

UNIVERSITE DE NANTES

UFR DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

DIPLOME D'ETAT DE SAGE FEMME

Années universitaires 2011-2016

**Programme d'Amélioration du DEpistage du CANcer du Sein
(PADECAS)**

*Evaluation des déterminants et du niveau de connaissance de l'Autopalpation
dans la population féminine ; et mesure de l'efficacité d'une stratégie de
formation sur mannequin*

Mémoire présenté et soutenu par :

BODET Ludivine

Née le 24 mars 1992

Directeur de mémoire : LEGRAND Arnaud

REMERCIEMENTS

Par ces quelques lignes, je souhaite adresser mes sincères remerciements à toutes les personnes qui sont intervenues dans l'élaboration de ce mémoire.

A Monsieur Arnaud Legrand pour son soutien, sa disponibilité sans faille tout au long de ce travail, et ses précieux conseils.

A Madame Derrenderinger, directrice de l'école de sages-femmes pour son enthousiasme, ses conseils et les corrections apportées.

J'adresse mes remerciements les plus respectueux aux femmes qui ont accepté de participer à ce projet.

A toutes les sages-femmes et autres professionnels de santé du CHU de Nantes que j'ai pu rencontrer au cours de mes études, pour leur encadrement et leurs conseils formateurs.

A ma famille et à Jérôme pour m'avoir entouré et montré combien ils croyaient en moi, tout au long de mes études.

A toutes les étudiantes sages-femmes de la promotion 2011-2016, pour leur soutien et la magnifique amitié nous liant à présent.

A mes amis.

GLOSSAIRE

AES : Auto examen des seins

AP : Autopalpation

CHU : Centré hospitalier universitaire

CI : Intervalle de confiance

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DRC : Direction de recherche clinique

ESF : Etudiante sage femme

HAS : Haute autorité de santé

InCA : Institut National du Cancer

OMS : Organisation Mondiale de la santé

PADECAS : Programme d'amélioration du cancer du sein

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION	1
2. MATERIELS & METHODES	7
2.1 Etude Pilote PADECAS1	7
2.1.1 Typologie de l'Etude	7
2.1.2 Lieu de réalisation	7
2.1.3 Population d'étude	7
2.1.4 Matériels	10
2.1.5 Objectifs PADECAS 1	10
2.1.6 Critères d'inclusion et d'exclusion	11
2.2 Résultats	11
2.2.1 Objectif & Critère de Jugement Principal PADECAS1	11
2.2.2 Objectifs & Critères secondaires	12
2.3 Etude Pilote PADECAS 2	16
2.3.1 Typologie de l'étude	16
2.3.2 Lieu de réalisation	17
2.3.3 Population d'étude	17
2.3.4 Matériel et objectifs	19
2.3.5 Critères d'inclusion et d'exclusion	21
2.3.6 Contrôle des biais	21
3. RESULTATS	21
3.1 Critère principal PADECAS2	22
3.2 Critères/ Objectifs secondaires de PADECAS 2	24
4. DISCUSSION	30
5. CONCLUSION	33
Bibliographie	35

1. INTRODUCTION

Le cancer du sein est à la fois le cancer le plus fréquent (33,4% de l'ensemble des cancers avec un taux d'incidence standardisé mondial en 2012 = 88,0 pour 100 000 femmes) [1][2] et le plus sévère en terme de morbi-mortalité chez la femme (18,3% de l'ensemble des cancers avec un taux de mortalité standardisé mondial en 2012 = 15,7 pour 100 000 femmes) [1] en France. Statistiquement, une femme sur 8 y sera confrontée au cours de sa vie. Il se situe au 1^{er} rang des cancers chez la femme, devant le cancer du côlon-rectum et le cancer du poumon. Pourtant, s'il est détecté à un stade précoce, il peut être guéri dans 9 cas sur 10 [3] [ANNEXE 1].

Les politiques de santé publique intègrent un dépistage en population [4][5] avec des stratégies associant notamment les antécédents de la patiente (Score Eisinger) et son âge [6][ANNEXE 2]. « Selon l'OMS, le dépistage consiste à détecter à un stade précoce (...) pour permettre un diagnostic et une thérapeutique précoces dans le but d'améliorer le pronostic de la maladie et l'état de santé des individus et de la population » [7]. Il faut donc sensibiliser les femmes sur les moyens de dépistage mis à leur disposition, selon leur âge et leur condition. Ainsi, la stratégie de Santé Publique des Plans Cancers [8] peut se décliner selon trois composantes : un développement de la diffusion de l'expertise de la palpation et l'examen sénologie chez les professionnels de santé, un maillage et un suivi populationnel resserrés via les gynécologues, les sages femmes et médecins généralistes ; enfin une médiatisation et une surveillance exacerbée des populations à risques. La précocité du diagnostic des cancers, et notamment du cancer du sein est clairement l'objectif numéro 1 du dernier Plan Cancer 2014-2019 [9].

Si le dépistage du cancer du sein est bien intégré pour la population âgée de 50 à 74 ans, depuis la mise en place du dépistage organisé en 2004[4] (taux de participation au dépistage organisé France entière en 2014 est de 52,1%, avec un objectif du Plan Cancer 2013 à 65% et taux de participation au dépistage individuel, selon HAS, d'environ 10% [10]) ; celui-ci se révèle largement suboptimal pour le reste de la population féminine. Dans ce contexte, le dépistage par l'auto-palpation s'avère pertinent afin de renforcer la précocité des diagnostics, en regard de sa simplicité et de son faible coût de diffusion. Cette intervention de santé a été largement promue dans certains pays occidentaux ou en développement [11][12][13].

La problématique récurrente des Plans Cancers, à l'instar d'autres actions de Santé Publique, réside dans le faible taux de consultation gynécologique, et donc une efficacité limitée liée à une prise en charge non-exhaustive de la population cible. Ainsi, selon une étude de 2011 d'OpinionWay : « près d'une femme sur cinq ne bénéficie d'aucun suivi gynécologique régulier ». En effet, plus de 20% des françaises âgées de 16 à 60 ans n'ont pas profité d'un suivi

gynécologique depuis au moins deux ans, ce chiffre grimpe même à plus de cinq ans pour 6% d'entre elles [14]. Cet échappement de la population au suivi gynécologique constitue le principal point d'échappement aux stratégies actuelles, le suivi gynécologique étant à la base de l'organisation du dépistage à l'échelon nationale.

Actuellement, il est recommandé une consultation gynécologique annuelle intégrant l'examen sénologique [15][ANNEXE 3]. Puis, selon les facteurs de risques de la patiente, un dépistage individuel par mammographie dès l'âge de 40 ans peut être proposé, où celle-ci intégrera le dépistage organisé de 50 à 74 ans, avec une mammographie tous les deux 2 ans associée à un examen clinique des seins [5]. L'acteur central de cette organisation nationale se trouve être le professionnel de santé effectuant le suivi gynécologique des femmes, et qui dans son rôle de prévention va informer et diriger les femmes au sein de leurs parcours de soin.

Une approche innovante pourrait constituer à développer une action éducative en santé ciblant la maternité, fenêtre de vie qui intéresse un grand nombre de femmes (taux de natalité à 12,4 pour 1000 naissances, avec 820 000 naissances en France, en 2014 [16]). « Captives » et réceptives pendant leur grossesse, ces femmes pourraient être la cible d'une information et d'un apprentissage à l'autopalpation (AP). Cependant, l'enseignement à l'AP n'est pas uniformisé au sein des corpus de professionnels de santé effectuant le suivi gynécologique des femmes, et l'approche reste à ce jour controversée.

En effet, la méta-analyse de Kusters et al.[17] a objectivé en 2008 un sur risque de biopsies et autres explorations invasives sur masses et/ou lésions bénignes. La spécificité suboptimale mise en évidence a ainsi conduit à la contre-sélection ab ovo de cette stratégie de dépistage non intégrée au dernier Plan Cancer 2014-2019 [9].

Toutefois, plusieurs objections peuvent être opposées aux conclusions des travaux issus de la méta-analyse, tirée de la Cochrane, exposée précédemment. Ainsi, au sein des deux études : celle de Gao et al réalisée à Shanghaï, en 2002 et l'étude de Semiglazov et al., en Russie, en 1999 ; il a été comparé l'impact de l'auto-palpation sur la mortalité par cancer du sein. Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée. Nous observons que dans l'étude de Gao, l'AP a permis l'amélioration significative du dépistage précoce de tumeurs cancéreuses, et donc démontré son efficacité intrinsèque. Nous pouvons aussi observer dans ces deux études une dérive de l'AP engendrant plus d'examens diagnostics invasifs à titre de biopsie mammaire à tort, ce qui interroge sur la rapidité de la bascule du diagnostic clinique à la réalisation du diagnostic histologique.

Nous observons une discordance entre les 2 études : le processus de formation initiale à l'autopalpation ainsi que l'absence de données sur le niveau d'expertise clinique peuvent être mis en cause. Ainsi, la consolidation de l'expertise et ses fluctuations dans le temps, à l'instar de la compliance, sont identifiés comme des biais confondants et méthodologiques. Aucune

conclusion n'a pu être tirée de ces deux grands essais, notamment à cause de la mauvaise observance dans le suivi des populations.

Par ailleurs, les programmes de prévention n'intègrent pas les 18-30 ans, pourtant cette population semble plus sensible et plus à même de s'adapter à ces politiques de Santé Publique. Enfin, la possible dérive conduisant à une conduite préventive possiblement anxiogène pour les femmes, et in fine, leur sur-exposition à des explorations diagnostiques invasives nécessitent d'interroger le niveau d'expertise clinique et l'efficacité de la palpation par un professionnel médical et son suivi.

Un manque de consensus est donc tangible sur ce sujet, puisque selon l'OMS [18] : «Il n'existe pas de preuve de l'effet du dépistage moyennant l'auto examen des seins (AES). Toutefois, nous avons pu constater que la pratique de l'auto-examen, ou palpation, des seins permet aux femmes de se responsabiliser et de prendre en charge leur propre santé. Par conséquent, l'auto-examen est recommandé pour sensibiliser les femmes à risque (...)». De plus, les dernières mises à jour du CNGOF¹ en gynécologie et obstétrique de 2015 évoquent l'intérêt de l'autopalpation, durant la grossesse : «Les changements physiologiques associés à la grossesse et à l'allaitement peuvent masquer les symptômes de cancer (...). Le mode de révélation habituel est l'autopalpation d'une masse mammaire généralement indolore (...)» [19].

