CT, Moreau JC. Dépistage du cancer du sein : connaissance et pratique de l'auto-examen des seins au sein d'une population féminine au Sénégal. *Rev Med Brux*. 2009;30(2):77-82.
44. Austoker J. Screening And Self Examination For Breast Cancer. *BMJ* [Internet]. 1994 [cité 6 avr 2017];309(6948):168-74. Disponible sur: <http://www.jstor.org/stable/29724189>

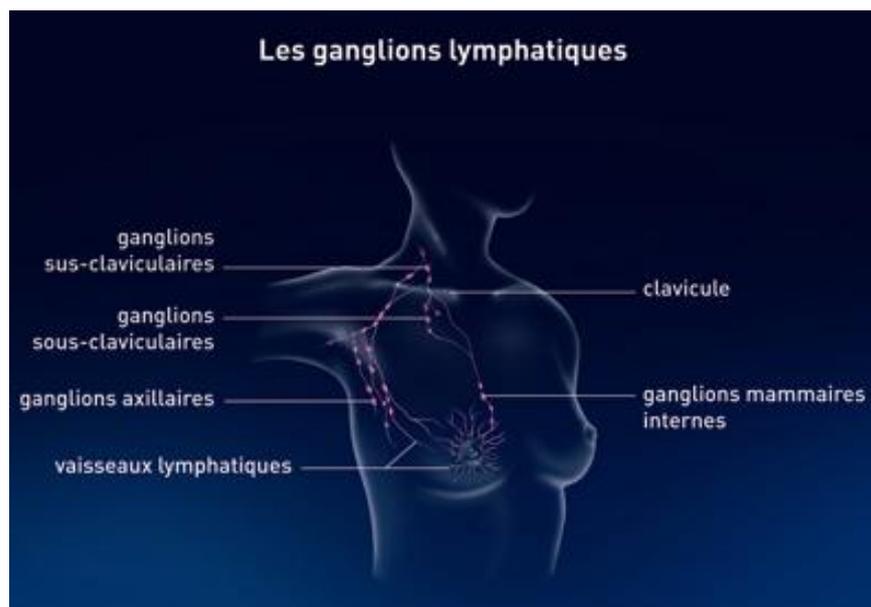
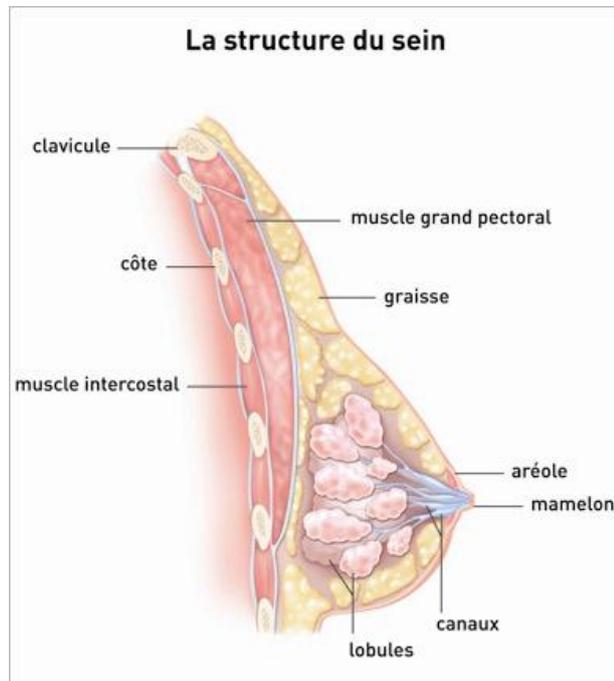
45. Auzanneau N. Les femmes et l'accès à la santé [Internet]. Opinion Way. 2011 [cité 11 déc 2016]. Disponible sur: http://opinionlab.opinion-way.com/dokumenty/opinionway_mgen_lmde_acces_sante_femmes_2011.pdf
46. Toner LCM, Jodrell N. Screening and breast cancer : the role of breast awareness. *J Cancer Nurs* [Internet]. 1997 [cité 7 juin 2017];1(2):76-80. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1364982597802234>
47. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. *Actes Off OMS*. 1946;(2):100.
48. Fitch MI, McPhail J, Franssen E. Evaluation of a breast self-examination (BSE) program in a breast diagnostic clinic. *Can Oncol Nurs J*. 2001;11(3):140-5.
49. O'Mahony M, Comber H, Fitzgerald T, Corrigan MA, Fitzgerald E, Grunfeld EA, et al. Interventions for raising breast cancer awareness in women. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 [cité 11 avr 2017];2(CD011396):1-44. Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/sicd.clermont-universite.fr/doi/10.1002/14651858.CD011396.pub2/abstract>
50. Insee. Âge moyen et âge médian de la population en 2018 [Internet]. Institut national de la statistique et des études économiques. 2018 [cité 21 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381476>
51. Insee. Population par sexe et groupe d'âges en 2018 [Internet]. Institut national de la statistique et des études économiques. 2018 [cité 21 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
52. Insee. Couples - Familles - Ménages en 2014 [Internet]. Institut national de la statistique et des études économiques. 2017 [cité 21 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2873899?geo=FE-1>
53. Insee. Enseignement supérieur [Internet]. Institut national de la statistique et des études économiques. 2014 [cité 24 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1288360?sommaire=1288404>
54. Insee. Recensement de la population de 2006 [Internet]. Institut national de la statistique et des études économiques. 2009 [cité 11 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1282917>
55. Ined. L'âge aux premières règles [Internet]. Institut national d'études démographiques. 2014 [cité 21 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/l-age-aux-premieres-regles/>
56. Ined. Age moyen à la maternité [Internet]. Institut national d'études démographiques. 2016 [cité 21 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/naissance-fecondite/age-moyen-maternite/>

