



HAL
open science

L'autosurveillance mammaire chez les femmes : étude observationnelle descriptive, par questionnaires auprès de 500 femmes majeures de Moselle, de décembre 2019 à février 2020

Doriane Muller

► **To cite this version:**

Doriane Muller. L'autosurveillance mammaire chez les femmes : étude observationnelle descriptive, par questionnaires auprès de 500 femmes majeures de Moselle, de décembre 2019 à février 2020. Médecine humaine et pathologie. 2020. hal-04336310

HAL Id: hal-04336310

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04336310v1>

Submitted on 11 Dec 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine
École de Sages-femmes de METZ

**L'autosurveillance mammaire
chez les femmes.**

*Étude observationnelle descriptive, par questionnaires
auprès de 500 femmes majeures de Moselle, de décembre 2019 à février 2020.*

Mémoire présenté et soutenu par

Doriane MULLER

Née le 20 mai 1996

Directeur de mémoire : Gina Gratier

Sage-femme enseignante

Promotion 2016 - 2020

Université de Lorraine
École de Sages-femmes de METZ

L'autosurveillance mammaire chez les femmes.

*Étude observationnelle descriptive, par questionnaires
auprès de 500 femmes majeures de Moselle, de décembre 2019 à février 2020.*

Mémoire présenté et soutenu par

Doriane MULLER

Née le 20 mai 1996

Directeur de mémoire : Gina Gratier

Sage femme enseignante

Promotion 2016 - 2020

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à cette étude et qui ont été présentes pour moi au cours de ces années de formation.

À Madame Gina Gratier, sage-femme enseignante à l'école de Metz, directrice de mon mémoire, un grand merci pour son aide, sa disponibilité et tous ses conseils.

À Madame Elodie Cordel, médecin gynécologue à l'hôpital de Sarrebourg, experte de mon mémoire que je remercie pour son investissement et l'apport de ses connaissances.

À toutes les sages-femmes enseignantes de l'école qui m'ont accompagnée durant ces quatre années.

À tous les professionnels de santé rencontrés durant ce parcours et avec qui j'ai pu apprendre beaucoup.

À mes parents, merci d'avoir toujours été là pour moi et de m'avoir soutenue dans tous mes projets.

À ma famille, qui a largement contribué à la distribution de mes questionnaires, un grand merci pour votre aide si précieuse, votre intérêt pour mon travail et vos encouragements.

À mes ami(e)s, merci d'être ce que vous êtes, car sans vous, je ne serais pas celle que je suis.

À mes copines de promo avec qui j'ai pu partager tant de choses, et qui pour certaines, au fil des années, sont devenues de véritables amies.

ABREVIATIONS

- CCI : Carcinome canalaire infiltrant
- CCIS : Carcinome canalaire in situ
- CIRC : Centre international de Recherche sur le Cancer
- CLI : Carcinome lobulaire infiltrant
- CLIS : Carcinome lobulaire in situ
- CNGOF : Collège national de gynécologie et d'obstétrique
- DSG : Direction générale de la santé
- HAS : Haute autorité de santé
- IMC : Indice de masse corporelle
- INCa : Institut national du cancer
- INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
- InVs : Institut national de veille sanitaire
- Loi HPST : Loi Hôpitaux-Patients-Santé-Territoire
- MFK : Mastose fibro-kystique
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- UTDL : Unité terminale ductolobulaire

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	4
ABREVIATIONS	5
SOMMAIRE	6
INTRODUCTION	7
PREMIÈRE PARTIE : CONTEXTE	9
1. LE SEIN DANS TOUS SES ÉTATS	10
2. LA SURVEILLANCE DU SEIN	14
3. LE DEPISTAGE ORGANISÉ ET LES DIFFERENTS ACTEURS	17
4. L'AUTOSURVEILLANCE MAMMAIRE	19
DEUXIÈME PARTIE : METHODE ET RESULTATS	22
1. LA METHODOLOGIE	23
2. LES RESULTATS	26
TROISIÈME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION	33
1. LES LIMITES DE L'ÉTUDE	34
2. LES ATOUTS DE L'ÉTUDE	34
3. L'ANALYSE DES RÉSULTATS	35
4. LES PROPOSITIONS	41
CONCLUSION	44
BIBLIOGRAPHIE	46
ANNEXES	52

INTRODUCTION

D'après le communiqué de presse du Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC), paru le 12 décembre 2013, l'OMS a souligné la « *forte hausse des cancers du sein dans le monde entier* ». L'incidence de ce cancer a augmenté de 20 % depuis 2008 et pourrait connaître une hausse de 75% d'ici 2030 [1]. En France métropolitaine, avec 58 459 nouveaux cas estimés en 2018, le cancer du sein se situe au deuxième rang des cancers les plus répandus. Atteignant une femme sur onze, il s'agit de la première cause de décès par cancer dans la population féminine [2]. D'après les données de l'HAS de 2015, 46% des cancers découverts concernent des femmes non incluses dans le dépistage de masse, c'est à dire celles de moins de 50 ans ou de 75 ans ou plus [3]. Il semble essentiel d'informer les femmes sur les signes cliniques devant inciter à aller consulter un professionnel de santé. En effet, dans 34% des cas, le cancer du sein est mis en évidence sur un signe d'appel [4].

Ce cancer est un problème majeur de santé publique, c'est pourquoi les professionnels de santé ont un rôle d'information envers les patientes. Ils sont chargés de les sensibiliser à la pratique et à la réalisation de l'autosurveillance mammaire (inspection, palpation) afin que ces femmes deviennent actrices de leur propre santé. La sage-femme a toute sa place dans ce contexte. En effet la profession a toujours participé à la surveillance mammaire, notamment lors de la grossesse ou l'allaitement. Cette pratique a été renforcée grâce à l'élargissement des compétences à travers le suivi gynécologique de prévention [5].

Durant mes études de sage-femme j'ai été formée à la surveillance mammaire. Mais au cours de mes stages, j'ai été surprise de remarquer que de nombreuses femmes ne savaient pas comment faire pour surveiller leurs seins.

C'est pourquoi ce mémoire s'articulera autour de la problématique suivante : Qu'en est-il de la pratique de l'auto-examen des seins dans le dépistage des anomalies mammaires chez la femme ?

Une étude a été menée directement auprès des femmes pour faire un état des lieux de leur pratique de l'autosurveillance mammaire. La première partie de ce mémoire situe le contexte en rappelant l'anatomie du sein, sa surveillance ainsi que les différents acteurs et campagnes de prévention associés. La seconde partie décrit la méthodologie de l'étude et présente les

résultats. La troisième partie a pour but d'analyser et discuter les résultats obtenus afin de proposer des axes d'amélioration.

PREMIÈRE PARTIE :
CONTEXTE

1. LE SEIN DANS TOUS SES ÉTATS

Cette partie a pour but de décrire le sein pour mieux comprendre les pathologies qui peuvent y être associées.

1.1. La physiologie du sein

1.1.1 Anatomie

La glande mammaire se situe sur la partie antéro-supérieure du thorax, en avant du muscle pectoral. Cliniquement le sein est divisé en quatre quadrants ; supéro-externe, supéro-interne, inféro-externe, inféro-interne [6].

Cette glande est composée de 15 à 20 lobes séparés par du tissu graisseux et du tissu de soutien fibreux. La proportion de ces deux composants varie en fonction des facteurs individuels et de l'âge. Chaque lobe est drainé par un canal galactophore principal s'ouvrant sur le mamelon par un pore individuel. Au niveau proximal, il se ramifie en branches plus étroites pour aboutir à des unités terminales ductolobulaires (UTDL). L'UTDL inclut les canalicules extralobulaires, intralobulaires et terminaux ou acinis [7].

La vascularisation artérielle du sein est assurée par l'artère thoracique, l'artère axillaire et les artères intercostales. Le réseau veineux assure un drainage médian vers les veines thoraciques internes, latéral vers la veine axillaire, et postérieur vers les veines intercostales. Le réseau superficiel péri-aréolaire et périmamelonnaire constitue le réseau de Haller. Le réseau profond, non visible, chemine entre les lobes.

Le drainage lymphatique se dirige vers les ganglions axillaires homolatéraux, mais aussi contro-latéraux, vers les ganglions sus-claviculaires et enfin thoraciques internes.

L'innervation du sein provient du plexus cervical, brachial et des nerfs intercostaux. Il existe également une innervation profonde suivant le trajet des vaisseaux dans la glande. L'ensemble de ces nerfs envoie de nombreuses ramifications vers l'aréole et le mamelon, zones extrêmement sensibles [6, 8] (Annexe I).

1.1.2. Son développement au cours de la vie

La ligne mammaire primitive apparaît à la 5^e semaine embryonnaire par épaissement de l'ectoderme. Il s'étend du creux axillaire au pli inguinal en passant à proximité de l'ombilic. L'épaississement se poursuit dans la région thoracique vers la 7^e semaine, donnant lieu à la crête mammaire tandis que la ligne mammaire régresse. Ainsi se constitue l'ébauche du mamelon et des canaux galactophores principaux. L'extrémité distale des canaux galactophores principaux bourgeonne pour former les canaux de deuxième ordre. Après la naissance, la glande reste au repos jusqu'à la puberté.

L'influence des hormones de la phase pubertaire stimule les ramifications de l'arbre galactophorique. Le développement des lobules ainsi que celui du stroma aboutit à la structure du sein adulte.

Durant chaque cycle menstruel, les seins subissent des modifications histologiques sous l'influence des hormones sexuelles.

Lors d'une grossesse, le sein augmente de volume, le mamelon devient saillant et l'aréole se pigmente. Les canaux galactophores se multiplient afin de préparer à la période de lactation.

La grossesse entraîne un accroissement en nombre et en taille des lobules et une vacuolisation des acinis.

Pendant la ménopause, la glande mammaire s'atrophie et laisse place à du tissu adipeux [9].

1.2. Les pathologies du sein

Il faut différencier les tumeurs et affections bénignes, des tumeurs malignes car des prises en charge différentes en découlent. Connaître ces pathologies, c'est aussi pouvoir repérer leurs signes cliniques.

1.2.1. Les pathologies mammaires bénignes

Cliniquement, les tumeurs bénignes correspondent généralement à des masses bien délimitées, aux contours réguliers, mobiles par rapport aux plans profonds et sans atteinte ganglionnaire. Elles peuvent être responsables de mastodynies ou encore d'écoulements mammaires. Certaines semblent plus souvent localisées dans les quadrants supéro-externes.

Le diagnostic de ces lésions repose sur des critères cliniques, radiologiques et parfois histologiques après biopsie.

Parmi les pathologies mammaires bénignes on retrouve [10, 11, 12] ;

- Le fibroadénome, l'anomalie la plus fréquente.
- Les kystes, chez un tiers des femmes de 30 à 50 ans (très fréquents vers 30-40 ans).
- La mastose fibro-kystique (MFK) ou maladie proliférante du sein, environ 90 à 100 000 femmes touchées par an.
- Le lipome mammaire [13].
- L'hamartome du sein (« du sein dans du sein »), une lésion bénigne rare [14].
- La mastite [15].
- L'abcès du sein [15].
- La cytotéatonécrose (ou adiponécrose) [16].

(Annexe II)

1.2.2. Les anomalies malignes

Il existe plusieurs types histologiques de cancers du sein en fonction du type de cellules concernées ainsi que de l'infiltration tissulaire associée.

Les carcinomes ou épithéliomas sont des proliférations épithéliales malignes qui représentent 98 % des tumeurs malignes du sein. La classification histologique la plus utilisée dans le monde est celle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). On distingue donc [17];

- Le CCIS (carcinome canalaire in situ)
- Le CLIS (carcinome lobulaire in situ)
- Le CCI (carcinome canalaire infiltrant)
- Le CLI (carcinome lobulaire infiltrant)

(Annexe III)

Il existe d'autres types histologiques, plus rares, tel que le sarcome ou le lymphome. La mastite carcinomateuse est une forme grave de cancer du sein, elle se caractérise surtout par une induration cutanée diffuse avec érythème, oedème, et « peau d'orange ». On peut également observer à l'examen clinique des nodules de perméation.

1.2.3. Epidémiologie

Au niveau mondial, le cancer du sein est le plus fréquent des cancers de la femme. Il représente 16% de l'ensemble des cancers féminins. Il s'agit d'une maladie très présente dans les pays développés. L'incidence y est plus faible dans les pays en voie de développement, bien qu'elle soit en hausse. Dans ces pays, le taux de survie y est plus faible, ce qui pourrait s'expliquer par l'absence de programme de dépistage précoce; et donc un diagnostic plus tardif de la maladie [12].

En France métropolitaine, le cancer du sein se situe au deuxième rang des cancers les plus répandus. Cette même année, il était la première cause de décès par cancer chez la femme avec 14% de cas, soit 12 146 personnes [2].

Les données de mortalité par tranche d'âge étaient les suivantes :

- 8% des décès par cancer du sein étaient observés chez des femmes âgées de moins de 50 ans
- 44% chez des femmes âgées de 50 à 74 ans ;
- 48% chez des femmes âgées de plus de 74 ans [18].

En Moselle, d'après une étude menée par « Santé publique France », l'incidence standardisée du cancer du sein entre 2007 et 2016 était de 93,44 pour 100 000 personnes soit légèrement en deçà du taux national [19].

1.3. Les facteurs de risques et facteurs protecteurs

1.3.1. Les facteurs de risques

Le cancer du sein est une maladie d'origine multifactorielle. Il existe des facteurs de risques externes, liés à l'environnement et au mode de vie, et internes, d'origine constitutionnelle [1, 7, 20].

- L'âge : le risque de cancer du sein chez les jeunes femmes est peu élevé. Environ 10% des cas de cancer se manifestent chez des femmes âgées de moins de 35 ans et près de 20% avant 50 ans. Le cancer du sein se développe souvent autour de 60 ans. Près de 50% des cancers du sein sont diagnostiqués entre 50 et 69 ans et environ 28% sont diagnostiqués après 69 ans.
- L'IMC : un IMC élevé ou s'élevant lors de la ménopause.
- Une ménarche précoce : (< 12 ans) et/ou une ménopause tardive (> 55 ans) semblent augmenter l'incidence.