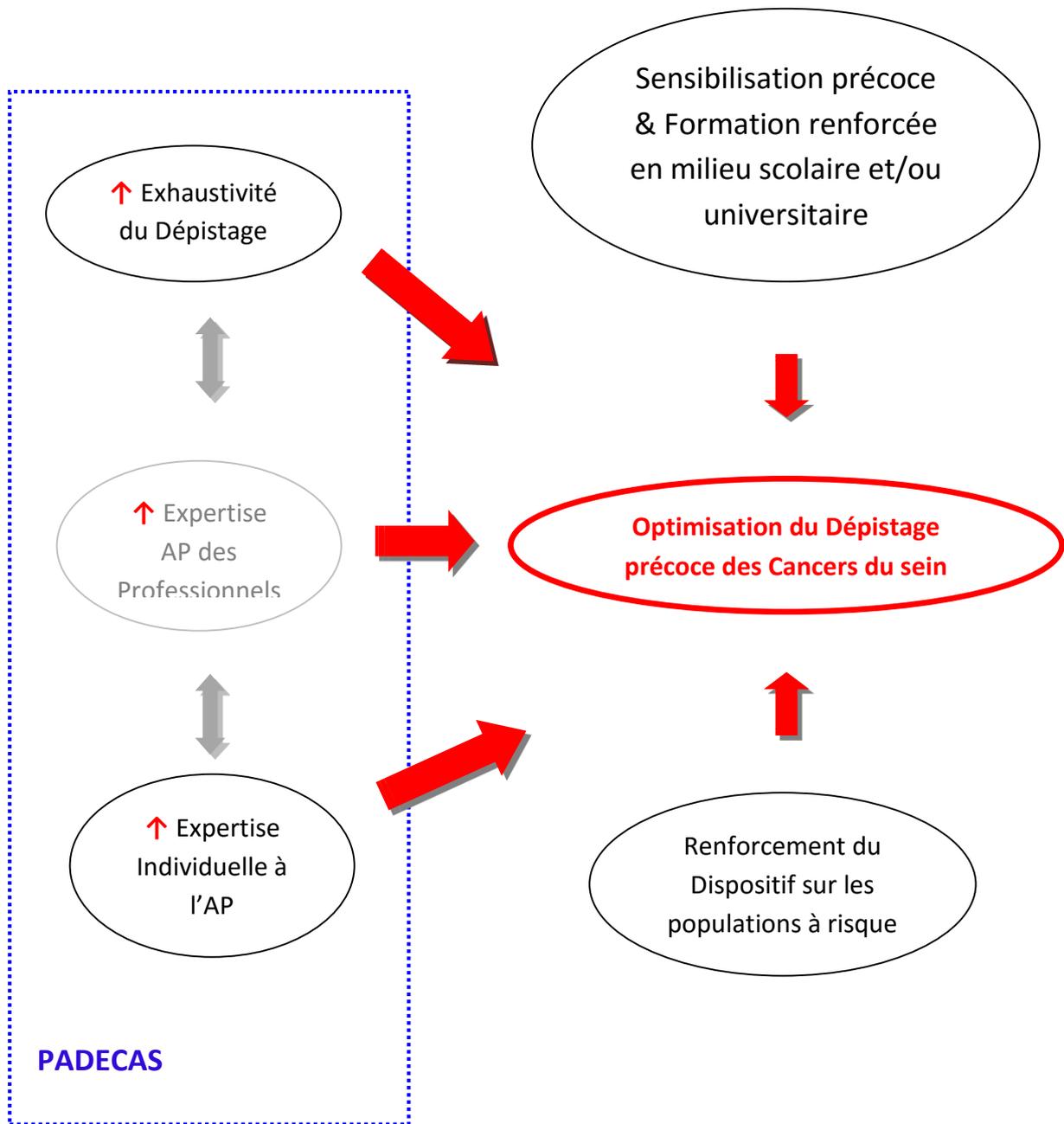
En synthèse, il semble que le niveau de preuve reste à ce jour insuffisant pour exclure définitivement l'autopalpation comme stratégie de prévention. L'indécision est d'ailleurs cristallisée par le manque de convergence des préconisations des pouvoirs publics puisque l'INCA² (à l'instar de nombreux sites internet soutenus par le ministère de la santé : HAS³, OMS⁴, La ligue contre le cancer,...) continue à préconiser cet outil dans le dépistage en population, alors que le dernier Plan Cancer n'en fait pas mention. En l'absence de consensus, nous nous voyons donc confrontés à un recours limité à la technique d'AP par les femmes.

¹ Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

² Institut National du Cancer

³ Haute Autorité de Santé

⁴ Organisation Mondiale de la Santé



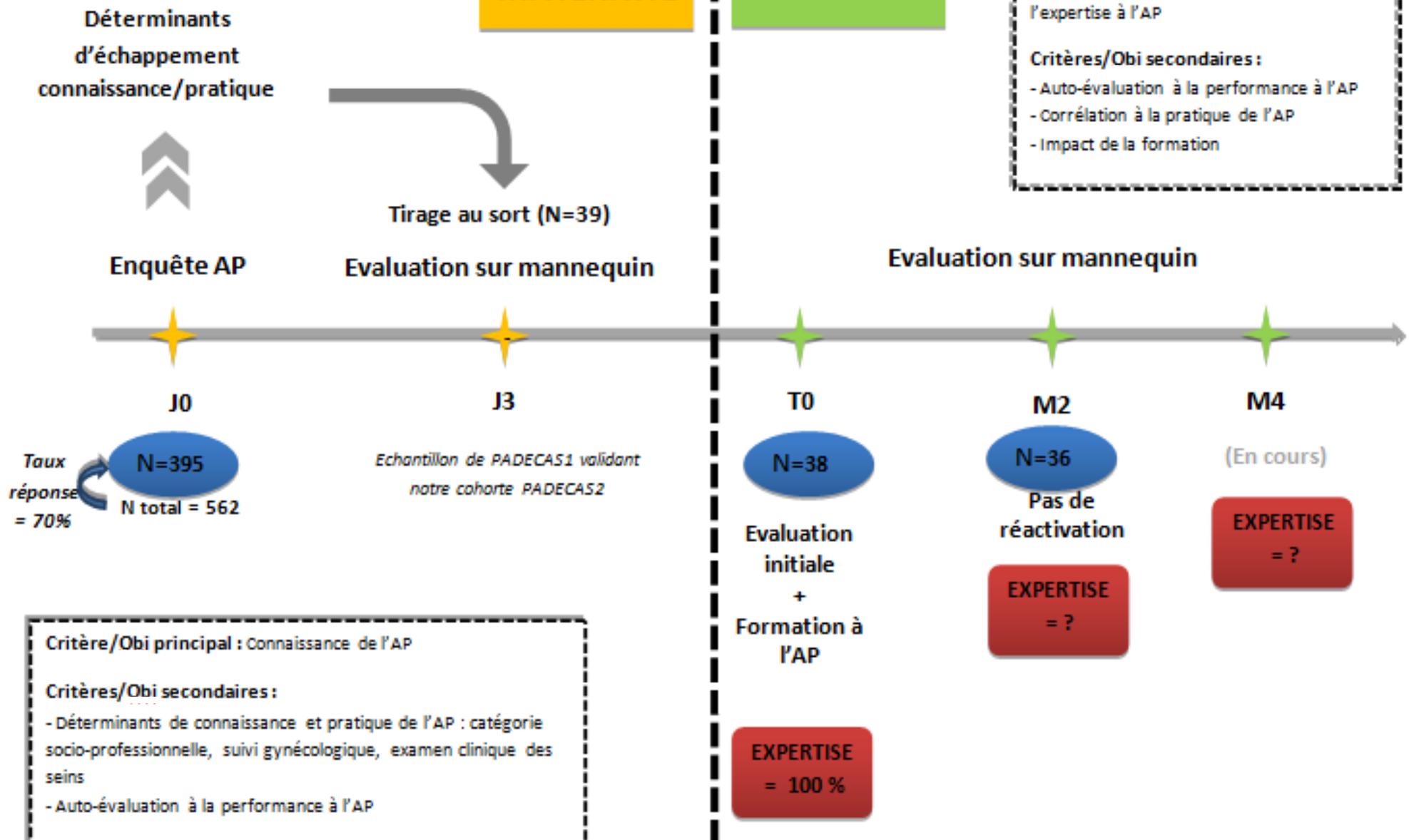
Dans ce contexte, le Programme d'Amélioration du DEpistage du CAnCer du Sein (PADECAS) développé par un groupe de travail du CHU de Nantes, fixe comme objectifs : la promotion à l'éducation de la femme, notamment en matière d'auto-palpation.

Le travail de recherche proposé ici focalise deux volets PADECAS1 et 2, et décline 2 approches descriptives préliminaires permettant d'une part, de situer et mesurer le niveau de compétence de la population à l'AP, puis secondairement, d'évaluer la stabilité dans le temps d'une expertise acquise grâce à un programme de sensibilisation/formation. Monocentriques, prospectives, les deux études ont été réalisées au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes, en maternité et au sein de la maison de la recherche.

PADECAS1 consistait donc en une enquête basée sur un questionnaire pour évaluer la connaissance de l'AP au sein d'un échantillon représentatif de la population général. La pratique de l'AP et les déterminants d'échappement à la connaissance de l'AP ont complété secondairement notre analyse. Nous avons alors supposé un manque d'information majeur de la population sur la technique d'AP et une hétérogénéité des pratiques de sensibilisation au sein des professionnels de santé effectuant le suivi gynécologique des femmes. Complémentairement, au sein d'une cohorte aléatoirement échantillonnée, nous avons mesuré précisément un score d'expertise de la technique via une évaluation scorée sur mannequin.

En parallèle, nous avons développé l'étude pilote PADECAS2 interventionnelle monocentrique effectuée au sein du personnel de la Direction de Recherche Clinique (DRC). L'objectif de cet autre axe de recherche était de mesurer dans le temps l'évolution des scores d'expertises à l'AP sur mannequin, après un cycle de formation/sensibilisation avec une stratégie de formation pouvant inclure brochure, film [ANNEXE 9], et enseignement sur mannequin. Au sein de ce volet d'étude, seulement l'enseignement sur mannequin a été réalisé.

SCHEMA EXPERIMENTAL PADECAS



2. MATERIELS & METHODES

2.1 Etude Pilote PADECAS1

2.1.1 / Typologie de l'Etude

Le titre de l'étude PADECAS est : « Programme d'Amélioration du DÉpistage du CAncer du Sein. » Il s'agit d'une étude monocentrique, descriptive. L'analyse des données sera transversale, en amont de la mise en place du programme d'amélioration du dépistage.

2.1.2 / Lieu de réalisation

L'étude se déroule au CHU de Nantes, dans le service des suites de couches de la maternité (Dr N.WINER), de l'Hôpital Femme-Enfant-Adolescent¹, de niveau 3.

