

ESF – SORBONNE UNIVERSITE
Ecole de Sages-Femmes Saint-Antoine

MEMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME



Connaissances et pratique de l'auto-examen des seins

Par **BERNON Lauriane**

Née le 27/10/1997 à Saint-Germain-en-Laye

Nationalité française

Directeur de mémoire : **Dr PERRET Francine**

Année universitaire 2019-2020

ESF – SORBONNE UNIVERSITE
Ecole de Sages-Femmes Saint-Antoine

MEMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE SAGE-FEMME



Connaissances et pratique de l'auto-examen des seins

Par **BERNON Lauriane**

Née le 27/10/1997 à Saint-Germain-en-Laye

Nationalité française

Directeur de mémoire : **Dr PERRET Francine**

Année universitaire 2019-2020

Remerciements

Je tenais avant tout à remercier Dr Perret F, qui m'a soutenue tout au long de ce projet. Grâce à elle, j'ai pu bénéficier de corrections rigoureuses et minutieuses, d'une incroyable rapidité. Elle m'a beaucoup appris sur le sujet, m'a suggéré de nombreuses références que je n'aurais pas trouvées seule. Merci pour ses nombreuses relectures avisées, cette disponibilité et cette patience infinie.

Je remercie également ma famille, mes parents, ma grand-mère et ma sœur, qui ont su m'épauler et m'accorder de leur temps pour relire mon travail. Mais c'est principalement pour m'avoir soutenue tout au long de ces années d'études de maïeutique que je les remercie. Car je n'aurais pas pu surmonter le stress et les stages sans eux. Ils ont été là pour m'écouter, me conseiller, me rassurer et c'est pour tout cela que je ne les remercierai jamais assez. Petite pensée pour Lucas, qui a supporté mes états d'âme au cours de ces quatre années, sa présence à chaque instant m'a beaucoup aidée.

Je remercie mes amies, celles avec qui j'ai partagé ces années et qui pouvaient comprendre mes joies, mes peines et avec qui j'ai passé des moments inoubliables. C'est grâce à cette indéfectible amitié qu'on a pu tout surmonter. Le meilleur reste à venir, je pense à vous (Agathe, Alexandre, Alexane, Camille, Cécile, Charlotte, Clara, Dorah, Doriane, Emma, Juliette, Justine, Marie, Margaux, Mael, Morgane, Tiphaine, Valentine).

Pour finir, merci infiniment à ma correctrice (Valérie) et ma traductrice (Valentine), ainsi qu'à toutes les femmes qui ont rempli les questionnaires et m'ont aidée à les distribuer.

Table des matières

Remerciements	4
Introduction	8
I. Le cancer du sein :	8
a) Epidémiologie et prévalence :	8
b) Définition :	8
c) Facteurs de risque :	9
II. Suivi gynécologique :	11
a) Les professionnels :.....	11
b) Les examens de dépistage et diagnostics :.....	12
c) Le dépistage organisé :.....	14
III. Auto-examen des seins :	15
a) Intérêt de l'éducation thérapeutique à l'auto-examen des seins :	15
b) La technique :	17
c) Femmes actrices de leur santé :	20
Matériel et méthode	22
I. Objectifs et hypothèses :.....	22
a) Objectif de l'étude :.....	22
b) Hypothèses :.....	22
II. Type d'étude :	23
III. Déroulement de l'étude :	23
a) Outil méthodologique :	23
b) Population ciblée	24
IV. Variables retenues :.....	24
V. Stratégie d'analyse :	25
Résultats.....	26
I. Constitution de l'échantillon :.....	26
II. Caractéristiques de l'échantillon :.....	26
a) L'âge :.....	26
b) Les catégories socio-professionnelles :	26
c) Le suivi gynécologique :.....	27
d) Les professionnels examinent-ils les seins de leurs patientes ?	29
e) L'AES est-il expliqué par les professionnels de santé ?	30
f) La pratique de l'auto-examen des seins :.....	31

g) Quels sont les raisons de sa non-réalisation ?	32
h) La technique de l'auto-examen des seins :	33
i) L'AES chez les femmes qui devraient être sensibilisées :.....	35
j) L'AES chez les femmes avec un antécédent bénin ou malin du sein :	37
k) Les déterminants de l'auto-examen des seins :	38
Analyse et Discussion	41
I. Critique de l'étude :.....	41
1) Les limites :	41
2) Les Forces :	42
II. Analyse des résultats :.....	43
1) Les caractéristiques de la population étudiée :.....	43
2) Le suivi gynécologique et les informations dispensées par les professionnels :.....	43
a. Les professionnels :	43
b. La contraception :.....	44
c. L'examen clinique des seins et l'explication de l'AES :.....	45
3) La connaissance et la pratique de l'AES chez les femmes :.....	46
4) L'AES chez les femmes qui devraient être sensibilisées :.....	47
5) Implications et perspectives :.....	48
Conclusion	50
Bibliographie	51
Annexes	58
Glossaire	68
Résumé	69
Abstract	69

Préambule

A la suite de soucis personnels, nous avons été confrontées aux différentes étapes constituant le parcours d'une femme qui découvre une masse lors d'un auto-examen mammaire. Le doute qui s'installe en comparant avec l'autre sein, l'hésitation qui nous empêche d'aborder facilement ce problème en consultation, la peur qui nous tenaille avant de prendre rendez-vous pour les examens complémentaires puis lors de leur réalisation, et finalement l'attente terriblement longue des résultats.

La découverte de cette masse n'a pu se faire qu'avec les cours de maïeutique reçus en début de cycle, où une information orale et une pratique se joignent pour mieux intégrer le processus. Nous pouvons donc nous demander comment font les autres femmes ? Comment fait une ingénierie ou une restauratrice lorsque l'information ne vient pas du professionnel chargé de son suivi ?

L'un de nos rôles en tant qu'étudiantes Sages-Femmes en milieu de stage est de s'instruire auprès des professionnels, afin de pouvoir construire notre façon de pratiquer. Mais, comment s'en inspirer lorsque nous n'en avons pas l'exemple ? En effet, nous voyons très rarement les gestes de l'examen clinique des seins en stage, malgré le fait que nous tournions entre différents services. Que ce soit en consultation de suivi de grossesse, en suites de couches ou en suivi gynécologique de post-partum. Sa pratique dépend des Sages-Femmes et de leur vécu personnel. La majorité d'entre nous sortira diplômée sans avoir pratiqué cliniquement sur les patientes. Avec pour seul bagage un cours magistral et deux travaux pratiques reçus en cinq ans d'études. La boucle peut donc se répéter à l'infini, car beaucoup d'entre nous ne le montreront pas à leurs futurs étudiants plus tard.

Si nous voyons peu de soignants prendre le temps de palper leurs patientes, rares sont ceux qui les informent au sujet de l'auto-examen des seins (AES), autant sur le moyen de dépister qu'il représente que sur sa technicité (fréquence, moment, positions, gestuelle...). Pourtant, le professionnel est le seul à recevoir une information et une formation, son rôle est d'instruire. De plus, il ne connaît pas parfaitement la poitrine de sa patiente et ne le fera, comme recommandé, qu'une fois par an. Tandis que la femme, serait à-même de déceler un changement si nous l'instruisions à son tour. Il semble donc nécessaire que les femmes aient l'information afin de devenir maitresses de leur santé.

Nous pouvons alors nous demander si les femmes sont suffisamment informées et si cette sensibilisation influe sur la qualité de réalisation de leur auto-examen des seins. Pour ce faire, nous allons en premier lieu aborder le cancer du sein, puis le suivi gynécologique et terminer avec l'auto-examen mammaire.

Introduction

I. Le cancer du sein :

a) Epidémiologie et prévalence :

Dans le monde, le cancer du sein représente 16% des cancers féminins, il est le plus répandu avec 571 000 femmes mortes en 2015 (1,2). A tort considéré comme un cancer des pays développés où son incidence est plus élevée, la majorité des décès survient dans les pays en voie de développement (3).

En France, le cancer du sein est la première cause de mortalité chez la femme, devant celui du côlon-rectum et celui des poumons. Car 33% des cancers de la femme sont des cancers du sein (4). En 2018, 58 459 nouveaux cas ont été décelés et 12 146 morts estimés. Depuis les années 1990, le taux d'incidence a diminué jusqu'en 2004 puis réaugmenté en 2008 (avec en moyenne +1,1% par an), sûrement en lien avec l'accroissement de la population, mais également avec nos conditions de vie. Contrairement au taux de mortalité, qui, grâce aux améliorations thérapeutiques et au développement du diagnostic précoce, diminue depuis 2005 (de -1,5% par an en moyenne) avec un âge médian de 74 ans (5). Il est donc responsable d'une diminution de l'espérance de vie de douze ans en moyenne (survie globale tous stades confondus). Nous notons une survie globale de 87% à 5 ans (6), mais un tiers des malades décèdera finalement de son cancer (7). Les hommes représentent 1% de tous les cancers du sein, tandis qu'une femme sur dix en aura un dans sa vie (3).

b) Définition :

Un cancer est une maladie génétique somatique, résultant de la multiplication clonale de cellules avec des altérations génétiques. Ces cellules acquièrent alors un avantage prolifératif sélectif et non contrôlé. C'est-à-dire que le clone tumoral peut se reproduire à l'infini. Il existe depuis l'histoire de l'humanité car on retrouve des traces de cellules cancéreuses dans les squelettes des hommes préhistoriques, ainsi que dans les momies égyptiennes et péruviennes (8).

Plus particulièrement, le cancer du sein est une tumeur maligne qui se développe au niveau du sein. Il en existe différentes sortes en fonction des cellules à partir desquelles il se développe. Le plus fréquent est l'adénocarcinome (dans 95% des cas), qui se développe à partir de cellules épithéliales de la glande mammaire (du latin *adénos*). On distingue les cancers *in situ* et les cancers infiltrants (9). Ce sont tous deux des proliférations tumorales maligne épithéliales, la différence est le franchissement de la membrane basale pour les carcinomes infiltrants. Le taux de mortalité dépend de cette différence histologique :

- Les adénocarcinomes infiltrants : regroupent les carcinomes canalaires et lobulaires. Les carcinomes canalaires infiltrants sont les plus fréquent à 80% (versus 10% pour les lobulaires) (7). Les cellules peuvent se propager par atteinte régionale dans les ganglions lymphatiques (sous axillaire et sus claviculaire majoritairement) et former des métastases à distance (dans d'autres organes).
- Les adénocarcinomes *in situ* : regroupent les carcinomes canalaires (dont la maladie de Paget), et lobulaires. Leur pouvoir métastatique est théoriquement nul, mais ils peuvent évoluer en carcinomes infiltrants.

Il est donc nécessaire de découvrir la maladie, avant qu'elle atteigne un stade avancé et que le traitement soit trop invasif. Le rôle du professionnel de santé en consultation est de procéder à un interrogatoire rigoureux afin de repérer les facteurs prédisposant les patientes au cancer du sein.

c) Facteurs de risque :

Ils sont nombreux, le principal étant évidemment l'âge. Plus on vieillit, plus nous sommes à risque de cancer, la mortalité augmente avec l'âge. Il peut justifier l'apparition d'un cancer du sein à partir de 50 ans sans forcément présenter d'autres facteurs de risque (10). Pourtant depuis 1990, on voit que l'incidence dès 40 ans est en constante augmentation (11). Une vigilance accrue des professionnels pour les femmes de tout âge est donc nécessaire lors du suivi gynécologique et obstétrical. Certains antécédents personnels sont à prendre en compte :

- Personnels : comme un cancer du sein/carcinome canalaire *in situ*, une hyperplasie atypique canalaire/lobulaire ou une irradiation thoracique à forte dose (avant l'âge de 20 ans majoritairement) (12).
- Familiaux, en ligne directe : au moins trois cas de cancer du sein chez la femme, au moins un cas de cancer du sein associé(s) à un cancer de l'ovaire, un cancer du sein chez l'homme, un cas de cancer du sein bilatéral ou jeune (avant 40 ans) (13). La lignée paternelle est également à prendre en compte, mais les cas ne s'additionnent pas avec la lignée maternelle, elles sont indépendantes l'une de l'autre. Car les deux lignées peuvent transmettre des gènes mutés à l'origine de nombreux cancers du sein.

Les altérations génétiques en cause peuvent être spontanées ou causées par des agents mutagènes. Nous allons premièrement nous intéresser aux mutations spontanées, pouvant amener à des cancers du sein héréditaires.

« *Environ 5 à 10 % des cancers du sein sont d'origine génétique* » (14). Cette prédisposition peut être liée à des gènes anti-oncogènes (suppresseurs de tumeur) qui, une fois mutés (délétion ou

mutation d'un ou plusieurs allèles), voient leur activité inhibée et la tumeur progresser. Ce sont surtout les gènes BRCA 1 et 2 (breast cancer gene) qui vont attirer notre attention, car ce sont des gènes majeurs dans le mécanisme héréditaire du cancer du sein. Leur rôle dans la carcinogénèse donne un caractère familial à la maladie. Il s'agit de l'anomalie la plus fréquente du cancer du sein, avec 2 femmes sur 1000 qui seraient porteuses d'une mutation des gènes BRCA1 et BRCA2 (soit 21000 personnes identifiées en France) (15).

Les patientes concernées ont un risque plus élevé de développer un cancer du sein précocement, mais aussi de récidive (tumeur controlatérale ou 2^{ème} évènement homolatéral) et de cancer des annexes.

Le risque de développer un cancer du sein est plus important en cas de mutation de BRCA1 (risque cumulé à 70 ans de 51 % à 75 %) que de mutation de BRCA2 (risque cumulé à 70 ans de 33 à 55 %). Les cancers du sein surviennent plus précocement en cas de mutation de BRCA1 (âge médian : 40 ans) que de mutation de BRCA2 (âge médian : 43 ans). Niveau de preuve : A. (15)

Les agents mutagènes quant à eux, sont nombreux. Les hormones et la nutrition en sont les principaux :

- Le risque hormonal : il correspond à des facteurs de risque endogènes ou exogènes. Principalement lié à l'activité oestrogénique qui favorise la prolifération tissulaire mammaire. On retrouve donc différents facteurs de risque endogènes comme la ménopause tardive et la puberté précoce (avant l'âge de huit ans) ; ce qui correspond à la durée de la vie génitale. Ainsi que différents facteurs de risque exogènes comme les traitements hormonaux substitutifs (pour la ménopause par exemple), la nulliparité (le fait de ne pas avoir eu d'enfants), une première grossesse tardive (le risque est légèrement significatif dès la trentaine, l'âge retenu étant de 35 à 38 ans, mais il n'a pas d'effet en cas de mutation BRCA1 ou 2) (7) et la contraception orale. Mais ce dernier reste encore controversé.
- Le risque nutritionnel : une alimentation saine et variée accompagnée d'une activité physique régulière est recommandée pour la santé en générale. L'obésité post-ménopausique est un facteur de risque, car la graisse sécrète des œstrogènes via l'aromatase (en particulier si elle est due à un diabète de type 2) ainsi que certains aliments peuvent s'avérer bénéfiques pour l'organisme ; comme le soja (phyto-oestrogénique) étudié dans quelques études et les acides gras poly-insaturés (oméga-3 et 6), même s'ils restent controversés (16)(17). Les débats sur les perturbateurs endocriniens font rage, entraînant dans leur sillage la question des pesticides et leur impact sur les cancers du sein (comme les lymphomes non hodgkiniens) (18). C'est la santé

de tous les français qui entre en jeu, avec à la présence de pesticide dans les aliments. Le risque résulte dans la perturbation hormonale, amenant à des pubertés précoces et des cancers du sein et hormonaux-dépendants (19).

Une observation et un interrogatoire rigoureux de la patiente s'avèrent fondamentaux, afin de détecter le moindre facteur de risque qui pourrait nous alerter et orienter notre prise en charge dans le cadre du suivi gynécologique.

II. Suivi gynécologique :

a) Les professionnels :

Trois professions peuvent prendre en charge le suivi gynécologique et plus particulièrement pratiquer un examen systématique des seins. Il s'agit du Gynécologue (Obstétricien ou non), du médecin Généraliste et de la Sage-Femme.

Cette dernière a vu son rôle en consultation de gynécologie s'étendre depuis 2004. Bien qu'étant une profession médicale, elle ne peut prescrire que certains médicaments ou dispositifs médicaux listés par les articles L.4151-1 et L.4151-4 du code de la santé publique (20) « *l'exercice de la profession Sage-Femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique, sous réserve que la Sage-Femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique* » (21). Elle a principalement un rôle de prévention et de dépistage. Elle peut pratiquer un interrogatoire, un examen clinique et prescrire examens complémentaires nécessaires à la confirmation du diagnostic et au traitement, si ceux-là permettent à la patiente un temps d'attente moins long par la suite.

Leur formation s'effectue en cinq ans. Elle est principalement axée sur la physiologie, car en cas de pathologie, elle doit passer la main à un médecin et rediriger la patiente (21). Elle se retrouve donc au carrefour de différentes professions (Gynécologue, médecin Généraliste, Psychologue, Kinésithérapeute, Oncologue...), ce qui peut poser un problème. Car, lorsque les intermédiaires se multiplient, la maladie met plus de temps avant d'être traitée. Les Sage-Femme doivent donc cibler leur interrogatoire et dépister toute anomalie afin de pouvoir prescrire des examens complémentaires et rediriger sans attendre.

La liste de prescription des examens par les Sages-Femmes a été abrogée en 2004, ils ne peuvent donc être prescrits si et seulement si ils sont nécessaires à l'exercice de la profession (22). Elles ont donc le droit de prescrire tout examen indispensable à la surveillance lors du suivi de grossesse, de

l'accouchement, du post-partum et du suivi gynécologique. Si la situation se révèle pathologique, elle doit rediriger la patiente vers un médecin. « Ainsi, la Sage-Femme peut prescrire une mammographie dans le cadre du suivi gynécologique de dépistage, mais elle ne pourra pas prescrire une mammographie de contrôle à une patiente présentant une tumeur au sein » (23).

L'installation des Sages-Femmes en libéral est en expansion depuis une dizaines d'années, venant pallier au manque de Gynécologues de ville (24). En effet, les gynécologues sont de moins en moins nombreux et le délai d'attente pour un rendez-vous est de plus en plus long, 49 jours en moyenne (9). Cette pénurie de Gynécologue est un réel problème pour le suivi gynécologique régulier des patientes, recommandé une fois par an dès le début de l'activité sexuelle (25).

b) Les examens de dépistage et diagnostics :

Le dépistage se définit comme la « recherche d'une maladie chez une personne en bonne santé apparente avant l'apparition de tout symptôme. Un dépistage peut être individuel ou collectif comme le dépistage organisé du cancer du sein, par exemple » (26). L'interrogatoire et l'examen mammaire rentrent donc dans la cadre du dépistage pour le cancer du sein.

L'interrogatoire permettra de détecter les facteurs de risque et d'utiliser le score d'Eisinger (10) en cas d'antécédents familiaux. Pour le calculer, des items sont cotés (par exemple « mutation BRCA1/2 identifiée dans la famille » (10) compte pour 5 points) et doivent être additionnées pour chaque cas de la même branche parentale. Le score détermine le suivi à effectuer (*cf annexe 1*) :

- Si elle a moins de trois points, seront recommandés : un examen clinique annuel dès 25 ans et le dépistage organisé dès 50 ans.
- Si elle a trois points ou plus : un rendez-vous avec l'onco-généticien sera recommandé afin de définir le groupe auquel la patiente appartient (risque « élevé » ou « très élevé ») pour déterminer les modalités de suivi (10).