57. Insee. Bilan démographique 2016 [Internet]. Institut national de la statistique et des études économiques. 2017 [cité 24 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860>
58. La leche league. Les derniers chiffres de l'allaitement en France [Internet]. La leche league. 2013 [cité 24 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/actualites/1825-les-derniers-chiffres-de-l-allaitement-en-france>
59. Wilson R, Sloane J, Gahir J. Breast cancer awareness in young women-A national survey. *Br J Surg*. 2015;102:173.
60. Senie RT, Rosen PP, Lesser ML, Kinne DW. Breast self-examination and medical examination related to breast cancer stage. *Am J Public Health*. 1981;71(6):583–590.
61. Huguley CM, Brown RL. The value of breast self-examination. *Cancer*. 1981;47(5):989–995.
62. Mant D, Vessey MP, Neil A, McPherson K, Jones L. Breast self examination and breast cancer stage at diagnosis. *Br J Cancer*. 1987;55(2):207–211.
63. Foster RS, Costanza MC. Breast self-examination practices and breast cancer survival. *Plast Reconstr Surg*. 1985;75(2):290.
64. Lamore K, Foucaud J, Cambon L, Untas A. Prévention primaire et secondaire des cancers féminins : comment améliorer la sensibilisation des femmes? Une revue de la littérature. *Rev Épidémiologie Santé Publique*. 2017;65(6):453-65.
65. INPES. Santé des 15-30 ans : Comment se portent et se comportent les jeunes ? [Internet]. Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé; 2013 [cité 23 janv 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/13/dp130605.pdf>
66. Hailey BJ, Lalor KM, Byrne HA, Starling LM. The effects of self-reinforcement and peer-reinforcement on the practice of breast self-examination. *Health Educ Res*. 1992;7(2):165–174.
67. Ohl ICB, Ohl RIB, Chavaglia SRR, Goldman RE. Public actions for control of breast cancer in Brazil: integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(4):793–803.
68. Fitch MI, McPhail J, Franssen E. Evaluation of a breast selfexamination (BSE) program in a breast diagnostic clinic. *Can Oncol Nurs J*. 2001;11(3):140–145.
69. Gram IT, Slenker SE. Cancer anxiety and attitudes toward mammography among screening attenders, nonattenders, and women never invited. *Am J Public Health*. 1992;82(2):249–251.
70. Leight SB, Leslie NS. Development of a Competency-Based Curriculum for Training Women in Breast Self-Examination Skills. *J Am Assoc Nurse Pract*. 1998;10(7):297–302.

71. Feldman JG, Carter AC, Nicastrì AD, Hosat ST. Breast self-examination, relationship to stage of breast cancer at diagnosis. *Cancer*. 1981;47(11):2740–2745.
72. Article R4127-318. Code de déontologie des sages-femmes (2012).

ANNEXES

Annexe I : Anatomie du sein



Source : Institut National du Cancer. Anatomie du sein [Internet]. e-cancer. [cité 27 mars 2018].

Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Anatomie-du-sein>

Annexe II : Imagerie du sein (BIRADS / ACR, ANAES 2002)

	Anomalies d'imagerie du sein	Interprétation - Attitude
ACR 0	<p>Il s'agit d'une classification « d'attente », qui s'utilise en situation de dépistage ou dans l'attente d'un second avis, avant que le second avis soit obtenu ou que le bilan d'imagerie soit complété et qu'ils permettent une classification définitive</p>	<p>Des investigations complémentaires sont nécessaires : comparaison avec les documents antérieurs, incidences complémentaires, clichés centrés comprimés, agrandissement de microcalcifications, échographie, etc.</p>
ACR 1		Mammographie normale
ACR 2	<ul style="list-style-type: none"> - Opacité ronde avec macrocalcifications (adénofibrome ou kyste) - Opacité ovale à centre clair (ganglion intramammaire) - Opacité ronde correspondant à un kyste typique en échographie - Image de densité grasseuse ou mixte (lipome, hamartome, galactocèle, kyste huileux) - Cicatrice connue et calcifications sur matériel de suture - Macrocalcifications sans opacité (adénofibrome, kyste, adiponécrose, ectasie canalaire sécrétante, calcifications vasculaires) - Microcalcifications annulaires ou arciformes, semi-lunaires, sédimentées, rhomboédriques - Calcifications cutanées et calcifications punctiformes régulières diffuses 	<p>Anomalies bénignes ne nécessitant ni surveillance ni examen supplémentaire</p>
ACR 3	<ul style="list-style-type: none"> - Microcalcifications rondes ou punctiformes régulières ou pulvérulentes, peu nombreuses, en petit amas rond isolé - Petit amas rond ou ovale de calcifications amorphes, peu nombreuses, évoquant un début de calcification d'adénofibrome - Opacité bien circonscrite ronde, ovale, ou discrètement polycyclique non calcifiée, non typiquement liquidienne en échographie - Asymétrie focale de densité à limites concaves ou mélangée à la graisse 	<p>Forte probabilité de bénignité (valeur prédictive positive de cancer < 5%)</p> <p>Une surveillance à court terme est conseillée</p>