2.1.3 / Population d'étude

Cette étude a débuté le 28 août 2015 et s'est terminée le 13 octobre 2015.

a. Nombre de sujets nécessaires et Plan d'Analyse Statistique

L'étude pilote PADECAS1 vise à décrire en population la proportion de femmes ayant connaissance de la pratique de l'autopalpation, ainsi que d'évaluer sur un sous-groupe de population un score de compétence à l'examen sénologique. Nous émettons l'hypothèse que le niveau de connaissance et de maîtrise de l'AP est faible dans la population générale féminine. Ceci, mis en regard du manque de consensus inter-professionnel sur la pratique, et l'absence de recommandations claires et/ou convergentes de la part de la Haute Autorité de Santé (HAS), de l'OMS ou de l'INCA. Dans ce contexte, nous admettons une fréquence de connaissance de l'AP attendue de seulement 20%, que nous souhaitons décrire dans un intervalle de confiance à 95% étroit, n'excédant pas 5%. Une taille de cohorte d'au moins 300 patientes serait donc requise pour notre évaluation.

¹ <http://www.chu-nantes.fr/etablissements-du-chu-hopital-femme-enfant-adolescent-11326.kjsp>

Tableau 1: Taille de l'échantillon PADECAS1

	Intervalle de confiance (BD CONSEAL AL 18112015.sta) Une Proportion, Test du Z (ou Chi²)	
		Valeur
Proportion p dans l'Echantillon		0,2000
Taille d'Ech. Groupe (N)		300,0000
Niveau de Confiance		0,9500
Limites de Confiance :		
Pi (Exact) :		
Limite Inférieure		0,1562
Limite Supérieure		0,2498
Pi (Approximation) :		
Limite Inférieure		0,1572
Limite Supérieure		0,2507
Pi (Estim. Brute) :		
Limite Inférieure		0,1547
Limite Supérieure		0,2453

A l'issu de notre étude au total, 562 femmes ont été interrogées et 395 ont rendu l'enquête, ce qui équivaut à un taux de réponse à hauteur de 70%.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec STATISTICA 12.0. Les statistiques descriptives incluaient minimum, maximum, terciles, moyennes et écart-types pour les variables quantitatives. Les variables qualitatives ont été décrites par le nombre d'observation (n) et la fréquence de chaque modalité (%).

En regard des effectifs en présence, et après vérification de la Normalité (test de Liliefors) et l'Homoscédasticité (Test de Levène) des données, des tests paramétriques de type ANOVA ont été privilégiés pour les comparaisons de moyennes.

Concernant les variables qualitatives et les comparaisons de fréquences, les Test Chi² de Pearson et F de Fischer (+/- correction de Yates si n<6gk) ont principalement été déployés selon les effectifs en présence.

Enfin, l'analyse des déterminants de la connaissance ou la compétence à l'AP ont mis en jeu des régressions logistiques univariées (seuil p<0,1 retenu), avant d'alimenter un modèle explicatif multivarié. Un p<0,05 était considéré significatif.

b. Cohorte PADECASI

Tableau 2: Caractéristiques de la population PADECASI

COHORTE PADECASI N= 395	
Age	
Tercile 1 : 15-27 [n(%)]	118 (30)
Tercile 2 : 28 – 33 [n(%)]	166 (42)
Tercile 3 : 34 – 46 [n(%)]	111 (28)
Niveau d'études de la mère	
< Bac [n(%)]	141 (36)
Bac à Bac +2 [n(%)]	82(21)
Bac +2 à Bac +5 [n(%)]	127 (32)
> Bac +5 [n(%)]	45 (11)
Parité	
Primiparité [n(%)]	164 (42)
Suivi médical pendant la grossesse	
OUI [n(%)]	389 (98)
NON [n(%)]	6 (2)
Si oui, par le(s) professionnel(s) de santé	
Médecin Traitant (MT) [n(%)]	61 (15)
Sage-femme (SF) [n(%)]	77 (19)
Gynécologue/Gynécologue-obstétricien (GYN) [n(%)]	87 (22)
Plusieurs intervenants [n(%)]	164 (42)
Suivi gynécologique	
OUI [n(%)]	318 (81)
NON [n(%)]	77 (19)
Si oui, par le(s) professionnel(s) de santé	
Médecin Traitant (MT) [n(%)]	119(37)
Sage-femme (SF) [n(%)]	12 (4)
Gynécologue/Gynécologue-obstétricien (GYN) [n(%)]	171
Plusieurs intervenants [n(%)]	(54)
	16 (5)

2.1.4 / Matériels

Une enquête sous la forme d'un questionnaire [ANNEXE 4] a été réalisée, incluant toutes les informations requises pour l'analyse statistique des critères d'évaluations. Ce dernier a été distribué aux patientes à leur entrée dans le service, et rendu aux personnels soignants du service ou lors d'une réactivation de la réponse à l'enquête avant la sortie de la maternité. La collecte des données cliniques a reposé sur la mise en place d'une base de données informatisée.

2.1.5 / Objectifs PADECAS 1

a. Critère/ Objectif principal :

Nous cherchons à déterminer quelle est la proportion de femmes sensibilisées à l'autopalpation dans la population. Nous faisons l'hypothèse que ce sont les femmes les plus âgées qui sont les plus sensibilisées au dépistage du cancer du sein et ont donc pu accéder plus facilement à une information sur la technique et la pratique de l'AP. Ainsi, en ayant une plus grande connaissance de l'AP, c'est possiblement ce segment là de la population qui pratique le plus.

b. Critères/ Objectifs secondaires :

Nous cherchons à identifier la proportion de femmes pratiquant l'AP ainsi que, les déterminants de connaissance et de pratique de l'AP au sein de la population générale en analysant : les catégories socio-professionnelles et le suivi gynécologique des femmes.

De manière hypothétique nous pourrions supposer qu'un niveau d'étude plus élevé pourrait être corrélé à un meilleur accès à l'information et donc à la connaissance et à la pratique de l'AP.

De la même manière, nous estimons que la majorité des professionnels de santé réalisent l'examen clinique des seins lors d'une consultation gynécologique, cet examen faisant partie des recommandations. Ainsi, les femmes ayant un suivi gynécologique seraient majoritairement plus informées de l'AP, et auraient donc une plus grande pratique de la technique comparé à la population non suivie sur le plan gynécologique.

Enfin, en donnant la possibilité aux femmes de s'auto-évaluer sur la performance à l'AP, pour les femmes pratiquant l'AP, nous pourrions y voir une plus grande assurance dans les gestes.

2.1.6 / Critères d'inclusion et d'exclusion

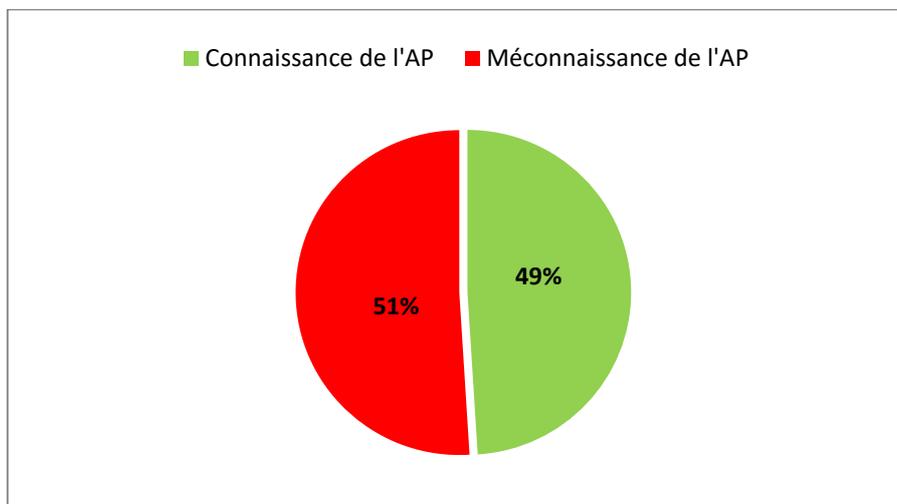
- Critères d'inclusion : ensemble des femmes séjournant dans le service des suites de couches durant la période de recrutement.
- Critères d'exclusion :
 - Non consentement verbale de la patiente à la réalisation de l'enquête.
 - Les femmes présentant des difficultés de compréhension orale ou écrite avec le français.

2.2 Résultats

2.2.1 / Objectif & Critère de Jugement Principal PADECAS1

Au sein de notre échantillon de population d'étude : 49% connaissait l'AP et seulement un quart la pratiquait.

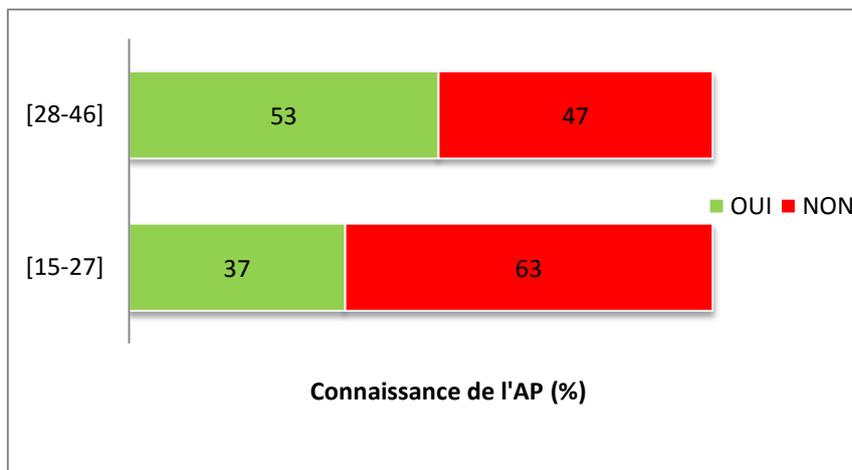
Figure 1 : Proportion de la connaissance de l'AP au sein de PADECAS1



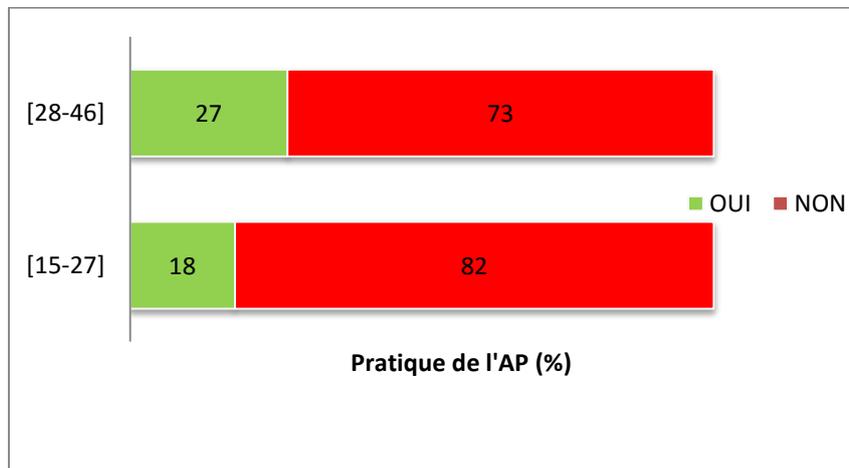
2.2.2 / Objectifs & Critères secondaires

Une différence significative a été établie entre la population âgée de 15 à 27 ans (T1), et le reste de la population, avec une sensibilisation ($p = 0,003$) et une pratique ($p = 0,037$) de l'AP nettement inférieure.