L'examen clinique quant à lui, permettra de mettre en évidence certains symptômes ou signes. C'est pourquoi il doit être effectué annuellement par les professionnels et appris aux patientes afin d'être à-même de détecter un changement (27). Ces mesures peuvent sembler drastiques face à celles du collège obstétrical américain qui préconise un examen clinique des seins tous les 1 à 3 ans pour les femmes de 25 à 39 ans, et annuel seulement pour les femmes au-delà de 40 ans (28).

Une étude de 2016 a évalué l'impact du dépistage du cancer du sein par examen clinique. Cela a montré que de nombreux cancers n'auraient pas été détectés sans la clinique (36,5% ont été découverts par mammographie seule, 8,7% via l'examen clinique et 54,8% par couplage des deux). De

plus, les cancers dépistés par l'examen clinique chez les femmes sans mammographie se sont avérés être plus virulents (29). Il est donc important de coupler la clinique aux autres examens chez les femmes jeunes n'ayant pas de suivi par mammographie, chez les patientes en rémission de cancer ou dès 50 ans entre deux mammographies. Car la performance de cette dernière est augmentée par l'examen clinique.

Pendant la grossesse, les Gynécologues-Obstétriciens et les Sages-Femmes ont un rôle primordial dans le dépistage du cancer du sein. En effet, la survie à 3 ans est de 57% contre 74% hors grossesse. Ce mauvais pronostic est lié au retard de diagnostic et d'initiation des traitements, ainsi qu'à l'âge jeune des patientes. Un examen clinique des seins est donc conseillé à plusieurs moments de la grossesse : au début, au cours du sixième mois), ainsi que lors du post partum immédiat avant la montée laiteuse (au-delà, les modifications des seins en vue de l'allaitement empêchent un examen rigoureux). La grossesse permet de voir plus régulièrement les patientes, c'est un moment privilégié pour le dépistage. Sans oublier que les examens complémentaires sont encore possibles, l'échographie et les micro-biopsies étant ceux de référence. Si une tumeur est retrouvée, la chirurgie peut se faire tout au long de la grossesse, tandis que la chimiothérapie est autorisée au deuxième et troisième trimestre (contrairement à la radiothérapie qui est déconseillée mais peut se faire après). Il est donc possible de prendre en charge les femmes durant leur grossesse et lors du post-partum.

Par ailleurs, l'allaitement est considéré comme un facteur protecteur du cancer du sein. Une étude a retrouvé une diminution du risque de 33% lorsque l'allaitement durait plus de 25 mois (30). Une autre considérait que chaque année passée à allaiter diminuait le risque de 4,3% (31). Dans tous les cas, même si les chiffres sont différents, les études concluent toutes à une diminution de ce risque (32,33). En 2013, une étude s'est particulièrement intéressée au TRAIL (tumor necrosis factor related apoptosis inducing ligand), il s'agit d'une cytokine déclenchant l'apoptose des cellules cancéreuses (et non les cellules saines). Elle a été dosée dans le colostrum et le lait maternel ; un taux plus élevé que le taux sérique a été retrouvé (34). L'allaitement a donc un effet anti-cancéreux.

Un examen complémentaire « *permet d'affiner un diagnostic ou de réaliser un bilan d'extension, c'est-à-dire de déterminer si des cellules cancéreuses se sont propagées dans d'autres endroits du corps* » (35). Ils sont nécessaires lorsque la patiente appartient à un groupe jugé à risque lors de l'interrogatoire ou qu'une anomalie a été détectée à l'examen sénologique. Nous avons à notre disposition l'échographie, la mammographie, l'IRM, l'échodoppler et les différentes techniques de biopsie chirurgicale (macro ou micro-biopsie afin de prélever un fragment histologique et avoir une idée de la taille et du type de cancer s'il y en a un) (36).

Après une mammographie (examen de référence), la lésion est alors classée en fonction de son risque (ACR de 0 à 5, cf annexe 2). Cette classification permet de prévoir la suite de la prise en charge. Si la patiente est ACR 1 ou 2, elle ne nécessite pas de surveillance, si elle est ACR 3 une surveillance est conseillée, tandis que des mammographies classés ACR 4 ou 5 nécessitent des examens complémentaires immédiats car la lésion présente probablement un caractère malin (37).

Certains de ces examens sont également utilisés lors du dépistage organisé.

c) Le dépistage organisé :

Devant cet enjeu de santé publique, la France a mis en place un programme national de dépistage organisé en 1994, qui fut effectif sur tout le territoire en 2004. Ce dépistage cible les femmes de 50 à 74 ans sans antécédent de cancer du sein. Il consiste en un examen clinique annuel par un professionnel de santé, ainsi qu'une mammographie tous les deux ans à double lecture (lorsque le résultat ne montre pas d'anomalies) par des radiologues formés (12)(38)(39). Les femmes sont invitées par lettre à se rendre dans le cabinet médical de leur choix pour effectuer ces examens qui seront pris en charge à 100% par l'assurance maladie (40). Il vise cette tranche d'âge car ce sont les femmes les plus à risque. En effet, l'âge moyen du diagnostic est estimé à 61 ans et l'âge médian du décès à 74 ans (4)(2). Ce dépistage n'est évidemment pas destiné aux femmes classées à risques en fonction de leurs antécédents, ayant un suivi personnalisé et multidisciplinaire déjà mis en place (10).

Selon l'HAS, le dépistage organisé n'est également pas justifié avant 50 ans :

L'efficacité sur la mortalité spécifique n'était pas prouvée par des études de bonne qualité méthodologique et de puissance satisfaisante dans cette tranche d'âge. De plus, si elle existe, la réduction de la mortalité spécifique était inférieure à celle observée chez les femmes de plus de 50 ans. Les effets délétères, eux, seraient majorés (sans quantification disponible de cette augmentation du risque) et étaient documentés par des études de faible niveau de preuve. Enfin, le rapport coût-efficacité était supérieur à celui des classes d'âge plus élevées sans permettre de trancher sur l'intérêt économique collectif de l'extension du programme aux femmes âgées de 40 à 49 ans. (13)

Une étude canadienne a également conclu que le dépistage organisé amenait à trop de faux positifs lorsqu'il était pratiqué par des femmes de 40 à 49 ans (41)(42).

Pourtant ce cancer peut toucher ces dernières, ainsi que les femmes plus jeunes. Il est l'une des principales causes de mortalité chez des femmes de 35 à 55 ans (avec 22% d'incidence parmi toutes les femmes ayant décelé un cancer), pour lesquelles le taux de survie est de 50% à 10 ans (4). Les

femmes doivent donc prendre conscience qu'elles sont potentiellement toutes concernées et que chacune peut agir pour sa santé.

Une étude épidémiologique de 2017 présente un graphique avec l'incidence et le taux de mortalité en fonction de l'âge (cf annexe 3). Nous pouvons voir que l'incidence ne fait qu'augmenter entre 30 et 49 ans (jusqu'à environ 235/100000 femmes), puis qu'il diminue jusque 54 ans, avant de s'accroître de nouveau jusque 69 ans où se situe son acmé (à 390/100000 femmes) (43). Cela nous montre que les femmes sont touchées bien avant l'instauration du dépistage organisé à 50 ans. L'auto-examen des seins semble alors devenir un examen de première ligne.

III. Auto-examen des seins :

a) Intérêt de l'éducation thérapeutique à l'auto-examen des seins :

L'éducation thérapeutique a pour but :

L'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto-soins. Parmi elles, l'acquisition de compétences dites de sécurité vise à sauvegarder la vie du patient. Leur caractère prioritaire et leurs modalités d'acquisition doivent être considérés avec souplesse, et tenir compte des besoins spécifiques de chaque patient. (43)

L'auto-examen des seins rentre donc dans ce cadre, étant un geste de dépistage personnel. Mais comment les patientes peuvent-elles le pratiquer si l'information ne vient pas des professionnels de santé ?

En effet, leur niveau d'adhésion à cet outil de dépistage n'est pas satisfaisant. Comme nous le montre une étude tunisienne, les étudiants en médecine jugent la mammographie très efficace à 65,1%, l'examen clinique des seins un peu moins efficace à 23,7%, mais ne considèrent que peu l'efficacité de l'auto-examen mammaire avec 14,2% seulement (44). Il faut garder à l'esprit que c'est une pratique complexe, même pour les professionnels. Car ces derniers ont peu d'entraînement sur des mannequins ou en stage, même si la pratique de l'examen clinique sérologique est déclarée apprise par 99% des étudiants.

La difficulté résulte dans la diversité des masses (n'étant pas toutes malignes comme les kystes), dans le fait que le praticien ne connaît pas les seins de la patiente (d'où l'importance de schématiser

ce que l'on observe à l'examen sénologique annuel dans le dossier de la patiente) et que les patientes viennent consulter quel que soit leur moment du cycle menstruel (syndrome prémenstruel avec gonflement des seins et douleur à la palpation).

De plus, nous pouvons observer à travers de nombreuses études que l'auto-examen des seins est très controversé. Car la méthode n'a pas montré de réels bénéfices. Le taux de femmes ayant découvert leur cancer grâce à l'auto-examen ou fortuitement est similaire (29). Ce qui pourrait également expliquer le défaut d'information des professionnels vis-à-vis de l'auto-examen des seins. Les inconvénients majeurs retrouvés sont multiples : le faible taux de découverte de masses, la difficulté de différencier au palpé une tumeur maligne d'un kyste bénin, la complexité de l'examen clinique, l'augmentation de visites médicales et de prescriptions d'examens complémentaires et de biopsies, l'anxiété générée...

Pourtant, d'autres travaux démontrent que cette pratique ne devrait pas être délaissée. Comme une étude de 2015 a montré que l'AES et l'examen clinique étaient nécessaires pour le dépistage des cancers du sein à un stade précoce. Surtout qu'il s'agit d'examens de faible coût que l'on peut pratiquer à tout moment au niveau mondial (45). Ce qui peut être complété par une autre étude de 2020, faisant l'historique de l'EAS et de l'examen clinique des seins, démontrant que l'AES peut être utile comme méthode de dépistage dans les pays moins développés où les cancers sont détectés tardivement (46).

C'est l'un des actes préventifs pour les femmes de moins de 50 ans, n'ayant pas de dépistage organisé, malheureusement la valeur prédictive positive de l'auto-examen des seins est seulement de 4-6% (47). En effet, le taux de femmes ayant découvert leur cancer du sein grâce à l'AES varie d'études en études. Ce taux peut être dérisoire comme élevé ; c'est ce que nous montre une étude nationale sur la santé de 2003 qui a demandé à 361 femmes comment leur cancer avait été détecté ; 57% par mammographie, 18% par accident et 25% par auto-examen. Une anomalie retrouvée par la patiente elle-même ne doit pas être sous-estimée (48). Ces différences de taux s'expliquent en partie avec l'âge des participantes aux enquêtes, le respect de la régularité et du moment où l'AES est réalisé. Car les nombreuses fluctuations hormonales ont une influence sur les seins des femmes jeunes et occasionnant de nombreux changements de consistance (comme l'apparition de kystes). Contrairement aux femmes ménopausées pour qui, les masses découvertes se révèlent souvent malignes. « *A study in the United States showed that 48% of lumps detected in a group of women aged over 55 were malignant compared with 3% in women under 44* »¹ (47).

¹ Traduction : Une étude venant des Etats-Unis a montré que 48% des masses détectées chez les femmes de plus de 55 ans sont malignes, en comparaison avec les 3% de malignité chez les femmes de moins de 44 ans.

Pourtant, la majorité de ces changements ne sont pas détectés durant la vie des femmes. C'est ce que nous montrent les autopsies réalisées sur des femmes de tout âge, afin de savoir quelles sont les pathologies les plus fréquemment retrouvées à chaque tranche d'âge. Nous observons alors que 20% des femmes avaient des fibroadénomes, surtout chez les femmes jeunes, comparé aux autres pathologies du sein. Tandis que près de la moitié présentaient des dystrophies fibrokystiques (dues aux fluctuations hormonales du cycle menstruel occasionnant des kystes et nodules), chez les femmes entre 20 et 50 ans. Pourtant, seulement 10% des femmes ont vu leurs changements détectés au cours de leur vie (49). Le dépistage n'est donc pas optimal, certaines pathologies (même bénignes) touchent les femmes jeunes. C'est pourquoi, en complément de l'examen clinique annuel par un professionnel de santé recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS), cette dernière conseille l'auto-examen des seins (4).

Malgré le défaut d'information des professionnels au sujet de l'auto-examen des seins, il ne faut pas oublier que de nombreux cancers sont découverts par les femmes elles-mêmes (50). Cet auto-examen permet d'apprendre à se connaître et de devenir actrice de sa santé. C'est une prise de conscience ; les seins sont susceptibles de développer des tumeurs, c'est une partie du corps à surveiller régulièrement. C'est en informant les femmes qu'elles peuvent se prendre en main et même rappeler au médecin d'examiner cette zone.

La sensibilisation des femmes revêt une place très importante dans la détection précoce du cancer du sein. Il faudrait donc leur apprendre à s'auto-inspecter et s'auto-palper.

b) La technique :

L'auto-examen des seins se pratique une fois par mois, au début du cycle menstruel (J7-J10 du cycle, une fois les menstruations passées), afin d'éviter les palpations douloureuses lors des symptômes prémenstruels et d'avoir un repère temporel. Car l'objectif est de repérer un changement, la régularité est donc de mise. Dès 20 ou 25 ans selon les recommandations (14), mais aucun âge n'a été clairement défini par l'HAS en France. Les femmes peuvent commencer dès qu'elles le souhaitent. Il faut faire doucement (le geste ne doit pas être douloureux), en prenant son temps. C'est une routine de cinq minutes à instaurer dans le quotidien des patientes. Elle se fait en deux temps : l'inspection et la palpation.

C'est pourquoi il faut bien distinguer les termes d'« auto-palpation » et d' « auto-examen » des seins. En effet, ce dernier regroupe l'observation et la palpation, c'est un examen complet. Tandis que l'auto-palpation ne comprends pas de temps d'observation.

L'inspection :

En tout premier lieu, il faut prendre le temps d'observer les seins. Le buste nu, face à un miroir avec un éclairage correct. D'abord droite, puis le buste légèrement tourné de chaque côté pour avoir un aperçu global du sein.

Debout, les bras le long du corps (ou mains sur les hanches), puis en levant les bras derrière la tête. Le buste peut être légèrement penché. L'inspection doit être comparative entre les deux seins, afin de détecter toute asymétrie. La zone des clavicules aux seins doit être observée, ainsi que la zone de la région axillaire aux seins.

Le galbe de la peau doit être apprécié, toute attraction, irrégularité (peau d'orange, fossette, creux, plissements) doit attirer l'œil. Ainsi que toute ulcération, inflammation, épaisseissement ou dilatation du réseau veineux.

Les deux seins doivent être comparés, à la recherche d'une déformation, masse, changement de taille ou de forme générant une asymétrie. Bien entendu, les seins d'une femme ne sont pas identiques, c'est pourquoi un examen régulier peut permettre de reconnaître lorsque l'asymétrie est bénigne ou pathologique.

Il faut également observer l'aréole et le mamelon, se demander si une ombilication est constitutionnelle ou acquise (apparue au cours de la vie, pouvant être symptomatique d'une tumeur). Un écoulement, changement de taille ou d'apparence, une déviation ou une inversion doivent attirer l'attention.

La zone sus-claviculaire et axillaire recèlent de nombreux ganglions lymphatiques, dont l'augmentation de taille est pathologique. De plus la ligne axillaire doit être plus particulièrement observée, à la recherche de mamelons surnuméraires.

La palpation :

Elle doit être douce, comparative et se pratique dans la position la plus confortable pour la femme. Elle peut se faire sous la douche, allongée ou avec de la crème (afin de l'inscrire plus facilement dans un rituel). Le bras du côté palpé est levé derrière la tête. La femme doit savoir que le sein se divise en quatre zones de part égales, sans compter l'aréole, le mamelon, les aires ganglionnaires sous axillaire et sus claviculaire.

L'AES se fait main et doigts à plats (ne pas faire mettre les doigts en crochet), afin de sentir toute différence de consistance de la glande mammaire (plus inquiétante qu'une différence de taille).

L'examen débute par la recherche d'un écoulement mamelonnaire en pressant avec les deux mains la glande mammaire dans un mouvement centripète. Il faut regarder la couleur de l'écoulement (séreux, citrin, rosé, sanguin, lactescent, verdâtre), s'il est uni ou bilatéral et sort par un ou plusieurs pores. Puis une palpation de la zone aréolaire (autour du mamelon).

La glande mammaire doit être étalée sur le grille costal, c'est-à-dire qu'elle doit rouler sur le muscle pectoral. La femme doit enchaîner par la palpation de chaque quadrant un-à-un, il y a différentes façons de faire :

- 1- La méthode circulaire : effectuer de petits cercles de l'extérieur vers l'intérieur.
- 2- La méthode linéaire : se placer à une extrémité du sein, palper de haut en bas, puis décaler d'un centimètre pour recommencer.
- 3- La méthode par quart : examiner minutieusement chaque quadrant un par un.
- 4- La méthode radiale : partir de l'aréole et se diriger vers l'extérieur du sein, jusqu'à avoir fait tout le tour de l'aréole et donc du sein.

Sans oublier les aires ganglionnaires : axillaires (sous les bras dans le prolongement de la ligne axillaire) et sus claviculaire, avec cette fois les doigts en crochet. Puis répéter les mêmes gestes sur l'autre sein (51).

Une étude a démontré que sur trois positions recommandées d'auto-examen des seins (couchée, debout sous la douche et devant un miroir), 42% utilisait une seule position, principalement celle couchée et seulement 40% des femmes pratiquant les trois (52). La technique de réalisation est pourtant très importante et doit être rigoureusement effectuée si l'on veut pourvoir déetecter un changement.

Des écoulements mamelonnaires ne sont pas très inquiétants (bilatéraux, peu abondant, verdâtre, marron, mastotique) et certains doivent faire consulter (unilatéral, unipore, séreux, transparent, citrin, rosé, hémorragique). D'autres signes doivent alerter : une masse palpable (sans délimitations nettes, non mobilisable à la peau ou à la paroi thoracique, dure), un aspect de la peau (peau rétractée, œdématisée, inflammée, peau d'orange, ulcérations, réseau veineux apparent...), une variation de la taille du sein, de sa consistance ou une sensibilité à la palpation (47)(53).

Un cancer sera systématiquement suspecté devant un nodule de consistance dure, régulier, indolore, et semblant comme « fixé » dans le sein. Il sera d'autant plus suspect s'il est irrégulier et éventuellement associé à un écoulement mamelonnaire, une rétraction cutanée, une adénopathie axillaire sus- ou sous claviculaire. (4)

Lorsqu'une anomalie est détectée, il faut s'adresser à un professionnel de santé afin qu'il l'examine également et prescrive d'éventuels examens complémentaires.

Toutefois, il ne faut pas que cet examen inquiète les femmes. Même si c'est un geste pouvant générer de l'anxiété due à la découverte (ou la possible découverte) de changement. Entrainant une précipitation vers un professionnel de santé lorsqu'un changement est observé et la prescription exagérée d'examens complémentaires.