- La parité et l'âge de la première grossesse: le rôle délétère de la nulliparité dans le cancer du sein est reconnu depuis longtemps ou un âge tardif de la première grossesse (> 30 ans)
- La contraception hormonale : le risque de cancer du sein des utilisatrices de contraception orale est de $1,07 \pm 0,02$ par rapport aux non-utilisatrices. Cette augmentation du risque est donc très faible mais, du fait du nombre très élevé de sujets, elle est significative.
- La consommation d'alcool : elle constitue le seul facteur alimentaire qu'on peut associer de manière certaine quant au risque de cancérisation du sein.
- Les radiations ionisantes : il s'agit d'un facteur de risque environnemental bien établi
- La génétique : les femmes porteuses des mutations sur les gènes BRCA1 et BRCA2, des gènes suppresseurs de tumeurs, ont un risque élevé de développer un cancer du sein, d'où l'importance de connaître les antécédents personnels et familiaux des patientes, afin de leur proposer une consultation d'oncogénétique.

1.3.2. Les facteurs protecteurs

En ce qui concerne les facteurs protecteurs [7, 19];

- L'allaitement : il protège d'avantage si sa durée est longue. L'OMS recommande un allaitement exclusif au moins jusqu'au 6 mois de l'enfant et encourage sa poursuite jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus [21].
- L'activité physique : les femmes ayant une activité physique au cours de la vie ont un risque de cancer du sein diminué par rapport aux femmes inactives.

2. LA SURVEILLANCE DU SEIN

Cette partie est consacrée à la surveillance clinique du sein par les professionnels de santé. Nous détaillerons dans un premier temps l'examen clinique, puis nous parlerons des examens para-cliniques (l'imagerie du sein et ses prélèvements).

2.1. L'examen clinique

D'après les recommandations de 2015 du CNGOF, l'examen clinique du sein débute toujours par un interrogatoire; à la recherche des antécédents personnels et familiaux, des facteurs de risque et des facteurs protecteurs, du contexte de découverte (mammographie de dépistage, autopalpation, symptômes, ...) et des signes d'accompagnement (douleur, écoulement mamelonnaire, signes inflammatoires et généraux).

S'en suit alors l'examen physique des seins, il est bilatéral et comparatif. Il comporte une inspection et une palpation en position assise puis couchée. L'inspection a pour but de rechercher une augmentation du volume mammaire, l'existence ou non de signes cutanés (rougeur, oedème, ulcération), un bombement, une fossette cutanée ou encore une rétraction mamelonnaire. La palpation est faite avec l'index, le majeur et l'annulaire à plat et consiste à faire rouler la glande sur le grill costal avec des mouvements rotatifs, quadrant par quadrant, en insistant sur le quadrant supéro-externe. Ce quadrant constitue la zone où l'on retrouve le plus d'anomalies du sein. La palpation permet d'évaluer la localisation, la taille, la consistance, la sensibilité, la netteté des contours et la mobilité d'une masse par rapport à la peau et au plan profond. La recherche d'un écoulement mamelonnaire est réalisée en effectuant une pression sur l'ensemble de la glande.

L'examen des aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaire est un élément indispensable à l'examen clinique mammaire. Les ganglions peuvent augmenter de taille lors d'une infiltration cancéreuse [7].

2.2. Les examens para-cliniques du sein

2.2.1. La mammographie

Il s'agit de l'examen para-clinique réalisé en première intention sauf chez la femme jeune (< 30 ans). Elle est faite de préférence en première partie de cycle car l'imprégnation hormonale du sein est moindre. Elle peut être faite dans le cadre du dépistage ou en présence de symptômes.

La mammographie permet d'apprécier la densité mammaire, de préciser la localisation, la taille, les contours et le nombre potentiel de lésions [7, 8]. Les images mammographiques se classent en six catégories en fonction du degré de suspicion de leur caractère pathologique [22] (Annexe IV).

D'après une étude réalisée par l'InVS sur l'évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein en France entre 2006 et 2010, une anomalie était détectée à l'examen clinique alors que le résultat de la mammographie était considéré comme normal pour 0,2% des personnes dépistées. La mammographie ne peut donc pas se passer de l'examen clinique [23].

2.2.2. L'échographie

Elle peut être réalisée à n'importe quel moment du cycle. Souvent effectuée en complément d'une mammographie, elle peut être de première intention chez la femme jeune (< 30 ans). Elle présente un grand intérêt chez les femmes ayant une densité mammaire importante et chez la femme enceinte (car il n'y a pas d'irradiation). Elle est plus performante que la mammographie pour déterminer la taille de la tumeur.

L'échographie mammaire permet d'évaluer la taille, la localisation, l'axe par rapport au plan cutané, le respect ou non des structures périphériques, de plus, l'étude de la vascularisation est possible par Doppler. Elle sert également à guider la réalisation de micro biopsies. Une échographie axillaire peut également être faite en cas d'adénopathies suspectes [7, 8].

2.2.3. L'IRM mammaire

Il s'agit d'un examen de seconde intention, il est très sensible mais peu spécifique en particulier chez la femme jeune. Elle est réalisée de préférence en première partie du cycle et uniquement dans certaines indications telles que ;

- Pour un bilan complémentaire lorsque l'imagerie standard (mammographie, échographie) ne permet pas de conclure avec certitude à l'absence de malignité.
- Avant et après une chimiothérapie néo-adjuvante pour un cancer du sein.
- En cas de carcinome lobulaire infiltrant.
- En cas de cancer du sein multicentrique.
- Dans le cadre d'un dépistage individualisé chez les patientes porteuses d'une mutation prédisposant à la survenue d'un cancer du sein ou appartenant à une famille à haut risque carcinologique [7, 8].

2.2.4. Les prélèvements du sein

La biopsie permet une analyse histologique d'une lésion mammaire. Elle permet également l'évaluation d'un certain nombre de facteurs pronostiques en cas de carcinome infiltrant. Ces résultats permettent, en partie, de définir la stratégie thérapeutique.

Une microbiopsie sous guidage échographie est faite pour toute masse visible en échographie, qu'elle soit palpable ou non.

Une macrobiopsie est réalisée préférentiellement pour les microcalcifications et distorsions architecturales [7, 8].

3. LE DEPISTAGE ORGANISÉ ET LES DIFFÉRENTS ACTEURS

Cette troisième partie aborde le dépistage organisé du cancer du sein. Elle parle aussi des différents acteurs et institutions concernées par le sujet ainsi que des différentes campagnes de prévention associées.

3.1. Le dépistage organisé du cancer du sein

Le programme français de dépistage des cancers du sein a été initié en 1989 par le fond national de prévention de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Il a été généralisé en 2004, 15 ans plus tard, sous l'impulsion de la direction générale de la santé (DSG), de l'assurance maladie et de l'Institut national du cancer (INCa) [23]. Le dépistage organisé du cancer du sein a pour objectif de diminuer le nombre de décès causés par ce cancer. Il permet également de le diagnostiquer plus tôt et d'avoir une prise en charge plus précoce afin d'augmenter les chances de guérison. Si un cancer du sein est détecté à un stade précoce (tumeur de moins d'un centimètre sans envahissement ganglionnaire), il peut être guéri dans neuf cas sur dix [24, 25]. Dans le cadre du dépistage organisé, une deuxième lecture systématique de la mammographie est faite. En effet près de 9% des cancers sont détectés lors de la seconde relecture [3].

Le dépistage de masse concerne toutes les femmes entre 50 et 74 ans sans symptôme et n'ayant pas de facteurs de risque particuliers. Un courrier est envoyé tous les deux ans, invitant les femmes à se rendre dans un cabinet de radiologie agréé. Pour les femmes ayant un risque élevé, un suivi spécifique, clinique et radiologique est recommandé.

D'après les différentes méta-analyses, le dépistage a un effet bénéfique sur la mortalité par cancer du sein avec une réduction de l'ordre de 15 à 21% selon les études, chez les femmes participant régulièrement au programme de dépistage pendant sept à dix ans [27]. En 2017-2018 à travers une étude réalisée par santé publique France, 50,1 % des femmes de la population cible (1,6 millions) ont participé au dépistage organisé. Ce taux est en deçà des recommandations fixées à 70%. En Moselle, seulement 46,0 % des femmes y ont participé sur la période 2017/2018. Le département a le taux le plus bas de participation sur la région Grand-Est [19].

3.1. Les acteurs de la prévention

Les professionnels de santé ont un rôle d'information envers les patientes. Ils sont chargés de promouvoir le dépistage de masse et de sensibiliser les femmes à la pratique de l'autosurveillance mammaire (inspection, palpation), afin de repérer les signes d'appel devant les inciter à consulter.

Depuis la loi HPST (Hôpitaux-Patients-Santé-Territoire) n°2009-879 du 21 juillet 2009, la sage-femme est un acteur principal dans le suivi gynécologique de prévention. « *La sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie concernant les femmes à l'occasion du suivi gynécologique de prévention* » (Article R. 4127-318 du code de déontologie des sages-femmes) [28]. D'après le référentiel métier des sages-femmes, celles-ci assurent cette compétence « *en participant au dépistage et à la prévention des cancers gynécologiques et des infections sexuellement transmissibles* » [29].

Les médecins généralistes ainsi que les gynécologues obstétriciens ont également un rôle central dans le suivi gynécologique de prévention.

3.2. Les institutions en charge de la prévention

Au niveau mondial, l'OMS s'engage à lutter contre le cancer du sein. Parmi les grands axes on retrouve la prévention primaire, notamment par le biais de campagnes d'informations sanitaires et la reconnaissance des facteurs de risque [30].

Au niveau européen, la Commission européenne a créé le « Code européen contre le cancer » qui comporte 12 recommandations, dont l'une d'elle aborde la participation aux programmes de dépistage du cancer du sein [31].

Au niveau national, la Haute autorité de santé (HAS) et l'INCa s'engagent aussi dans la lutte contre le cancer du sein à travers des recommandations et des plans d'action. C'est notamment l'INCa qui est à l'origine du plan cancer de 2014-2019 [3, 5].

En France, le ministère de la santé oeuvre également dans la prévention du cancer du sein à travers des plans d'action, notamment celui pour la rénovation du dépistage organisé du

cancer du sein en 2017. De meilleures informations sont apportées aux patientes, notamment par le biais de la création d'un livret et d'un site internet [32].

3.3. Les campagnes de prévention

Les campagnes de prévention sont nombreuses et variées. Beaucoup sont mises en place par l'institut national du cancer à travers des spots télévisés, flyers, affiches et autres. Il existe de nombreux outils destinés aux femmes afin de mieux connaître cette maladie.

La campagne la plus connue en France est Octobre Rose. En 1992, Mrs. Evelyn H. Lauder, Vice President d'Estée Lauder Companies, co-crée le Ruban Rose avec Self Magazine. L'année suivante, en 1993, Mrs Evelyn H. Lauder crée aux USA la « Breast Cancer Research Foundation » (BCRF - Fondation pour la Recherche contre le Cancer du Sein), afin de soutenir l'innovation en matière de recherche clinique et génétique. Octobre rose a pour objectif de mobiliser les femmes et leur entourage en les sensibilisant sur le cancer du sein par l'information et le dialogue, ainsi que sur l'importance du dépistage [33].

4. L'AUTOSURVEILLANCE MAMMAIRE

Dans cette partie nous définissons et décrivons l'autosurveillance mammaire.

4.1. Définition et objectifs

L'autosurveillance mammaire, auto palpation ou «breast (cancer) awareness » sous-entend un minimum de connaissances sur l'anatomie des seins dits « normaux », et leurs modifications histologiques au cours de la vie. Des informations sur le cancer du sein (signes et symptômes, évolution) ainsi que le rappel des pratiques de dépistage sont également nécessaire à sa bonne pratique [34].

D'après Mac Bride MB., Pruthi S., Bevers T. dans « The Evolution of Breast Self-Examination to Breast Awareness » en 2012, cet examen permettrait aux femmes de mieux connaître leur corps et de prendre part, de manière active, au dépistage du cancer du sein. L'objectif n'est pas de remplacer les techniques de dépistage existantes. Il s'agit d'un complément permettant un diagnostic précoce en cas d'anomalie et une prise de conscience des potentiels facteurs de risque de cancer du sein [34].

Cette méthode a donc pour but de sensibiliser les femmes afin qu'elles deviennent les actrices de leur propre santé. Il a été prouvé qu'une détection précoce d'un cancer du sein, améliore le taux de survie [3]. Selon une étude sur « Les femmes et l'accès à la santé » en 2011, il a été démontré que près d'une femme sur cinq ne bénéficiait d'aucun suivi gynécologique [26, 34].

4.2. Les études à ce sujet

L'American College of Nurse Practitioners a réalisé une étude portant sur les controverses liées à l'auto-examen des seins en 2010. Elle soulignait que la pratique de l'auto-examen est sujette à débat dans la communauté médicale. Elle pourrait engendrer une anxiété et augmenter le nombre d'exams diagnostiques inutiles [36].

Concernant les bénéfices de la méthode, on note une attention plus grande des femmes aux changements de leur corps, les incitant à consulter en cas de réelle anomalie. De plus, l'autosurveillance est une technique non invasive et peu contraignante [37].

L'OMS stipule en 2008 qu'« *il n'existe pas de preuve de l'effet du dépistage moyennant l'auto-examen des seins. Toutefois, il a été constaté que la pratique de l'auto-examen, ou palpation, des seins permet aux femmes de se responsabiliser et de prendre en charge leur propre santé. Par conséquent, l'auto-examen est recommandé pour sensibiliser les femmes plutôt que comme une méthode de dépistage* » [30].

4.4. La technique de l'autosurveillance mammaire

Aucune technique officielle n'est retrouvée dans la littérature. L'essentiel est d'informer les femmes sur le cancer du sein en général, sur l'évolution de la glande mammaire au cours de la vie et sur les signes devant amener à consulter un professionnel de santé [38].