Graphique 1 : Connaissance de l'AP en fonction de l'âge ($p = 0,003$)

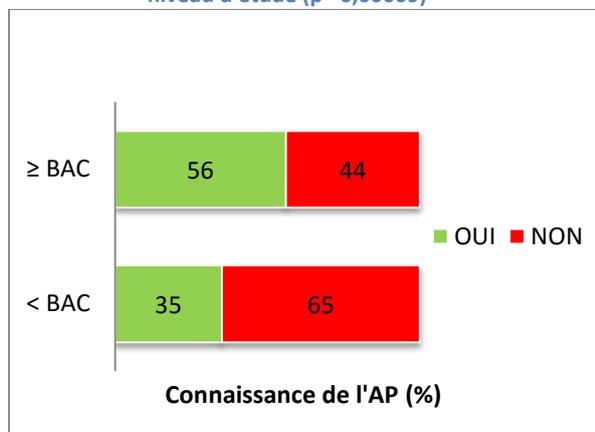


Graphique 2 : Pratique de l'AP en fonction de l'âge ($p = 0,037$)

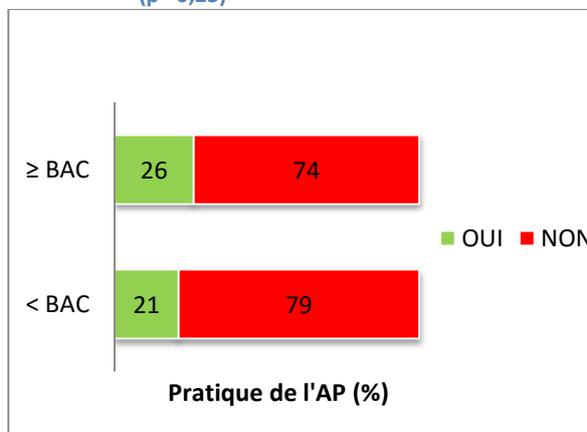


La population ayant un niveau d'étude inférieur au Baccalauréat se voit moins informée de la technique d'AP ($p = 0,00009$). La pratique de l'AP n'est cependant pas significativement associée au niveau d'étude ($p = 0,25$).

Graphique 3 : Connaissance de l'AP en fonction du niveau d'étude ($p = 0,00009$)

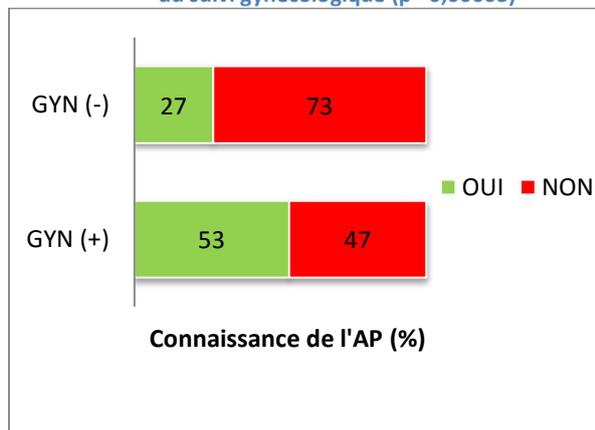


Graphique 4 : Pratique de l'AP en fonction du niveau d'étude ($p = 0,25$)

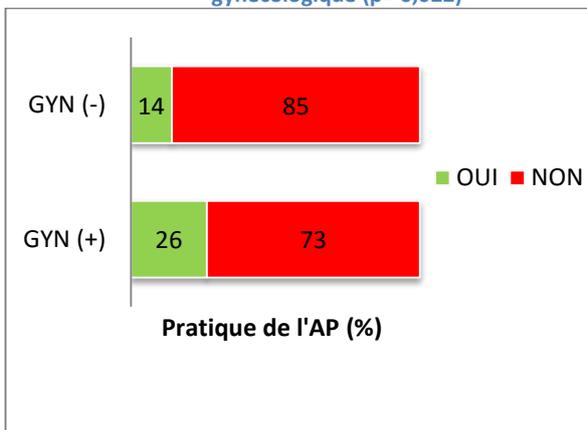


80% de la population PADECAS1 défend un suivi gynécologique. Nous objectivons une association significative de la connaissance de l'AP avec le suivi gynécologique de la femme. La connaissance ($p = 0,00003$) et la pratique ($p = 0,022$) de l'AP s'avèrent associés au suivi gynécologique des femmes.

Graphique 5 : Connaissance de l'AP en fonction du suivi gynécologique ($p = 0,00003$)

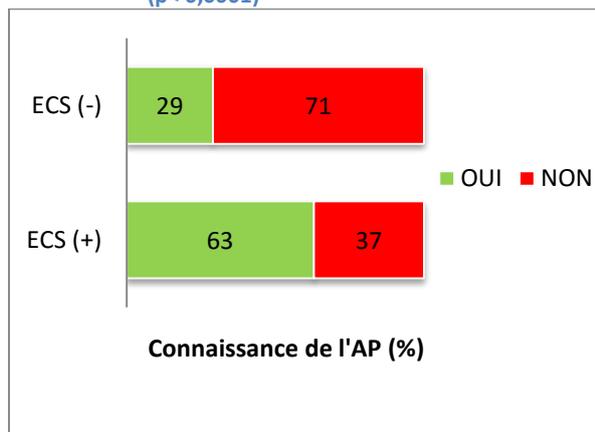


Graphique 6 : Pratique de l'AP en fonction du suivi gynécologique ($p = 0,022$)

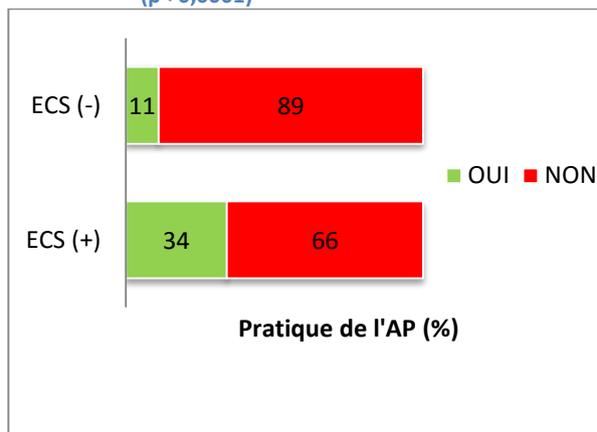


Au sein de notre population ayant un suivi gynécologique, 228 femmes (58%) avaient bénéficié d'un examen clinique des seins (ECS) au cours de leur consultation gynécologique. A cela s'ajoute une accentuation de la pratique de l'AP ($p < 0,0001$) en corrélant à la pratique de la palpation mammaire par le professionnel de santé (PS) effectuant le suivi gynécologique et, ainsi que la connaissance de l'AP ($p < 0,0001$).

Graphique 7 : Connaissance de l'AP et Examen Clinique des seins par professionnel de santé (p< 0,0001)



Graphique 8 : Pratique de l'AP et Examen Clinique des seins par professionnel de santé (p< 0,0001)



Nous avons effectué une analyse univariée de nos variables les plus significatives en regard de la connaissance à l'AP ; ainsi exposée dans le tableau suivant :

Tableau 3 : Modèle de régression logistique univariée
Etudes des déterminants de la connaissance sur l'AP

	P value	OR	95% CI
Age [15-27]	0,004	0,52	0,33 – 0,81
< Bac	<0,0001	0,43	0,28 – 0,66
GYN (+)	<0,0001	3,03	1,75 – 5,25
ECS (+)	<0,0001	4,05	2,64 – 6,22

Puis, nous avons étudié nos données en multivariée afin de comparer nos variables entre elles et objectiver les principaux déterminants de l'AP.

Ainsi, nous constatons suite à cette analyse, que la variable prépondérante à la connaissance de l'AP est l'examen clinique des seins par un professionnel de santé, lors du suivi gynécologique.

Tableau 4 : Modèle de régression logistique multivariée
Etudes des déterminants de la connaissance sur l'AP

	P value	ORa	95% CI
Age [15-27]	0,35	0,79	0,49 – 1,29
< Bac	0,19	0,72	0,44 – 1,18
GYN (+)	0,76	1,11	0,56 – 2,20
ECS (+)	<0,0001	3,22	1,85 – 5,62

De la même manière, pour la pratique de l'AP nous avons réalisé une analyse d'abord univariée :

Tableau 5 : Modèle de régression logistique univariée
Etudes des déterminants à la pratique de l'AP

	P value	OR	95% CI
Age [15-27]	0,04	0,57	0,33 – 0,98
GYN (+)	0,02	2,12	1,07 – 4,22
ECS (+)	<0,001	4,05	2,33 – 7,04
Autoévaluation	< 0,0001	69,1	23,8 – 200,9

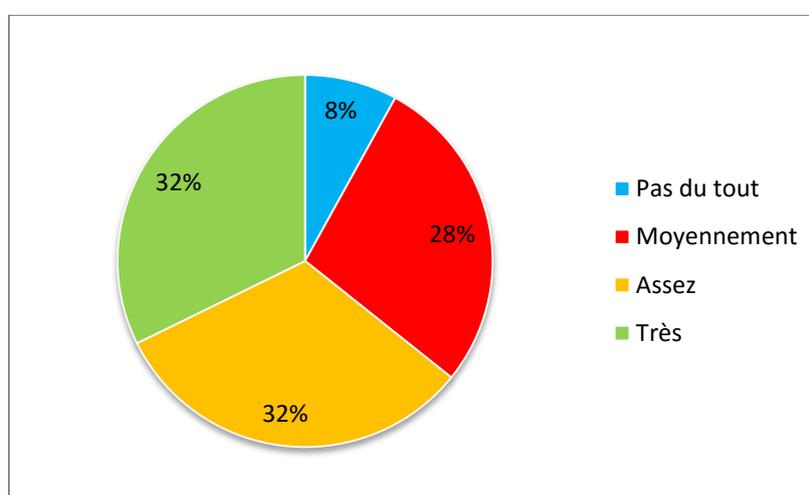
L'analyse multivariée nous a permis d'objectiver une corrélation significative majeure de la pratique de l'AP en lien avec l'appréciation de son propre niveau d'expertise par la femme. L'examen clinique des seins lors du suivi gynécologique est à nouveau présent dans les facteurs prédominants à la pratique de l'AP.