Nous remarquons que les critères de non-observance sont nombreux : la rigueur et la régularité nécessaires, le nombre de faux positifs, l'anxiété générée, le grand nombre de lésions bénignes investiguées, le peu de résultats, le manque d'informations et d'explications sur l'importance du geste et la qualité de sa réalisation... (54). Mais certains pourraient disparaître si les femmes bénéficiaient d'une explication claire et précise sur l'AES, ce qui leur permettrait de mieux comprendre les enjeux afin de se tenir au cœur de leur santé, se sentir concernées. L'auto-examen des seins doit donc être ritualisé.

Tout d'abord, le mieux serait de le pratiquer au moins une fois avec la patiente en consultation, lui indiquant ce qui doit ou ne doit pas l'inquiéter sur sa propre poitrine, afin qu'elle puisse le reproduire chez elle. Ensuite, un rappel mensuel peut être instauré afin qu'elle ne l'oublie pas. Le praticien peut conseiller de l'effectuer sous la douche ou en s'habillant devant le miroir pour l'inclure dans le quotidien de la patiente. Et bien rappeler que sur « *5 grosses examinées, 4 sont bénignes* » (55).

C'est en enlevant cette crainte de l'examen que l'on arrivera à toucher le plus de femmes et leur apprendre l'importance de ce geste ; c'est une première ligne de dépistage contre le cancer du sein.

c) Femmes actrices de leur santé :

« 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 (56)

Si l'AES n'est pas recommandé, cela ne signifie pas qu'il ne faut pas informer les femmes. Elles ont le droit d'être informées de cette pratique et de choisir si elles la pratiqueront ou non. Lors de

l'enseignement, il faut leur apprendre à voir cet examen comme une chance de pouvoir dépister des changements à un stade précoce. Tout en étant avisées de la fiabilité de l'examen, pouvant amener à des biopsies bénignes (57,58).

Répandre la pratique de l'AES serait une grande avancée pour la santé des femmes car toutes n'ont pas forcément un suivi régulier (une consultation annuelle gynécologique) et nous pouvons observer des discriminations entre les suivis des femmes. En fonction de leurs milieu socio-économique (une femme avec de faibles revenus ou immigrée sera suivie principalement lors de possibles grossesses et pas annuellement), de leurs antécédents (une femme considérée à risque a un suivi personnalisé) ou de leurs choix personnels (les femmes portant des prothèses mammaires ont un suivi plus régulier et vont plus facilement consulter) (59)(60). Tout comme l'accès aux soins, qui n'est pas égalitaire en France et dans le monde (61). Ce sont toutes ces disparités qui justifient l'apprentissage de l'AES.

De plus, des cours d'éducation à la sexualité sont mis en place au collège et au lycée (62), dans lesquels, aucune notion sénologique n'est abordée, encore moins l'AES. Pourtant, c'est en informant cette tranche d'âge (12-18 ans) que nous touchons les futures femmes.

Nous constatons que de plus en plus de moyens sont mis en œuvre par les pays, ayant chacun leur site contre le cancer du sein, dans lesquels nous retrouvons toujours un paragraphe mentionnant l'auto-examen sénologique (63). Sa mention dans tous les sites contre le cancer du sein est une preuve de son importance dans le dépistage malgré toutes les polémiques. Les américains ont créé le «earlydetectionplan» permettant de s'inscrire à une Newletters et obtenir une plaquette d'information complète sur l'auto-examen des seins, des conseils de santé et des possibilités d'alertes afin de penser à s'autopalper chaque mois (64,65).

A cela s'ajoute les nouvelles applications comme « checkyourself » permettant de faire des rappels mensuels, qui expliquent la gestuelle et délivrent des informations de santé (66). Ce que devraient faire les applications les plus connues permettant de suivre le cycle menstruel ou les grossesses (comme « Clue » ou « Flo ») (67,68). Ou encore les applications rappelant les dates des mammographies dans le cadre du dépistage organisé (« dépistage », « MRCS ») (69,70).

Devant tous ces moyens mis en place, nous pouvons nous demander si les femmes le connaissent et le pratiquent. Les professionnels de santé, détenteurs des connaissances sur l'auto-examen des seins, informent-ils suffisamment les femmes à ce sujet et cela influe-t-il sur l'efficacité de sa réalisation ?

Matériel et méthode

I. Objectifs et hypothèses :

a) Objectif de l'étude :

Le but de cette étude est de savoir si les informations apportées (ou non) par les professionnels permettent aux femmes d'avoir une idée de l'importance du geste. Afin de savoir si les femmes sont sensibilisées et le font de manière efficace (fréquence et qualité de la réalisation).

Nous recueillons des informations sur les femmes questionnées afin de repérer leur niveau socio-économique, leurs antécédents obstétricaux et gynécologiques dans le but d'en apprendre plus sur leur suivi, leur appartenance à un groupe à risque de cancer du sein et leurs habitudes concernant l'auto-examen des seins.

Nous pouvons également détecter les potentiels défauts d'informations. Et savoir si les professionnels de santé doivent retravailler ou renforcer leur discours.

b) Hypothèses :

- 1- Les informations dispensées par les professionnels de santé sont insuffisantes voire inexistantes.
- 2- Les femmes ayant eu l'information ne pratiquent pas correctement l'auto-examen.
- 3- Les femmes appartenant à un groupe à risque de cancer du sein sont plus rigoureuses.

L'hypothèse n°1 permet de savoir si les professionnels de santé en parlent à leurs patientes. Cela pourrait nous indiquer pour quelles professions la formation à ces gestes doit être approfondie.

L'hypothèse n°2 permet de savoir si les femmes se sentent concernées par le problème et si elles sont observantes. La réalisation des gestes est évaluée lors de l'étude. Car une réalisation rigoureuse du geste est nécessaire pour détecter des anomalies sénologiques. Nous pourrons alors comparer le nombre d'anomalies retrouvées entre les patientes le réalisant correctement et les patientes le réalisant mal. De plus, nous pourrons déterminer les causes de la non-réalisation de l'auto-examen des seins. Et peut-être donner des astuces aux femmes qui souhaiteraient le faire.

L'hypothèse n°3 permet de savoir si les femmes dont le risque d'avoir un cancer du sein ont tendance à plus s'auto-examiner et être mieux informées. Ce qui permettrait de détecter les différences de prise en charge entre les patientes et pouvoir y remédier.

II. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive multicentrique sur la pratique de l'auto-examen des seins. Elle est menée par questionnaire, distribué sans intermédiaire (bouche-à-oreille), du 18 novembre 2019 au 5 février 2020. Ce mode de diffusion a été choisi pour sa facilité d'exécution, ne nécessitant pas d'autorisation venant des hôpitaux ou cabinets libéraux.

III. Déroulement de l'étude :

a) Outil méthodologique :

Afin de répondre à notre problématique et aux hypothèses, un questionnaire de quatre pages, accompagné d'une plaquette d'information sur l'auto-examen des seins a été créé (avec un document Word). Toute réponse est anonyme, le questionnaire comprend 37 questions, avec certaines ouvertes et certaines à choix multiples. Les questionnaires sont distribués principalement à des femmes habitant en région parisienne. Il est composé de 6 parties (cf annexe 4) :

- Une explication du sujet et les conditions d'inclusion des femmes dans l'étude.
- Les caractéristiques générales.
- Les caractéristiques obstétricales.
- Les caractéristiques gynécologiques.
- L'auto-examen des seins.
- Une fiche d'explication tirée du site www.cancerdusein.org.

L'objectif est d'obtenir 200 réponses afin de pouvoir répondre aux hypothèses avec des données probantes.

Après la distribution de 70 questionnaires, ces derniers ont été améliorés. Nous y avons rajouté une question afin de savoir qui a découvert l'antécédent bénin du sein chez les femmes en ayant un, ainsi que des précisions :

- Citation des exemples de contraceptions, car de nombreuses femmes ne considéraient pas le préservatif comme tel.
- Branche familiale des antécédents familiaux de cancer du sein (maternel ou paternel).

b) Population ciblée

L'étude concerne toutes les femmes françaises de 18 à 49 ans. Quelles que soient leurs conditions socio-économiques ou leur appartenance à une population avec un risque de cancer du sein. Les critères d'exclusion sont les suivants :

- Être mineure
- Avoir 50 ans ou plus, c'est-à-dire être incluse dans le dépistage organisé du cancer du sein.
- Ne pas savoir lire et écrire français.

Il s'agit d'une étude auprès des femmes, sans autorisation nécessaire lors de la distribution. Bien entendu, les femmes avaient le droit de refuser.

IV. Variables retenues :

La principale variable est la pratique de l'auto-examen des seins, afin de pouvoir comparer les femmes le pratiquant ou non.

Les facteurs de risque retenus pour définir la population à risque de cancer du sein sont les suivants :

- Antécédent personnel de cancer du sein.
- Au moins trois antécédents familiaux de cancer du sein dans la même lignée maternelle ou paternelle (ou un cancer du sein chez un homme).
- Age tardif du premier enfant (≥ 35 ans).
- Puberté précoce (< 8 ans).

On définira comme femmes devant être sensibilisées les femmes considérées à risque, ainsi que les femmes ayant un antécédent (même unique) de cancer du sein dans leur famille.

Les variables qui permettent de décrire la population sont : âge, profession, niveau d'étude, nombre d'enfants, âge de la première grossesse, âge des premières règles, prise d'une contraception (type, durée), suivi gynécologique régulier (depuis quel âge, par qui), antécédents gynécologiques, antécédents sénologiques bénins (qui les a détectés), antécédent personnel de cancer du sein (qui l'a détecté), antécédent de mammographie (raison), antécédent familial de cancer du sein (degré de parenté).

Le critère de jugement principal est la pratique de l'auto-examen des seins. Les variables retenues pour y répondre sont : la connaissance de l'AES, informations données au sujet de l'AES (par qui,

comment), sa pratique (fréquence, moment du cycle, examens complémentaires et résultats, description du geste), les causes de sa non-réalisation. La pratique sera évaluée grâce à un score créé pour cette étude (*cf* p.34).

D'autres variables sont relevées afin de répondre plus précisément aux hypothèses : pratique de l'examen clinique des seins par le professionnel de santé en charge du suivi gynécologique (fréquence, âge du premier examen).

V. Stratégie d'analyse :

Les résultats sont retranscrits dans un tableau Excell, après lecture de chaque questionnaire. Les tests statistiques seront établis à l'aide des logiciels OpenEpi et BiostaTGV. Le test de Chi2 permet de comparer les effectifs entre eux, tandis que le test de Fisher est utilisé lorsque la valeur attendue est inférieure à 5. Ces derniers déterminent la valeur *p*, avec laquelle un résultat peut être considéré comme significatif (avec 5% de marge d'erreur) si *p*<0,05.

Les diagrammes et tableaux sont créés à partir des réponses au questionnaire, dans le but de répondre aux trois hypothèses, et finalement à la question de recherche.

Résultats

I. Constitution de l'échantillon :

En novembre, 200 questionnaires ont été distribués, nous avons pu récupérer 169 questionnaires à temps. Sept questionnaires n'ont pas pu être inclus : deux questionnaires étaient incomplets (de nombreuses questions oubliées), un autre incohérent, tandis que les quatre derniers ne rentraient pas dans les critères d'inclusion (les femmes avaient toutes plus de 50 ans, malgré le texte d'introduction expliquant que les femmes incluses devaient avoir entre 18 et 49 ans). Finalement, l'échantillon utilisé a regroupé 162 femmes.

II. Caractéristiques de l'échantillon :

a) L'âge :

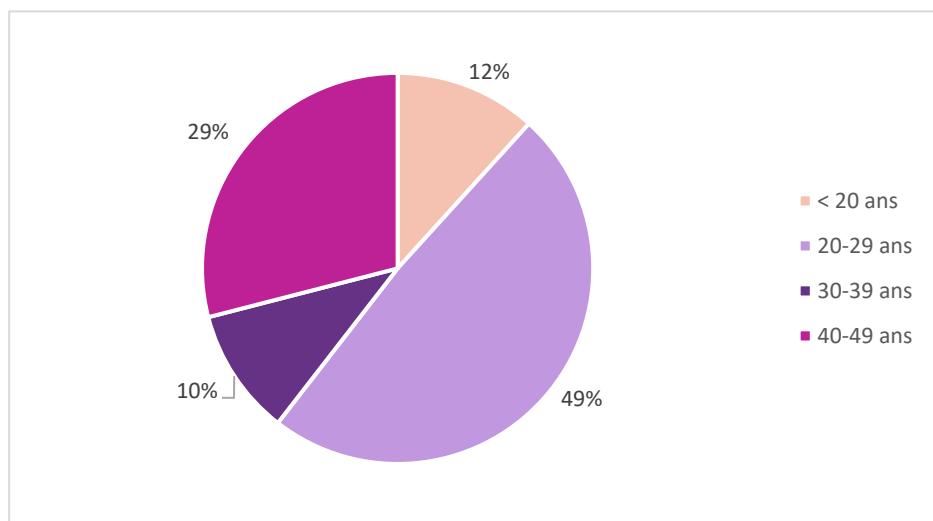


Figure 1 : répartition selon l'âge.

La population comprend, au total, 61% de femmes de moins de 29 ans (n=19 de moins de 20 ans et n=79 de 20 à 29 ans), 10% entre 30 et 39 ans (n=17), 29% entre 40 et 49 ans (n=47).

b) Les catégories socio-professionnelles :

Les questions posées ne nous permettent pas de faire de répartition socio-professionnelle. Nous pouvons seulement les catégoriser à partir de leur métier. La figure 2 nous montre que la population interrogée se compose en majorité d'étudiantes (en dehors du domaine de la santé), tout comme nous le montre la répartition selon l'âge dans la figure 1.

Ainsi que la population paramédicale/médicale, qui se compose d'étudiantes en santé (Infirmière, Sage-Femme, Ostéopathe, Médecin, Auxiliaire Puéricultrice, Kinésithérapeute) et de professionnelles (Sage-Femme, Infirmière, Ostéopathe), ici très représentée.

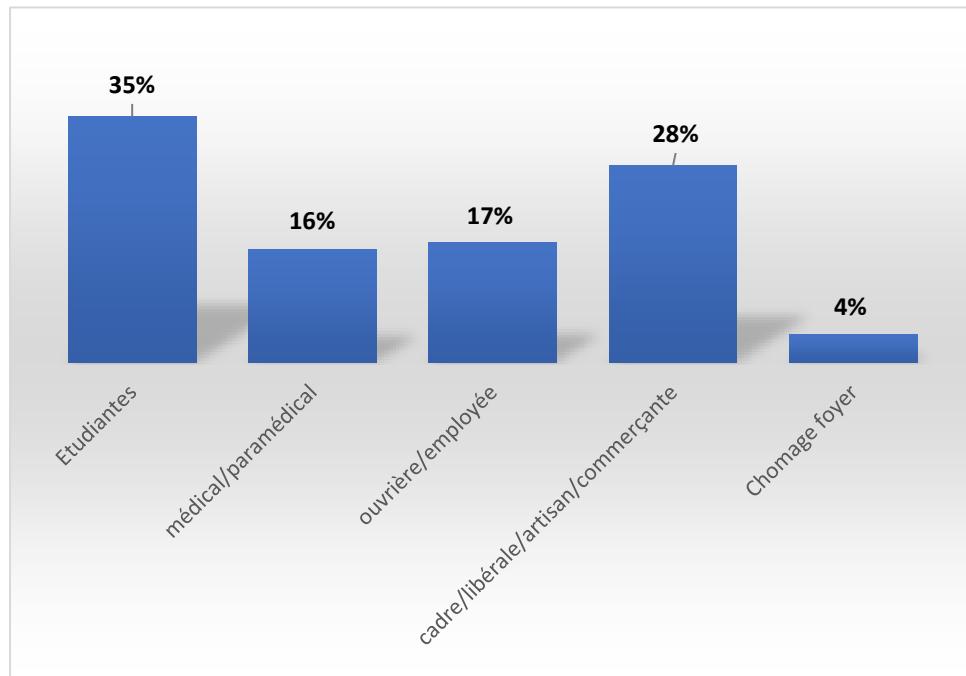


Figure 2 : répartition selon la catégorie sociale.

c) Le suivi gynécologique :

Tableau I: suivi gynécologique des femmes

AVEC SUIVI	n=133 (83%) dont :	5% de médecins Généralistes
	✓ 70% ont un suivi « régulier », c'est-à-dire ≥ à une consultation par an (n=93).	86% de Gynécologues
	✓ 30% ne s'y rendent que ponctuellement (n=40).	9% de Sages-Femmes
SANS SUIVI	n=28 (17%)	

Nous pouvons voir que la majorité des femmes ont un suivi gynécologique (n=133). Le gynécologue est le professionnel le plus consulté par les femmes (à 86%). Les Sages-Femmes le sont beaucoup moins (avec 9%) et la moitié des femmes allant les voir ont déjà eu une grossesse. Les médecins généralistes quant à eux sont les moins consultés (avec 5%).

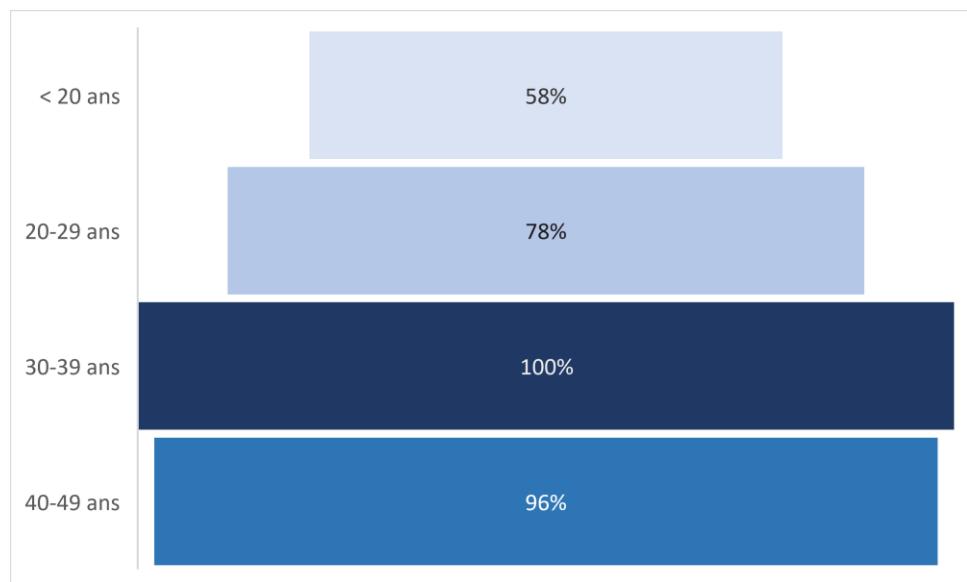


Figure 3 : Le suivi gynécologique régulier en fonction de l'âge.

Le suivi gynécologique augmente avec l'âge comme nous le montre la figure 3, avec les femmes de 30-39 ans ayant toutes un suivi. L'âge moyen de leur première consultation est de 17,4 ans.

C'est à cet âge que les premières contraceptions sont donc prescrites. Nous constatons que 33% des femmes (n=53) n'en utilisent pas.

Parmi les femmes ayant une contraception, la pilule est la plus utilisée à 59%.