Sur le site de l'association « Le cancer du sein, parlons-en », l'autosurveillance mammaire est abordée et décrite au grand public [37]. Cette dernière regroupe un ensemble de gestes simples, pratiqués tous les mois après les règles, car l'imprégnation hormonale des seins est moindre. Elle ne remplace cependant pas l'examen clinique réalisé par le professionnel de santé en charge du suivi gynécologique.

Tout d'abord il y a une observation devant un miroir à la recherche d'un écoulement, d'une fossette cutanée, d'un pli, d'une rétraction mamelonnaire ou encore d'une déviation du mamelon. La palpation se fait avec un bras en hyperextension, l'autre main palpe le sein controlatéral à l'aide des trois doigts du milieu afin de faire rouler la glande mammaire sur le gril costal en veillant à examiner les quatre quadrants du sein mais aussi les aires ganglionnaires. La détection d'un écoulement mamelonnaire se réalise en exerçant une pression sur l'ensemble de la glande mammaire. Cet examen se fait toujours en comparant un sein par rapport à l'autre [37] (Annexe V).

DEUXIÈME PARTIE :
METHODE ET RESULTATS

1. LA METHODOLOGIE

1.1. Problématique

Au regard de la première partie, nous avons pu voir que le cancer du sein est un réel problème de santé publique. En effet il concerne de très nombreuses femmes chaque année. Bien qu'il existe beaucoup de campagnes de prévention et d'information, ce cancer continue de progresser et les taux de participation au dépistage de masse restent toujours en deçà des recommandations. C'est dans ce contexte que l'autosurveillance mammaire semble intéressante, d'une part elle permet aux femmes de devenir actrices de leur propre santé et d'autre part elle a un rôle de sensibilisation et d'information.

Nous avons ainsi formulé la problématique suivante : « Qu'en est-il de la pratique de l'autosurveillance mammaire par les femmes ? »

1.2. Objectifs

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la pratique de l'autosurveillance des seins par les femmes.

Les objectifs secondaires étaient :

- Définir la population concernée par cette technique.
- Déterminer s'il existe un lien entre la fréquence du suivi gynécologique et la réalisation de l'autosurveillance mammaire.

1.3. Hypothèses

Nous avons émis les hypothèses suivantes :

- Peu de femmes ont déjà entendu parler de l'autosurveillance mammaire.
- Cette méthode est peu pratiquée par les femmes.
- L'autosurveillance des seins est réalisée de manière incomplète ou partielle chez les femmes qui la pratiquent.
- Les femmes ayant un suivi gynécologique régulier réalisent davantage une autosurveillance.

1.4. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique observationnelle, transversale d'une population donnée.

1.5. Population

La population cible de l'étude avait pour critères d'inclusion toutes les femmes de plus de 18 ans, habitant en Moselle. Le recrutement de la population cible a été fait par catégorisation en fonction de l'âge. D'après la pyramide des âges fournie par l'INSEE, sur 500 femmes recrutées, nous avons eu besoin d'environ :

- 120 femmes âgées de 18 à 35 ans, c'est à dire les femmes non incluses dans le dépistage de masse et ayant un faible risque de développer des anomalies malignes du sein.
- 100 femmes âgées de 36 à 49 ans, c'est à dire les femmes non incluses dans le dépistage de masse et ayant un risque un peu plus important de développer une anomalie maligne du sein.
- 170 femmes âgées de 50 à 74 ans, c'est à dire les femmes incluses dans le dépistage organisé.
- 110 femmes âgées de plus de 75 ans, c'est à dire après le dépistage de masse et ayant quand même un risque de développer des anomalies malignes du sein.

Les critères de non inclusion étaient les hommes ainsi que les mineures. Les femmes non incluses dans cette étude étaient; celles ne répondant pas au questionnaire, celles ayant une barrière linguistique et les femmes ne pouvant pas réaliser l'autosurveillance mammaire à cause d'un handicap (moteur ou cognitif).

1.6. Lieu et période de l'étude

Le lieu de l'étude concernait uniquement le département de la Moselle, le milieu rural et le milieu urbain étaient tous deux représentés lors de cette évaluation. L'étude a été réalisée du 15 décembre 2019 au 15 février 2020.

1.7. Critères de jugements

Pour cette étude, trois critères de jugement principaux ont été retenus;

- Le pourcentage de femmes ayant déjà entendu parler de cette méthode
- Le pourcentage de femme réalisant une autosurveillance mammaire
- L'établissement d'un score permettant d'évaluer la pratique de l'autosurveillance

1.8. Biais

Cette étude exposait à un biais de sélection, minimisé par la catégorisation des femmes interrogées pour arriver à une représentation de la population la plus juste possible.

Cette étude s'est basée sur le volontariat, les personnes refusant d'y participer ont représenté aussi un biais.

Un biais de retranscription était également présent, il pouvait y avoir des erreurs dans la saisie des données.

1.9. Obligations réglementaires

Il s'agissait d'une étude épidémiologique observationnelle de catégorie 3, donc une recherche non interventionnelle.

Les données étaient recueillies anonymement, avec l'attribution d'un numéro d'anonymat en fonction de leur saisie. Celles-ci seront détruites après l'analyse et la publication des résultats.

Je déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt en relation avec cette étude.

Les résultats seront publiés après la validation par la soutenance devant un jury d'examen.

1.10. Recueil des données

Pour cette étude, nous avons fait le choix d'un questionnaire à base de questions simples, pré-remplies et de schémas. L'objectif était qu'il soit facile et rapide à compléter et adapté à un maximum de femmes, tous âges confondus. Le format papier a été choisi afin d'éviter d'exclure les personnes n'ayant pas un accès à internet. Nous avons distribué ce questionnaire d'abord à nos proches, amis et collègues qui ont fait de-même. Pour les réponses des femmes de plus de 75 ans, nous avons aussi fait appel à un médecin généraliste spécialisé en gériatrie et un kinésithérapeute qui les avaient proposés à leurs patientes.

Le questionnaire était divisé en 5 parties et comportait 15 questions (Annexe VI) ;

- La première partie (questions 1, 2 et 3) était destinée à caractériser la population; âge, lieu d'habitation et catégorie socio-professionnelle.
- La seconde partie (questions 4 et 5) permettait de savoir quel professionnel de santé était en charge du suivi gynécologique et de connaître la fréquence de ce suivi.
- La troisième partie (questions 6, 7, 8, 9 et 15) servait à évaluer les connaissances de la population concernant l'autosurveillance mammaire.

- La quatrième partie (question 10 et 14) permettait de savoir si les femmes la pratiquaient ou non.
- La dernière partie (questions 11, 12 et 13) était destinée à évaluer la réalisation de la technique. Pour cela un score a été élaboré. A chaque question, lorsque la pratique était optimale 1 point était attribué, 0 point quand la technique n'était pas réalisée ou de manière partielle. Au total un score maximal de 8 points était possible.

La réponse « non » à la question 6 excluait la réponse de la question 9 dans le recueil des données.

La réponse « non » à la question 10 excluait les réponses aux questions 11, 12, 13 dans le recueil des données.

La réponse « oui » à la question 10 excluait les réponses de la question 14 dans le recueil des données.

1.11. Gestion des données

Le codage des données a été réalisé à l'aide d'un tableur, type Excel, sur mon ordinateur personnel protégé par un mot de passe. Chaque ligne du tableau correspondait à un questionnaire numéroté et chaque colonne correspondait à une question. La saisie était faite de manière binaire, la valeur 1 a été saisie si la réponse était cochée, et la valeur 0 dans le cas contraire.

Les logiciels BiostatTGV et MEDCALC® ont été utilisés pour les calculs statistiques.

2. LES RESULTATS

3.1. Description de l'échantillon

500 questionnaires ont été remplis et analysés, les résultats ont été colligés dans un tableau récapitulant les caractéristiques de l'échantillon étudié (Tableau I).

- Question 1, l'âge : toutes les tranches d'âge à partir de 18 ans étaient représentées lors de cette étude en accord avec les données de l'INSEE.
- Question 2, le lieu d'habitation : sur 497 femmes ayant répondu à cette question, 41,4% habitaient en ville

- Question 3, la catégorie socioprofessionnelle : les plus représentées dans cette étude étaient les employées et les retraitées. Deux femmes n’avaient pas répondu à cette question.

Tableau I : Réponses aux questions 1, 2 et 3 du questionnaire ; Caractéristiques socio-démographique de la population (N=500) en Moselle de décembre 2019 à février 2020.

	Total N= 500
Âge de la population, n (%)	500 (100,0)
18<âge<34	120 (24,0)
35<âge<49	100 (20,0)
50<âge<74	170 (34,0)
Âge >75	110 (22,0)
Milieu d’habitation, n (%)	497 (99,4)
Rural (<2000 habitants)	291 (58,6)
Ville (>2000 habitants)	206 (41,4)
Catégorie socio-professionnelle, n (%)	498 (99,6)
Agriculteur	3 (0,6)
Cadre, professions libérales	23 (4,6)
Ouvrier	57 (11,5)
Retraité	140 (28,1)
Sans activité professionnelle	21 (4,2)
Artisan, commerçant, chef d’entreprise	4 (0,8)
Profession intermédiaire	55 (11,0)
Employé	175 (35,2)
Étudiant	20 (4,0)

3.2. Caractéristiques du suivi gynécologique

- Question 4, concernant la fréquence du suivi gynécologique, la moitié des femmes avaient un suivi gynécologique une fois par an, alors que 12,1% n’en avaient aucun (Figure 1).

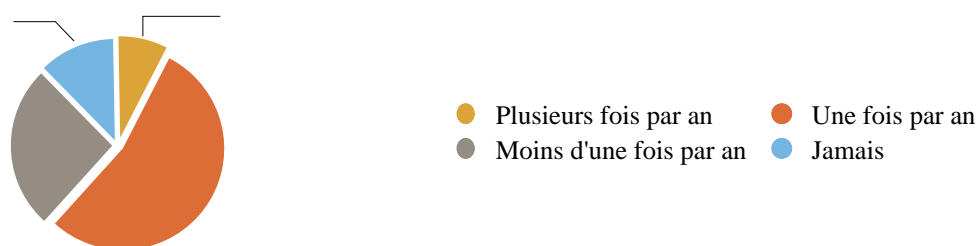


Figure 1 : Fréquence du suivi gynécologique de la population (N= 497) en Moselle, de décembre 2019 à février 2020.

- Question 5, au sujet de la personne en charge du suivi, 46 femmes n'avaient pas répondu à la question. Le suivi était assuré par un gynécologue dans la majorité des cas (Figure 2).



Figure 2 : Professionnel en charge du suivi gynécologique de la population (N=454), en Moselle, de décembre 2019 à février 2020.

3.4. Les connaissances de la populations sur l'autosurveillance mammaire

- Question 6, parmi les 500 femmes interrogées, 421 avaient déjà entendu parler de l'autosurveillance mammaire soit 84,2% de la population (Tableau II).
- Question 7, il existait parfois plusieurs sources d'information pour ces 421 femmes. En regroupant les données (figure 3) ;
 - Le versant médical était cité 351 fois.
 - Le versant non médical était cité 285 fois.

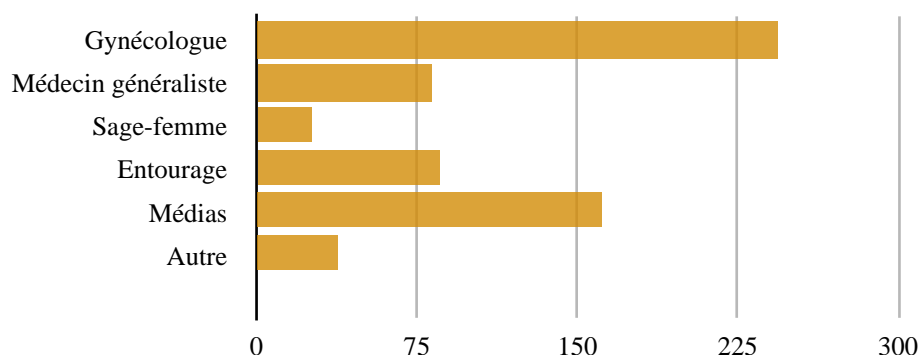


Figure 3 : Représentation des sources d'information citées concernant l'autosurveillance, auprès de 421 femmes en Moselle, de décembre 2019 à février 2020.

- Question 8, concernant la perception de l'autosurveillance, 482 femmes avaient répondu à cette question. La majorité d'entre elles pensait que cette technique servait à compléter la mammographie et à dépister une anomalie du sein (Figure 4).

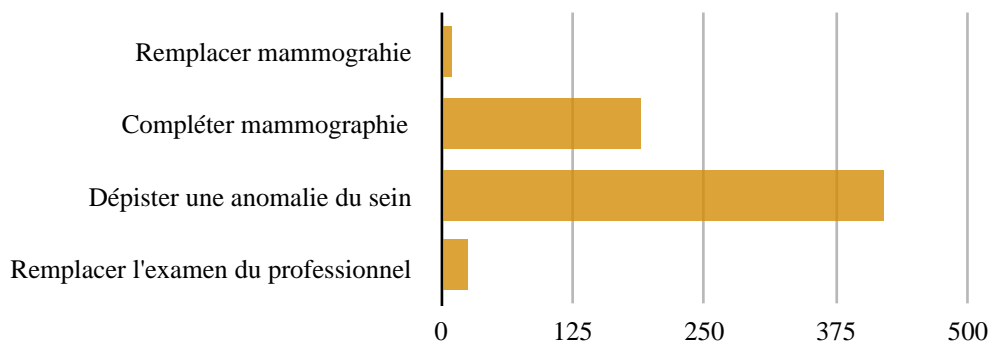


Figure 4 : Représentation des perceptions citées concernant l'autosurveillance mammaire auprès de 482 femmes en Moselle, de décembre 2019 à février 2020.

- Question 9, sur les 421 femmes ayant déjà entendu parler de la technique, 59,9% déclaraient que la personne qui leur en avait parlé leur avait montré comment réaliser cette surveillance (Tableau II).
- Question 15, 475 femmes ont répondu et 71,6% d'entre elles ont estimé que les professionnels de santé ne faisaient pas suffisamment la promotion de la technique (Tableau II).