Tableau 6 : Modèle de régression logistique multivariée
Etudes des déterminants à la pratique de l'AP

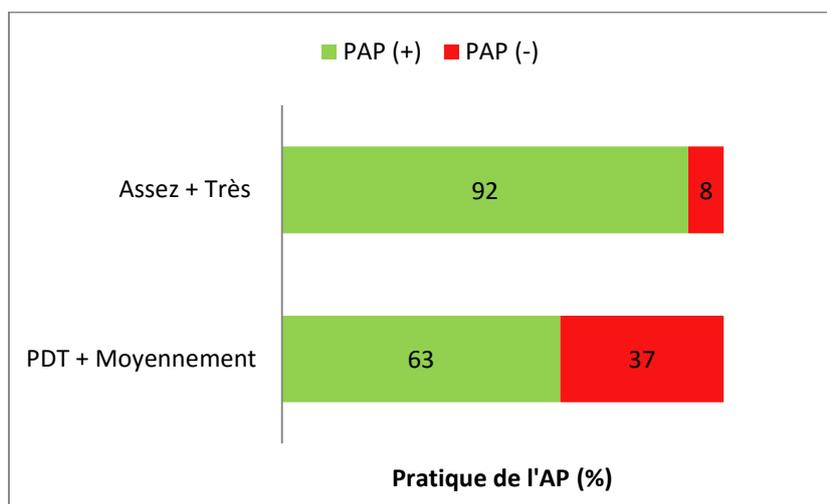
	P value	ORa	95% CI
Age [15-27]	0,418	0,73	0,35 – 1,56
GYN (+)	0,131	0,36	0,09 – 1,36
ECS (+)	0,0004	7,60	2,45 – 23,5
Autoévaluation	< 0,0001	84,1	26,4 – 267,9

Ainsi, le questionnaire proposait aux femmes de s'auto-évaluer sur leurs capacités à réaliser l'AP au sein des 4 adverbes suivants (cotant leur aisance à réaliser la performance) : pas du tout (PDT), moyennement, assez, très.

Graphique 9 : Répartition de l'auto-évaluation sur l'AP au sein de la population



Graphique 10 : Pratique de l'AP en parallèle de l'aisance à la performance



L'échantillon représentatif de la population générale montrait que 68% des femmes interrogées étaient favorables à l'AP, 5% s'y opposaient et 27% n'exprimaient aucun avis. Parmi les femmes favorables à l'AP : 36% la pratique (**p= 0,001**).

La sensibilisation à l'AP est majoritairement réalisée par les professionnels de santé à hauteur de 66%. La famille et les médias représentent 34% des acteurs intervenants dans la sensibilisation.

2.3 Etude Pilote PADECAS 2

2.3.1 / Typologie de l'étude

Cette étude pilote interventionnelle monocentrique visait à décrire en Baseline le niveau d'expertise moyen de l'auto-palpation, observer les caractéristiques et déterminants de la maîtrise de l'auto-palpation au sein d'une cohorte représentative de la population générale faisant suite à une formation experte à l'AP. A cette étude de cohorte s'associe une seconde étude réalisée au sein de la population de la maternité ayant répondu au questionnaire (PADECAS1). Ainsi, une étude conjointe monocentrique, randomisé, non interventionnelle, transversale, a été réalisée auprès de 10% (c'est-à-dire 39 cas) de femmes de cette population, permettant la validation de la notion de représentativité de notre population PADECAS2.

2.3.2 / Lieu de réalisation

L'étude s'est déroulée au sein du personnel de la Délégation à la Recherche Clinique² (DRC) et à l'innovation, instance régionale hébergée au sein du CHU de Nantes.

2.3.3 / Population d'étude

a. Nombre de sujets nécessaires et Plan d'Analyse Statistique

L'étude PADECAS2 vise à décrire la perte de compétence, après formation à l'AP, et mesurer la cinétique de cette perte, par suivi d'un échantillon populationnel sur 4 mois. Nous avons fait l'hypothèse d'une perte d'expertise rapide, avec un score inférieur au seuil d'expertise optimal. Ainsi, nous avons souhaité mettre en évidence en approche indépendante entre T0 (évaluation initiale), M2 (à 2 mois de la formation) et M4, une diminution significative de la perte d'informations \geq à 25%. Nous considérons qu'à la suite de la formation, le niveau d'expertise de la cohorte équivaut à 100%. En visant un delta à 25% avec un alpha à 0,01667 (T0/M2 ; T0/M4 ; M2/M4), une taille de cohorte de 36 personnes est donc requise pour cette évaluation. Par contrainte organisationnelle, l'évaluation à 4 mois post-formation est en cours de réalisation.

Tableau 7 : Taille de la cohorte PADECAS2

	Calculs de taille d'échantillon (BD PADECAS POPMAT_MATDRC AL26112015.sta) Deux proportions (test Z) H0 : Pi1 = Pi2
	Valeur
Proportion Pi1 dans la Pop.	1,0000
Proportion Pi2 dans la Pop.	0,7500
Risque de 1ère Espèce (Alpha)	0,0167
Puissance Recherchée	0,8000
Puissance (Sans Correc.)	0,8103
Taille d'Echantillon N1	36,0000
Taille d'Echantillon N2	36,0000

Afin de valider la reproductibilité de la stratégie de formation PADECAS2, nous avons également évalué sur mannequin l'expertise en baseline d'une sous-population échantillonnée aléatoirement au sein de la cohorte de maternité PADECAS1. Ainsi, ont été tirées au sort et évaluées 39 patientes issue de PADECAS1, sans suivi ultérieur.

² <http://www.chu-nantes.fr/delegation-a-la-recherche-clinique-et-a-l-innovation-drci--11663.kjsp>

b. Cohorte PADECAS2

La cohorte PADECAS2 correspond alors à la cohorte issue de la DRC. Afin de valider la qualité de celle-ci, nous avons comparé les paramètres populationnels suivants :

Tableau 8 : Caractéristiques des deux populations

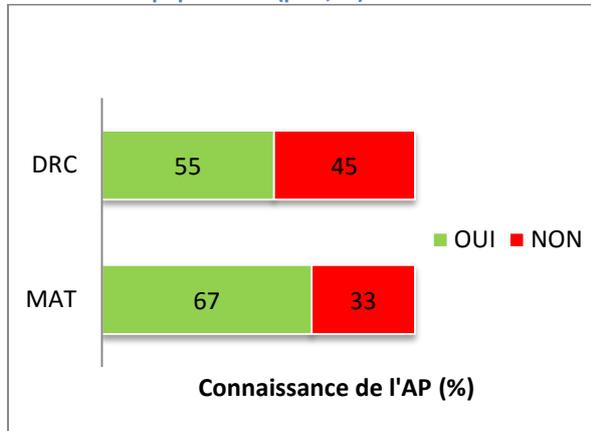
COHORTES	DRC N = 38	MAT N = 39	P-Value
Age			
≤ 25 [n(%)]	4 (11)*	5 (13)*	P= 0,02
26 – 35 [n(%)]	18 (47)	23 (59)	
> 35 [n(%)]	16 (42)	11 (28)	
Moyennes pondérées	31,6	35,7	
Niveau d'études de la mère			
Moins du Bac [n(%)]		10 (26)**	P= 0,0007
Bac à Bac +2 [n(%)]	7 (18)	12 (31)	P= 0,18
Bac +2 à Bac +5 [n(%)]	28(74)*	15 (38)*	P= 0,015
Plus du Bac +5 [n(%)]	3 (8)	2 (5)	P= 0,59
Parité			
Nulliparité [n(%)]	18 (47)**		P< 0,0001
Primiparité [n(%)]	5 (13)	12 (31)	P= 0,057
Multiparité [n(%)]	15 (40)*	27 (69)*	P= 0,01
Suivi gynécologique			
OUI [n(%)]	37 (97)*	30 (77)*	P= 0,004
NON [n(%)]	1 (3)	9 (23)	
Si oui, par le(s) professionnel(s) de santé			
Médecin Traitant (MT) [n(%)]	10 (27)	8 (27)	P= 0,395
Sage-femme (SF) [n(%)]	1 (3)	3 (10)	
Gynécologue/Gynécologue-obstétricien (GYN) [n(%)]	26 (70)	18 (60)	
Plusieurs intervenants [n(%)]		1 (3)	

* p value < 0,05

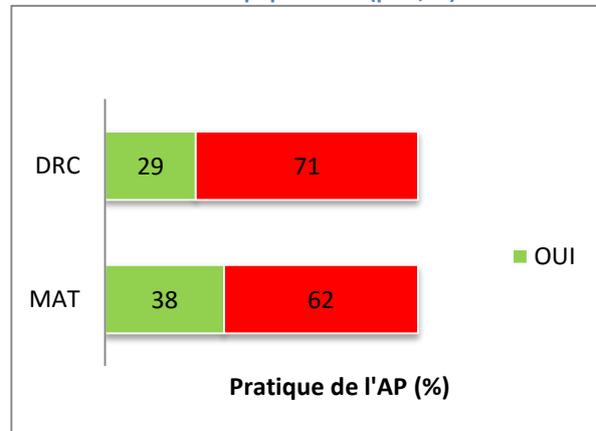
** p value < 0,001

De plus, en lien avec notre thématique, nous avons cherché à identifier les compétences populationnelles vis-à-vis de la technique d'AP.

Graphique 11 : Connaissance de l'AP au sein des deux populations ($p=0,30$)



Graphique 12 : Pratique de l'AP au sein des deux populations ($p=0,38$)



2.3.4 / Matériel et objectifs

L'étude ancillaire PADECAS2 explore la persistance dans le temps d'un niveau d'expertise de l'autopalpation après un cycle de formation développé par l'ESF. Nous avons proposé via mailing une participation au sein de l'étude PADECAS en signalant ; le projet de l'étude, le déroulement de la séance ainsi que le système de réévaluation à posteriori sans informer par avance sur nos dates de rencontres. Puis, une fois ce premier contact établi, une inscription en ligne sur un agenda électronique a permis d'organiser les sessions. Nous avons alors réalisé, une session d'évaluation baseline (10 min), suivi d'une formation individuelle à l'AP via mannequin à T0 (10min). Le niveau d'expertise a été réévalué à M2 (2 mois plus tard) dans les mêmes conditions standardisés puis à M4 (en cours de réalisation). Lors de cette réévaluation nous avons effectué une mesure de la perte d'expertise au sein de la population. La mesure de l'expertise intrinsèque s'articula sur une simulation in situ via un mannequin dédié, l'évaluation de la technicité et la performance par la cotation d'un score sur une grille pré-établie par l'évaluateur externe, anonymisée. A cette mesure, nous avons ajouté une auto-évaluation de la performance à l'AP.