Les femmes sont donc principalement protégées par une contraception, amenant l'âge moyen de leur première grossesse à 27,4 ans. Avec 22% des femmes ayant 1 seul enfant et 50% avec 2 enfants.

Tableau II : La contraception.

UTILISATION DE LA CONTRACEPTION	(n)	(%)
67% des patientes ont une contraception		
Pilule	64	59%
Dispositif intra-utérin hormonal	13	12%
Dispositif intra-utérin au cuivre	13	12%
Implant	7	6%
Préservatif	10	9%
Méthode Billings	1	1%
Ligature des trompes	1	1%

Les propositions des méthodes de contraception semblent homogènes entre les différents praticiens. Les femmes semblent avoir un choix varié quel que soit le professionnel en charge de leur suivi gynécologique.

d) Les professionnels examinent-ils les seins de leurs patientes ?

Tableau III : La pratique de l'examen clinique des seins par les professionnels de santé.

Suivi gynécologique régulier ≥1 consultation par an	N suivi	n suivi régulier	%
Femmes avec un suivi gynécologique	134	93	70%
Médecins Généralistes	6,5	4,5	69%
Gynécologues	115,5	80	69%
Sages-Femmes	12	9,5	79%
Examen clinique des seins par les professionnels	N	n examen clinique	%
Professionnels examinant les seins de leurs patientes	134	97	72%
Dont examens annuels ou pluriannuels	97	86	89%
Examens annuels/ pluriannuels par les médecins Généralistes	6,5	4	62%
Examens annuels/ pluriannuels par les Gynécologues	115,5	80	69%
Examens annuels/ pluriannuels par les Sages-Femmes	12	7	58%

Nous observons dans le tableau III que 70% des femmes ont un suivi gynécologique régulier, c'est-à-dire que les femmes ont une consultation au moins une fois par an. Les Sages-Femmes sont les professionnelles qui voient le plus régulièrement leurs patientes, pourtant, ce sont celles qui pratiquent le moins l'examen clinique des seins et surtout le moins fréquemment.

e) L'AES est-il expliqué par les professionnels de santé ?

Tableau IV : Les professionnels de santé expliquent-ils l'auto-examen des seins ?

Gynécologue (n=122)	(%)
30% des gynécologues l'expliquent	
En le montrant	37%
A l'oral	61%
Avec une vidéo	0%
Avec une fiche explicative	2%
Médecin Généraliste (n=7)	(%)
29% des généralistes lors du suivi gynécologique l'expliquent	
En le montrant	0%
A l'oral	100%
Avec une vidéo	0%
Avec une fiche explicative	0%
Sage-Femme (n=17)	(%)
35% des Sages-Femmes l'expliquent	
En le montrant	30%
A l'oral	61%
Avec une vidéo	7%
Avec une fiche explicative	0%

Le tableau IV nous permet de voir qu'environ un tiers seulement des professionnels de santé chargés du suivi gynécologique informent leurs patientes de l'existence de l'AES. Avec 35% pour les Sages-Femmes (n=17), 30% pour les Gynécologues (n=122) et 29% des médecins Généralistes (n=7). Différentes techniques sont utilisées, mais celle qui revient le plus est l'explication orale.

De nombreux questionnaires montrent que les proches sont également un moyen de transmission de l'AES (avec 18% des personnes à qui on l'a expliqué). Tandis que 16 femmes ont été informées via les médias et internet.

f) La pratique de l'auto-examen des seins :

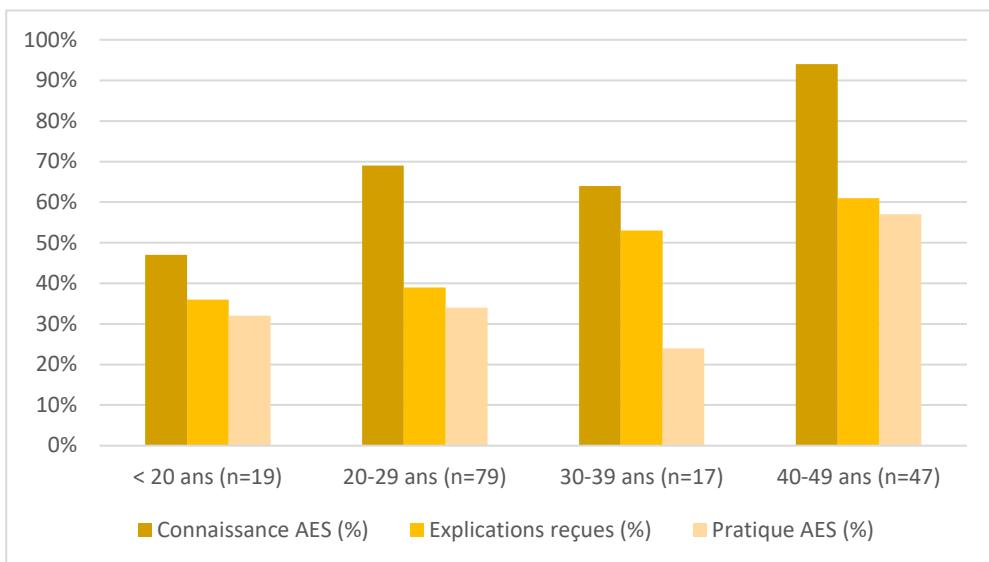


Figure 4: Connaissance, explications reçues et pratique de l'auto-examen des seins en fonction de l'âge.

Au total, 40% des femmes de l'étude le pratiquent (n=64). Grâce à la figure 4, nous pouvons observer que les explications reçues et la connaissance de l'AES augmentent avec l'âge. Les femmes de 40 à 49 ans (n=47) sont les plus informées (à 94%) et celles à qui on l'a expliqué en majorité (à 61%). Elles le pratiquent également plus.

Tandis que les femmes de 30 à 39 ans (n=17), malgré les nombreuses explications reçues, sont celles qui le pratiquent le moins (à 24%).

Par ailleurs, il est étonnant que les jeunes femmes de moins de 20 ans (n=19) soient autant informées à ce sujet (à 47%).

La pratique et la connaissance de l'AES n'est pas égale entre les différentes catégories socio-professionnelles. Les femmes dans le domaine de la santé sont quasiment toutes informées à ce sujet et le pratiquent à 62%. A la différence des femmes cadres, libérales, commerçantes et artisans qui ont quasiment le même niveau de connaissance que les employées et ouvrières (81% pour ces dernières versus 74%). Cependant ces dernières le pratiquent beaucoup moins (52% versus 37%). Un résultat est étonnant, il s'agit des femmes au foyer/chômage, qui malgré une bonne connaissance de l'AES à 67%, ne sont que 17% à le pratiquer.

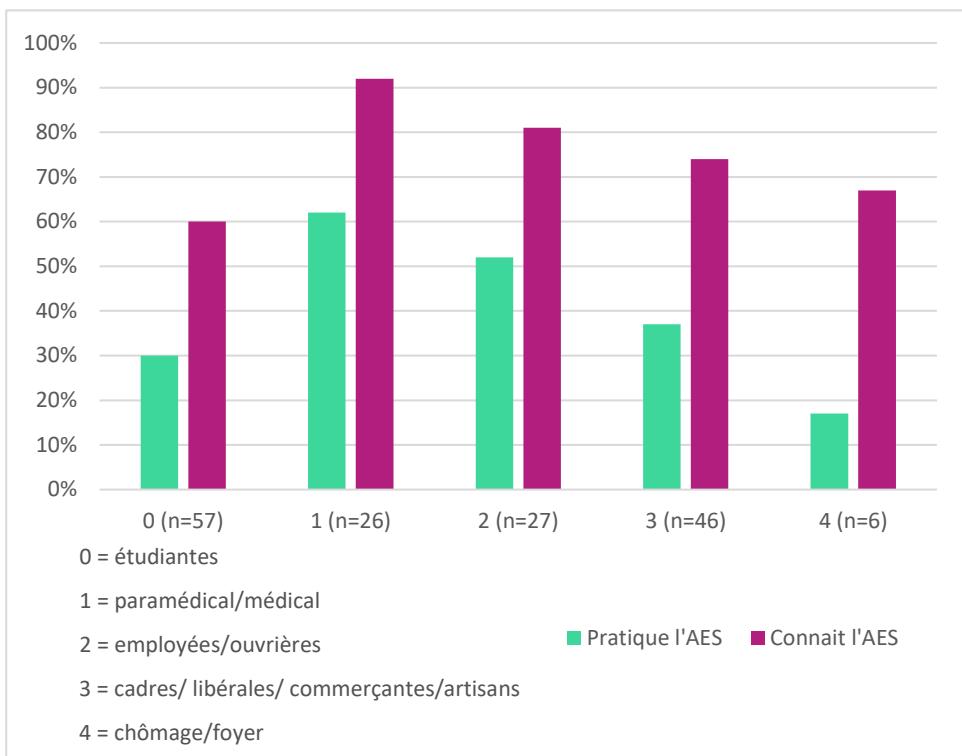


Figure 5 : Connaissance et pratique de l'AES en fonction des catégories socio-professionnelles.

g) Quels sont les raisons de sa non-réalisation ?

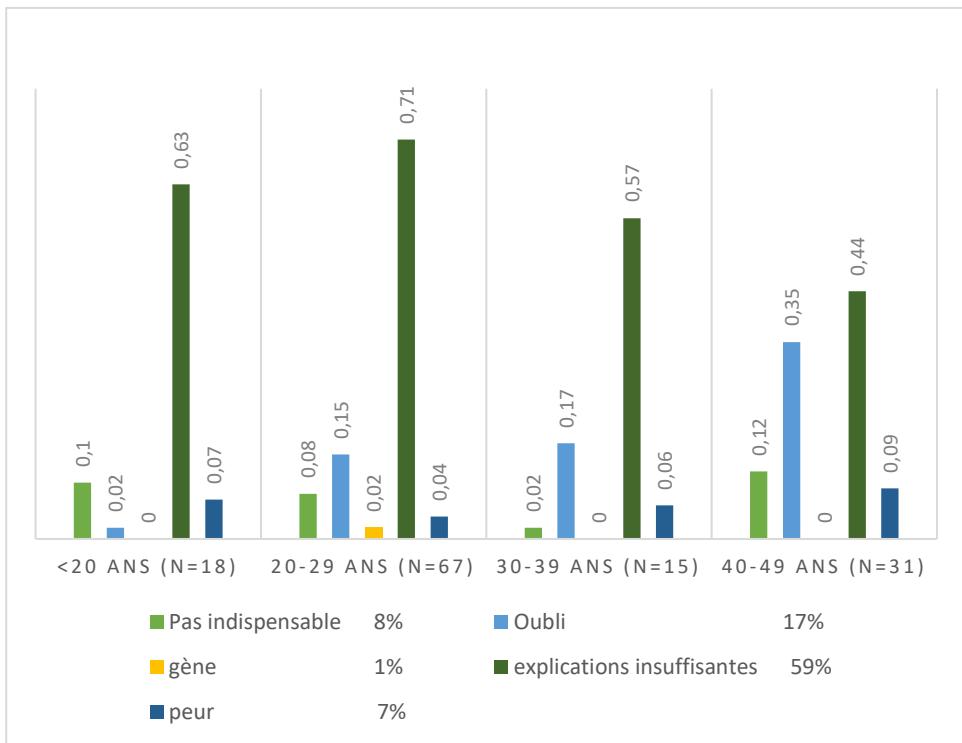


Figure 6 : Causes de la non-réalisation (ou rare) de l'auto-examen des seins.

Les femmes pouvaient choisir plusieurs items et inscrire leur propre réponse si elle n'était pas proposée. Les réponses ont été regroupées en cinq catégories :

- « Pas nécessaire » lorsque les femmes considèrent qu'elles n'en ont pas besoin ou ne se sentent pas concernées (en raison de leur âge, mais également leurs facteurs de risque). L'absence de douleur et le fait que les professionnels de santé examinent déjà leurs seins rentrent également en ligne de compte.
- « Oubli » lorsque les femmes connaissent l'AES mais ne prennent pas le temps de le pratiquer.
- « Gêne » lorsque les femmes ne se considèrent pas suffisamment à l'aise avec leur corps.
- « Explications insuffisantes » lorsque les femmes ne connaissent pas le geste, ne savent pas le faire seules, trouvent que nous ne leur avons pas donné assez d'explications sur la technique et la fréquence. Nous avons également inclus les femmes ayant peur que l'AES leur fasse mal, car cela montre qu'elles n'ont pas suffisamment été informées.
- « Peur » lorsque les femmes redoutent la découverte d'un changement.

Cela nous montre que la principale raison de la non-réalisation de l'AES est le manque d'informations reçues par les femmes (à 59%).

La peur est l'un des principaux arguments utilisés pour contester la pratique de l'AES. On peut voir ici que c'est pourtant une petite partie des réponses invoquées.

h) La technique de l'auto-examen des seins :

Nous remarquons que 40% des femmes réalisent l'AES (n=64). La figure 7 nous montre que la plupart des femmes pratiquant l'AES le font plusieurs fois par an (n=21) ou rarement (n=25).

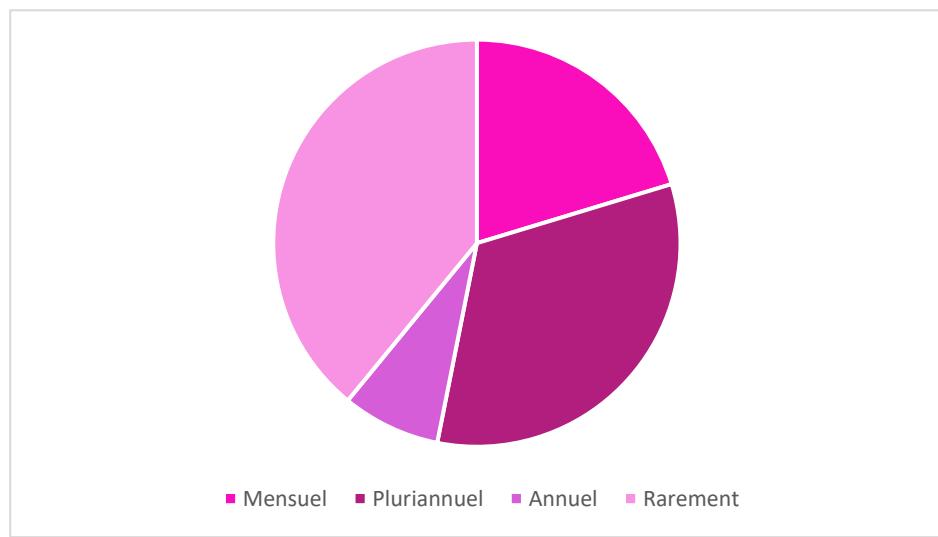


Figure 7 : Fréquence de réalisation de l'AES.

La figure 8 est dédiée à la période choisie par les femmes au cours du cycle menstruel pour pratiquer l'AES. La période recommandée se situe quelques jours après les règles, en début de cycle. La quasi-totalité (n=61) des femmes le pratiquent à n'importe quel moment du cycle, tandis que 5% (n=3) des femmes le pratiquent avant les règles.

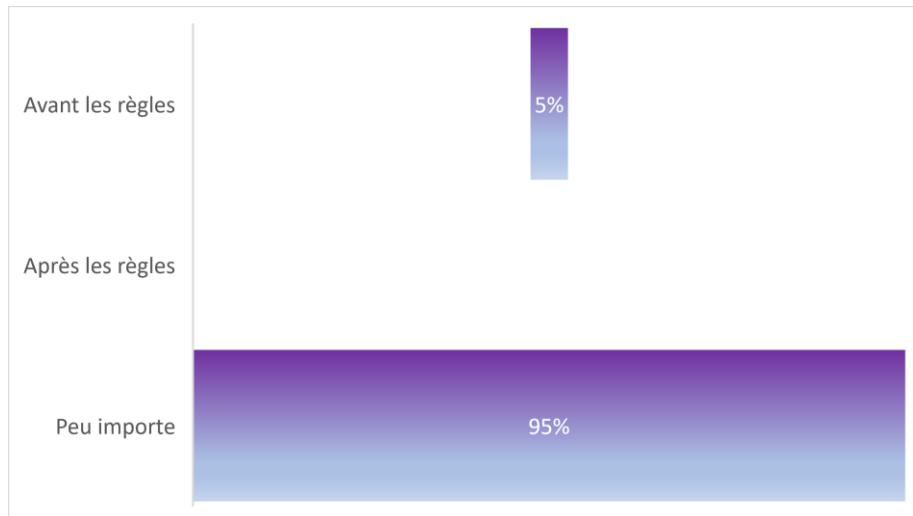


Figure 8 : Période choisie par les femmes pour pratiquer l'auto-examen des seins.

Un score a été établi sur 10 points pour évaluer la pratique de l'AES :

Tableau V : Evaluation de la pratique de l'AES.

Critère	Points				Total
Fréquence	Tous les mois = 1pts	Plusieurs fois par an = 0,5 pts	Une fois par an = 0,25 pts	Rarement = 0 pts	/1 points
Moment	Avant les règles = 0 pts		Après les règles = 1 pts		Peu importe = 0 pts /1 points
Miroir	Présence = 1pts		Absence = 0 pts		/ 1 points
Position des bras	Bras levé = 0,5 pts	Bras le long du corps = 0,5 pts	Les deux = 1 pts		/ 1 points
Position du corps	Au moins une des trois : debout, assise, allongée = 1 pts				/ 1 points
Partie de la main	Au moins trois doigts entier +/- main entière = 1 pts				/1 points
Zones palpées	4 quadrants = 0,5 pts	Mamelon = 0,5 pts	Zone axillaire = 0,5pts	Zone sus-claviculaire = 0,5 pts	/ 2 points
Mouvement	1 ou 2 mouvements = 0 pts	3 ou 4 mouvements = 1 pts	5, 6 ou 7 mouvements = 2 pts		/ 2 points
TOTAL					/ 10 points

La moyenne obtenue est de 4,5/10 comme nous le montre le tableau VI. La population étudiée pour la pratique de l'AES est composée de 64 femmes, mais seulement 63 questionnaires ont permis d'établir un score, car un questionnaire avait un critère non évaluable.

Le tableau VI nous informe que les soignants ont un score un peu plus élevé par rapport à la moyenne générale (moyenne = 5,02). Au contraire, les femmes cadres/ libérales/ commerçantes/ artisans ont un score plus bas (moyenne = 3,63). Les femmes au chômage/Foyer ne peuvent pas être étudiées car leur effectif n'est pas représentatif (n=1).

Pour ce qui est de la pratique de l'AES en fonction de l'âge, nous pouvons voir que les scores sont plutôt similaires. Seules les femmes de 40 à 49 ans se démarquent avec un score plus faible (moyenne = 4,03/10). Ce qui est étonnant car il s'agit de la tranche d'âge la plus à risque de cancer du sein.

Les femmes qui pratiquent l'AES ne le pratiquent donc pas correctement.

Tableau VI : Evaluation de la pratique de l'auto-examen des seins.