	Anomalies d'imagerie du sein	Interprétation - Attitude
ACR 4	<ul style="list-style-type: none"> - Microcalcifications punctiformes régulières nombreuses ou groupées en amas aux contours ni ronds ni ovales - Microcalcifications irrégulières, polymorphes ou granulaires peu nombreuses - Microcalcifications pulvérulentes groupées et nombreuses - Opacité spiculée sans centre dense - Asymétrie ou surcroît de densité localisé à limites convexes ou évolutif - Opacité non liquidienne ronde ou ovale, à contour lobulé ou masqué, ou ayant augmenté de volume - Distorsion architecturale en dehors d'une cicatrice connue et stable 	<p>Anomalie indéterminée ou suspecte (valeur prédictive positive de cancer entre 5 et 50%) Indication d'une vérification histologique</p>
ACR 5	<ul style="list-style-type: none"> - Microcalcifications vermiculaires, arborescentes ou microcalcifications irrégulières, polymorphes ou granulaires, nombreuses et groupées - Groupement de microcalcifications quelle que soit leur morphologie dont la topographie est galactophorique - Microcalcifications groupées ayant augmenté en nombre ou microcalcifications dont la morphologie ou la distribution sont devenues suspectes - Microcalcifications associées à une anomalie architecturale ou à une opacité - Opacité spiculée à centre dense - Opacité mal circonscrite aux contours flous et irréguliers 	<p>Forte probabilité de malignité (valeur prédictive positive de cancer > 95%)</p>

Source : CNGOF. Protocoles en gynécologie obstétrique. 3^e ed. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson ; 2016. 241 p. (Educa Book).

Annexe III : Le score d'Eisinger

CALCUL DU SCORE D'EISINGER ET CONDUITE À TENIR	
Mutation BRCA1/2 identifiée dans la famille	5
Cancer du sein chez une femme avant 30 ans	4
Cancer du sein chez une femme entre 30 et 39 ans	3
Cancer du sein chez une femme entre 40 et 49 ans	2
Cancer du sein chez une femme entre 50 et 70 ans	1
Cancer du sein chez un homme	4
Cancer de l'ovaire avant 70 ans	4

RÉSULTATS
3 ou + : consultation d'oncogénétique
Inférieur à 3 : dépistage organisé

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

Annexe IV : Lettre d'information adressée aux professionnels de santé

LAVEST Justine
Ecole de sages-femmes de Clermont-Ferrand
28 place Henri Dunant – BP 38
63001 CLERMONT-FERRAND cedex 1

Madame, Monsieur,

Actuellement étudiante sage-femme à Clermont-Ferrand, je réalise mon mémoire de fin d'études sur la pratique de l'autosurveillance mammaire.

Mon étude vise à étudier la prévalence de cette pratique, ainsi que les freins et motivations à sa réalisation (si vous souhaitez, de plus en amples informations, je peux vous adresser mon protocole de recherche).

Les critères d'inclusion sont les suivants : femmes volontaires à partir de 25 ans et comprenant le français.

Les critères d'exclusion sont : la présence d'antécédent personnel de cancer du sein ou de lésion atypique du sein, antécédent d'irradiation thoracique à haute dose, ou l'existence d'un antécédent familial de cancer du sein (au 1^{er} ou 2nd degré).

Pour cela, j'utilise un questionnaire anonyme à destination des patientes (en consultations de gynécologie et d'obstétrique) des sages-femmes libérales du Puy-de-Dôme et de l'Allier, et des patientes fréquentant le service de consultations gynécologie-obstétrique du centre hospitalier de xxxxxx.

Ce questionnaire papier comporte quatre pages (recto-verso) et quatre parties : renseignements généraux, suivi gynécologique, connaissances sur le cancer du sein, le dépistage par l'autosurveillance mammaire.

Si les femmes n'ont pas la possibilité de remplir le questionnaire à l'occasion de leur rendez-vous, plusieurs possibilités leur sont offertes :

- vous le retourner lors d'une prochaine visite,
- me le réadresser directement à mon adresse personnelle,
- le remplir via internet.

Ce questionnaire est associé à une lettre d'information expliquant toutes les modalités de l'étude aux femmes, celles-ci sont également rappelées en début de questionnaire.

Ce mémoire est dirigé par le Dr Erdogan NOHUZ et codirigé par Mme Marie-Christine LEYMARIE.

N'hésitez pas à me demander des questionnaires supplémentaires si besoin. Dans ce cas, je vous enverrais une enveloppe pré-affranchie pour le retour des premières réponses simultanément à l'envoi de nouveaux questionnaires.