La séance initiale a été divisé en deux temps :

Dans une première partie,

- Nous avons échangé autour du questionnaire PADECAS [ANNEXE 4] : celui-ci nous a permis de mettre en évidence : l'ensemble des caractéristiques d'échappement à la connaissance de l'autopalpation (Support de l'étude PADECAS1) ainsi que les éléments de comparaison de notre population PADECAS2 (DRC) aux paramètres populationnels PADECAS1 (MAT).
- Puis nous avons demandé de réaliser la performance sur mannequin. Ainsi était présenté à la personne évaluée, un mannequin de buste de femme (modèle 3B Scientific LP50) [ANNEXE 5] possédant un soutien-gorge. Nous demandions alors de réaliser une auto-palpation sur mannequin sans information préalable. Ce laps de temps fut chronométré et coté sur la grille d'évaluation. La mise en place d'un score seuil, pour le niveau de compétence optimal, se fit avec la collaboration d'une sage-femme issu de la recherche clinique. Nous avons défini alors une expertise optimale strictement supérieure à 12/30 [ANNEXE 6].

La grille d'évaluation nous a permis de coter deux temps essentiels de l'AP : l'inspection et la palpation. Les critères suivants communs aux deux temps ont été observés :

- Soutien-gorge : laissé, abaissé, ôté
- Miroir : pris ou non
- Position des bras : sur les hanches, levés, le long du corps et mouvements

Puis pour l'inspection, les critères d'observation attendus étaient : rougeur, oedèmes, eczéma, rétractation mamelonnaire, aspect peau d'orange, dissymétrie, observation de masse.

Enfin lors de la palpation, la position de la main, les mouvements et la pression associée, les aires explorées ainsi que la pression du mamelon ont été cotées. De plus, un certain nombre d'anomalies pouvaient être palpés sur le mannequin, permettant à chaque anomalie détectée l'inscription de points.

Chacun des axes ont été pondérés selon la facilité ou non à les détecter.

Dans un second temps,

- Une fois la manipulation faite, nous présentions l'enseignement à l'AP [ANNEXE 7]. Puis la manipulation était réalisée à nouveau par la personne évaluée pour estimer de nouveau son niveau de compréhension de l'enseignement et d'expertise.
- Suite à l'enseignement, un temps d'échange restait possible pour toutes questions ou demande d'informations sur l'autopalpation.

L'intervention auprès de ces femmes est susceptible d'avoir un effet positif sur la pratique de l'AP avec une majoration de l'auto-évaluation de la performance à l'AP. De plus, nous pouvons supposer qu'une réactivation annuelle sur la technique d'AP n'est pas suffisante pour maintenir un niveau d'expertise suffisant. Ainsi, nous pourrions voir une optimisation du dépistage du cancer du sein grâce à la diffusion efficace de l'expertise et sa réactivation par des outils et supports dédiés au sein de la population.

2.3.5 / Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion : ensemble des femmes inscrites sur l'agenda électronique et se présentant au rendez-vous.

Absence de critère d'exclusion.

2.3.6 / Contrôle des biais

Dans l'objectif de performer notre étude, nous avons mis en place des dispositifs afin de contrôler nos biais.

- Le personnel de la DRC est aisément sensibilisé aux biais d'une étude renforçant la pertinence de s'adresser à cette population.
- Une information sur la proposition de participer à l'étude via mailing a été faite à 43 personnes du personnel de la DRC, avec autorisation de diffusion au reste du personnel.
- Réalisation de session sur un temps limité pour minimiser d'éventuels échanges au sein du personnel.
- L'évaluation se réalisa dans une pièce dédiée, porte close, en binôme formateur-personne évaluée.
- Le même mannequin fut utilisé avec un temps chronométré.
- A la suite de la formation, une vérification de la bonne compréhension par une seconde manipulation sur mannequin nous permis d'attribuer un score d'expertise de 100% à l'issu de la formation.
- La réévaluation ultérieure n'était pas précisée dans le temps à la cohorte.

3. RESULTATS

3.1 Critère principal PADECAS2

L'étude PADECAS2 avait pour objectif d'analyser la cinétique de l'apprentissage de l'autopalpation en vue de l'optimisation d'un cycle pédagogique.

Ainsi, nous nous sommes demandé si :

- En évaluant le niveau d'expertise à M2, nous pourrions nous attendre à une diminution significative, ce qui nous indiquerait qu'une seule réactivation annuelle est insuffisante pour maintenir un niveau d'expertise optimal à l'AP.
- L'enseignement sur mannequin va permettre aux femmes d'acquérir des notions sur l'AP, ainsi nous pouvons supposer une augmentation significative du niveau d'expertise comparé à l'évaluation initiale, mais significativement inférieur au niveau d'expertise optimal.

a. L'évaluation à TO :

Nous objectivons après évaluation de l'expertise à l'AP un score moyen similaire en comparant les deux populations sur le Score Total et des 2 sous-dimensions : Inspection et Palpation. Les écarts-types seront indiqués à la suite du signe « ± ».

Tableau 9: Moyennes des scores au sein des deux populations

Moyenne des scores	MAT	DRC	P value
Inspection (/11)	1,85 ± 0,56	1,53 ± 0,48	0,38
Palpation (/19)	3,69 ± 0,44	4,22 ± 0,74	0,22
Total (/30)	5,57 ± 0,90	5,75 ± 1,02	0,79

Figure 2 : Comparaison des scores moyens d'Inspection entre les cohortes PADECAS1 et PADECAS2 (p= 0,38)

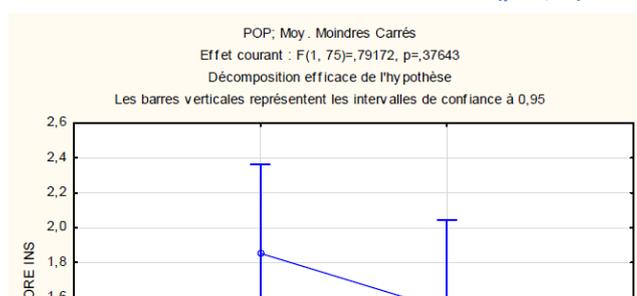


Figure 3 : Etude du score à l'inspection en comparant les deux populations (p= 0,22)

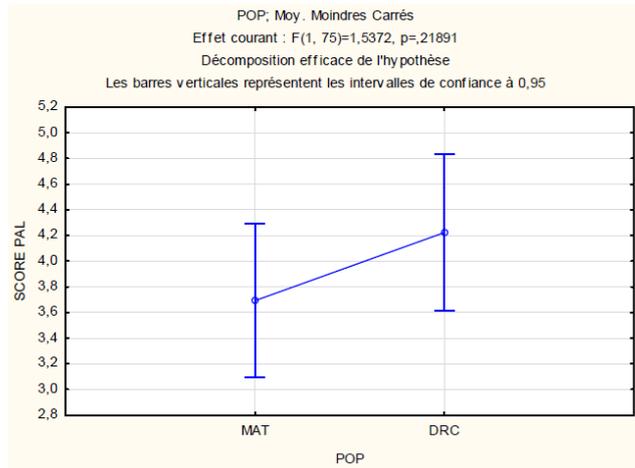
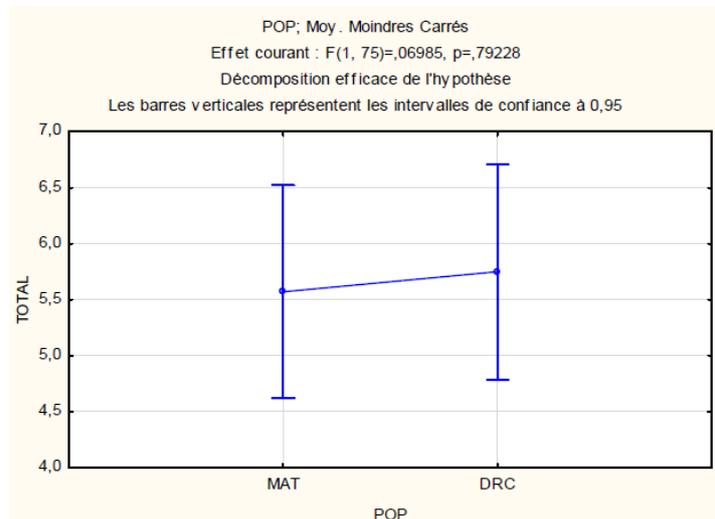
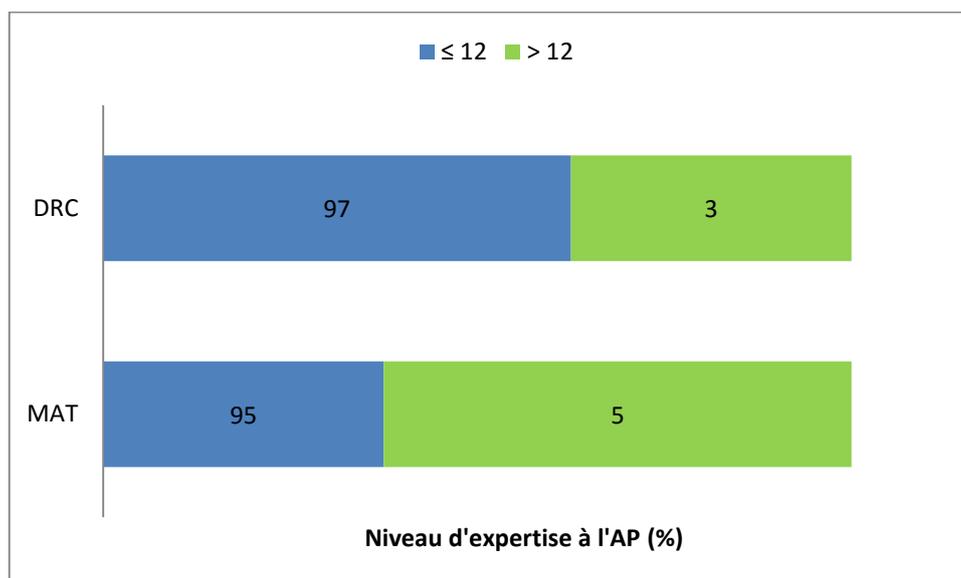


Figure 4 : Score TOTAL de l'expertise à l'AP en comparant les deux populations (p= 0,79)



De part un niveau d'expertise optimal strictement supérieur à 12, nous pouvons alors identifier que seulement 10% de l'ensemble de ces deux populations possède une expertise optimal à TO (p = 0,57).