Score selon la catégorie socio-professionnelle	Nombre de femmes	Score moyen /10
Etudiantes (hors domaine de la santé)	n=17	4,62
Paramédical/médical	n=16	5,02
Ouvrières/Employées	n=14	4,57
Cadres/Libérales/commerçantes/Artisan	n=16	3,63
Chômage/Foyer	n=1	6
Score selon l'âge	Nombre de femmes	Score moyen /10
<20 ans	n=6	4,79
20-29 ans	n=27	4,84
30-39 ans	n=4	4,75
40-49 ans	n=27	4,03
Score toutes femmes confondues	n=63	4,50/10

i) L'AES chez les femmes qui devraient être sensibilisées :

Nous avons regroupé les femmes devant être sensibilisées au cancer du sein, c'est-à-dire les femmes ayant eu :

- Un antécédent personnel de cancer du sein.
- Une puberté précoce (≤ 8 ans).
- Une première grossesse tardive (≥ 35 ans), ainsi que les femmes de 40 à 49 ans n'ayant pas eu d'enfants.
- Au moins un antécédent de cancer du sein dans leur famille (nous avons choisi ce critère pour obtenir une plus grande population à étudier).

Cela concernait donc 53 questionnaires. Nous pouvons observer que 83% de ces femmes connaissent l'AES (n=44), pourtant, seulement 61% d'entre elles ont reçu une information (n=27). Et 63% de ces femmes informées l'ont été par un professionnel de santé.

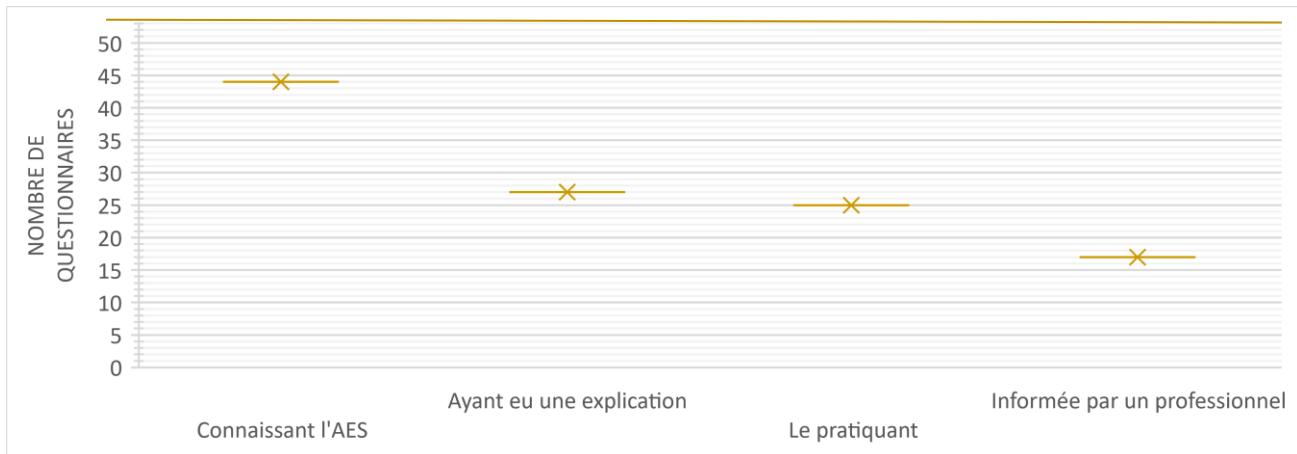


Figure 9 : Informations reçues par les femmes à risque de cancer du sein.

Sur ces 53 questionnaires, uniquement 72% ont un examen clinique des seins lorsqu'elles se rendent en consultation de suivi gynécologique (n=38). Pourtant, cet examen fait partie des examens nécessaires au suivi et doit être effectué annuellement par le praticien. A l'inverse, certains examens complémentaires sont prescrits trop facilement.

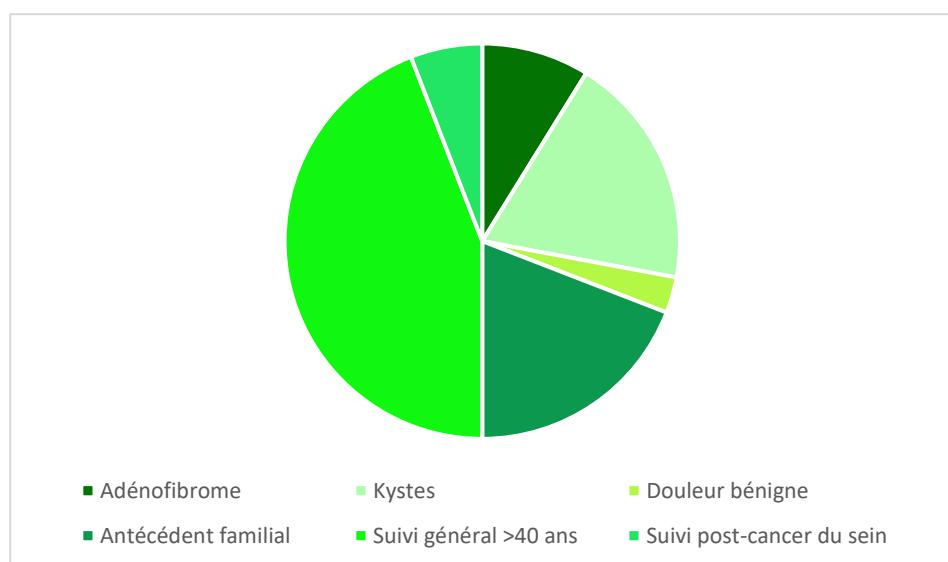


Figure 10 : Indications au suivi par mammographie.

Parmi les femmes de plus de 40 ans (n=47), la majorité a déjà un suivi par mammographie (n=34). La plupart sans réelle indication, mis à part leur âge (catégorie « suivi général >40 ans (n=15) ». Car dans

ces 15 femmes, seule une d'entre elles a un facteur de risque, étant la nulliparité. Pourtant, sans facteur de risque, les mammographies devraient débuter à 50 ans avec le dépistage organisé.

j) L'AES chez les femmes avec un antécédent bénin ou malin du sein :

La pratique de l'AES (n=64) amène parfois à effectuer des examens complémentaires, c'est le cas de 16 femmes dans notre étude. Ces examens complémentaires ont révélé 2 cancers du sein, 11 pathologies bénignes du sein et 3 ont été infructueux. La majorité des investigations ont donc été bénéfiques.

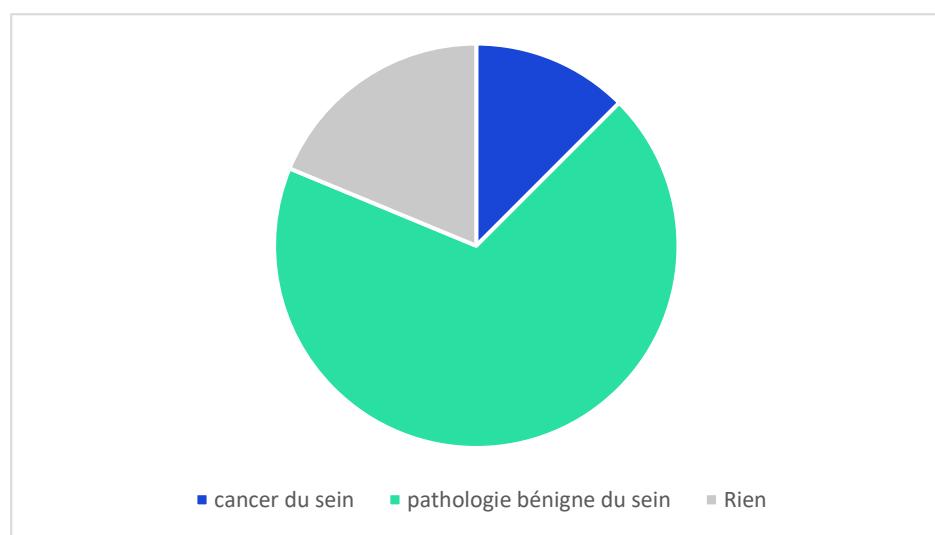


Figure 11 : résultats des examens complémentaires

Sur 162 femmes, 15% présentent un antécédent du sein bénin (n=24). Les kystes et adénofibromes sont retrouvés dans 73% des cas.

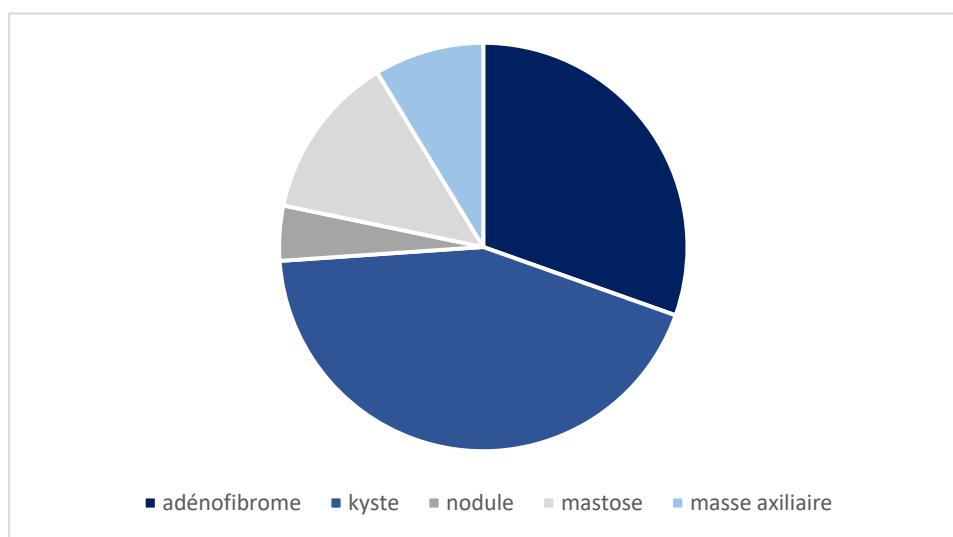


Figure 12 : Prédominance des antécédents personnels bénins du sein.

Le questionnaire a été amélioré durant la période de diffusion. Une question a été rajoutée, à la suite de l'interrogation sur les antécédents bénins du sein : « qui l'a détecté ? ». Cela explique donc que sur les 24 femmes ayant des antécédents, 15 questionnaires seulement ont pu être étudiés :

- 12 femmes l'ont détecté elles-mêmes (soit 80%).
- 3 femmes l'ont découvert grâce à l'examen clinique d'un professionnel de santé (20%).

De plus, 2 femmes de l'étude présentaient un antécédent personnel de cancer sur sein. Ces deux cancers ont été retrouvés par les patientes elles-mêmes. Pourtant, leurs scores pour la pratique de l'AES étaient de 7/10 et 3,5/10.

k) Les déterminants de l'auto-examen des seins :

Avec les logiciels OpenEpi et BiostaTGV, nous avons pu utiliser les tests de Chi2 et Fisher. Afin d'essayer de déterminer les facteurs influençant la pratique de l'AES.

Tableau VII : critères pouvant influencer la pratique de l'auto-examen des seins.

CRITERES	PRATIQUE DE L'AUTO-EXAMEN DES SEINS			
	N	OUI	NON	P value
AGE (n=162)				
<20 ans	19	6	13	0,02245
20-29 ans	79	27	52	
30-39 ans	17	4	13	
40-49 ans	47	27	20	
CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES (n=162)				
Etudiantes hors santé	57	17	40	0,02682
Paramédical/ Médical	26	16	10	
Employées/Ouvrières	27	14	13	
Cadres/Commerçantes/Libérales/Artisans	46	16	30	
Chômage/Foyer	6	1	5	
EXPLICATIONS RECUES (n=162)				
OUI	77	44	33	0,00001
NON	85	20	65	
SUIVI GYNECOLOGIQUE (n=162)				
OUI	134	56	78	NS
NON	28	8	20	

PROFESSIONNEL DU SUIVI GYNECOLOGIQUE (n=135)				
Médecins Généralistes	5,5	2,5	3	NS
Gynécologues	115,5	48,5	67	
Sages-Femmes	12	5	7	
AES EXPLIQUE PAR UN PROFESSIONNEL (n=77)				
OUI	49,75	27,75	22	NS
NON	27,25	16,25	11	
FORMAT UTILISE PAR LES PROFESSIONNELS (n=77)				
Oral	40,83	28,50	20,33	NS
Fiche	4,16	1,33	2,83	
En montrant le geste	16,66	11,33	5,33	
Vidéo	8,33	3,83	4,50	
NOMBRE D'ENFANTS (n=58)				
1 enfant	13	8	5	NS
2 enfants	29	15	14	
3 enfants	11	5	6	
4 enfants	4	2	2	
5 enfants	1	0	1	

Les déterminants de la pratique de l'auto-examen des seins sont donc en majorité : l'âge, la catégorie socio-professionnelle et les explications reçues.

Tableau VIII : critères pouvant influencer la connaissance de l'auto-examen des seins.

CRITERES	CONNAISSANCE DE L'AUTO-EXAMEN DES SEINS			
	N	OUI	NON	P value
AGE (n=162)				
<20 ans	19	9	10	0,00051
20-29 ans	79	55	24	
30-39 ans	17	11	6	
40-49 ans	47	44	3	
CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES (n=162)				
Etudiantes hors santé	57	35	22	0,04002
Paramédical/ Médical	26	24	2	
Employées/Ouvrières	27	22	5	
Cadres/Commerçantes/Libérales/Artisans	46	34	12	
Chômage/Foyer	6	4	2	

SUIVI GYNECOLOGIQUE (n=162)				
OUI	134	104	30	0,00878
NON	28	15	13	

Les déterminants de la connaissance de l'auto-examen des seins sont donc en majorité : l'âge, la catégorie socio-professionnelle et la présence d'un suivi gynécologique.

Nous avons ensuite tenté de déterminer si certains critères influencent les scores attribués pour la pratique de l'AES. Nous avons sélectionné les 64 femmes le pratiquant, une femme a été exclue car elle n'a pas répondu à l'une des questions nécessaires au calcul du score. L'échantillon est finalement de 63 femmes.

Tableau IX : critères pouvant influencer le score pour la pratique de l'auto-examen des seins.

CRITERES	SCORE DE L'AUTO-EXAMEN DES SEINS			
	n	< 4,5	≥ 4,5	P value
EXPLICATIONS RECUES (n=63)				
OUI	43	20	23	NS
NON	20	7	13	
SUIVI GYNECOLOGIQUE (n=63)				
OUI	42	16	26	NS
NON	21	12	9	
ANTECEDENT BENIN / MALIN DU SEIN (n=63)				
OUI	17	6	11	NS
NON	46	21	25	
ETUDIANTE / PROFESSIONNEL DE SANTE (n=63)				
OUI	16	6	10	NS
NON	47	22	25	

Aucun critère n'influence réellement le score pour la pratique de l'AES, tous les résultats sont non significatifs.

Analyse et Discussion

I. Critique de l'étude :

1) Les limites :

La plus grande faiblesse de cette étude a été de distribuer les questionnaires en format papier, au détriment d'un Google Forms, réduisant de manière conséquente l'effectif final. Car la distribution s'est faite en trois mois et nous avons dû patienter afin de récupérer les dernières réponses. Les questionnaires ont été distribués à des connaissances, qui l'ont elles-mêmes donné à leurs amies, familles ou collègues. Tandis que sur Google Forms, la distribution aurait été plus rapide, à plus grande échelle et cela nous aurait peut-être permis d'étudier plus précisément l'AES et d'obtenir des niveaux de preuves plus fiables. Car cet échantillon de 162 femmes reste correct dans le cadre d'un mémoire, mais ne nous a pas semblé assez conséquent. En effet, nous n'avons recueilli que deux questionnaires témoignant d'antécédents personnels de cancer du sein, cette population aurait pourtant été intéressante à étudier car l'auto-examen des seins les concerne d'autant plus. Le fait de s'être attelé aussi tardivement à la distribution des questionnaires est également responsable de la petite taille de l'échantillon.

Par ailleurs, certaines questions ou précisions ont été omises. Par exemple, lorsque nous avons demandé l'âge de la première grossesse, les fausses couches précoces et les interruptions volontaires de grossesses n'ont pas été mentionnées, ce qui a sûrement biaisé les réponses. La contraception aussi n'a pas été assez développée. Ce qui aurait été intéressant de savoir est le type de pilule prise, car certaines sont seulement progestatives et non oestro-progestatives. La question du nombre d'années d'utilisation de la pilule ou dispositif intra-utérin hormonal devient alors obsolète. L'allaitement quant à lui n'a pas été spécifié, pourtant un allaitement supérieur à un an diminue légèrement les risques de cancer du sein. Une autre question a mal été formulée ; nous demandons si la pratique de l'AES a amené à effectuer une mammographie, alors qu'il aurait été plus judicieux de demander si l'AES avait amené à consulter.

Intentionnellement, certaines questions n'apparaissent pas, comme l'indice de masse corporelle (qui aurait géné certaines femmes) et l'âge de la ménopause (car ce questionnaire interrogeait les femmes jusque 49 ans et la quasi-totalité des femmes n'auraient pas été concernées par la question).

Trois corrections ont été apportées en cours de distribution des questionnaires après avoir reçu soixante-dix réponses : des exemples de contraception, branche paternelle ou maternelle pour les

antécédents familiaux de cancer du sein et mention de la personne ayant détecté l'antécédent bénin du sein dans les cas où les femmes en avaient un. Ces corrections ont été bénéfiques pour les résultats, mais cela réduisait donc de 70 femmes la population totale.

Ensuite, nous avons rencontré un biais de sélection lorsque les questionnaires ont été distribués autour de nous, car la population obtenue n'est pas représentative de toutes les tranches d'âges et des catégories socio-professionnelles dominantes en France. Les questionnaires récupérés provenaient majoritairement d'Île-de-France (quelques-uns en provenance d'autres régions mais en plus petit nombre). Ils touchaient principalement des femmes de notre âge et de notre milieu professionnel, c'est pour cela que la part des étudiantes est fortement représentée, tout comme les 20-29 ans. De même, les étudiantes et professionnelles en santé constituaient un panel beaucoup plus grand que dans la population générale bien que nous ayons sélectionné un quota de questionnaires à distribuer aux étudiantes Sages-Femmes et aux Sages-Femmes, afin de ne pas biaiser notre étude.

Pour finir, nous nous sommes retrouvés devant un biais de jugement, car l'AES n'est pas un examen recommandé et les réponses au questionnaire pouvaient varier en fonction de l'intérêt qu'y portaient les femmes.

2) Les Forces :

Malgré tout, cette étude présente plusieurs points positifs. Tout d'abord, l'anonymat a pu être respecté car les questionnaires n'étaient pas lus lorsque les femmes les rendaient, ils étaient conservés dans une pochette et ensuite triés par tranche d'âge, avant d'être rentrés dans un tableau Excel lorsqu'un grand nombre de réponses étaient collectées. Les femmes pouvaient donc répondre aux questions plus ou moins intimes sans craindre le jugement.

De plus, peu de questionnaires ($n=7$) n'ont pas pu être étudiés, grâce au bouche-à-oreille qui a responsabilisé les femmes. Elles ont répondu avec sérieux et rigueur à l'étude.

L'obtention de nombreuses réponses en dessous de 29 ans est une limite à cette étude mais également une force. Car cela nous donne une vision des connaissances et habitudes de la nouvelle génération. Chaque femme ayant répondu à l'étude est une femme de plus informée sur l'AES, c'est-à-dire une personne de plus qui, potentiellement, le pratiquera. Ce questionnaire a fait prendre conscience à de nombreuses jeunes femmes qu'elles devaient débuter leur suivi gynécologique et que la santé en général englobe celle des seins.