Vous trouverez joint à cet envoi l'autorisation de distribution des questionnaires à me retourner signée dans le même temps, ou si nous avons l'occasion de nous rencontrer.

Pour toute information complémentaire, je reste à votre disposition.

Je vous remercie d'avance pour votre collaboration.
Cordialement,

LAVEST Justine

Annexe V : Outil de recueil des données

PRATIQUE DE L'AUTOSURVEILLANCE MAMMAIRE

Bonjour Madame,

Je m'appelle Justine LAVEST, étudiante sage-femme, et je réalise mon mémoire de fin d'études à propos de l'autosurveillance mammaire. Ce questionnaire anonyme vous est destiné si vous avez **25 ans ou plus et que vous n'avez pas d'antécédent mammaire** particulier (antécédent personnel de cancer ou de lésions atypiques du sein, irradiation thoracique médicale, ou antécédents familiaux de cancers du sein au 1^{er} ou 2nd degré).

Si vous n'avez pas le temps de remplir ce questionnaire lors de votre consultation, vous pouvez soit le rendre ultérieurement au professionnel, soit me l'envoyer directement (merci de me contacter dans ce cas), soit le remplir en ligne à l'adresse suivante : <https://redcap.chu-clermontferrand.fr/surveys/?s=C4MTXYLK3J> ou en utilisant le QR code.

Si vous ne souhaitez pas répondre à ce questionnaire, merci de le rendre à la personne vous l'ayant remis.

Je vous remercie d'avance pour vos réponses essentielles à l'élaboration de mon mémoire.

ATTENTION : Ce questionnaire est **recto-verso**.



PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS GENERAUX

- 1- Quel âge avez-vous ?ans
- 2- Quel est votre niveau d'étude ?
 BEP/CAP Baccalauréat Etudes supérieures Autre situation :
- 3- Etes-vous : Célibataire En couple
- 4- Vous habitez en milieu : Rural (= moins de 2 000 habitants) Urbain (= plus de 2 000 habitants)

PARTIE 2 : SUIVI GYNECOLOGIQUE

- 5- A quel âge avez-vous eu vos premières règles ?.....ans
- 6- a) Avez-vous des enfants ? Oui Non (Si non, veuillez passer directement à la question 7)
b) SI OUI, combien ?.....
c) Quel âge aviez-vous lors de votre première grossesse ?.....ans
d) Si vous avez allaité, l'avez-vous fait durant 6 mois ou plus ? Oui Non
- 7- MENOPAUSE
a) Etes-vous ménopausée ? Oui Non
b) SI OUI, à quel âge l'avez-vous été ?.....ans
c) SI OUI, prenez-vous un traitement hormonal substitutif ? Oui Non
- 8- A quelle fréquence effectuez-vous votre suivi gynécologique ?
 Aucun suivi Tous les ans Tous les 2 ans Autre :

9- **Quel(s) professionnel(s) assure(nt) votre suivi gynécologique?** (plusieurs réponses possibles)

- Sage-femme Médecin généraliste Gynécologue Autre (sénologue) :

10- EXAMEN DES SEINS

a) **Avez-vous déjà eu un examen de vos seins par un professionnel de santé ?** Oui Non

b) **SI OUI, à quelle occasion ?**

- Consultation gynécologique de routine Grossesse Autre :

11- MAMMOGRAPHIE

a) **Avez-vous déjà réalisé une mammographie ?** Oui Non

b) **SI OUI, en quelle année avez-vous fait votre dernière mammographie ?**

12- DOULEURS MAMMAIRES CYCLIQUES

a) **Vous arrive-t-il d'avoir des douleurs au niveau des seins ?**

- Jamais Parfois Régulièrement Autre:

b) **SI OUI, prenez-vous un traitement médicamenteux pour cette raison ?** Oui Non

PARTIE 3 : CONNAISSANCES SUR LE CANCER DU SEIN

13- **D'après vous, les facteurs de risque de cancer du sein sont :** (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antécédents familiaux de cancer du sein | <input type="checkbox"/> Travail de nuit |
| <input type="checkbox"/> Augmentation de l'âge | <input type="checkbox"/> Tabac |
| <input type="checkbox"/> Prise d'hormones au long cours (pilule, traitement hormonal substitutif pour la ménopause...) | <input type="checkbox"/> Alcool |
| <input type="checkbox"/> Grossesse tardive (après 30 ans) | <input type="checkbox"/> Sédentarité |
| <input type="checkbox"/> Absence d'allaitement au sein | <input type="checkbox"/> Surpoids / obésité |
| | <input type="checkbox"/> Alimentation déséquilibrée |
| | <input type="checkbox"/> Ne sait pas |

14- **A votre avis, le cancer du sein est plus fréquent...** (1 réponse possible)

- Avant 50 ans Entre 50 et 69 ans Après 70 ans Ne sait pas

15- **Concernant les manifestations du cancer du sein, une boule douloureuse dans le sein signifie toujours que**

c'est un cancer : Vrai Faux Ne sait pas

16- **Concernant le dépistage du cancer du sein :** (plusieurs réponses possibles)