Graphique 13: Niveau d'expertise en comparant les deux populations à TO (p= 0,57)



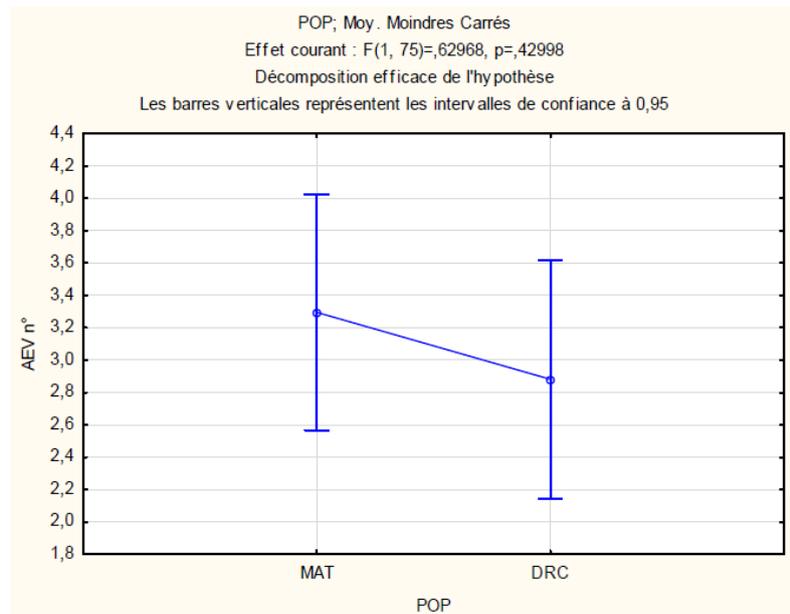
3.2 Critères/ Objectifs secondaires de PADECAS 2

L'auto-évaluation à l'expertise de l'AP (côté sur une échelle numérique de 0 à 10), nous a permis d'objectiver là-aussi des similitudes populationnelles (p = 0,43). La conversion sur un score de 30, nous permet d'analyser l'auto-évaluation en regard des résultats attendus dans la grille d'évaluation de l'AP.

Tableau 10 : Moyennes des auto-évaluations au sein des deux populations

Moyennes	MAT	DRC	P-value
Auto-évaluation (/10)	3,29 ±0,80	2,88 ±0,66	0,43
Conversion sur 30	9,87	8,64	

Figure 5 : Auto-évaluation de l'expertise à l'AP des populations (p= 0,43)



Nous avons certes observé des différences populationnelles attendues : âge, catégorie socio-professionnel, parité..., mais le score moyen à l'AP ne diffère pas entre les deux populations. Ainsi, l'évolution de l'expertise décrite sur la cohorte de la DRC pourrait être similaire entre les deux populations et même aggravée en population générale. En effet, au sein de la population générale, subsistent des facteurs de risques supérieurs : un âge plus élevé, une catégorie socio-professionnel moins élevée et une plus grande fraction de population n'ayant pas de suivi gynécologique.

b. L'évaluation à M2 :

Si notre cohorte initiale était composée de 38 femmes, lors de la réévaluation 2 mois plus tard, seules 36 femmes ont été observés : nous en comptons donc deux perdues de vue.

Nous avons objectivé une différence significative de l'ensemble des scores (inspection, palpation et totaux) obtenus eu sein de notre cohorte (**p<0,0001**).

**Figure 6 : Evolution du score à l'inspection TO-M2
($p < 0,0001$)**

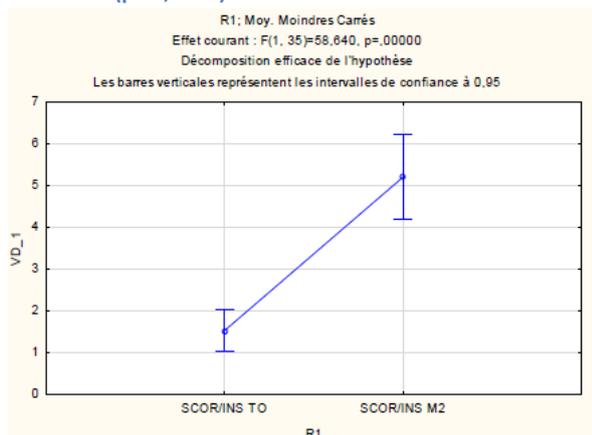


Tableau 11 : Evolution en moyennes des scores à l'inspection

Moyennes non pondérés	Score à l'inspection (/11)
TO	1,52 ±0,25
M2	5,21 ±1,0

**Figure 7: Evolution du score à la palpation TO-M2
($p < 0,0001$)**

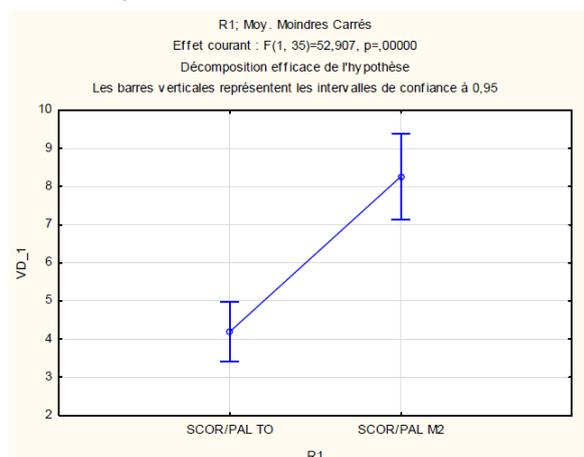


Tableau 12: Evolution en moyennes des scores à la palpation

Moyennes non pondérés	Score à la palpation (/19)
TO	4,19 ±0,76
M2	8,26 ±1,12

**Figure 8 : Evolution des scores totaux TO-M2
($p < 0,0001$)**

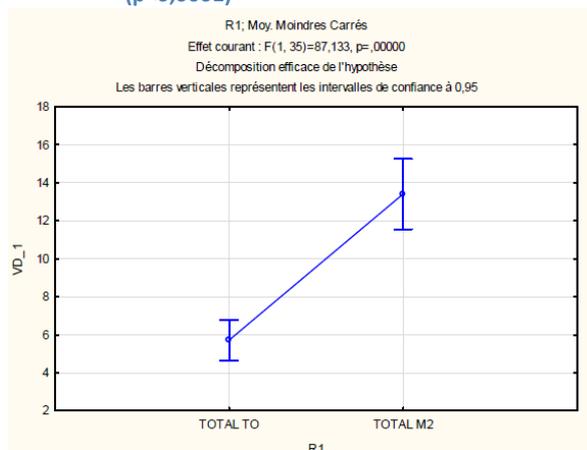


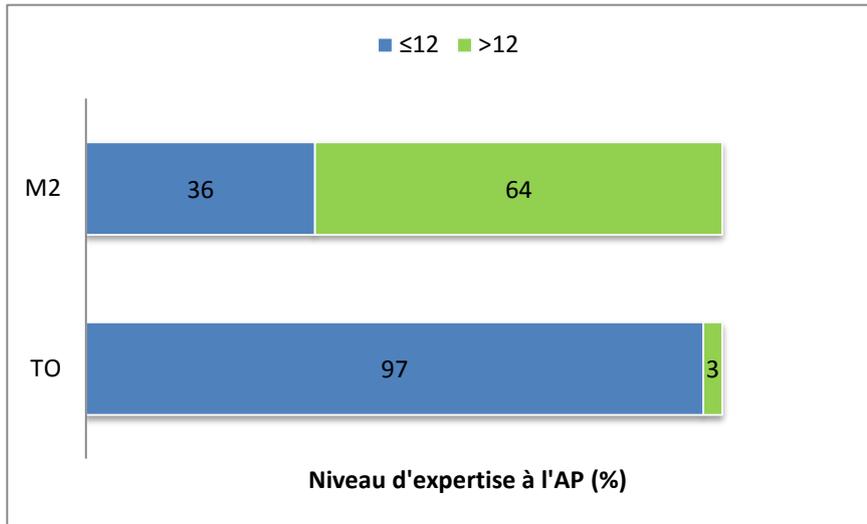
Tableau 13 : Evolution des scores totaux TO-M2

Moyennes non pondérés	Score Totaux (/30)
TO	5,72 ±1,08
M2	13,41 ±1,82

A M2 seulement 64,8% de la cohorte PADECAS2 défend un niveau de compétence satisfaisant (Score total à l'AP >12), révélant une forte dégradation de l'expertise individuelle comparativement à T0 après formation ($p < 0,0001$).

Nous objectivons dans les scores totaux un doublement des résultats initiaux.

Graphique 14 : Evolution du niveau d'expertise TO-M2



Notre variable déterminante observée lors de l'étude PADECAS1 était l'auto-évaluation de la performance à l'AP. Nous objectivons ici, une nette augmentation de l'aisance à la pratique des gestes suite à la formation. Deux outils ont été utilisés pour l'auto-évaluation :

- Une échelle numérique graduée de 0 à 10.
- Une identification à l'un des mots suivants : non maîtrisée, insuffisante, suffisante, performante.

Figure 9 : Evolution de l'auto-évaluation à l'expertise de l'AP ($p < 0,0001$)

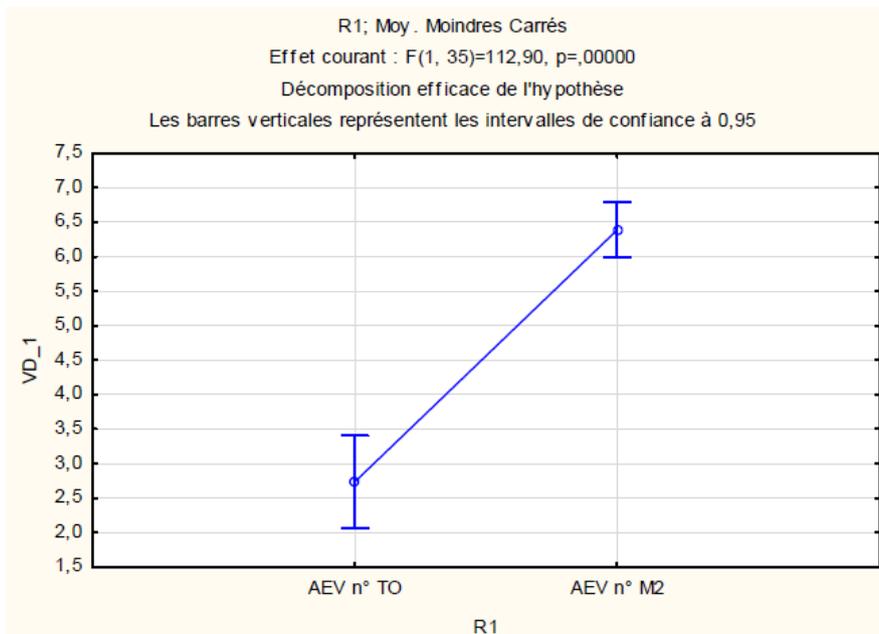
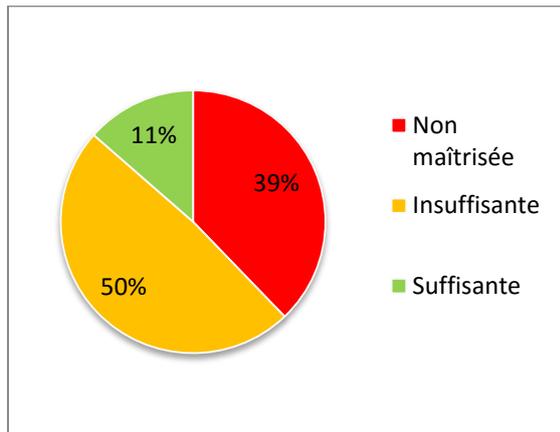