En effet, la santé est au cœur des préoccupations et ce questionnaire a pu répondre aux attentes de certaines car un grand nombre de participantes (de tout âge) ont émis un retour positif, ravis d'avoir enfin des explications sur le sujet. Cet enthousiasme nous a donné l'envie de continuer et d'approfondir ce mémoire. Car c'est un sujet d'actualité, qui a tendance à faire polémique. Les femmes se demandent si elles doivent l'effectuer. Avec la fiche d'explication, elles ont les cartes en main et peuvent décider d'introduire l'AES dans leur quotidien.

II. Analyse des résultats :

1) Les caractéristiques de la population étudiée :

L'échantillon obtenu ne représente pas réellement l'ensemble des femmes en France. Car 61% des femmes ont moins de 29 ans et seulement 10% ont entre 30 et 39 ans car nous avons principalement distribué les questionnaires à notre entourage, touchant une majorité de femmes de notre tranche d'âge. Tandis que du point de vue socio-professionnel, les résultats semblent également hétérogènes mais non représentatifs de la population générale. Le taux d'étudiantes est lié aux tranches d'âge prédominantes. Selon l'INSEE (institut national de la statistique et des études économiques), une majorité de femmes de 30 à 59 ans en France travaillent en tant qu'employées (et moins en tant que profession paramédicales, médicales ou intellectuelles supérieures). Les femmes au chômage et au foyer sont elles aussi sous représentées (71,72).

2) Le suivi gynécologique et les informations dispensées par les professionnels :

a. Les professionnels :

Les résultats ont montré que les Sages-Femmes étaient très peu reconnues comme professionnels aptes à s'occuper du suivi gynécologique, elles regroupent seulement 9% des femmes ayant un suivi (régulier ou non). De plus, la grande majorité des femmes ayant recours à une Sage-Femme ont déjà des enfants. Car c'est principalement au cours de leurs grossesses qu'elles découvrent plus amplement le métier et ses compétences (contraception et suivi gynécologique de prévention). Compétences qui, rappelons-le, sont récentes (depuis la loi HSPT de 2009), ce qui pourrait expliquer que ces nouveaux rôles soient encore méconnus des femmes (73).

Pourtant, les femmes suivies par des Sages-Femmes ont tendance à avoir un suivi plus régulier, c'est-à-dire au moins une fois par an (79% contre 69% pour les Gynécologues et les médecins

Généralistes). Ce qui peut expliquer cette observance vis-à-vis des Sages-Femmes est le temps accordé en consultation (plus long donc laissant place à plus d'écoute).

Les gynécologues quant à eux s'occupent de 86% des femmes de notre échantillon, ils sont une référence, car leur expertise leur permet de prendre en charge la physiologie comme les pathologies. Malheureusement, ils sont de moins en moins nombreux en France, tout comme les Généralistes, actuellement débordés. C'est pourquoi il serait judicieux que l'ensemble de ces praticiens fonctionnent en réseau et se partagent les patientes en fonction de leurs compétences.

Par ailleurs, le suivi gynécologique n'est pas égalitaire entre les différentes tranches d'âge. La quasi-totalité des femmes de 30 à 49 ans ont un suivi régulier, ce qui peut s'expliquer par les grossesses, de plus en plus tardives en France (à 30,7 ans en 2019 selon l'INSEE) (74). Amenant les femmes à consulter durant cette grossesse et à continuer d'aller voir un professionnel par la suite. C'est uniquement les trois quarts des femmes de 20 à 29 ans qui se rendent en consultation gynécologique, pourtant dès 25 ans, un frottis cervico-utérin (FCU) de dépistage pour le cancer du col de l'utérus est recommandé par la Haute Autorité de Santé (75). Nous passons donc à côté d'une grande partie des femmes.

La moitié seulement des jeunes de 18 à 19 ans ont un suivi régulier. Or la moyenne pour la première consultation a été obtenue à 17,4 ans. Cela s'explique avec les consultations gynécologiques ponctuelles, dans le but d'obtenir des informations et une possible contraception, sans revenir par la suite. La formulation de la question faisait en sorte qu'on ne comptabilise pas ces consultations.

b. La contraception :

Le suivi permet de prescrire aux patientes des contraceptions, dont le taux d'utilisation en France est parmi les plus élevés (76). Ce n'était pas le thème de ce mémoire, mais les résultats nous ont interpellés. En effet, 33% (n=53) des femmes de l'étude n'en utilisent pas. Sur ces 53 femmes, 20 seulement n'ont aucun suivi gynécologique. C'est donc majoritairement un choix des patientes.

La pilule est la plus utilisée, tandis que le taux d'usage du préservatif a été biaisé par les idées-reçues. Nous pensons que le préservatif n'est pas reconnu comme une contraception, mais plutôt comme une barrière contre les infections sexuellement transmissibles. C'est également ce que montre une étude : « la fille est généralement associée à la pilule et le garçon au préservatif » (77), le préservatif n'est pas la première contraception à laquelle les femmes pensent. Devant le peu de réponses concernant l'usage du condom sur les soixante-dix premiers questionnaires (n=1), lors de l'amélioration de ce dernier, nous avons rajouté des exemples de contraceptifs (dont le préservatif) afin de définir le terme « contraception ». Par la suite, 9 réponses ont été obtenues.

Les implants et dispositifs intra-utérins (DIU) regroupent 30% des contraceptions utilisées par les femmes de l'étude. Ce qui est plus que dans la population générale, mais correspond aux données sur l'évolution de la contraception en France. Avec l'augmentation de l'utilisation des DIU et de l'implant au détriment de la pilule. « Les femmes de 25 à 29 ans utilisent désormais le DIU dans les mêmes proportions que les femmes de 30 à 34 ans » (78).

c. L'examen clinique des seins et l'explication de l'AES :

Les généralistes effectuant le suivi gynécologique semblent être les plus consciencieux, examinant les seins de leurs patientes annuellement comme recommandé (27). Même si l'effectif n'est pas très représentatif (n=4). Les Sages-Femmes sont de mauvaises élèves avec seulement 86% l'effectuant annuellement. S'il n'est pas recommandé pour les patientes, il est recommandé pour les praticiens. Les femmes ne peuvent pas intégrer le geste et juger de son importance si les professionnels eux-mêmes ne le pratiquent pas. C'est d'ailleurs ce que nous a démontré cette étude, la présence d'un suivi gynécologique influe sur la connaissance de l'AES ($p < 0,00878$).

Pour ce qui est de l'apprentissage de l'auto-examen des seins, les Sages-Femmes semblent, au contraire, être celles qui en parlent le plus à leurs patientes. Pourtant, le taux de patientes informées s'élève seulement à 35%, ce que regrettent les 59% des femmes considérant ne pas avoir eu suffisamment (ou pas du tout) d'informations par leurs praticiens. Ce manque d'explications est la principale raison évoquée par les femmes ne pratiquant pas l'AES.

La plupart des professionnels informent à l'oral, pourtant, les patientes n'ont pas toutes une mémoire auditive. Pour apprendre un enchainement de mouvements, le visuel et la gestuelle permettent plus facilement de le retenir. Ajoutons à cela que les termes peuvent leur être étrangers (différence entre le mamelon et l'aréole par exemple). La meilleure approche serait de leur montrer (en mimant sur nous-même ou avec une vidéo) en leur laissant un dépliant à la fin de la consultation. Cela demanderait du temps aux professionnels qui doivent déjà aborder de nombreux thèmes en priorité (FCU, contraception, maladies sexuellement transmissibles...), mais inciterait plus de femmes à s'auto-examiner. A terme, ce serait peut-être un gain de temps si les cancers pouvaient être détectés plus tôt.

Les informations reçues conditionnent donc la pratique de l'AES ($p < 0,0001$). Mais ce geste doit être expliqué de manière sérieuse, précise et complète afin que la femme ait toutes les informations en sa possession. Car la gestuelle n'est pas la seule chose à évoquer, il faut également aborder la fréquence et le moment (mensuellement quelques jours après les menstruations). Ces informations

peuvent provenir d'autres personnes, comme nous l'ont montré les réponses au questionnaire (18% grâce à leurs proches, d'autres avec internet ou les médias). Le réseau social « Instagram » a été cité dans un questionnaire, ce qui peut être surprenant, mais cela montre que l'AES intéresse les femmes. Tout comme le faible taux de femmes retrouvé dans l'étude ne se sentant pas concernées ou trouvant cet examen non nécessaire.

Nous remarquons également que de nombreuses femmes connaissent l'AES sans forcément avoir reçu d'informations. Il y a donc une conscience collective, les seins sont inclus dans la santé globale. Car c'est une partie du corps importante dans la vie d'une femme, d'un point de vue anatomique et psychologique (il peut être érotisé, nourricier ou affecter la santé de la femme).

Cela confirme donc notre première hypothèse, les informations dispensées par les professionnels de santé sont insuffisantes voire inexistantes.

3) La connaissance et la pratique de l'AES chez les femmes :

Les explications reçues et la connaissance de l'AES augmentent avec l'âge. L'âge influe donc sur la connaissance ($p<0,00051$) et la pratique ($p<0,02245$) de l'AES. C'est l'écart entre les deux qui est interpellant. Quasiment la moitié des femmes connaissant l'AES le réalisent vraiment. Les principales raisons invoquées sont le manque d'informations reçues et l'oubli.

Les femmes de 40 à 49 ans sont les plus nombreuses à s'auto-examiner, au contraire des femmes de 30 à 39 ans, étant celles qui l'utilisent le moins. Ce qui est sûrement dû au fait que la population française met de plus en plus de temps avant d'obtenir un premier enfant, amenant les femmes à devenir mères dans cette tranche d'âge. Or s'occuper de ses enfants prend beaucoup de temps. C'est ce que montre une étude, avec 67 à 90% des femmes qui voient leurs occasions de sortir, faire du sport ou une activité artistique diminuer (ou disparaître), en comparaison avec leurs habitudes avant d'avoir des enfants (79). Elles ont donc moins de temps pour elles et leur santé passe après celle de leurs enfants. Cet examen n'étant pas recommandé, il passe au dernier plan.

Par ailleurs, ce sont les moins de 20 ans, avec 47% connaissant l'AES qui nous ont le plus étonnés. Ce qui nous montre que les femmes se soucient de plus en plus tôt de leur santé et s'intéressent aux changements de leurs seins. Les femmes connaissent mieux leur corps, ce que nous montre le faible nombre de femmes ($n=2$) ayant décrit une gêne lors de la pratique de l'AES. Pour les professionnels, c'est la tranche d'âge qu'il faut responsabiliser, afin que les conseils persistent toute leur vie.

Les catégories socio-professionnelles influent également sur la connaissance ($p<0,04002$) et la pratique de l'AES ($p<0,02682$). Les femmes dans le domaine de la santé sont les plus informées (à 92%)

et donc celles qui le pratiquent le plus (à 62%). Car les explications ne proviennent pas seulement des professionnels de santé, mais surtout de leurs cours, en particulier les étudiantes Sage-Femme.

Tandis que la pratique de l'AES par les femmes au chômage ou au foyer n'est pas corrélée à leur niveau de connaissance. Plusieurs explications peuvent répondre à cela, tout d'abord l'estime de soi, affectée par les représentations de la société, pouvant amener à s'oublier (80). Ainsi que les femmes s'occupant de leurs enfants avec de gros problèmes de santé, devant soigner leurs parents ou autres personnes dépendantes (81).

Ce sont donc 40% des femmes qui pratiquent l'AES, ce qui n'est pas négligeable. Bien que la majorité ne le pratique pas correctement, que ce soit au niveau de la gestuelle ou de la fréquence ou du moment. Avec un score moyen établi à 4,5/10, même si aucun facteur n'avait l'air d'influencer ce score, il fluctue d'une femme à l'autre, quel que soit l'âge, la catégorie socio-professionnelle ou les facteurs de risque de cancer du sein.

Nous pouvons observer qu'aucune femme ne le pratique systématiquement après les règles comme recommandé. Certaines zones sont totalement oubliées comme la partie sus-claviculaire qui n'a été citée que dans deux questionnaires, ou encore le prolongement de la ligne axillaire délaissé par plus de la moitié des femmes. Elles le font à n'importe quel moment du cycle, cela nous montre que l'AES n'est pas ritualisé chez les femmes qui l'utilisent ; elles le font quand elles y pensent. De plus, 5% le pratiquent avant les règles, ce qui est sûrement lié aux mastodynies du syndrome prémenstruel. En effet, l'AES est principalement utilisé lorsque les patientes ressentent des douleurs ou une gêne quelconque. Malgré tout, ce sont 80% des femmes de notre étude qui ont découvert elles-mêmes un changement lorsqu'une mammographie a été demandée.

Car la pratique de l'AES amène parfois à effectuer des examens complémentaires, lorsque qu'un changement est détecté. La plupart s'avère être une pathologie bénigne du sein tel que les kystes et adénofibromes (dans 73% des cas). Ce questionnaire a démontré que la majorité des investigations sont bénéfiques. Ce qui va à l'encontre de l'argument majoritaire utilisé par les personnes ne recommandant pas l'AES car les femmes consultent plus souvent avec la pratique de l'auto-examen des seins et cela se révèle majoritairement utile.

Cela confirme donc notre seconde hypothèse, les femmes ayant eu l'information ne le pratiquent pas correctement. Pourtant, même une pratique peu rigoureuse leur permet d'observer des changements au niveau de leurs seins.

4) L'AES chez les femmes qui devraient être sensibilisées :

Parmi les femmes à risque, seulement 72% ont un examen clinique annuel des seins. Nous

pouvons alors nous demander si l'anamnèse effectuée lors de leur première consultation est suffisamment détaillée, si les facteurs de risque sont bien connus des professionnels.

Au contraire, d'autres praticiens semblent très précautionneux ou veulent simplement rassurer leurs patientes, ce qui les amène à prescrire des examens complémentaires superflus. Parmi les femmes de plus de 40 ans, la majorité a déjà un suivi par mammographie, avec pour seule indication leur âge. Pourtant, sans facteur de risque, les mammographies devraient débuter à 50 ans avec le dépistage organisé. C'est dans cette situation que la prescription d'examens complémentaire est excessive.

Nous observons que seulement 61% de ces femmes devant être sensibilisées à l'AES le sont en réalité. L'information ne leur est pas dispensée en priorité, pourtant, entre deux mammographies, il peut se révéler utile. Comme pour les deux femmes de l'études qui présentent un antécédent personnel de cancer sur sein. Ces deux cancers ont été retrouvé par les patientes elles-mêmes. Malgré une pratique approximative de l'AES, elles ont su se tourner vers des professionnels au bon moment. En effet, leurs scores pour la pratique de l'AES étaient de 7/10 et 3,5/10. Cela nous montre donc que même si l'AES ne respecte pas parfaitement la technique conseillée, il permet de se connaître, de remarquer des changements et finalement, de peut-être de sauver des vies.

Cela infirme donc notre troisième hypothèse, les femmes appartenant à un groupe à risque de cancer du sein ne sont pas plus rigoureuses.

5) Implications et perspectives :

Ce mémoire nous aura montré que l'AES est un geste plus ou moins inné chez les femmes, majoritairement pratiqué lors de douleurs ou d'antécédents de pathologies mammaire. La technique n'est pas parfaite, mais elle a permis à plusieurs femmes de découvrir des changements. Avec une information plus systématique et une explication claire, les femmes pourraient avoir une totale maîtrise de cette partie du corps. Bien entendu, n'étant pas obligatoire et pouvant susciter de l'anxiété, il faut informer les patientes des bénéfices et inconvénients, afin de voir si elles se sentirraient prêtes à l'utiliser mensuellement. C'est pourquoi leur donner une fiche d'explication était le meilleur choix, afin qu'elles aient toutes les informations à portée de main, et qu'elles puissent choisir si elles souhaitent l'utiliser.

L'implication des professionnels de santé est indispensable. Leur formation à ce sujet et à l'examen clinique des seins doit être approfondie. C'est un outil de dépistage précoce non onéreux,

non chronophage qui peut permettre de découvrir un cancer à un stade où la guérison est encore envisageable.

Lors de ce travail, de nombreuses femmes étaient enchantées d'avoir enfin une information sur l'AES. La majorité trouvait que le sujet était actuel, mais débattu. Le principal argument à l'encontre de l'AES est le nombre d'examens complémentaires (mammographie et biopsies) prescrits lorsqu'un changement est détecté, ainsi que l'anxiété que cela peut provoquer. C'est ce que montre une étude dans laquelle, le groupe ayant pratiqué l'AES a effectué deux fois plus de biopsies que le groupe témoin (58). Pourtant, seulement trois femmes de notre étude ont effectué un examen complémentaire superflu, deux ont révélé un cancer du sein et les autres ont retrouvé des pathologies bénignes du sein tel que des kystes, adénofibromes, nodules... Même si ces découvertes ne nécessitent pas forcément de suivi par la suite, après un moment de stress, les femmes sont rassurées. Tandis que d'autres, quant à elles, entament les traitements nécessaires à leur survie.

Les femmes devraient donc pouvoir choisir si elles souhaitent pratiquer l'AES ou non, tout en étant totalement informées des possibles bénéfices et risques. Pour cela, il faudrait lui donner plus de visibilité. Actuellement c'est avec les médias que l'on touche principalement les femmes, c'est ce qu'une association Mozambicaine (l'Associaçao da Luta Contra o Cancer) a essayé de faire en dessinant une affiche pour sa campagne contre le cancer du sein. Des héroïnes mondialement connues (tel que Wonder Woman, cf annexe 5) ont été utilisées afin de montrer aux femmes qu'elles pouvaient toutes être touchées. Le message disait : « Personne n'est immunisé contre le cancer du sein. Quand on parle de cancer du sein, il n'y a pas de femmes ou de super femmes [superwomen]. Tout le monde doit faire un auto-examen mensuel. Combattez avec nous contre l'ennemie, et en cas de doute, contactez votre médecin » (82).

En France, c'est avec les initiatives lors d'Octobre Rose que nous obtenons de la visibilité. Par exemple, c'est durant cette période que des cours sont donnés par l'institut Curie aux femmes afin d'apprendre à s'auto-examiner sur des bustes (83). Autant pour les femmes sans antécédent, que pour celles ayant un suivi par mammographie à la suite d'un cancer du sein. Il serait donc intéressant que les campagnes de sensibilisation en parlent davantage.

Conclusion

Notre étude avait plusieurs objectifs ; tout d'abord savoir si des informations sur l'AES sont apportées par les professionnels. A cela, nous avons pu montrer que seul un tiers des professionnels en parlaient à leurs patientes. Or ces explications ne sont pas optimales, c'est la cause principale évoquée lorsque les femmes n'utilisent pas l'AES. De plus, peu de femmes s'examinent correctement, c'est ce que nous avons pu voir avec le calcul d'un score pour la pratique de l'AES, évaluant la gestuelle, les zones palpées, la fréquence et le moment choisi pour l'effectuer. Au total, les femmes ont une moyenne de 4,5/10 car la plupart le pratique occasionnellement, en majorité lorsque les seins sont douloureux (donc rarement tous les mois et encore moins en début de cycle après les règles). Des zones sont oubliées comme les zones sous axillaires et sus-claviculaires. Les femmes sensibilisées ne le font donc pas de manière efficace. Mais cette pratique, même incomplète, a permis à plusieurs femmes de découvrir des changements et donc de consulter. L'effectuer parfaitement serait idéal, mais la pratique approximative est déjà un premier pas pour le dépistage du cancer du sein.