- Le dépistage est inutile chez les femmes de moins de 50 ans
 Le dépistage n'est pas utile puisque le cancer du sein ne se soigne pas
 La palpation des seins par un professionnel ne sert à rien si je ne ressens pas de douleur
 Le dépistage comprend seulement l'examen des seins chez les femmes de moins de 50 ans
 Le dépistage comprend la palpation + la mammographie après 50 ans
 Seule la mammographie sert à dépister le cancer du sein
 La mammographie n'est pas utile si une palpation des seins est réalisée régulièrement par un professionnel
 La mammographie est conseillée tous les 2 ans entre 50 et 75 ans
 Ne sait pas

17- INFORMATIONS PAR UN PROFESSIONNEL SUR LE CANCER DU SEIN

a) **Avez-vous déjà reçu une information sur le cancer du sein par un professionnel de santé ?**

- Oui Non

b) **SI OUI, par quel(s) professionnel(s) de santé ? (plusieurs réponses possibles)**

- Sage-femme Médecin généraliste Gynécologue Autre (sénologue) :.....

PARTIE 4 : LE DEPISTAGE PAR L'AUTOSURVEILLANCE MAMMAIRE

18- Vous arrive-t-il de toucher vos seins à la recherche d'une anomalie ?

- Jamais
 1 fois par jour
 1 fois par semaine
 1 fois par mois
 1 fois par an
 Autre :.....

19- A votre avis, pour examiner ses seins soi-même, il faut : (plusieurs réponses possibles)

- Pratiquer la méthode cadran



- Pratiquer la méthode en lignes



- Pratiquer la méthode circulaire



- Utiliser ses mains + ses yeux
 Connaître ses seins (aspect visuel et au toucher)
 Ne sait pas

20- Vous connaissez cette technique de surveillance : (plusieurs réponses possibles)

- Par une amie
 Par un magazine ou internet
 Par un une association de sensibilisation au cancer du sein
 Lors d'une consultation de suivi gynécologique réalisée par :
 Votre médecin généraliste
 Votre gynécologue
 Votre sage-femme
 Lors de votre suivi de grossesse
 Autre :.....

21- SI VOUS NE LE FAITES PAS, quelles en sont les raisons ? (plusieurs réponses possibles)

- Je ne connais pas cette technique
- Pas d'intérêt car je ne ressens pas de douleur
- Je ne sais pas quoi chercher / je manque d'information
- Je ne comprends pas le principe de cette pratique
- Je n'ai pas le temps
- C'est trop long à faire
- Je ne veux pas toucher mes seins
- Je n'aime pas mon corps
- Cela me provoque du stress
- J'ai peur du cancer
- Je n'ai pas les compétences nécessaires
- Mes seins sont trop gros / trop petits
- Autre :

22- S'IL VOUS LE FAITES, quelles sont vos motivations ? (plusieurs réponses possibles)

- Mieux connaître mon corps
- Peur du cancer
- Geste simple et rapide
- Professionnel de santé qui m'a informée / j'ai suivi une formation
- Pour être actrice de ma santé / gagner en contrôle sur ma santé
- Amies / proches ayant eu un cancer du sein
- Manque de confiance dans le programme de dépistage du cancer du sein
- C'est une habitude
- Pour éviter de consulter un professionnel de santé
- Autre :

23- Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à pratiquer l'autosurveillance mammaire ?

(approximativement)ans

24- Votre partenaire participe-t-il/elle à cette pratique ? Oui Non

Je vous remercie pour votre participation. Pour toute question, vous pouvez me contacter à l'adresse suivante :

Commentaires divers :

LETTRE D'INFORMATION

**PRATIQUE DE L'AUTOSURVEILLANCE MAMMAIRE
CHEZ LES FEMMES ÂGÉES DE 25 ANS ET PLUS
SANS ANTECEDENT SENOLOGIQUE**

Investigateurs:

- LAVEST Justine, étudiante sage-femme à Clermont-Ferrand

- sous la direction du Docteur Erdogan NOHUZ, gynécologue-obstétricien

Pour tout renseignement ou information, n'hésitez pas à me contacter par mail :

Madame,

Une étude sur la pratique de l'autosurveillance mammaire est engagée au sein des cabinets de sages-femmes libérales du Puy-De-Dôme et de l'Allier, et au sein du service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier de xxxxxx. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité du Docteur Erdogan NOHUZ, gynécologue-obstétricien.

1- Pourquoi cette étude ?

Ce questionnaire anonyme vous est adressé car vous êtes âgée de 25 ans ou plus et que vous n'avez pas d'antécédent notable sur le plan mammaire. Par le biais de celui-ci, je souhaite étudier la pratique de l'autosurveillance mammaire en déterminant sa prévalence, les motivations, ainsi que les freins éventuels à sa réalisation.

2- Confidentialité et sécurité des données

Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en m'adressant une demande à

3- Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait (aucune modification de prise en charge).