3.5. La pratique de l'autosurveillance

- Question 10, sur 500 femmes interrogées, 495 ont répondu, 46,7% d'entre elles ne pratiquaient pas l'autosurveillance mammaire (Tableau II).

Tableau II : Représentations des réponses aux questions 6, 9, 10 et 15 du questionnaire, auprès de 500 femmes de Moselle de décembre 2019 à février 2020.

	Total (N= 500)
Entendu parler de la méthode, n (%)	500 (100,0)
Oui	421 (84,2)
Non	79 (15,8)
Avoir eu un apprentissage de la méthode, n (%)	460 (92,0)
Oui	254 (55,2)
Non	206 (44,8)
Pratiquer la méthode, n (%)	495 (99,0)
Oui	264 (53,3)
Non	231 (46,7)
Promotion suffisante des professionnels de santé, n (%)	475 (95,0)
Oui	135 (28,4)
Non	340 (71,6)

- Question 14, sur 231 femmes ne pratiquant pas l'autosurveillance mammaire, 221 ont répondu, en citant principalement comme motif; le fait de ne pas y penser ou de ne pas savoir comment faire une autosurveillance (Figure 5).

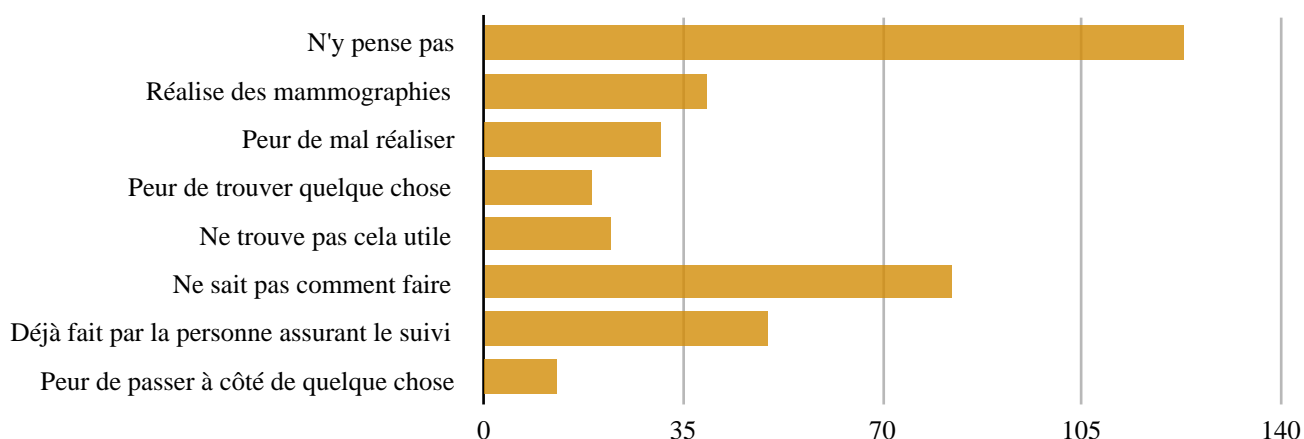


Figure 5 : Représentation des raisons citées pour la « non pratique » de l'autosurveillance mammaire, auprès de 221 femmes en Moselle, de décembre 2019 à février 2020.

3.6. Evaluation de la pratique

La pratique de l'autosurveillance mammaire a été évaluée sur la base de 264 femmes. Les résultats de la fréquence et de la période du cycle de pratique ont été colligés dans un tableau (Tableau III).

- Question 11, la plupart des femmes réalisaient une autosurveillance quelques fois par an.
- Question 12, la majorité des femmes interrogées étaient en aménorrhée ou réalisaient une surveillance n'importe quand dans leur cycle.

Tableau III : Résultats de la fréquence et de la période de pratique de l'autosurveillance mammaire auprès de 264 femmes en Moselle de décembre 2019 à février 2020.

	Total (N=264)
Fréquence de la pratique, n (%)	256 (97,0)
Plusieurs fois par mois	66 (25,8)
Quelques fois par an	137 (53,5)
Une fois par mois	51 (19,9)
Jamais	2 (0,8)
Période du cycle pour la pratique, n (%)	250 (94,7)
Juste après les règles	7 (2,8)
Juste avant les règles	3 (1,2)
N'importe quand dans le cycle	105 (42,0)
Aménorrhée	135 (54,0)

- Question 13, 264 femmes ont été interrogées sur les gestes qui étaient effectués lors de la surveillance de leurs seins. Plusieurs réponses étaient possibles, un diagramme à barres reprend les gestes cités. Les gestes les moins effectués étaient la surveillance des quatre quadrants du sein ainsi que la pression mammelonnaire (Figure 6).

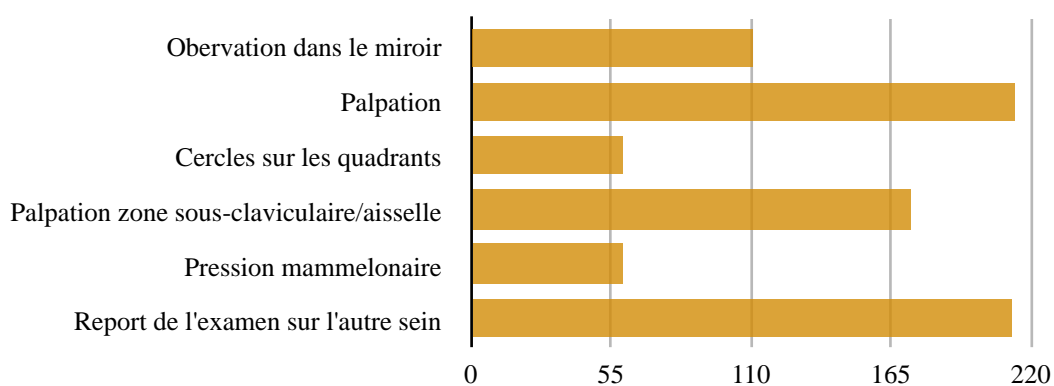


Figure 6 : Gestes effectués pour l'autosurveillance mammaire, par 264 femmes en Moselle, de décembre 2019 à février 2020.

Un score a été établi pour l'évaluation de la pratique. Il avait une moyenne de 3,95 sur 8 pour 257 résultats. Nous n'avons pas pu interpréter le score de 7 femmes car elles n'avaient pas répondu aux trois questions de manière complète. La répartition de celui-ci a été représenté par un diagramme à barres. Au total, 85 femmes avaient un score strictement supérieur à 4 (Figure 7).

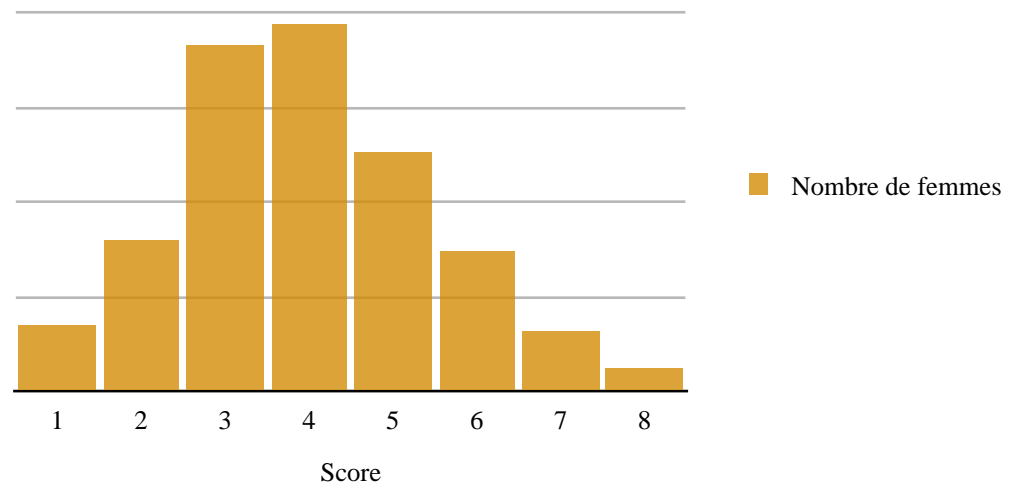


Figure 7 : Représentation de la répartition de 257 femmes en fonction du score, en Moselle de décembre 2019 à février 2020.

TROISIÈME PARTIE :
ANALYSE ET DISCUSSION

1. LES LIMITES DE L'ÉTUDE

Dans cette étude, les femmes ne répondant pas au questionnaire ou ayant une barrière linguistique étaient exclues. Donc nous n'avons aucune information concernant ces dernières.

Par ailleurs, la distribution de proche en proche du questionnaire fait que celle-ci n'a pas été complètement aléatoire.

Les femmes à haut risque carcinologique n'étaient pas exclues de cette étude. Ceci constitue un biais de sélection car ces femmes bénéficient d'une sensibilisation et d'une surveillance plus importante au sujet du cancer du sein.

La structure du questionnaire a été faite pour qu'il soit rapide d'y répondre, c'est pourquoi il ne comportait que 15 questions. De nombreuses autres questions auraient été intéressantes à poser pour avoir plus de détails sur la population, notamment les antécédents personnels et familiaux de chacune des femmes interrogées, ainsi que leurs facteurs de risques et facteurs protecteurs du cancer du sein.

2. LES ATOUTS DE L'ÉTUDE

Le questionnaire a été distribué par de tierces personnes, ce qui nous a permis d'avoir une grande diversité concernant notre population d'étude. De plus l'objectif de recrutement des femmes par catégorisation en fonction de l'âge a été pleinement rempli.

Par ailleurs, les questions étaient faites de manière à ce qu'on puisse facilement et rapidement y répondre, cet objectif a été totalement atteint, car le taux moyen de réponse aux questions était de 97,9%.

Lors de la distribution des questionnaires, nous avons remarqué que ce sujet a suscité beaucoup d'intérêt et de curiosité auprès des femmes. Nombreuses sont celles qui ont demandé s'il y aurait un retour sur l'étude ou désiraient avoir des informations complémentaires sur l'autosurveillance mammaire.

3. L'ANALYSE DES RÉSULTATS

3.1. Description de l'échantillon

Par rapport aux caractéristiques étudiées, notre population d'étude était comparable à la population mosellane hormis le lieu d'habitation. En effet ;

- L'âge :

Le recrutement des femmes a été fait par catégorisation en tranches d'âges par rapport aux données de l'INSEE. Nous pouvons donc affirmer que la population était représentative concernant cet item. Cependant, cette catégorisation ne nous permet pas d'avoir l'âge précis des femmes. Il est donc possible que dans certaines tranches, des âges étaient plus représentés que d'autres [39].

- Le lieu d'habitation :

Dans cette étude, le milieu rural était plus représenté (56,8%) que le milieu urbain. Or d'après les données de l'INSEE, en Lorraine en 2009, le milieu rural ne concernait que 26% de la population bien que ce milieu couvre 80% du territoire français. Les valeurs de notre étude pourraient être expliquées par le fait que les questionnaires ont été davantage distribués aux femmes issues du milieu rural [40].

- La catégorie socio-professionnelle :

La répartition des catégories socio-professionnelles dans cette étude était comparable à celle fournie par l'INSEE. C'est pourquoi, par rapport à cette caractéristique nous pouvons affirmer que la population étudiée était représentative [39].

- Le suivi gynécologique :

Dans notre étude, 61,9% des femmes avaient un suivi régulier, majoritairement effectué par un gynécologue. D'après des données chiffrées d'une étude sur la santé et les femmes de 2011; 54% d'un échantillon représentatif de la population française avaient vu un gynécologue dans les 12 derniers mois, principalement les 25-34 ans. Il n'existe pas de différence significative entre les résultats de notre étude et ceux de la littérature (p-value=0.26, RR=1.18, IC95%=[0,88;1,58]). Nous pouvons affirmer que nos valeurs concordent aux données de l'étude sur la santé et les femmes.

L'étude sur la santé et les femmes de 2011 ne prenait pas en compte les autres professionnels pouvant être en charge du suivi gynécologique. Dans notre étude nous avons inclus les médecins généralistes et les sages-femmes. Par conséquent, il est difficile de comparer nos données à celles de cette étude concernant la personne assurant le suivi gynécologique [41]

Nous allons maintenant tester nos hypothèses

3.2. Hypothèse 1 ; peu de femmes ont déjà entendu parler de la méthode de l'autosurveillance mammaire.

En ce qui concerne la perception des femmes au sujet de l'autosurveillance mammaire, la plupart avaient un regard juste de la technique. En effet, « *compléter une mammographie* » et « *dépister une anomalie du sein* » étaient les réponses les plus citées (Figure 5). Cette perception pourrait s'expliquer par le fait que dans notre étude, une grande partie des femmes (84,2%) avait déjà entendu parler de l'autosurveillance mammaire (Tableau II).

Les sources d'information étaient variées, les professionnels de santé semblaient être des vecteurs importants de l'information (Figure 3). Le gynécologue était le plus cité et ceci pourrait s'expliquer par le fait que beaucoup de femmes étaient suivies par ce professionnel dans notre étude (79%) (Figure 2). Les médias semblaient également avoir toute leur place dans la diffusion de l'information, ils étaient cités 161 fois par les femmes (Figure 3). En France en 2010, c'est dans une étude de l'INPES qu'est révélé le rôle important d'internet dans l'éducation à la santé. En effet, 45% des 15-30 ans l'utilisaient, 43% des 31-45 ans, et 34% 46-60 ans [42].

Nous nous sommes intéressés aux facteurs pouvant influencer le fait d'avoir déjà ou non entendu parler de cette méthode. En croisant les données et grâce au test du Khi2, nous avons observé que l'âge (p-value = 0,0003) ainsi que la fréquence du suivi gynécologique (p-value = 0,001) avaient un impact (Annexe VII) ;

- Les femmes de 18 à 34 ans avaient un risque 1,55 fois plus important de n'avoir jamais entendu parler de l'autosurveillance (p-value= 0.04 ; IC95%=[1.02;2.37]).
- Les femmes de plus de 75 ans avaient un risque de 2,17 fois plus important de n'avoir jamais entendu parler de la méthode (p-value=0.0002 ; IC95%=[1.45;3.35]).
- Les femmes n'ayant aucun suivi gynécologique avaient un risque 3,05 fois plus important de n'avoir jamais entendu parler de l'autosurveillance mammaire (p-value<0.0001 ; IC95%=[2.03;4.57]).