De plus, nous souhaitions savoir si les femmes à risque de cancer du sein étaient plus rigoureuses. Mais ce n'est pas un critère qui influence la pratique car elles n'ont pas plus d'informations que les autres femmes à ce sujet. Cependant, nous avons pu observer que l'âge, les catégories socio-professionnelles et le suivi gynécologique jouaient un rôle dans la connaissance et la pratique de l'AES.

Ce travail nous a rappelé l'importance de l'auto-examen des seins, qui s'avère être un outil de la vie quotidienne, qui ne demande pas de grandes connaissances en anatomie. Il permet pour les femmes de moins de 50 ans (avant le début du dépistage systématique) d'intervenir plus rapidement si un changement est décelé. Informer les patientes est le rôle des professionnels de santé chargés du suivi gynécologique. Il faudrait alors insister au cours de leurs études sur l'examen clinique des seins et la pratique de l'AES.

Les femmes doivent se responsabiliser et devenir actrices de leur santé. Pour cela, elles ont de plus en plus d'informations provenant des médias et d'internet à leur disposition, mais la véracité de ces dernières laisse à désirer. C'est pour cela que certaines campagnes de sensibilisations encadrées par des professionnels devraient l'aborder. Personne n'est intouchable, nous avons tous un rôle à jouer, femmes et professionnels doivent se battre ensemble dans cette lutte contre le cancer du sein.

Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé - Cancer [Internet]. [cité 19 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. WHO - Cancer du sein: prévention et lutte contre la maladie [Internet]. [cité 15 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/fr/index1.html>
3. Mathers C, Fat DM, Boerma JT, World Health Organization, éditeurs. *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008. 146 p.
4. Haute Autorité de Santé - Dépistage et prévention du cancer du sein [Internet]. [cité 27 déc 2018]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf
5. Institut National du Cancer - Le cancer du sein [Internet]. [cité 4 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein>
6. Fondation pour la Recherche Médicale - Les cancers du sein en chiffres [Internet]. [cité 4 juin 2019]. Disponible sur: <https://www frm.org/recherches-cancers/cancer-du-sein/les-cancers-du-sein-en-chiffres>
7. SAGLIER J, POMMEYROL A, BOUILLET T, HENNEBICQUEN A-S. *Cancer du sein : questions et réponses au quotidien*. 2ème. Paris: Masson; 2003.
8. La Ligue contre le cancer - Le cancer à travers les siècles... [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: [/article/26009_le-cancer-travers-les-siecles](https://article/26009_le-cancer-travers-les-siecles)
9. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé - Compte-rendu de l'Audition des Gynécologues médicaux du 2 février 2011 [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte-rendu_de_l_audition_des_Gynecologues_medicaux.pdf
10. Institut National de Cancer - Cancer du sein : quelles modalités de dépistage, pour quelles femmes ? [Internet]. [cité 29 mai 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/5052/document/cancer-sein-depistage_assurance-maladie.pdf
11. Defossez G, Le Guyader-Reyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E, Delafosse P, Molinié F, Woronoff A-S, Bouvier A-M, Remontet L, Bossard N, Monnereau A. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 [internet]. Santé publique (Jouvé). [cité juil 2019] : 20 . Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Synthese-Estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-entre-1990-et-20182>
12. Haute Autorité de Santé - Cancer du sein : modalités spécifiques de dépistage pour les femmes à haut risque [Internet]. [cité 27 déc 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1740821/fr/cancer-du-sein-modalites-specifiques-de-depistage-pour-les-femmes-a-haut-risque

13. Haute Autorité de santé - Dépistage du cancer du sein chez les femmes de 40 à 49 ans et de 70 à 79 ans en France [internet]. [cité 21 mar 2013]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/note_de_cadrage_-_depistage_du_cancer_du_sein_chez_les_femmes_de_40-49_ans_et_70-79_ans.pdf
14. Institut National du Cancer - Prédispositions génétiques : Facteurs de risque [Internet]. [cité 29 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Facteurs-de-risque/Predispositions-genetiques#toc-mutation-des-g-nes-brca1-et-brca2>
15. Institut National du Cancer - Synthèse : Femmes porteuses d'une mutation de BRCA1 ou BRCA2 / Détection précoce du cancer du sein et des annexes et stratégies de réduction du risque [Internet]. [cité 4 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Synthese-Femmes-porteuses-d'une-mutation-de-BRCA1-ou-BRCA2-Detection-precoce-du-cancer-du-sein-et-des-annexes-et-strategies-de-reduction-du-risque>
16. Horn-Ross PL, John EM, Lee M, Stewart SL, Koo J, Sakoda LC, et al. Phytoestrogen consumption and breast cancer risk in a multiethnic population: the Bay Area Breast Cancer Study. *Am J Epidemiol.* 1 sept 2001;154(5):434-41.
17. Razanamahefa L, Moy F, Thomann C. Acides gras alimentaires et cancer : état des connaissances et perspectives [internet]. [cité nov 2003]. Disponible sur : <https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT-Ra-AGcancer.pdf>
18. Cancer et environnement - Pesticides et risque de cancer [Internet]. [cité 29 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.cancer-environnement.fr/326-Pesticides.ce.aspx>
19. Guénel P. Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations - Pesticides et cancer du sein [Internet]. [cité 29 mai 2019]. Villejuif : 7. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/4820/?sequence=95>
20. Légifrance - Arrêté du 12 octobre 2011 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes et portant abrogation de dispositions réglementaires [internet]. [cité 20 sept 2011]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024686131>
21. Code de la santé publique - Compétences générales des sages-femmes [Internet]. [cité 4 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/11/Comp%C3%A9tences-g%C3%A9n%C3%A9rales-des-sages-femmes.pdf>
22. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes - Le droit de prescription [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/droit-prescription/>
23. Collège National des Sages-Femmes de France - Sage-Femme et prescription [Internet]. [cité 4 juin 2019]. Disponible sur: <https://static.cnsf.asso.fr/wp-content/uploads/2017/11/cnsf-dossiers-thematiques-2015-sage-femme-et-prescriptions-T2.pdf>
24. Union Régionale des Professionnels de Santé Sages-Femmes d'Île-de-France - Démographie et activité des sages-femmes libérales en Île de France [Internet]. [cité 15 mars 2020]. Disponible sur: <http://www.urps-sf-idf.fr/wp-content/uploads/2015/01/URPS-rapport-synth%C3%A8se-v2b.pdf>

25. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français - Examen gynécologique [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/gynecologie_examensite/html/cours.pdf
26. Institut National du Cancer - Définition dépistage [Internet]. [cité 20 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/D/depistage>
27. Haute Autorité de Santé - Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives [Internet]. [cité 15 mars 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf
28. American College of Obstetricians and Gynecologists - Clinical Breast Examination [Internet]. [cité 15 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.acog.org/About-ACOG/ACOG-Departments/Annual-Womens-Health-Care/Well-Woman-Recommendations/Clinical-Breast-Examination?IsMobileSet=false>
29. Provencher L, Hogue JC, Desbiens C, Poirier B, Poirier E, Boudreau D, et al. Is clinical breast examination important for breast cancer detection ? *Curr Oncol.* août 2016;23(4):e332-9.
30. Layde PM, Webster LA, Baughman AL, and al. The independant associations of parity, age at first full term pregnancy, and duration of breast feeding with the risk of breast cancer. *J Clin Epidemiol* 42. 1989. p 963-973
31. The Lancet - Breast cancer and breastfeeding : collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. July 2002. Vol 360. Issue 9328. p 187-195.
32. Direction Nationale de la Santé - Nutrition et prévention des cancers, des connaissances scientifiques aux recommandations. Jan 2009. 56 p.
33. ANSES - Nutrition et cancer Rapport d'expertise collective. Édition scientifique. mai 2011.78p.
34. Davanzo R, Zauli G, Monasta L et al. Human colostrum and breast milk contain high levels of TNF-related apoptosis-inducing ligand (TRAIL). *J Hum Lact.* 2013 ; 29(1) : 23-5.
35. Institut National du Cancer - Définition examen complémentaire [Internet]. [cité 29 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/E/examen-complementaire>
36. Institut National du Cancer - Définition biopsie [Internet]. [cité 4 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Dictionnaire/B/biopsie>
37. Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé - Classification en six catégories des images mammographiques en fonction du degré de suspicion de leur caractère pathologique (en dehors des images construites et des variantes du normale) : Correspondance avec le système Birads de l'american college of radiology (ACR) [Internet]. [cité 31 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.arcades-depistages.com/Files/Other/ACR-fevrier2002.pdf>
38. Kalcinski J, Régnier-Denois V, Ouédraogo S, Dabakuyo-Yonli TS, Dumas A, Arveux P, et al. Dépistage organisé ou individuel du cancer du sein ? Attitudes et représentations des femmes. *Santé Publique.* 10 juin 2015;Vol. 27(2):213-20.

39. Dujoncquoy S, Migeot V, Gohin-Pério B. Information sur le dépistage organisé du cancer du sein : étude qualitative auprès des femmes et des médecins en Poitou-Charentes. *Santé Publique*. 2006;Vol. 18(4):533-47.
40. Haute Autorité de Santé - La participation au dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans en France : Situation actuelle et perspectives d'évolution [Internet]. [cité 4 juin 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/argumentaire_-_participation_depistage_cancer_du_sein_2012-02-02_15-27-14_245.pdf
41. Canadian Task Force on Preventive Health Care - Patient Tool - All Ages [Internet]. [cité 31 mai 2019]. Disponible sur: https://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2019/01/CTFPHC_Breast_Cancer_1000_Person-Final_v10.pdf
42. Canadian Task Force on Preventive Health Care - Patient Tool - Ages 40-49 [Internet]. [cité 31 mai 2019]. Disponible sur: https://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2019/01/CTFPHC_Breast_Cancer_1000_Person-Single-Pages-40-49-Final_v11.pdf
44. Haute Autorité de Santé - Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation: Juin 2007. *Obésité*. mars 2009;4(1):39-43.
45. Hsairi M, Gobrane HB, Alaya NB, Bellaaj R, Achour N. Connaissances et attitudes des étudiants en fin d'études médicales vis-à-vis des dépistages des cancers du col utérin et du sein. *Sante Publique (Bucur)*. 2007;Vol. 19(2):119-32.
46. Hassan LM, Mahmoud N, Miller AB, Iraj H, Mohsen M, Majid J, et al. Evaluation of effect of self-examination and physical examination on breast cancer. *The Breast*. 1 août 2015;24(4):487-90.
47. Albeshan SM, Hossain SZ, Mackey MG, Brennan PC. Can Breast Self-examination and Clinical Breast Examination Along With Increasing Breast Awareness Facilitate Earlier Detection of Breast Cancer in Populations With Advanced Stages at Diagnosis? *Clin Breast Cancer* [Internet]. 11 févr 2020 [cité 16 mars 2020]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1526820920300318>
48. National Breast Cancer Foundation - Symptoms and Signs [Internet]. [cité 16 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.nationalbreastcancer.org/breast-cancer-symptoms-and-signs>
49. Bartow SA, Pathak DR, Black WC, Key CR, Teaf SR. Prevalence of benign, atypical, and malignant breast lésions in populations at different risk for breast cancer. A forensic autopsy study. *Cancer*. 1 déc 1987;60(11):2751-60.
50. Roth MY, Elmore JG, Yi-Frazier JP, Reisch LM, Oster NV, Miglioretti DL. Self-Detection Remains a Key Method of Breast Cancer Detection for U.S. Women. *J Womens Health*. 15 juin 2011;20(8):1135-9.
51. PERRET F. Examen clinique. Le sein. Édit. Eska Paris 2019 : 85-89
52. Stevens VM, Hatcher JW, Bruce BK. How compliant is compliant? Evaluating adherence with breast self-exam positions. *J Behav Med*. 1 oct 1994;17(5):523-34.
53. Association Le Cancer du Sein, Parlons-en ! - Des symptômes au diagnostic [Internet]. [cité 27 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.cancerdusein.org/le-cancer-du-sein/des-symptomes-au-diagnostic>

54. Austoker J. Screening and self examination for breast cancer. *BMJ*. 16 juill 1994;309(6948):168-74.
55. Association Le Cancer du Sein, Parlons-en ! - Le cancer du sein : Ce que les femmes doivent savoir [Internet]. [cité 27 déc 2018]. Disponible sur: https://www.cancerdusein.org/images/PDF/brochure/Brochure_Cancerdusein.pdf
56. Légifrance - Code de la santé publique - Article L1111-2 [internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031927568&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160128>
57. Canadian cancer society - L'auto-examen des seins ce que vous pouvez faire [Internet]. [cité 27 déc 2018]. Disponible sur: https://pharmacie.ma/uploads/pdfs/auto_examen_des_seins.pdf
58. Kösters JP, Gøtzsche PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(2):CD003373.
59. Saurel-Cubizolles MJ, Saucedo M, Drewniak N, Blondel B, Bouvier-Colle MH. Santé périnatale des femmes étrangères en France. *Bull Epidémiol Hebd*. 2012: 30-34.
60. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé - Surveillance des prothèses mammaires [Internet]. [cité 4 juin 2019]. Disponible sur: [https://www.ansm.sante.fr/Activites/Surveillance-des-dispositifs-medicaux-implantables/Surveillance-des-protheses-mammaires/\(offset\)/0](https://www.ansm.sante.fr/Activites/Surveillance-des-dispositifs-medicaux-implantables/Surveillance-des-protheses-mammaires/(offset)/0)
61. Bachelot-Narquin R. Préface [Internet]. Presses de l'EHESP; 2012 [cité 4 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/innover-contre-les-inegalites-de-sante--9782810900794-page-V.htm>
62. Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse - Education à la sexualité [Internet].. [cité 2 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/cid115029/education-a-la-sexualite.html>
63. The National Breast Cancer Foundation - Information, Awareness & Donations :: [Internet]. [cité 4 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.nationalbreastcancer.org/>
64. The National Breast Cancer Foundation - Early Detection [Internet]. [cité 16 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.nationalbreastcancer.org/early-detection-of-breast-cancer>
65. Canadian Breast Cancer Network - Diagnosing Breast Cancer [Internet].. [cité 16 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.cbcn.ca/en/diagnosing-breast>
66. Keep A Breast Foundation Europe - CHECK YOURSELF : l'application mobile de prévention contre le cancer du sein [Internet]. [cité 4 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.keep-a-breast.fr/check-yourself-lapplication-mobile-de-prevention-contre-le-cancer-du-sein-lancee-par-keep-a-breast-fondation/>
67. Clue - Period and Ovulation Tracker for iPhone and Android [Internet]. [cité 24 mars 2020]. Disponible sur: <https://hellocle.com>
68. Flo.health - Une application pour bénéficier d'un calendrier de son ovulation, du suivi de ses règles et de sa grossesse [Internet]. [cité 24 mars 2020]. Disponible sur: <https://flo.health/fr>

69. App Store - Dépistage [Internet]. [cité 24 mars 2020]. Disponible sur: <https://apps.apple.com/fr/app/d%C3%A9pistage/id967938520>
70. Mon réseau cancer du sein - L'appli MRCS et nos développeurs dans Ouest France! [Internet]. [cité 24 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.monreseau-cancerdusein.com/actualites/lappli-mrcs-et-nos-developpeurs-dans-ouest-france>
71. Insee - Population selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle [Internet]. [cité 20 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381478>
72. Insee - Population par sexe et groupe d'âges [Internet]. [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381474>
73. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes - Suivi gynécologique et contraception [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/le-suivi-gynecologique-de-prevention-et-les-consultations-en-matiere-de-contraception/>
74. Insee - Âge moyen de la mère à l'accouchement [Internet]. [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390#tableau-figure1>
75. HAS - Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. juill 2010;40(3):279-82.
76. HAS - État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. [cité 6 avr 2020]. Disponible sur: https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
77. Adohinzin CCY, Méda N, Belem AMG, Ouédraogo GA, Berthé A, Sombié I, et al. Utilisation du préservatif masculin : connaissances, attitudes et compétences de jeunes burkinabè. Sante Publique (Bucur). 14 mars 2017;Vol. 29(1):95-103.
78. Santé Publique France - Journée mondiale de la contraception. Quelles évolutions dans le schéma contraceptif des Françaises ? [Internet]. 2017 [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2017/26-septembre-2017-journee-mondiale-de-la-contraception.-quelles-evolutions-dans-le-schema-contraceptif-des-francaises>
79. BAUER D. Le temps des parents après une naissance. Ministère de la santé et de la solidarité. avr 2006; (483): 8 p.
80. Nos Pensées - Femmes au foyer : le visage de ces femmes invisibles [Internet]. 2016 [cité 3 avr 2020]. Disponible sur: <https://nospensees.fr/femmes-au-foyer-le-visage-de-ces-femmes-invisibles/>
81. Dieu A-M, Delhaye C, Cornet A. Les femmes au foyer: Des activités méconnues et peu valorisées en employabilité. Trav Empl. 15 juin 2010;(122):27-38.
82. Actuallite - Wonder Woman, Tornade, Catwoman engagées contre le cancer du sein [Internet]. [cité 5 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.actuallite.com/article/bd-manga-comics/wonder-woman-tornade-catwoman-engagees-contre-le-cancer-du-sein/29883>

83. CareVox - L'autopalpation des seins : un geste simple qui peut vous sauver la vie [Internet]. [cité 16 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.carevox.fr/femmes-grossesses/L-autopalpation-des-seins-un-geste-simple-qui-peut-vous-sauver-la-vie>

Annexes

Annexe 1 : score d'Eisinger.

CALCUL DU SCORE D'EISINGER ET CONDUITE À TENIR

Pour calculer le score d'Eisinger, les cotations doivent être additionnées pour chaque cas de la même branche parentale.