4- Obtention d'informations complémentaires

Si vous le souhaitez, vous pourrez me contacter durant toute la durée de l'étude pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires à l'adresse suivante :

*Annexe VII : Facteurs associés à la fréquence de pratique de l'autosurveillance
mammaire au sein de l'échantillon étudié*

	Jamais (n=141)	Moins d'une fois par mois (n=105)	1 fois par mois (n=85)	Plus d'une fois par mois (n=24)	p- value
Age (années), moyenne ± ET	34.0 ± 8.7	33.6 ± 8.4	36.9 ± 10.5	37.9 ± 8.8	0.01 0.01 ^{BD} 0.007 ^{CE}
Age > 50 ans, n (%)	13 (9.2)	7 (6.7)	10 (11.8)	4 (16.7)	0.37
Niveau d'études ≥ baccalauréat, n (%)	124 (87.9)	91 (86.7)	78 (91.8)	20 (83.3)	0.56
Parité ≥ 1, n (%)	124 (87.9)	88 (83.8)	71 (83.5)	18 (75.0)	0.35
Allaitement ≥ 6 mois, n (%)	22 (17.7)	8/88 (9.1)	11/71 (15.5)	3/18 (16.7)	0.33
Professionnel assurant le suivi gynécologique, n (%)					
Sage-femme	57/138 (41.3)	52 (49.5)	39 (45.9)	17 (70.8)	0.06
Médecin généraliste	13/138 (9.4)	8 (7.6)	7 (8.2)	3 (12.5)	0.83
Gynécologue	110/138 (79.7)	73 (69.5)	69 (81.2)	13 (54.2)	0.01
Examen clinique des seins, n (%)	124 (87.9)	99 (94.3)	80 (94.1)	24 (100.0)	0.12
Mastodynies, n (%)	58/140 (41.4)	57 (54.3)	44 (51.8)	16 (66.7)	0.06
Score de connaissances, moyenne ± ET	10.5 ± 3.5	11.6 ± 3.8	11.7 ± 3.9	12.5 ± 2.9	0.004 0.005 ^A 0.008 ^B 0.002 ^C

	Jamais (n=141)	Moins d'une fois par mois (n=105)	1 fois par mois (n=85)	Plus d'une fois par mois (n=24)	p- value
Information sur le cancer du sein, n (%)	32 (22.7)	40 (38.1)	37 (43.5)	15 (62.5)	<0.001 0.01^B 0.002^C
Sage-femme	8/32 (25.0)	18/40 (45.0)	11/37 (29.7)	9/15 (60.0)	0.06
Médecin généraliste	6/32 (18.8)	9/40 (22.5)	5/37 (13.5)	6/15 (40.0)	0.21
Gynécologue	17/32 (53.1)	23/40 (57.5)	24/37 (64.9)	7/15 (46.7)	0.62
Informations sur l'autosurveillance mammaire, n (%)					
Par une amie	3/69 (4.4)	12/100 (12.0)	5/82 (6.1)	1 (4.2)	0.28
Par un magazine ou internet	8/69 (11.6)	14/100 (14.0)	16/82 (19.5)	3 (12.5)	0.58
Par une association de sensibilisation au cancer du sein	0/69 (0.0)	1/100 (1.0)	1/82 (1.2)	1 (4.2)	0.38
Par un médecin généraliste	1/69 (1.5)	12/100 (12.0)	6/82 (7.3)	3 (12.5)	0.04 0.03^A
Par un gynécologue	32/69 (46.4)	38/100 (38.0)	36/82 (43.9)	11 (45.8)	0.69
Par une sage- femme	14/69 (20.3)	22/100 (22.0)	14/82 (17.1)	11 (45.8)	0.04
Lors du suivi de grossesse	21/69 (30.4)	14/100 (14.0)	16/82 (19.5)	4 (16.7)	0.08
Autre*	5/69 (7.3)	19/100 (19.0)	18/82 (22.0)	5 (29.8)	0.06
Informations sur l'autosurveillance mammaire par un professionnel de santé, n (%)	56/69 (81.2)	65/100 (65.0)	52/82 (63.4)	18 (75.0)	0.07

A : différence significative entre jamais et moins d'une fois par mois ;

B : différence significative entre jamais et 1 fois par mois ;

C : différence significative entre jamais et plus d'une fois par mois ;

D : différence significative entre moins d'une fois par mois et une fois par mois ;

E : différence significative entre moins d'une fois par mois et plus d'une fois par mois ;

ET : écart-type ; n : effectif.

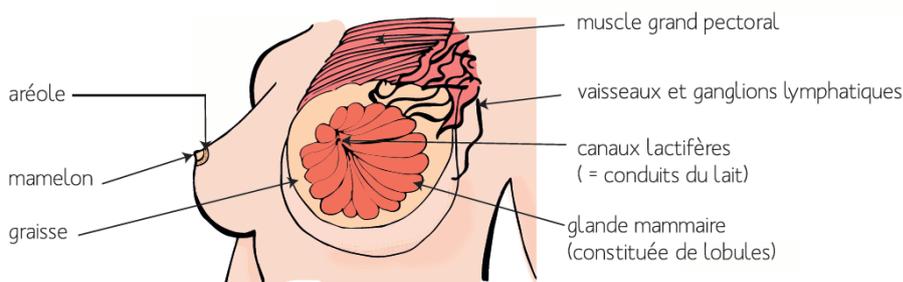
L'autosurveillance mammaire,

QU'EST-CE QUE C'EST ?