Parmi les 26 femmes de 18 à 34 ans déclarant n'avoir jamais entendu parler de cette méthode, 18 d'entre elles avaient pourtant un suivi gynécologique régulier. Ce nombre est étonnant lorsqu'on sait que depuis le 01 janvier 2018, une consultation dédiée à la prévention de tous

les cancers est proposée aux femmes de 25 ans pour les sensibiliser à l'intérêt du dépistage et les informer sur ses modalités [25]. Il est à prendre en compte que notre étude ne comportait pas le détail de l'âge des femmes. Il est donc possible que parmi les 18 mentionnées la plupart avaient moins de 25 ans.

Dans notre étude, nous pouvons donc dire que les femmes ayant le moins entendu parler de l'autosurveillance sont plutôt des femmes très âgées et/ou n'ayant aucun suivi gynécologique. Cette information doit être mise en parallèle avec les sources d'information de l'autosurveillance. Le gynécologue étant une des sources principale d'information, nous pourrions penser que le fait de ne pas avoir de suivi entraîne une diminution des chances d'être sensibilisé par un professionnel de santé.

L'hypothèse 1 est donc infirmée car la majorité de la population de cette étude avait déjà entendu parler de l'autosurveillance. Et bien que les possibilités d'information étaient nombreuses, nous avons montré qu'il existait des inégalités entre les femmes. L'accès à cette dernière dépendait de leur âge et de la fréquence de leur suivi gynécologique.

3.3. Hypothèse 2; la méthode de l'autosurveillance mammaire est peu réalisée par les femmes

Selon les résultats, nous avons observé qu'environ une femme sur deux ne pratiquait pas d'autosurveillance (Tableau II). Ces données sont comparables à la littérature où on retrouve que 29 à 49% des femmes ne réalisaient pas cette surveillance [43].

Le fait que la moitié des femmes réalisaient une auto surveillance mammaire est encourageant. Mais cela marque aussi le fait que de nombreuses femmes ne la pratiquaient pas alors que nous avons vu dans la première partie que la balance bénéfique/risque de cette méthode est positive.

Les arguments de « non pratique » avancés par les femmes étaient surtout « *je n'y pense pas* » à 32% et « *je ne sais pas comment faire* » à 20% (Figure 5). En effet nous avons pu mettre en lumière que le fait d'avoir déjà entendu parler de l'autosurveillance (p-value <0.0001 ; RR=7.56 ; IC95%=[3.50;16.34]) ou d'avoir eu un apprentissage de la technique (p-value <0.0001 ; RR=1.78 ; IC95%=[1.47;2.16]), sont des facteurs favorisant la pratique de

l'autosurveillance mammaire de manière significative. (Annexe VIII). En toute logique, si une femme n'a pas eu de démonstration de la méthode, elle va forcément moins la pratiquer. Dans la littérature, les femmes qui effectuaient l'autosurveillance mammaire avaient reçu des informations précises sur la méthodologie de cette pratique par un professionnel de santé. [37,42].

Dans beaucoup d'études et selon TONER et JODRELL, la peur de trouver quelque chose était un frein à la pratique [38], or dans notre étude, celle-ci n'était représentée qu'à 4%. Ce faible pourcentage pourrait s'expliquer, à nouveau, par le manque d'information des femmes de notre étude. En effet, il est possible qu'une information puisse avoir un effet anxiogène, lorsque celle-ci n'est pas faite de manière adaptée. Il serait intéressant de réaliser des études qualitatives, afin d'étudier l'anxiété que peut générer l'autosurveillance mammaire.

Nous nous sommes intéressées au profil des femmes ne réalisant pas l'autosurveillance mammaire. Nous avons utilisé un test de Khi2 pour rechercher des éléments significatifs et ainsi pouvoir apporter des solutions plus ciblées (Annexe VIII).

- L'âge : (p-value = 0,0001)

Dans notre étude, l'âge est un facteur ayant une influence sur la pratique.

Selon plusieurs publications, les femmes d'âge moyen sont celles qui pratiquent le plus l'autosurveillance mammaire [35, 37, 42]. Ceci rejoint nos résultats, nous avons pu constater que ce sont les femmes de 35 à 49 ans et de 50 à 74 ans qui la pratiquaient le plus avec une p-value significative pour ces deux tranches d'âges.

A contrario et de manière significative, les femmes jeunes (moins de 35 ans) et très âgées (plus de 75 ans) la pratiquaient moins. Cela pourrait être expliqué par le fait qu'elles ne se sentaient pas encore ou plus concernées par le sujet. Alors que nous avons vu en première partie, que le cancer du sein est susceptible de toucher toutes les tranches d'âges.

- Le milieu d'habitation : (p-value = 0,29)

Il ne semble pas influencer la réalisation ou non de l'autosurveillance mammaire.

- La catégorie socio-professionnelle : (p-value = 0,42)

Globalement, la catégorie socio-professionnels ne semblait pas agir sur la pratique. Néanmoins certaines catégories se démarquaient ;

Les professions intermédiaires semblaient faire plus de surveillance mammaire (P-value = 0,003, RR=0,63 et IC95% [1,10 ;1,64]). Notons que cette catégorie comprend les

professionnels de santé, ceux-ci bénéficient donc d'une sensibilisation accrue grâce à leur formation.

Au contraire, les femmes retraitées (p-value = 0,04) et les étudiantes (p-value = 0,02) la pratiquaient moins. Ceci peut être logiquement mis en lien avec l'âge de ces femmes. En effet nous avons vu précédemment que les femmes jeunes ou très âgées pratiquaient moins l'autosurveillance.

- Le suivi gynécologique : (p-value = 0,03)

D'après Auzanneau N. dans « Les femmes et l'accès à la santé » en 2011, les femmes qui pratiquaient l'autosurveillance mammaire, avaient des examens cliniques plus réguliers [41]. Dans notre étude, les femmes n'ayant aucun suivi gynécologique, avaient un risque 1,45 fois plus élevé de ne pas pratiquer l'autosurveillance. Alors que les femmes ayant un suivi une fois par an, avaient une chance 1,43 fois plus élevée de la faire. On constate donc, que moins les femmes se faisaient suivre, moins elles pratiquent l'autosurveillance mammaire. Comme précédemment, nous pouvons mettre cette information en parallèle avec la source d'information principale qu'est le gynécologue. Concernant les autres professionnels, nous n'avons pas suffisamment de données pour évaluer leur influence ou non.

L'hypothèse 2 est donc infirmée car la moitié de la population de cette étude pratiquait l'autosurveillance. Nous avons également pu montrer que les femmes n'étaient pas toutes égales face à la pratique, certains facteurs semblaient l'influencer, notamment l'âge et la fréquence du suivi gynécologique.

3.4. Hypothèse 3 ; les femmes réalisent l'autosurveillance de manière incomplète

D'après des études anglaises et américaines, il ne faudrait plus enseigner de méthodes dites « strictes », telles que les professionnels de santé doivent la réaliser, mais plutôt informer les femmes, afin qu'elles sachent comment sont leurs seins habituellement [35, 43, 44]. Dans notre étude, nous avons besoin d'inclure un score afin d'évaluer la pratique.

Les résultats montraient que sur 257 femmes, 172 avaient un score inférieur ou égal à 4 et que 85 avaient un score strictement supérieur à 4 (Figure 7). Il apparaît donc clairement que la grande majorité des femmes pratiquaient une autosurveillance de manière incomplète.

Concernant la fréquence, nous observons que la plupart des femmes, soit 53,5% d'entre elles, réalisaient une autosurveillance quelques fois par an (Tableau III). Dans la première partie nous avons vu qu'il est recommandé de la pratiquer une fois par mois. Le but d'une fréquence aussi rapprochée permet de connaître davantage ses seins afin de pouvoir déceler plus facilement les anomalies.

Il semblerait aussi important de préciser aux femmes que le moment le plus opportun pour réaliser cette surveillance serait juste après les règles, lorsque l'imprégnation hormonale est moindre. En effet, nous avons pu constater à travers les résultats du tableau III, que les femmes effectuaient l'autosurveillance de leur poitrine n'importe quand dans le cycle.

En ce qui concerne les gestes employés, il est étonnant que l'observation dans le miroir n'était pas un des gestes les plus effectués. L'observation est pourtant abordable par toutes les femmes, en effet elle ne nécessite aucune technique particulière. La majorité des femmes déclare se palper avec la main opposée au sein, à l'aide des trois doigts du milieu et l'autre bras étant relevé (Figure 6). Cependant cette étude ne permettait pas d'évaluer le geste en lui-même. Nous n'étions pas présent lors de la réalisation de l'autosurveillance pour observer et évaluer la manière dont elle était réalisée.

Nous nous sommes intéressés au profil des femmes ayant un score supérieur à 4, afin de déterminer si un type de population se démarquait et ainsi pouvoir apporter des solutions plus ciblées pour les autres. Nous avons utilisé le test du Khi2 pour déterminer s'il y avait une différence significative entre les facteurs étudiés (Annexe IX).

Seul l'âge semblerait avoir une influence sur le score ; les femmes entre 50 et 74 ans avaient 1,78 fois plus de chance d'avoir un score supérieur à 4 (p -value = 0,002 et IC95% = [1,25 ; 2,50]). Ce résultat est intéressant, dans le sens où il concerne les femmes incluses dans le dépistage organisé. En effet il serait tout à fait possible que, du fait de leur statut de femmes incluses dans le dépistage de masse, ces femmes étaient davantage sensibilisées et attentives à la surveillance de leurs seins.

Les femmes étaient pour la grande majorité en demande d'information face à l'autosurveillance mammaire. Ceci est montré à travers le résultat de la question 15, où on observe que près de 70% estimaient que les professionnels de santé ne faisaient pas une promotion suffisante de la méthode (Tableau II). De plus, lors de la distribution du

questionnaire, nous avons pu remarquer que les femmes étaient largement en demande par rapport au sujet.

L'hypothèse 3 est donc validée, la technique n'est pas optimale. La majorité des femmes avaient un score inférieur ou égal à 4. Nous avons pu constater à travers cette étude, que les femmes incluses dans le dépistage de masse étaient celles qui réalisaient l'autosurveillance de manière plus complète.

3.5. Hypothèse 4; les femmes ayant un suivi gynécologique régulier réalisent davantage l'autosurveillance

Un suivi gynécologique une fois par an était un facteur favorisant pour avoir déjà entendu parler de l'autosurveillance mammaire. Les femmes avaient 1,14 fois plus de chance d'avoir eu des informations à ce sujet lorsqu'elles consultaient une fois par an (p-value = 0,002 et IC95% = [1,05 ;1,23]) (Annexe VII).

Nous avons pu voir aussi que les femmes étant suivies une fois par an, réalisaient davantage l'autosurveillance (p-value = 0,0001 ; RR = 1,43 ; IC95% = [1,20 ;1,71]) (Annexe VIII).

Par contre, il semblerait que la fréquence du suivi n'avait pas d'influence sur le score. Il n'existait aucune différence significative entre ces deux facteurs (Annexe IX).

À travers cette étude il apparaît que les femmes étaient davantage sensibilisées à cette pratique grâce à suivi gynécologique régulier. Il faudrait consolider leurs connaissances et améliorer la technique dans le but d'obtenir une pratique optimale. Il serait aussi intéressant de leur rappeler l'importance d'un suivi gynécologique régulier dans leur vie de femme.

L'hypothèse 4 est donc validée, il apparaît clairement qu'un suivi gynécologique régulier influence positivement la pratique de l'autosurveillance mammaire.

4. LES PROPOSITIONS

Dans un premier temps nous avons pu voir que l'âge des femmes semblait souvent influencer la pratique de l'autosurveillance mammaire. Nous avons vu dans la première partie que le cancer du sein peut toucher toutes les tranches d'âge. Des projets d'actions plus ciblés pourraient être proposés auprès des femmes exclues du dépistage de masse.

Pour les jeunes personnes, des interventions dans les lycées et les facultés pourraient être

faites, afin de les sensibiliser à la pratique. D'après l'INPES, la tranche d'âge 15-30 ans est la période de construction des perceptions et d'acquisition des comportements de santé. Il y a donc des actions à mener chez les jeunes, pour l'adoption de comportements favorables [42]. Pour les femmes plus âgées des interventions dans des associations ou des maisons de retraite pourraient être proposés. Ces projets pourraient être menés par les étudiants sages-femmes dans le cadre de leur service sanitaire par exemple.

Dans un second temps, nous avons pu également observer, que la fréquence du suivi gynécologique semblait influencer la pratique. Il semble important de rappeler aux femmes l'intérêt d'un suivi gynécologique régulier. Pour les femmes ne désirant pas se faire suivre, le bénéfice de l'autosurveillance n'en est que plus grand. Bien évidemment cette technique ne peut se substituer à l'examen clinique, mais pour les femmes ne se faisant pas suivre ceci semble toujours mieux que rien.

Nous avons vu dans cette étude que seulement 10% de la population était suivi par une sage-femme, et il concernait plutôt les femmes jeunes. En 2016, les actes relatifs au suivi gynécologiques ont été réalisés à 2,9 % par des sages-femmes, on observait une augmentation de 52 % par rapport à 2015, selon l'Ordre des sages-femmes [45]. Et bien que ce chiffre soit en hausse, on constate que la proportion des sages-femmes dans le suivi gynécologique de prévention reste faible. Leurs compétences, souvent sous-estimées, doivent être réaffirmées comme l'explique Anne-Marie Curat, Présidente du Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes « *Il ne s'agit nullement de se substituer aux médecins généralistes ou spécialistes: le rôle des sages-femmes est centré sur la physiologie et l'orientation est naturelle dès qu'une maladie apparaît. Il est donc urgent que la répartition des rôles de chacun soit clarifiée car le nombre de professionnels autour de la santé des femmes en France est suffisant, dès lors que chacun est en mesure d'exercer pleinement les missions pour lesquelles il a été formé. Ces rôles doivent être communiqués clairement au grand public afin de ne plus laisser les femmes désemparées face à des difficultés d'accès aux soins.* » [46].