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

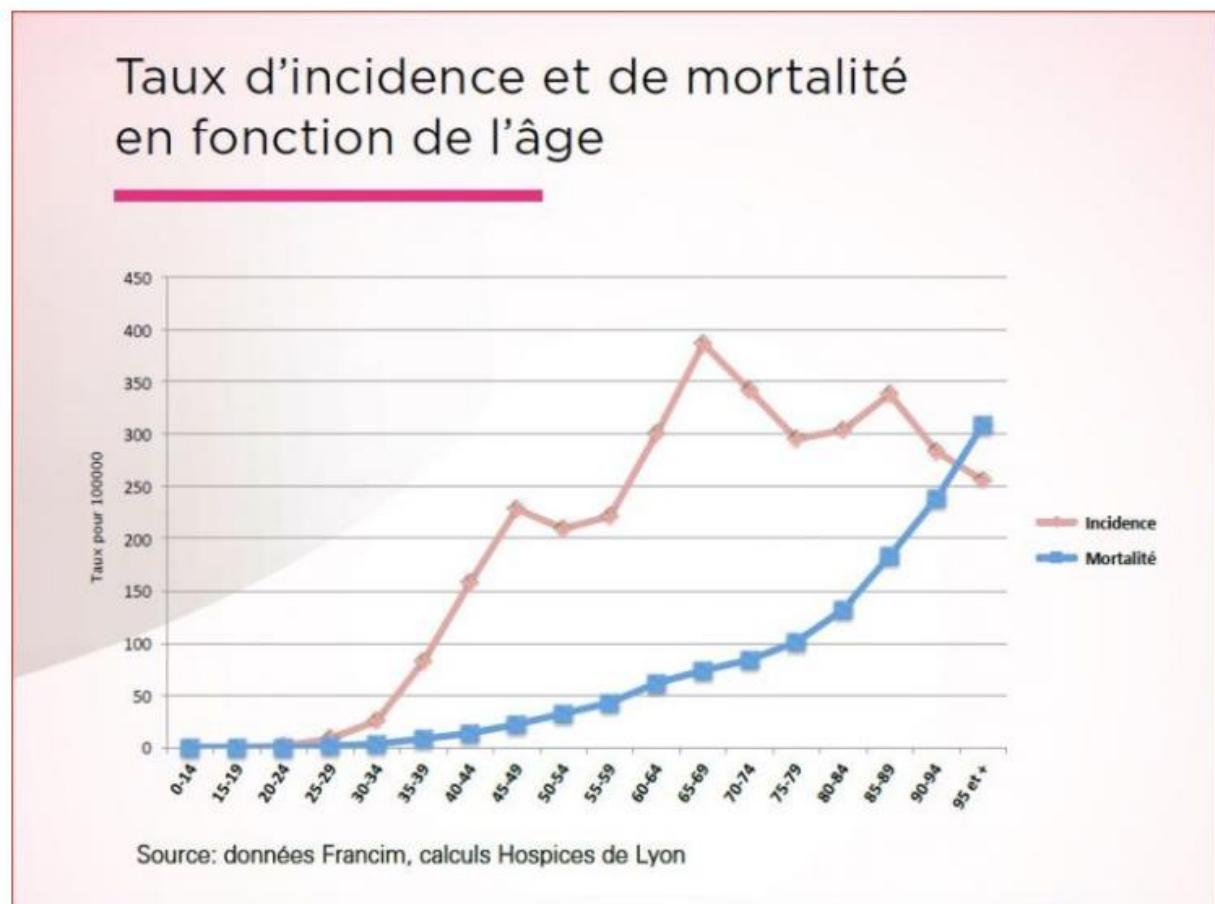
Accessible à tous depuis le site : <http://adeca12.fr/wp-content/uploads/2015/03/score-eisinger.jpg>

Annexe 2 : classification ACR.

Classification des anomalies mammographiques de BI-RADS (<i>Breast Imaging Reporting and Data System</i>) de l'ACR (<i>American College of Radiology</i>) adaptée par l'Anaes		
ACR	Anomalies mammographiques	Interprétation et Attitude
ACR 1	Aucune anomalie	
ACR 2	<ul style="list-style-type: none"> - Opacités rondes avec macrocalcifications (adénofibrome ou kyste) - Opacités ovales à centre clair (ganglion intra-mammaire) - Opacités rondes correspondant à un kyste typique en échographie - Image de densité graisseuse ou mixte (lipome, hamartome) - Cicatrices connues - Macrocalcifications isolées (adénofibrome, kyste, cytostéatoné-crose, ectasie sécrétante) - Microcalcifications de type 1 d'après Le Gal - Calcifications vasculaires 	Anomalie bénigne identifiable ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire
ACR 3	<ul style="list-style-type: none"> - Microcalcifications de type 2 d'après Le Gal en foyer unique ou multiple ou nombreuses calcifications dispersées groupées au hasard - Opacités rondes ou ovales, discrètement polycycliques non calcifiées, bien circonscrites, non typiquement liquidiennes en échographie ou pour lesquelles l'échographie n'est pas réalisée - Asymétries focales de densité à limites concaves et/ou mélangées à de la graisse 	Forte probabilité de bénignité mais une surveillance à court terme est conseillée
ACR 4	<ul style="list-style-type: none"> - Microcalcifications de type 3 d'après Le Gal groupée en amas, ou de type 4 peu nombreuses - Images spiculées sans centre dense - Opacités non liquidiennes rondes ou ovales, à contour microlobulé ou masqué - Distorsions architecturales - Asymétries ou hyperdensités localisées évolutives ou à limites convexes 	Anomalie indéterminée ou suspecte, qui fait poser l'indication d'une vérification histologique
ACR 5	<ul style="list-style-type: none"> - Microcalcifications de type 5 d'après Le Gal ou de type 4 nombreuses et groupées - Amas de microcalcifications de topographie galactophorique - Microcalcifications évolutives ou associées à une anomalie architecturale ou à une opacité - Opacités mal circonscrites à contours flous et irréguliers - Opacités spiculées à centre dense 	Forte probabilité de malignité, qui fait poser l'indication d'une vérification histologique

Accessible depuis : <https://www.medical-actu.com/cours/cancerologie/depistage-du-cancer-du-sein/>

Annexe 3 : Etude épidémiologique du cancer du sein en fonction de l'âge.



Taux d'incidence et de mortalité en fonction de l'âge

Disponible sur : <https://www.europadonna.fr/le-cancer-du-sein/epidemiologie-cancer-du-sein/>

Annexe 4 : questionnaire.

Questionnaire sur l'auto-examen des seins

(→ 3 minutes)

Bonjour,

Actuellement en dernière année d'études de Sage-Femme, je dois réaliser un mémoire. J'ai choisi d'aborder la connaissance et la pratique de **l'auto-examen des seins** pour les femmes de **18 à 49 ans**.

Afin de m'aider, il vous suffit de répondre aux questions ci-dessous (si vous êtes une femme et avez entre 18 et 49 ans). Puis de les rendre à votre professionnel de santé lors du rendez-vous (ou de me les redonner en personne). Ce n'est pas un test de culture, seule la vérité m'intéresse.

Ceci est entièrement **anonyme**.

Lauriane Bernon

Ps : pour toute question complémentaire, vous pouvez m'envoyer un mail à l'adresse suivante : lauriane.bernon@gmail.com

Caractéristiques générales :

- 1) Age : Ans
- 2) Profession (si étudiante précisez le secteur de vos études) :

Caractéristiques obstétricales :

- 1) Nombre d'enfants :
- 2) Age de la première grossesse : Ans

Caractéristiques gynécologiques :

- 1) Age des premières règles : Ans
- 2) Contraception (pilule, préservatif, implant, stérilet, patch, anneau...)
 - **Oui** :
 - Si pilule/stérilet hormonal actuel(le) ou antérieur(e) depuis combien de temps ? ... Ans
- **Non**

3) Avez-vous un suivi gynécologique ?

○ **Oui**

- Depuis quel âge ? Ans
- Consultations régulières (≥ 1 fois par an) : Oui / Non
- Par qui ? Médecin généraliste / Gynécologue / Sage-Femme

○ **Non**

4) Avez-vous des antécédents gynécologiques (maladies, infections, opérations) ?

.....
.....

5) Avez-vous un antécédent personnel du sein sans gravité (adénofibrome, kyste, autre) ?

.....
Par qui a-t-il été détecté ?

6) Avez-vous un antécédent personnel de cancer du sein ?

- **Oui** : par qui a-t-il été détecté ?
- **Non**

7) Avez-vous déjà réalisé une mammographie ?

- **Oui** : pour quelle raison ?

.....
.....

○ **Non**

8) Avez-vous des antécédents familiaux de cancer du sein ?

- **Oui** : degré de parenté (paternel/maternel)
- **Non**

Auto-examen des seins :

= auto-palpation des seins à la recherche de changements, dans le but de dépister un cancer du sein.

1) Connaissez-vous ? Oui / Non

2) Vous l'a-t-on déjà expliqué ?

○ **Oui**

- Qui ? Médecin généraliste / Gynécologue / Sage-femme / Médias / Internet / Un proche
- Comment ? Oralement / avec une fiche d'explications / en vous montrant / avec une vidéo

○ **Non**

3) Votre professionnel de santé vous examine-t-il les seins ?

○ **Oui**

- Fréquence : Chaque consultation / 1 fois par an / Rarement
- Depuis quel âge ? Ans

○ **Non**

4) Le pratiquez-vous ?

○ **Non**

○ **Oui**

- Fréquence : Tous les mois / Plusieurs fois par an / 1 fois par an / Rarement
- Quand ? Avant/ Après les règles/ Peu importe
- Vous a-t-il amené à faire des examens supplémentaires ?

Oui : le résultat était : Sans gravité/ Nécessitant un suivi/ Nécessitant un traitement (médicament, chirurgie)

Non

- Comment ? Cochez les **positions** que vous faites :

Assise

Bras levé

Avec miroir

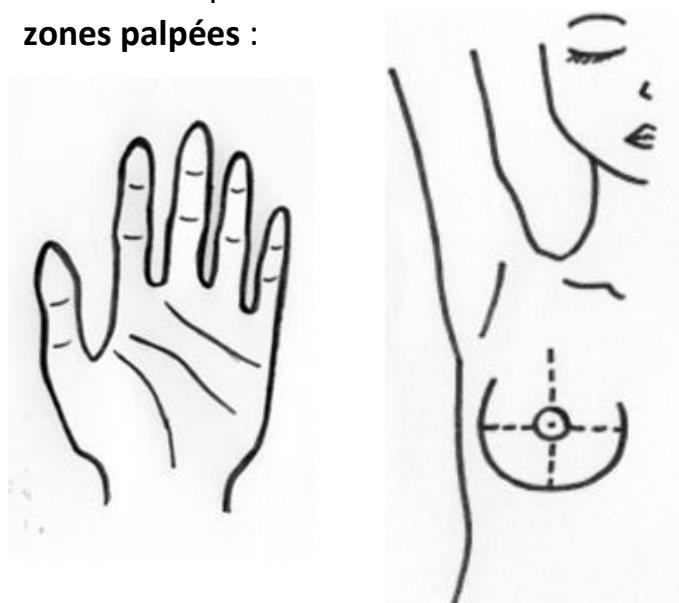
Debout

Bras le long du corps

Sans miroir

Allongée

Hachurez la partie de votre **main** utilisée et les **zones palpées** :



Cochez les **gestes** que vous faites :

- Pression du mamelon
- Contour de l'aréole
- Petits ronds
- De l'extérieur vers le centre
- Faire rouler la glande mammaire
- Recherche de ganglions axillaire (sous le bras)
- Recherche de ganglion au-dessus de la clavicule

5) Si vous ne réalisez jamais ou rarement l'auto-examen des seins, pour quelle(s) raison(s) ?

- Je ne connais pas
- J'oublie
- Ce geste me gêne
- On ne m'a jamais expliqué comment faire
- On ne m'a pas expliqué à quelle fréquence je dois le faire
- J'ai peur de découvrir un changement
- Cela ne me semble pas nécessaire
Pourquoi ?
- Autre :

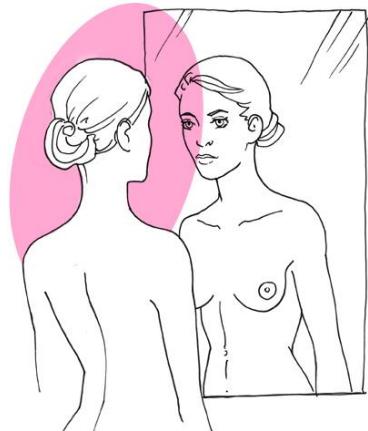
Merci de votre participation ☺

Gardez pour vous les deux dernières feuilles !

L'auto-examen des seins

➔ Tous les mois en début de cycle.

1- Debout, devant un miroir



Observer et comparer les deux seins, bras tendus puis bras levé : la peau, le galbe du sein, le mamelon, la ligne axillaire et au-dessus de la clavicule.

2 - Levez le bras droit



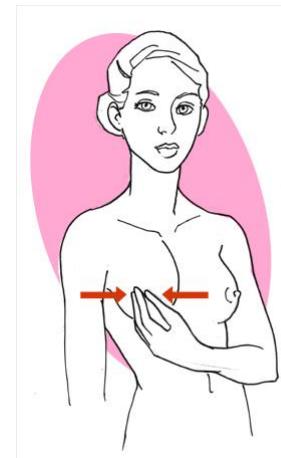
Avec la main à plat, palpez le sein de l'extérieur vers l'intérieur, en effectuant de **petits cercles**. Puis faire rouler la glande mammaire en douceur.

3 - Veillez à examiner tout le sein



Une **attention particulière** doit être portée à la zone **entre le sein et l'aisselle** et au-dessus des clavicules.

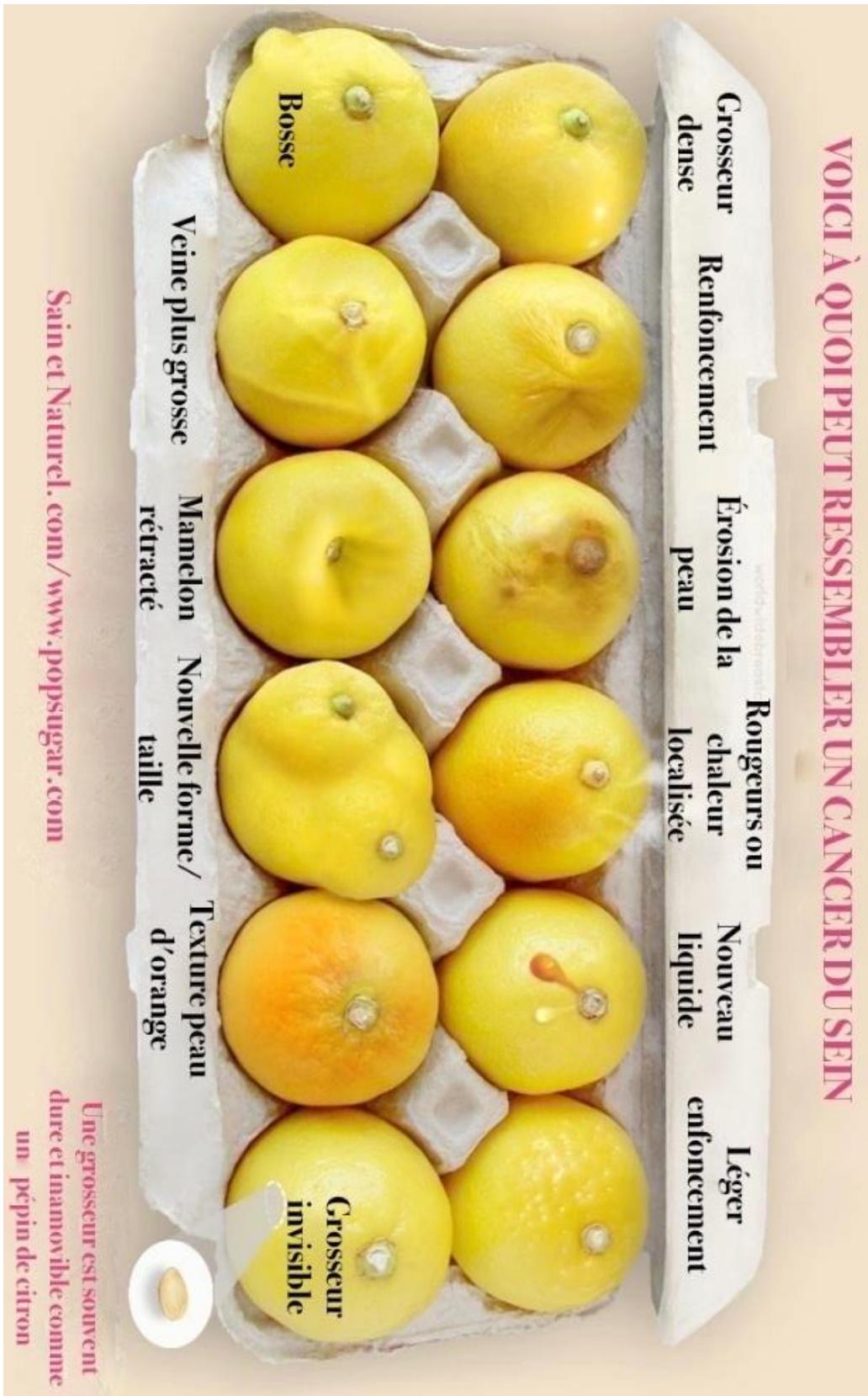
4 - Terminez par le mamelon



Palper le contour de l'aréole et pressez délicatement le mamelon et vérifiez qu'aucun écoulement ne se produit.

Répétez l'auto-examen sur le sein gauche

VOICI À QUOI PEUT RESSEMBLER UN CANCER D'USEIN



- ✓ Pour plus d'informations, vous pouvez vous rendre sur : www.cancerdusein.org
- ✓ Pour apprendre à s'auto-examiner : « Comment faire l'auto-palpation du sein | Astuces Santé » www.youtube.com

Annexe 5 : campagne publicitaire 2011.



Disponible sur : <https://www.actualitte.com/article/bd-manga-comics/wonder-woman-tornade-catwoman-engagees-contre-le-cancer-du-sein/29883>

Glossaire

ACR : american college of radiology.

AES : auto-examen des seins.

BRCA : breast cancer gene.

CSP : catégories socio-professionnelles.

DIU : dispositif intra-utérin.

FCU : frottis cervico-utérin.

HAS : haute autorité de santé.

HPST : hôpital, patients, santé et territoire.

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques.

NS : non significatif.

PTS : points.

Résumé : L'auto-examen des seins n'est pas recommandé par les autorités sanitaires, c'est pourtant un premier geste de dépistage accessible à tous contre le cancer du sein.

Objectif : avoir une idée des informations apportées par les professionnels et si elles permettent aux femmes d'avoir une idée de l'importance du geste. Afin de savoir si les femmes sont sensibilisées et le font de manière efficace (fréquence et qualité de la réalisation).

Méthode : étude quantitative descriptive via un questionnaire distribué à 162 femmes de 18 à 49 ans.

Résultats : 74% des femmes de l'étude le connaissent, or seulement 40% le pratiquent. Cela est une conséquence des explications incomplètes et du peu de professionnels de santé abordant le sujet (32% en parlent à leurs patientes). Un score évaluant la pratique en termes de gestuelle, fréquence et moment de sa réalisation a été créé, obtenant une moyenne de 4,5/10. Les informations dispensées sont donc insuffisantes, beaucoup de femmes ne savent pas qu'il doit se faire mensuellement après les règles et qu'il comprend les zones sous axillaires et sus claviculaires). Des critères influencent la pratique et la connaissance de l'auto-examen des seins, tel que l'âge, la catégorie socio-professionnelle et le suivi gynécologique.

Abstract : Self breast exam's not recommended by the authorities, nevertheless, it is the first universal screening test against breast cancer.

Goal : to synthesize the information given by professionals and determine whether it conveys the importance of self breast exam to women. Ultimately, the goal is to evaluate women's awareness and whether the act is sufficiently performed (frequency and quality).

Methods : a quantitative and descriptive study through a survey given to 162 women from 18 to 49 years old.

Results : 74% of women study group know the self breast exam, yet only 40% performs it. This is a consequence of incomplete explanations and a lack of outreach from professionals (32% addresses the topic with their patients). A score evaluating the gesture, frequency and the moment of execution has been created, and the average was 4.5/10. Thus, the information given is insufficient ; a considerable amount of women are not aware that self breast examination has to be done monthly after their period and that it includes the axillary and subclavicular regions. Some factors affect the knowledge and execution of the gesture such as age, socio-professional category and gynecologic follow-ups.

Mots clefs : auto-examen des seins, dépistage, cancer du sein, pratique, suivi gynécologique.

Nombre de pages : 50

Annexes : 5

Nombre de références bibliographiques : 83