QU'EST-CE QU'IL Y A LA DESSOUS?

Les seins sont tous constitués des mêmes choses à l'intérieur mais il y a autant de seins que de femmes et ils évoluent avec l'âge. L'important est de **se connaître** et de faire de ses seins ses deux nouveaux meilleurs amis !



A l'adolescence

A l'adolescence, le sein commence à se développer chez la jeune fille aux alentours de l'âge de 11 ans. Avec le cycle menstruel et les hormones féminines, les seins varient et sont parfois plus tendus, voire douloureux (ce sont les « mastodynies »).

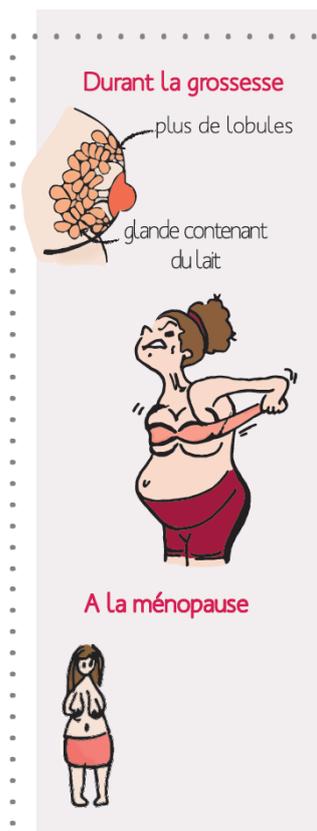
Durant la grossesse et le post-partum

Durant la grossesse, les seins se préparent à remplir leur fonction physiologique, c'est-à-dire nourrir le bébé. Les seins gonflent, l'aréole se pigmente, le mamelon devient plus gros, et le réseau veineux devient visible (le fameux réseau autoroutier !) : c'est un des premiers signes de grossesse.

Les seins connaissent une deuxième période de variation aux alentours de 3 jours après l'accouchement, c'est la montée de lait durant laquelle le colostrum (substance riche en vitamines et en acides gras) devient du lait.

A la ménopause

Après la ménopause, c'est la graisse qui est majoritaire et la « ptose mammaire » (= chute des seins) apparaît parfois.



I QU'EST-CE QUE J'EN FAIS?



A partir de 25 ans

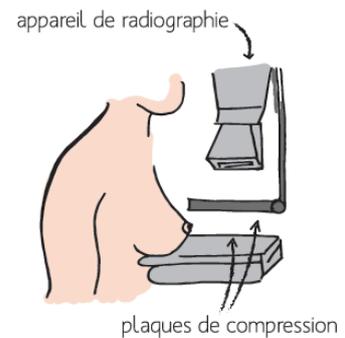
Je me fais examiner les seins tous les ans par le professionnel de santé de mon choix (sage-femme, médecin généraliste ou gynécologue). L'examen clinique des seins consiste à observer les seins, puis les palper à l'aide des mains.



De 50 à 74 ans

Je reçois en plus une invitation tous les 2 ans qui m'invite à faire réaliser une mammographie (radio du sein pour voir à l'intérieur). C'est le dépistage organisé. Grâce à lui, ce n'est pas une mais deux personnes qui s'assurent de ma santé en lisant la radio (et c'est pris en charge à 100% !).

mammographie



A partir de 75 ans

Je ne reçois plus d'invitation (Non, non, je ne suis pas black-listée !). En effet, les études menées n'ont pas prouvé l'intérêt de poursuivre les mammographies en l'absence de signe clinique. Toutefois, l'examen clinique des seins fait toujours partie du suivi gynécologique annuel.



Si j'ai déjà eu des problèmes avec mes seins ou si des personnes de ma famille ont eu des cancers gynécologiques, j'en informe mon médecin afin d'adapter mon propre suivi.

Pour rappel, la sage-femme est habilitée à suivre les femmes en bonne santé.

POURQUOI FAIRE TOUT ÇA ?

Le cancer du sein est le **premier cancer** de la femme : 1 femme sur 8 environ sera touchée au cours de sa vie.

80% des cancers du sein se développent **après 50 ans**, mais il arrive qu'il touche des femmes plus jeunes.

Le taux de survie à 5 ans pour un cancer du sein détecté à un stade précoce est de 99%, d'où l'**importance du dépistage** (traitements moins lourds et moins de séquelles).

Toutefois, la mammographie n'est pas infallible.

Pour plus d'informations sur les avantages et les inconvénients des différents examens, je n'hésite pas à poser toutes mes questions au professionnel de santé assurant mon suivi.



Le cancer du sein, qu'est-ce que c'est ?

C'est le développement d'une tumeur, c'est-à-dire d'une masse de cellules qui se sont multipliées anormalement de façon plus ou moins rapide selon le type. Généralement, son développement met plusieurs mois, voire plusieurs années.

Quelques facteurs de risque de cancer du sein :

- L'âge, principalement, notamment après 50 ans
- Les antécédents personnels de pathologie mammaire ou les antécédents familiaux de cancer du sein
- La puberté précoce ou la ménopause tardive
- Le tabac
- La consommation d'alcool
- Le surpoids et l'obésité
- L'alimentation déséquilibrée
- Le travail de nuit
- ...