Il incombe aux professionnels de santé de sensibiliser les femmes à cette pratique en leur donnant des informations sur le cancer du sein et sur les techniques qui permettent une surveillance adaptée. Nous avons expliqué ceci dans la première partie. En principe, plus les femmes seront sensibilisées, plus elles y penseront.

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

Ces explications devraient être faites au moins une fois par an, ou à défaut, à chaque consultation pour un suivi irrégulier.

Une revue de la littérature réalisée par LAMORE et Al. a étudié la façon optimale de sensibiliser les femmes dans le cadre des cancers féminins. Cette étude mettait en évidence l'importance de la combinaison de stratégies, de l'attention portée au fond et à la forme des informations données, ainsi que l'utilisation de rappels réguliers (par voie postale, par mail ou appels téléphoniques) [47]. Comme cité précédemment, des projets d'actions pourraient être mis en place afin de toucher la plus large population possible. Plus les sources d'informations seront variées, plus grandes seront les chances d'atteindre toutes les femmes.

Dans notre étude, de nombreuses femmes pensaient que la promotion de l'autosurveillance mammaire n'était pas assez faite par les professionnels de santé. Des formations destinées aux professionnels en exercice ou en devenir, sur les thèmes de la sensibilisation et de la pédagogie semblent donc indispensables.

CONCLUSION

Alors que le nombre de cancers du sein augmente chaque année et que le taux de dépistage organisé reste en deçà des recommandations, il semble essentiel de sensibiliser la population générale à ce sujet. L'autosurveillance mammaire a toute sa place dans ce contexte, en effet une meilleure information des femmes, les inciterait davantage à devenir actrice de leur santé. Cette technique, bien qu'elle ne puisse remplacer l'examen clinique réalisé par un professionnel de santé, permet de guider ce dernier. Il serait également très intéressant de proposer cela aux femmes ne disposant pas d'un suivi gynécologique régulier. Cependant, il n'existe aucune méthodologie consensuelle et peu de données dans la littérature concernant l'autosurveillance mammaire.

L'étude a permis de mettre en évidence que bien que la majorité des femmes avaient déjà entendu parler de l'autosurveillance mammaire, environ une femme sur deux la pratiquait et seulement un tiers d'entre elles avaient une technique satisfaisante. De plus, de nombreuses femmes déclaraient ne pas savoir comment faire, ce qui constituait un frein à cette pratique, alors qu'il est du rôle des professionnels de santé de sensibiliser et d'informer les femmes.

Il ressort également que l'âge ainsi que la fréquence du suivi gynécologique influençaient la pratique. Nous avons pu remarquer que les femmes de 50 à 74 ans ayant un suivi gynécologique régulier la réalisaient davantage, ces mêmes femmes étant incluses dans le dépistage organisé du cancer du sein.

A contrario, nous avons pu observer que les femmes très jeunes ou très âgées et/ou ayant un suivi gynécologique irrégulier la réalisaient moins et avaient un score plus bas dans l'évaluation de la pratique. Ceci peut sembler paradoxale quand on sait que le cancer du sein peut toucher des femmes de tous âges.

Il semblerait donc essentiel de renforcer l'information et la sensibilisation auprès de ces populations, notamment pour les femmes n'ayant pas de suivi gynécologique. De plus, à travers cette étude nous avons pu constater que de nombreuses femmes étaient en demande et pensaient que les professionnels de santé ne faisaient pas assez la promotion de l'autosurveillance mammaire.

Les professionnels de santé et notamment la sage-femme ont toute leur place dans ce processus d'information des patientes. Par conséquent, il semblerait donc que des améliorations soient à faire dans la formation des professionnels pour qu'ils puissent au mieux répondre à la demande des femmes.

Actuellement, il existe en France peu d'études sur l'autosurveillance mammaire. Il serait donc intéressant de travailler sur des populations de plus grandes tailles, notamment à l'échelle nationale. Ceci permettrait de promouvoir la méthode dans des dimensions plus importantes que celles de ce mémoire et de démontrer la nécessité de renforcer l'apprentissage de cette pratique, par les professionnels de santé, auprès de leurs patientes. Enfin, d'autres études sur l'impact positif et négatif de l'autosurveillance mammaire seraient à envisager.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Centre international de Recherche sur le Cancer. Dernières statistiques mondiales sur le cancer. Décembre 2013; Communiqué de presse N° 223 : 1-3. [En ligne]. (Consulté le 12/03/2020); Disponible sur : https://www.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/07/pr223_F.pdf
- [2] Institut national du cancer. Les chiffres du cancer en France. 2018 [En ligne]. (Consulté le 14/10/2019); Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequets/Cancer-du-sein>
- [3] HAS. Dépistage et prévention du cancer du sein. Février 2015; 2-89. [En ligne]. (Consulté le 14/01/2019); Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf
- [4] Institut national du cancer. Étude sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon dans plusieurs régions de France en 2011. [En ligne]. (Consulté le 15/01/2019); Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/toutes-les-actualites/7023-une-etude-sur-les-delais-de-prise-en-charge-des-cancers-du-sein-et- du-poumon-en-2011>
- [5] Legifrance. Décret n° 2012-881 du 17 juillet 2012 portant modification du code de déontologie des sages-femmes. 2012 ; JORF n°0166. [En ligne]. (Consulté le 24/08/2019); Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026200370&categorieLien=id>
- [6] Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Anatomie de la glande mammaire. Mars 2011 ; 1-21. [En ligne]. (Consulté le 15/09/2019); Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/glandemammaire/site/html/cours.pdf>
- [7] CNGOF. Collège gynécologie obstétrique. 4e ed: Elsevier-Masson; 2018
- [8] Société canadienne du cancer. Anatomie et physiologie du sein. 2019. [En ligne]. (Consulté le 17/09/2019); Disponible sur : <http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/breast/anatomy-and-physiology/?region=on>

- [9] G. Plu-Bureau, P. Touraine, F. Kuttenn. Encyclopédie médico-chirurgicale. Sein et hormones. 810-A-10: Elsevier Masson; 2020
- [10] Institut national du cancer. Les maladies du sein. 2012. [En ligne]. (Consulté le 26/09/2019); Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-maladies-du-sein>
- [11] CNGOF. Pathologies bénignes des seins. Mai 2016. [En ligne]. (Consulté le 18/10/2019); Disponible sur : <http://www.cngof.fr/maladies/349-pathologies-benignes-des-seins>
- [12] B. Lafarge-Bart, E. Barranger, Pathologie bénigne du sein. Elsevier Masson; 2015
- [13] A. Fuchs, Ph. Henrot, F. Walter, S. Iochum, JM. Vignaud, J. Stines et A. Blum, Tumeurs graisseuses des parties molles des membres et des ceintures de l'adulte. Journal de radiologie ; sept 2002. Vol 83, N° 9-C1 : pp. 1035-1057
- [14] S. Oueslati, A. Salem, A. Chebbi, S. Mhiri, L. Kribi, KB. Romdhane, H. Rajhi, R. Hamza, N. Mnif. Imagerie de la femme. Elsevier Masson 2007. Vol 17 N°1.
- [15] Campus de gynécologie-obstétrique. Item 32 : allaitement maternel. 2016. [En ligne]. (Consulté le 04/01/2020) ; Disponible sur : <http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item24/site/html/4.html>
- [16] Annales de chirurgie plastique esthétique, volume 60. Elsevier Masson; Juin 2015
- [17] OMS. Types histologiques des tumeurs du seins. Deuxième édition. 1981. [En ligne]. (Consulté le 04/01/2020); Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37660/9242761028_fre.pdf;jsessionid=729C6D6446EDCC0EBDC6EAA7932F6A0B?sequence=1

[18] Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse A, Remontet L, Woronoff A, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Partie 1 : tumeurs solides. Saint-Maurice : InVS; 2013.

[19] Santé publique France. Participation au programme national de dépistage organisé du cancer du sein. 2017-2018. [En ligne]. (Consulté le 13/10/2019); Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2017-2018>

[20] Cordina-Duverger E, Guénel P. Cancer du sein, chapitre 1: épidémiologie des cancers du sein. Elsevier Masson; 2016.

[21] Organisation mondiale de la santé. Allaitement au sein exclusif. 2019. [En ligne]. (Consulté le 05/11/2019); Disponible sur: https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/fr/

[22] Classification en six catégories des images mammographies en fonction du degré de suspicion de leur caractère pathologique. ANAES / Service des recommandations et références professionnelles; février 2002. [En ligne]. (Consulté le 07/01/2020); Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/ACR.pdf>

[23] Lastier D et al. Programme de dépistage du cancer du sein en France : résultats 2010, évolutions depuis 2006. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2013. 26 p.

[24] Institut national du cancer. Le programme de dépistage organisé. 2019. [En ligne]. (Consulté le 17/08/2019); Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>

[25] Ministère des Solidarités et de la Santé. Marisol Touraine modernise le dépistage organisé du cancer du sein et annonce la mise en place de deux consultations dédiées, pour toutes les femmes de 25 ans et 50 ans. 2017. [En ligne]. (Consulté le 17/07/2019); Disponible sur:

<https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/marisol-touraine-modernise-le-depistage-organise-du-cancer-du-sein-et-annonce>

[26] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. La santé des femmes en France. 2009; 9-168. [En ligne]. (Consulté le 13/10/2019); Disponible sur: https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/14270/1/sante_femmes_2009.pdf.

[27] Belghiti J, Canlorbe G, Nikpayam M, Uzan C. Dépistage des cancers gynécologiques. Profession Sage-Femme; 2017. (234):21-3.

[28] Legifrance. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Code de la Santé Publique, JOFR n°0167. 2009. [En ligne]. (Consulté le 18/05/2019); Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

[29] Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. 2010. [En ligne]. (Consulté le 04/09/2019); Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/REFERENTIEL- SAGES-FEMMES-2010.pdf>

[30] Organisation mondiale de la santé. Cancer du sein : prévention et lutte contre la maladie. 2019. [En ligne]. (Consulté le 17/10/2019); Disponible sur: <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/fr/index1.html>

[31] Centre International de Recherche sur le Cancer. Le Code Européen Contre le Cancer : douze façons de réduire votre risque de cancer. 2014. [En ligne]. (Consulté le 28/09/2019); Disponible sur: <http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/fr/>

[32] Institut National du Cancer. Prévention et dépistage des cancers du sein pour s'informer et décider. 2018. [En ligne]. (Consulté le 03/05/2019); Disponible sur: <https://cancersdusein.e-cancer.fr/>

[33] Association le cancer du sein, parlons-en. La campagne d'information octobre rose. 2019. [En ligne]. (Consulté le 02/11/2019); Disponible sur: <https://www.cancerdusein.org/octobre-rose/octobre-rose>

[34] Mac Bride MB, Pruthi S, Bevers T. The Evolution of Breast Self-Examination to Breast Awareness. 2012. [En ligne]. (Consulté le 26/10/2019); Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/sicd.clermont-universite.fr/doi/10.1111/tbj.12023/abstract>

[35] Auzanneau N. Les femmes et l'accès à la santé. 2011. [En ligne] (Consulté le 17/09/2019); Disponible sur: http://opinionlab.opinion-way.com/dokumenty/opinionway_mgen_lmde_acces_sante_femmes_2011.pdf

[36] Allen TL, Groningen BJV, Barksdale DJ, McCarthy R. The Breast Self- Examination Controversy : What Providers and Patients Should Know. J Nurse Pract, 2010. [En ligne]. (Consulté le 13/12/2019); Disponible sur: [http://www.npjjournal.org/article/S1555-4155\(09\)00664-3/abstract](http://www.npjjournal.org/article/S1555-4155(09)00664-3/abstract)

[37] Association le cancer du sein, parlons-en. Le dépistage. 2019. [En ligne]. (Consulté le 24/10/2019); Disponible sur: <https://www.cancerdusein.org>

[38] Toner LCM, Jodrell N. Screening and breast cancer : the role of breast awareness. 1997 . [En ligne]. (Consulté le 18/07/2019); Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1364982597802234>

[39] INSEE. Evolution et structure de la population en 2016 - Département de la Moselle. [En ligne]. (Consulté le 03/04/2020); Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-57>

[40] Debard P, Viader S. Le rural lorrain : plus dynamique autour des villes. Economie Lorraine. 2013 mars ; 306: 1-10.

[41] Auzanneau N. Les femmes et l'accès à la santé. Opinion Way. 2011. [En ligne].(Consulté le 10/04/2020); Disponible sur: http://opinionlab.opinion-way.com/dokumenty/opinionway_mgen_lmde_acces_sante_femmes_2011.pdf

[42] INPES. Santé des 15-30 ans : Comment se portent et se comportent les jeunes ?. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. 2013. [En ligne]. (Consulté le 10/04/2020); Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/13/dp130605.pdf>

[43] Senie RT, Rosen PP, Lesser ML, Kinne DW. Breast self-examination and medical examination related to breast cancer stage. *Am J Public Health*. 1981;71(6):583–590.

[44] Huguley CM, Brown RL. The value of breast self-examination. *Cancer*. 1981;47(5):989–995.