I QU'EST-CE QUE JE PEUX FAIRE ?

.....

1) J'agis sur certains facteurs de risque

Je pense à ma santé générale : je mange sainement, je ne fume pas, je limite ma consommation d'alcool et je fais du sport.

Si j'ai besoin de conseils, je me tourne vers mon professionnel de santé favori pour lui poser toutes les questions qui me tracassent !



2) J'apprends à connaître mes seins

Dès le plus jeune âge : j'observe et je touche afin de savoir comment sont faits mes seins et reconnaître si quelque chose change.

Pour cela, je choisis le moment idéal pour moi (en mettant ma crème sur le corps, en prenant ma douche...). On est toutes capables de le faire, pas besoin d'être formée, l'essentiel est de choisir une façon et un moment idéal pour soi et de le faire régulièrement.

.....

Et mon ou ma partenaire ?

Le ou la partenaire peut avoir un rôle clé pour détecter les changements.

PS : un homme aussi peut être touché par le cancer du sein, alors prenez soin de vous mutuellement !

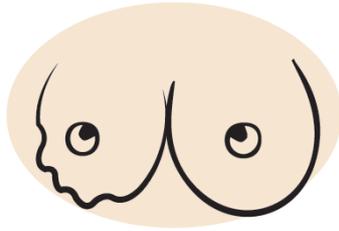
.....



I CE QUI M'AMÈNE À CONSULTER

.....

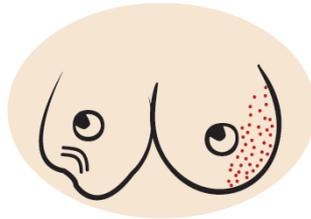
*Changement de forme
d'un sein*



Apparition d'une boule
(sein ou aisselle)



Modification de la peau :
rétraction, rougeur, œdème, aspect
peau d'orange.



*Modification du mamelon
ou de l'aréole :*
rétraction, changement de couleur, suintement,
écoulement.



Cela ne veut pas dire que c'est un cancer.

Mes questions pour la prochaine consultation :

En cas de besoin, je contacte mon professionnel de santé aux coordonnées suivantes :



RESUME

Introduction : De par son statut de fléau de santé publique, le cancer du sein relève d'une prévention tant primaire que secondaire. C'est dans ce cadre que l'autosurveillance mammaire semble intéressante. Les objectifs de ce travail étaient d'étudier la prévalence de cette pratique, les modes d'autosurveillance mammaire à pratiquer selon les femmes, ainsi que les freins et motivations à sa réalisation.

Méthode : Etude observationnelle réalisée au sein d'une maternité de type I et de cabinets de sages-femmes libérales par le biais de questionnaires adressés aux femmes âgées de 25 ans et plus sans antécédent sénologique.

Résultats : Parmi les 355 questionnaires exploités, 60.3% des femmes pratiquaient l'autosurveillance mammaire, principalement une fois par mois (23.9%). Les sources d'information et les motivations apparaissaient variées. Toutefois, le principal frein restait le manque d'information (45.4%). Le faible taux de connaissances au sujet du cancer du sein était également retrouvé.

Discussion : Certains facteurs semblent influencer la pratique de l'autosurveillance mammaire tels que la présence de mastodynies, le fait d'avoir bénéficié d'un examen clinique des seins pratiqué par un professionnel, reçu des informations sur le cancer du sein, l'obtention d'un meilleur score de connaissances avec le sujet et d'informations sur l'autosurveillance mammaire par son médecin généraliste. L'important semble être de donner l'information au bon moment.

Conclusion : Une définition universelle de l'autosurveillance mammaire, ainsi que des études de plus grandes ampleurs semblent nécessaires. L'information des femmes par les professionnels demeure un préalable incontournable.

Mots-clés : autosurveillance mammaire ; cancer du sein ; dépistage ; connaissances des femmes ; prévention.

SUMMARY

Introduction : Through its status of plague of public health, breast cancer comes under both primary and secondary prevention. It's in this context that breast awareness seems particularly interesting. Objectives of this work were to study the prevalence of this practice, modes of breast awareness to practice according to them, as well as obstacles and motivations for its realization.

Method : Observational study achieved in a maternity hospital of level I and self-employed midwives' offices through questionnaires intended for women aged 25 years old and over without medical history of breast cancer.

Results : Among the 355 questionnaires analysed, 60.3% of women use breast awareness, mainly once a month (23.9%). Sources of information and motivations appeared varied. However, the main obstacle remained the lack of information (45.4%). The low rate of knowledge about breast cancer was also found.

Discussion : Some factors seem to influence the breast awareness' practice such as the presence of mastalgia, having benefited from a clinical breast examination by a professional, received information about breast cancer, obtained a better score of knowledge about this subject and received information about breast awareness by her general practitioner. The important thing seems to be to give the information at the right time.

Conclusion : A universal definition of breast awareness along with larger studies seem necessary. Womens' information by professionals remains an unmissable prerequisite.

Key-words : breast (cancer) awareness ; breast cancer ; prevention ; breast cancer detection ; women knowledge.