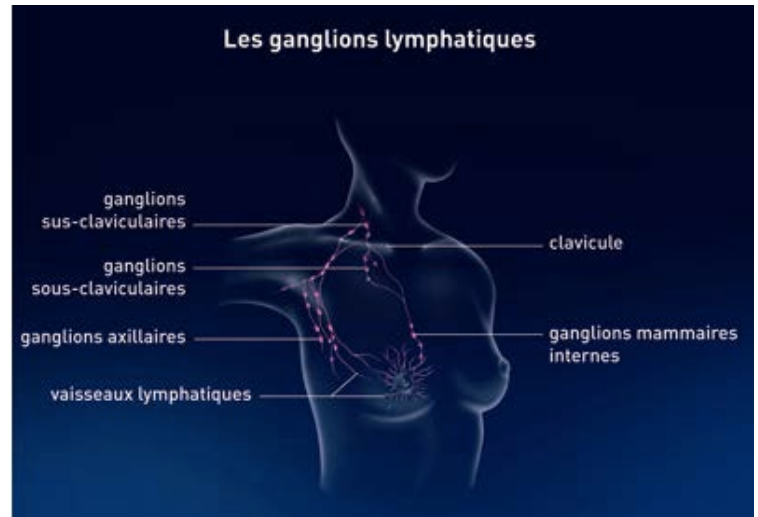
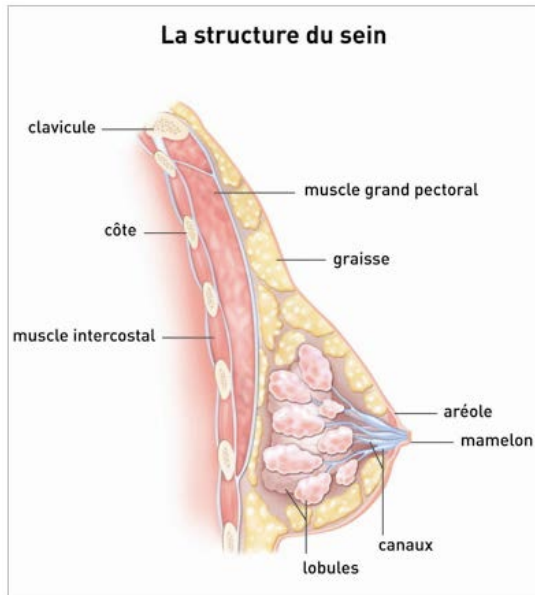
[45] Le monde, gynécologie qui fait quoi ?, 2017. [En ligne]. (Consulté le 10/04/2020); Disponible sur : https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2017/12/27/gynecologie-qui-fait-quoi_5234867_4355770.html

[46] Ordre des sages-femmes. Suivi gynécologique de prévention des femmes : l'ordre réaffirme le rôle fondamental des sages-femmes. 2017. [En ligne]. (Consulté le 10/04/2020). Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/suivi-gynecologique-et-de-prevention-des-femmes-lordre-reaffirme-le-role-fondamental-des-sages-femmes/>

[47] Lamore K, Foucaud J, Cambon L, Untas A. Prévention primaire et secondaire des cancers féminins : comment améliorer la sensibilisation des femmes? *Revue de la littérature. Rev Épidémiologie Santé Publique*. 2017;65(6):453–65.

ANNEXES

Annexe I : Anatomie du sein



Source : Institut national du cancer. Anatomie du sein. [En ligne]. (Consulté le 20/02/20);
Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Anatomie-du-sein>

Annexe II : Pathologies bénignes du sein

Type de lésion	Définition
Fibroadénome	Tumeur solide à double composante épithéliale et conjonctive. L'adénofibrome peut parfois être multiple (15 % des femmes) ou bilatéral (10 % des femmes) : c'est la polyadénofibromatose. Cette lésion est hormono-dépendante puisqu'elle augmente durant la grossesse et involue dès la périménopause. Le « fibroadénome géant » correspond à une taille supérieure à 5 cm et ne dégénère jamais.
Kystes mammaires	Liés à la dilatation d'un canal ou d'un lobule, formant un kyste. Ils peuvent être palpables ou non, et simples ou complexes.
Mastose fibrokystique (MFK)	Il s'agit d'une association plus ou moins complexe en quantité variable de lésions bénignes : kystes, microkystes, adénose, fibrose, papillomes et/ou cicatrices radiaires. Cette pathologie est très dépendante du statut hormonal : il y a un risque augmenté de survenue en cas de nulliparité ou de ménopause tardive. Il existe un effet protecteur de la contraception orale (sur les formes sans atypie). C'est un facteur de risque de cancer du sein.
Lipome mammaire	Correspond à une prolifération de tissu adipeux entouré d'une capsule conjonctive. À la mammographie, cette masse apparaît en hyperclarté. En cas de doute diagnostique, la biopsie retrouve des cellules graisseuses.
Hamartome du sein	Il se compose d'une quantité variable de tissu adipeux, fibreux et glandulaire. À la mammographie, on observe une image mixte hétérogène composée de plages radio-transparentes et de plages radio-opaques, entourées d'un halo graisseux (aspect dit en « tranche de salami »).
Mastite	Il s'agit d'une inflammation du sein d'origine infectieuse ou non. La patiente peut présenter un syndrome grippal associé à une des mastodynies. L'étiologie la plus fréquente correspond à une stase de lait dans le sein pendant l'allaitement.
Abcès du sein	Correspond à une collection de pus, bien délimitée. Il s'agit d'une complication potentielle de la mastite.
Cytostéatonecrose	Est comme son nom l'indique un phénomène de nécrose adipeuse suite à une ischémie du tissu graisseux. Ces lésions surviennent généralement suite à un traumatisme ou une chirurgie mammaire.

Tableau réalisé à partir de plusieurs sources bibliographiques : [10], [11], [12], [13], [14], [15], [16].

Annexes III : Classification histologique de l'OMS des principaux carcinomes mammaires

Type de carcinome	Définition
CCIS	Le CCIS (carcinome canalaire in situ), est un carcinome développé à l'intérieur des canaux à tous les niveaux de l'arbre galactophorique, y compris le lobule, sans infiltration du tissu conjonctif visible en microscopie optique. Les CCIS constituent un groupe hétérogène dont la traduction peut être clinique (tumeur, écoulement mamelonnaire, maladie de Paget) ou infraclinique (microcalcifications isolées, découverte microscopique). La bilatéralité varie selon les séries de 2,4 à 13 %. L'âge moyen de découverte est de 54 ans
CLIS	Le CLIS (carcinome lobulaire in situ) correspond histologiquement à un lobule de taille augmenté, avec distension et comblement des acinis par des cellules rondes, régulières, peu cohésives, à cytoplasme clair
CCI	Le CCI (carcinome canalaire infiltrant) représente 70 à 80 % des cancers infiltrants. Il se traduit dans la majorité des cas par une tumeur palpable (masse indurée, plus ou moins mobile et aux contours irréguliers), plus rarement par une image mammographique isolée. Le dépistage spontané ou organisé permet la découverte des cancers infracliniques, et diminue l'incidence du cancer dans toutes les tranches d'âge et réduit la taille moyenne de ces cancers. L'âge moyen est de 57 ans et le siège prédominant est le quadrant supéroexterne. La bilatéralité est de 5 à 8 % et les métastases ganglionnaires axillaires sont présentes dans 40 à 50 % des cas. L'aspect mammographique est celui d'une opacité dense à contours irréguliers, plus rarement nets.
CLI	Le CLI (carcinome lobulaire infiltrant) représente 5 à 15 % des cancers infiltrants. Il peut se traduire par une tumeur palpable et/ou une opacité mammographique. Mais un caractère particulier du CLI est sa présentation quasi muette sur le plan clinique et/ou radiologique. Il s'en suit la découverte à un âge plus avancé avec une plus grande taille. La bilatéralité varie selon les séries de 8 à 19 %, la multicentricité de 14 à 31

Source: Organisation Mondiale de la Santé . Types histologiques des tumeurs du seins, deuxième édition. 1981. [En ligne]. (Consulté le 04/01/2020); Disponible sur:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37660/9242761028_fre.pdf;jsessionid=729C6D6446EDCC0EBDC6EAA7932F6A0B?sequence=1

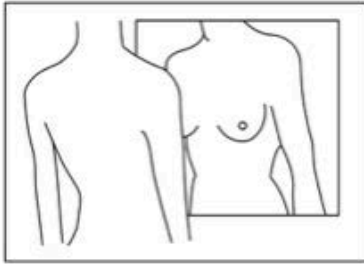
Annexe IV : Classification en six catégories des images mammographies en fonction du degré de suspicion de leur caractère pathologique.

ACR 0	Des investigations complémentaires sont nécessaires. Il s'agit d'une classification « d'attente » avant un second avis ou que le bilan d'imagerie soit complété pour donner une classification définitive.
ACR 1	Mammographie normale.
ACR 2	Il existe des anomalies bénignes ne nécessitant ni surveillance, ni examen complémentaire.
ACR 3	Il existe une anomalie probablement bénigne pour laquelle une surveillance à court terme est conseillée.
ACR 4	Il existe une anomalie indéterminée ou suspecte, qui indique une vérification histologique, donc une biopsie ou une cytoponction.
ARC 5	Il existe une anomalie très évocatrice d'un cancer et qui sera confirmée par une analyse histologique de la lésion.
ACR 6	Catégorie utilisée en cas de preuve histologique d'un cancer, en attente d'une proposition thérapeutique.

Source: Classification en six catégories des images mammographies en fonction du degré de suspicion de leur caractère pathologique. ANAES / Service des recommandations et références professionnelles. Février 2002. [En ligne]. (Consulté le 07/01/2020); Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/ACR.pdf>

Annexe V : Les gestes de l'autosurveillance mammaire

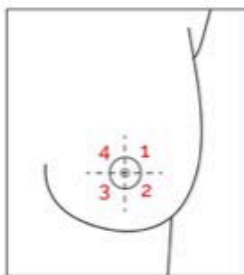
Je m'observe devant un miroir



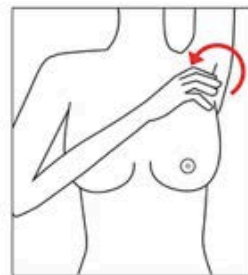
Je me palpe avec la main opposée du sein à l'aide de mes 3 doigts du milieu, l'autre bras étant relevé



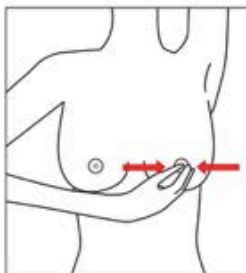
J'effectue de petits cercles sur les 4 quadrants du sein



Je palpe la zone de l'aisselle ainsi que la zone située sous la clavicule



Je fais une pression du mamelon



Je réalise le même examen sur l'autre sein



Schémas réalisés à partir de: Association le cancer du sein, parlons-en. Le dépistage. 2019. [En ligne]. (Consulté le 24/10/2019); Disponible sur: <https://www.cancerdusein.org>

AUTOSURVEILLANCE DES SEINS

Étudiante en 5^{ème} année à l'école de Sage-Femme de Metz, je réalise un mémoire sur l'auto-palpation des seins chez les femmes de plus de 18 ans, vivant en Moselle.

Ce questionnaire comporte 15 questions, cela vous prendra 5 minutes. Il est anonyme et toutes les données seront détruites à la fin de mon étude.

Je vous remercie pour votre participation.

Doriane Muller

1. Votre âge se situe dans la tranche :

- 18 - 35 ans 36 - 49 ans 50 - 74 ans + de 75 ans

2. Vous habitez :

- En ville (+ de 2000 habitants) A la campagne (- de 2000 habitants)

3. Votre catégorie socio professionnelle est :

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Agriculteur exploitant | <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant et chef d'entreprise |
| <input type="checkbox"/> Cadre, professions libérales et professions intellectuelles et artistiques | <input type="checkbox"/> Professions intermédiaires (enseignement, santé, fonction publique, administration, technicien, contremaître et agent de maîtrise) |
| <input type="checkbox"/> Ouvrier (qualifié, non qualifié, agricole) | <input type="checkbox"/> Employé (fonction publique, entreprise, commerce, ...) |
| <input type="checkbox"/> Retraité | <input type="checkbox"/> Etudiant |
| <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle | |

4. Votre suivi gynécologique est effectué :

- Plusieurs fois par an Une fois par an Moins d'une fois par an Jamais

5. Le professionnel qui assure votre suivi gynécologique est :

- Un gynécologue Une sage - femme Un médecin généraliste Autre

6. Avez-vous déjà entendu parler de l'autosurveillance des seins (ou auto-palpation) ?

- Oui Non

7. Si oui, comment avez-vous eu connaissance de cette technique ? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Par mon gynécologue | <input type="checkbox"/> Par un membre de mon entourage (famille/ami) |
| <input type="checkbox"/> Par mon médecin généraliste | <input type="checkbox"/> Par les médias (TV, internet, magazines, campagnes de prévention,...) |
| <input type="checkbox"/> Par ma sage-femme | <input type="checkbox"/> Autre |

8. Selon vous, l'autosurveillance des seins permet de : (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Remplacer une mammographie et/ou une échographie | <input type="checkbox"/> Compléter la mammographie et/ou l'échographie mammaire |
| <input type="checkbox"/> Dépister une anomalie au niveau du sein | <input type="checkbox"/> Eviter au médecin de le pratiquer sur vous |

9. La personne qui vous en a parlé, vous a t'elle montré comment réaliser l'autosurveillance ?

- Oui Non

10. La pratiquez-vous? Oui Non

11. Si oui, à quelle fréquence pratiquez-vous l'autosurveillance ?

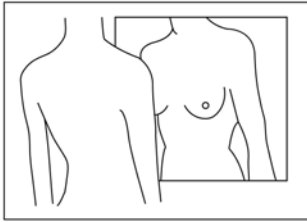
- Plusieurs fois par mois Quelques fois par an 1 fois par mois Jamais

12. A quelle période du mois le pratiquez-vous ?

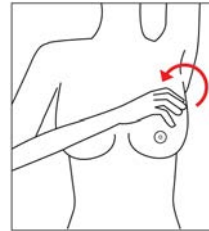
- Juste après mes règles Juste avant mes règles
 N'importe quand dans le cycle Je n'ai plus mes règles

13. Comment réalisez-vous l'autosurveillance des seins ? Cocher l'image qui correspond à vos gestes (plusieurs réponses possibles)

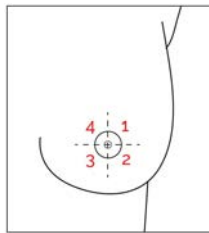
- Je m'observe devant un miroir



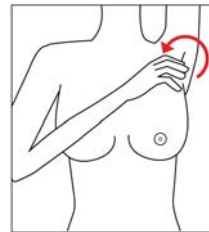
- Je me palpe avec la main opposée du sein à l'aide de mes 3 doigts du milieu, l'autre bras étant relevé



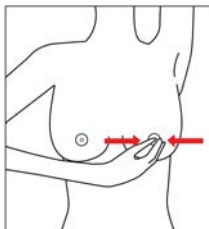
- J'effectue de petits cercles sur les 4 quadrants du sein



- Je palpe la zone de l'aisselle ainsi que la zone située sous la clavicule



- Je fais une pression du mamelon



- Je réalise le même examen sur l'autre sein



14. Si non, pourquoi ne pratiquez-vous pas l'autosurveillance ? (plusieurs réponses possibles)

- Je n'y pense pas Je ne trouve pas cela utile
 Je fais régulièrement des mammographies Je ne sais pas comment faire
 J'ai peur de mal le réaliser La personne qui assure mon suivi le fait déjà
 J'ai peur de trouver quelque chose J'ai peur de passer à côté de quelque chose

15. Selon vous, les professionnels de santé font-ils suffisamment la promotion de l'autosurveillance des seins ? Oui Non

Annexe VII : Tableau représentant de profil de la population ayant déjà ou non entendu parler de l'autosurveillance mammaire (N = 500), en Moselle de décembre 2019 à février 2020.

	Oui (N=421)	Non (N=79)	P-value	RR	IC
Âge de la population, n (%)	421 (100,0)	79 (100,0)	0,0003		
18<âge<34	94 (22,3)	26 (32,9)	0,04	1,55	[1,02 ;2,37]
35<âge<49	91 (21,6)	9 (11,4)	0,01	1,10	[1,02 ;1,19]
50<âge<74	156 (37,1)	14 (17,7)	0,0002	1,14	[1,07 ;1,23]
Âge >75	80 (19,0)	30 (38,0)	0,0002	2,17	[1,45 ;3,25]
Milieu d'habitation, n (%)	421 (100,0)	79 (100,0)	0,83		
Rural (<2000 habitants)	177 (42,0)	32 (40,5)	0,80	1,01	[0,94 ;1,09]
Ville (>2000 habitants)	244 (58,0)	47 (59,5)	0,80	0,99	[0,92 ;1,07]
Catégorie socio-professionnelle, n (%)	421 (100,0)	77 (97,5)	0,28		
Agriculteur	3 (0,7)	0 (0,0)	0,87	0,80	[0,06 ;10,78]
Cadre, professions libérales	20 (4,8)	3 (3,9)	0,75	0,84	[0,29 ;1,46]
Ouvrier	52 (12,4)	5 (6,5)	0,16	0,54	[0,23 ;1,27]
Retraité	112 (26,5)	28 (36,4)	0,08	1,46	[0,96 ;2,23]
Sans activité professionnelle	18 (4,3)	3 (3,9)	0,88	0,92	[0,32 ;2,68]
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	3 (0,7)	1 (1,3)	0,58	1,63	[0,29 ;9,00]
Profession intermédiaire	52 (12,4)	3 (3,9)	0,05	0,33	[0,11 ;1,00]
Employé	146 (34,6)	29 (37,7)	0,61	1,12	[0,73 ;1,70]
Étudiant	15 (3,6)	5 (6,4)	0,21	1,66	[0,75 ;3,65]
Fréquence du suivi gynécologique, n (%)	419 (99,5)	78 (98,7)	0,001		
Plusieurs fois par an	34 (8,1)	5 (6,4)	0,57	1,04	[0,91 ;1,18]
Une fois par an	240 (57,2)	29 (37,1)	0,002	1,14	[1,05 ;1,23]
Moins d'une fois par an	108 (25,8)	21 (26,9)	0,83	1,05	[0,66 ;1,66]
Jamais	37 (8,9)	23 (29,6)	<0,0001	3,05	[2,03 ;4,57]
Personne en charge du suivi gynécologique, n (%)	395 (93,8)	59 (74,7)	0,26		
Gynécologue	318 (80,5)	42 (71,2)	0,10	0,65	[0,38 ;1,08]
Sage-femme	39 (9,9)	6 (10,2)	0,89	1,05	[0,48 ;2,31]
Médecin généraliste	35 (8,9)	9 (15,2)	0,11	1,68	[0,89 ;3,17]
Autre	3 (0,7)	2 (3,4)	0,30	0,69	[0,34 ;1,40]

Annexe VIII : Tableau représentant le profil de la population pratiquant ou non l'autosurveillance mammaire (N=495), en Moselle de décembre 2019 à février 2020.

	Oui (N=264)	Non (N=231)	P-value	RR	IC
Âge de la population, n (%)	264 (100,0)	231 (100,0)	0,0001		
18<âge<34	43 (16,3)	77 (33,3)	<0,0001	1,56	[1,30 ;1,87]
35<âge<49	65 (24,6)	35 (15,1)	0,004	1,29	[1,08 ;1,54]
50<âge<74	117 (44,3)	51 (22,1)	<0,0001	1,55	[1,33 ;1,81]
Âge >75	39 (14,8)	68 (29,5)	0,0097	1,26	[1,06 ;1,50]
Milieu d'habitation, n (%)	264 (100,0)	228 (98,7)	0,29		
Rural (<2000 habitants)	164 (62,1)	125 (54,8)	0,10	0,85	[0,71 ;1,03]
Ville (>2000 habitants)	100 (37,9)	103 (45,2)	0,10	1,17	[0,97 ;1,42]
Catégorie socio-professionnelle, n (%)	263 (99,6)	230 (99,6)	0,42		
Agriculteur	3 (1,1)	0 (0,0)	0,32	0,27	[0,02 ;3,57]
Cadre, professions libérales	10 (3,8)	13 (5,7)	0,28	1,22	[0,84 ;1,78]
Ouvrier	36 (13,7)	20 (9,7)	0,11	0,74	[0,51 ;1,07]
Retraité	63 (24,0)	75 (32,6)	0,02	1,24	[1,02 ;1,51]
Sans activité professionnelle	13 (4,9)	8 (3,5)	0,46	0,81	[0,47 ;1,41]
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	2 (0,8)	2 (0,9)	0,89	1,07	[0,40 ;1,87]
Profession intermédiaire	38 (14,4)	17 (7,4)	0,003	0,63	[1,10 ;1,64]
Employé	91 (34,6)	82 (35,7)	0,81	1,02	[0,84 ;1,25]
Étudiant	7 (1,7)	13 (5,7)	0,04	1,42	[1,01 ;1,98]
Fréquence du suivi gynécologique, n (%)	262 (99,2)	230 (99,6)	0,03		
Plusieurs fois par an	22 (8,4)	17 (7,5)	0,67	1,06	[0,80 ;1,42]
Une fois par an	165 (63,0)	102 (44,3)	0,0001	1,43	[1,20 ;1,71]
Moins d'une fois par an	54 (20,6)	73 (31,7)	0,003	1,33	[1,10 ;1,62]
Jamais	21 (8,0)	38 (16,5)	0,0008	1,45	[1,17 ;1,80]
Personne en charge du suivi gynécologique, n (%)	249 (94,3)	200 (86,6)	0,05		
Gynécologue	210 (84,4)	147 (73,5)	0,01	1,38	[1,08 ;1,79]
Sage-femme	19 (7,6)	26 (13,0)	0,09	0,74	[0,52 ;1,05]
Médecin généraliste	18 (7,2)	24 (12,0)	0,13	0,75	[0,53 ;1,08]
Autre	2 (0,8)	3 (1,5)	0,55	0,72	[0,25 ;2,11]
Ayant déjà entendu parler de la méthode, n (%)	264 (100,0)	231 (100,0)	<0,0001		
Oui	258 (97,7)	163 (70,6)	<0,0001	7,56	[3,50 ;16,34]
Non	6 (3,3)	68 (29,4)	<0,0001	2,37	[2,07 ;2,72]
Ayant eu un apprentissage de la méthode, n (%)	258 (97,7)	161 (70,0)	<0,0001		
Oui	188 (72,9)	64 (39,8)	<0,0001	1,78	[1,47 ;2,16]
Non	70 (27,1)	97 (60,2)	<0,0001	2,29	[1,79 ;2,93]

Annexe IX : Tableau représentant le profil des femmes en fonction de leur score de pratique (N=257), en Moselle de décembre 2019 à février 2020.

	Score ≤ 4 (N=172)	Score > 4 (N= 85)	P-value	RR	IC
Âge de la population, n (%)	172 (100,0)	85 (100,0)	0,03		
18<âge<34	30 (18,8)	11 (12,9)	0,37	0,78	[0,46 ;1,34]
35<âge<49	48 (27,6)	16 (18,8)	0,13	0,69	[0,44 ;1,11]
50<âge<74	64 (37,2)	49 (57,6)	0,002	1,78	[1,25 ;2,50]
Âge >75	30 (17,2)	9 (10,7)	0,17	0,66	[0,36 ;1,21]
Milieu d'habitation, n (%)	172 (100,0)	85 (100,0)	0,88		
Rural (<2000 habitants)	63 (36,6)	32 (37,6)	0,87	1,03	[0,72 ;1,47]
Ville (>2000 habitants)	109 (63,4)	53 (62,4)	0,87	0,99	[0,82 ;1,17]
Catégorie socio-professionnelle, n (%)	171 (99,4)	85 (100,0)	0,98		
Agriculteur	2 (1,2)	1 (1,2)	0,99	1,00	[0,20 ;5,02]
Cadre, professions libérales	6 (3,5)	4 (4,7)	0,62	1,21	[0,56 ;2,65]
Ouvrier	22 (12,9)	12 (14,1)	0,78	1,07	[0,66 ;1,76]
Retraité	40 (23,4)	22 (25,9)	0,44	1,09	[0,74 ;1,62]
Sans activité professionnelle	7 (4,1)	5 (5,0)	0,50	1,27	[0,64 ;2,54]
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	2 (1,2)	0 (0,0)	0,59	0,50	[0,04 ;6,28]
Profession intermédiaire	26 (15,2)	12 (14,1)	0,82	0,94	[0,57 ;1,56]
Employé	61 (35,7)	27 (31,6)	0,54	0,89	[0,61 ;1,30]
Étudiant	5 (2,8)	2 (2,4)	0,80	0,86	[0,26 ;2,80]
Fréquence du suivi gynécologique, n (%)	171 (99,4)	84 (98,8)	0,22		
Plusieurs fois par an	12 (7,0)	10 (11,9)	0,16	1,43	[0,87 ;2,35]
Une fois par an	106 (62,0)	56 (66,7)	0,47	1,15	[0,79 ;1,67]
Moins d'une fois par an	37 (21,6)	15 (17,8)	0,49	0,85	[0,53 ;1,36]
Jamais	16 (9,4)	3 (3,6)	0,02	1,28	[1,03 ;1,59]
Personne en charge du suivi gynécologique, n (%)	161 (93,6)	82 (96,5)	0,29		
Gynécologue	134 (83,2)	71 (86,6)	0,48	0,96	[0,86 ;1,07]
Sage-femme	14 (8,7)	5 (6,1)	0,42	1,12	[0,84 ;1,49]
Médecin généraliste	13 (8,1)	4 (4,9)	0,27	1,17	[0,88 ;1,55]
Autre	0 (0,0)	2 (2,4)	0,28	0,25	[0,02 ;3,14]
Ayant déjà entendu parler de la méthode, n (%)	172 (100,0)	85 (100,0)	0,73		
Oui	169 (98,3)	83 (97,6)	0,56	1,34	[0,50 ;3,58]
Non	2 (1,7)	2 (2,4)	0,56	0,75	[0,28 ;1,99]
Ayant eu un apprentissage de la méthode, n (%)	169 (98,3)	83 (97,6)	0,20		
Oui	119 (70,4)	65 (78,3)	0,15	0,88	[0,74 ;1,05]
Non	50 (29,6)	18 (21,7)	0,16	1,14	[0,95 ;1,38]

L'autosurveillance mammaire chez les femmes.

Étude observationnelle descriptive de cohorte, par questionnaire auprès de 500 femmes majeures de Moselle de décembre 2019 à février 2020.

RÉSUMÉ :

Introduction : Le cancer du sein est un problème de santé publique majeur. Dans le cadre de sa prévention primaire et secondaire, l'autosurveillance mammaire semble avoir toute sa place. Les objectifs de ce travail étaient d'évaluer la pratique de l'autosurveillance mammaire et de définir le type de population concernée.

Méthode : Étude observationnelle réalisée sur le département de la Moselle de décembre 2019 à février 2020 par le biais de questionnaires adressés aux femmes de 18 ans et plus.

Résultat : Sur les 500 questionnaires exploités, 84,2% des femmes avaient déjà entendu parler de l'autosurveillance mammaire, 53,3% la pratiquaient et parmi elles, 33,0% la réalisaient de manière satisfaisante. L'âge et la fréquence du suivi gynécologique semblaient être des facteurs influençant la pratique. Comme frein à l'autosurveillance, de nombreuses femmes déclaraient ne pas y penser ou ne pas savoir comment faire. Enfin, sur 475 femmes, 71,6% estimaient que la promotion de l'autosurveillance mammaire par les professionnels de santé était insuffisante.

Conclusion : L'autosurveillance demeure une pratique réalisée bien souvent de manière incomplète par les femmes. Une définition abordable par tous de l'autosurveillance semble nécessaire. Il faudrait uniformiser et améliorer la qualité des informations faites aux femmes par les professionnels de santé.

MOTS CLÉS : autosurveillance mammaire, cancer du sein, dépistage, sage-femme, prévention

ABSTRACT :

Introduction : Breast cancer is a major public health problem. In the context of primary and secondary prevention, that breast self-awareness seems to have its place. Objectives of this work were to assess the practice of breast self-awareness and to identify what type of population is concerned.

Methods : It is an observational study archived in the Moselle department from December 2019 to February 2020 through questionnaires intended for women aged 18 years old and over.

Results : Among 500 questionnaires analyzed, 84,2% of women had heard about breast self-awareness, 53,3% practiced it and among them, 33,0% had a satisfactory practice. Age and frequency of gynecological examination seemed to be factors having an impact of breast self-awareness. However, hindering to practice were ; many women declared not think about it or not knowing how to do. In addition, among 475 women, 71,6% considered that promotion of breast awareness was insufficient by health professionals.

Conclusion : Breast self-awareness remains an incompletely performed practice by women. A universal definition seems necessary in order to improve the quality of informations provided by health professionals for women.

KEY WORDS : breast self-awareness, breast cancer, breast cancer detection, midwife