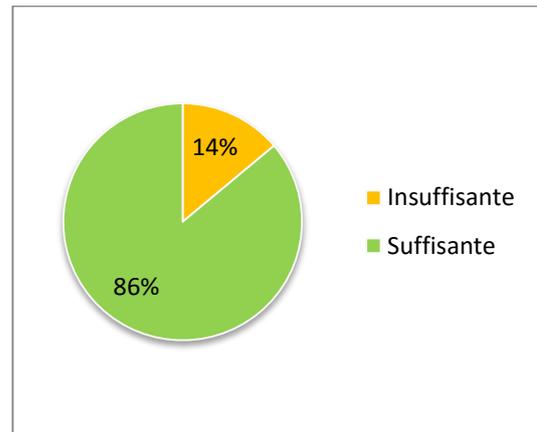
Tableau 14 : Evolution des moyennes des auto-évaluations ($p < 0,0001$)

Temps	Auto-évaluation (/10)
TO	2,74 \pm 0,66
M2	6,39 \pm 0,38

Graphique 15 : Auto-évaluation à TO



Graphique 16 : Auto-évaluation à M2



Puis, nous exposons nos résultats de l'auto-évaluation en fonction des scores totaux obtenus lors de l'auto-évaluation. Ceux-ci n'objectivent pas une concordance de l'auto-évaluation faite par la femme et le score obtenu ($p > 0,05$). Nous observons des résultats quasi similaires au travers des différents groupes, voir pour l'expertise « satisfaisante », une moins bonne expertise en moyenne [ANNEXE 9 – Objectifs secondaires PADECAS2].

Tableau 15 : Score total fonction de l'auto-évaluation à TO

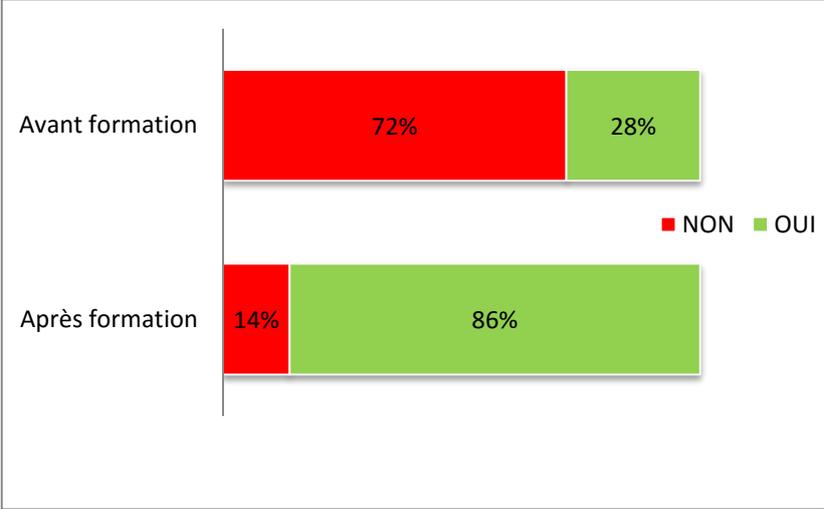
	Moyennes scores totaux à TO
Non maîtrisé	5,45
Insuffisante	5,72
Satisfaisante	4,4

Tableau 16 : Score total fonction de l'auto-évaluation à M2

	Moyennes scores totaux à M2
Insuffisante	13,27
Satisfaisante	13,41

Enfin, l'analyse de l'impact de la formation PADECAS met en exergue une incidence des femmes pratiquant l'AP nettement plus importante suite à l'enseignement. Plus de la moitié des participantes (58%) ne réalisant pas auparavant l'AP, la pratique actuellement.

Graphique 17 : Pratique de l'AP avant et après la formation PADECAS



4. DISCUSSION

L'originalité de ce travail réside dans la réflexion intégrée PADECAS qui tente de réévaluer le positionnement de l'AP comme outil de dépistage efficient en population. Ainsi, à notre connaissance PADECAS 1 et 2 sont des études pilotes innovantes explorant pour la première fois en France, le niveau de connaissance en population de cette technique, mais également la stabilité dans le temps d'une expertise à l'AP acquise après un cycle de formation.

Nous avons ainsi pu mettre en exergue une connaissance et une pratique limitée de la technique à l'AP en population générale, rarement relayée et/ou enseignée par les professionnels de santé. En effet, 51% au sein de notre échantillon représentatif de la population générale méconnaissait l'AP. Au sein de ce même échantillon, 75% des femmes interrogées ne la pratiquaient pas. Nous avons un ratio de 49% qui en connaissant l'AP ne s'y expérimentaient pas pour autant. Nous retrouvons des chiffres quasi similaires au sein des études : Tavafian et al, mené en Iran en 2009 [20] avec 68,3%, l'étude de Secginli et al, investigué en Turquie en 2006 [21] avec 83% et enfin l'étude Malaisienne d'Akhatari-Zavare et al. datant de 2015 [22] où 70,5% des femmes interrogées ne pratiquaient pas l'AP.

L'analyse multivariée des déterminants profil socio-démographiques des patientes permis d'identifier des facteurs de risques communs prédictifs d'une connaissance et une pratique suboptimales. Ainsi, une population à haut risque a pu être définie et pourrait être une cible privilégiée des actions et politiques de santé à développer en maternité : le jeune âge (15-27 ans), le non-suivi sur le plan gynécologique ainsi que l'absence d'examen clinique des seins dans le cadre d'un suivi gynécologique, induisent en effet une moindre connaissance et une faible pratique de l'AP. A cela s'ajoute des inégalités sociales de territoire où les femmes les plus défavorisées habitant un territoire de santé à faible densité de gynécologues médicaux, ne vont pas bénéficier d'un suivi régulier [23].

En réalisant une extraction multivariée corrélée à la connaissance de l'AP, nous montrons une dominance de la variable : « examen clinique des seins au décours d'un suivi gynécologique », où l'examen clinique des seins a un impact sur la réalisation de l'AP. Nous pouvons y voir la contribution de l'examen clinique des seins inscrit au sein de recommandations à l'échelle nationale sur l'éducation des femmes à l'égard de l'AP, non recommandé actuellement. Nos données sont assez convergentes avec les déterminants observés par Akhatari-Zavare et al.[22] voyant les facteurs socioculturels et environnementaux comme barrières à la connaissance de l'AP. A l'instar de l'étude iranienne de Tavafian et al [20], l'étude nigérienne d'Amoran et al, de 2015 [24] confirme l'impact de l'examen clinique des seins par un professionnel de santé, dans l'incitation à la pratique de l'AP.

Nous avons également établi une association prépondérante de l'auto-évaluation de la femme faite sur sa propre appréciation de son expertise et sa pratique réelle. Ainsi, au sein de l'ensemble des facteurs de risques exposés, l'auto-évaluation paraissant être un facteur modulable dans sa puissance, celui-ci semble pertinent à analyser au sein de l'intervention. Nous estimons aussi que seulement 24% de la population interrogée, favorable à l'AP, la pratique. Un chiffre qui interroge et semble cristalliser : une approbation tangible de la technique entremêlée à une crainte ou une réticence à l'appliquer.

Par la suite, l'étude nous a permis d'évaluer le niveau d'expertise initiale par simulation de l'AP sur mannequin avec une évaluation. Nous avons donc mesuré de prime abord l'expertise initiale sans intervention. Le défaut de connaissance sur l'AP induit des scores inférieurs à la moyenne du score d'expertise optimal défini arbitrairement à $>12/30$. Ainsi les échantillons de population issus de la maternité et de la DRC objectivent un niveau d'expertise total optimal pour seulement 4% d'entre elles, initialement. Et nous notons peu de réalisation d'inspection avant palpation.

Conformément à l'étude PADECAS1, les participantes portent un regard plutôt péjoratif sur leurs capacités à réaliser l'AP. En effet, les moyennes annoncées au sein des deux populations se voyaient inférieure à 10 sur 30. Cette étude ayant pour but de vérifier la cinétique d'infléchissement dans le temps de l'expertise acquise, afin de définir le meilleur cycle pédagogique, nous avons procédé à une réévaluation deux mois plus tard, sans réactivation.

Une perte d'expertise significative est apparue au bout de deux mois. Certes, nous objectivons une majoration des scores obtenus à l'évaluation, avec une élévation de près de 43% des scores totaux en comparaison des résultats initiaux, mais seulement 64% des participantes obtiennent un niveau d'expertise satisfaisant ($>12/30$). Par ailleurs, nous dévoilons aussi l'intérêt marqué des femmes dans l'amélioration des critères d'inspections avec un facteur multiplicateur supérieur à 3 entre les scores initiaux et à posteriori, et environ égale à 2 pour les scores de la palpation. Malgré une composition suboptimale des résultats aux scores d'expertise à l'AP, nous observons un impact positif de l'intervention au sein de la population.

L'appréciation de son propre niveau d'expertise est le facteur le plus contributif à l'attention de la pratique de l'AP. Le regard subjectif de la femme sur sa propre capacité à réaliser les gestes, induit une mise en application ou non de la technique au-delà des déterminants sociaux objectivés dans notre première étude. L'appréciation du niveau d'expertise sénologique s'est vue multipliée par 2 environ. Ce résultat n'est pas négligeable au regard des données de la littérature comme l'objective l'étude de Tavafian et al [20] ainsi que l'étude d'Hill et al, réalisé en Australie en 1991[25]. La perception d'« auto-efficacité » est un facteur prédictif de la pratique de l'AP. C'est ainsi que nous constatons des pratiques de dépistages soumises à des

freins tels que le manque de confiance dans l'expertise, particulièrement dans l'AP comme le soumet Ofori dei, de 2011, au Ghana [26].

Nous objectivons suite à l'expérience une pratique de l'AP nettement augmenté : initialement la proportion de femmes pratiquant l'AP était de 28% et lors de la réévaluation à deux mois, la proportion de femmes l'effectuant s'élevait à 86%. Nous notons donc un impact positif de notre intervention au sein de cet échantillon de population. Ainsi, l'étude de Desouky et al en Egypte de 2015 [27] a évalué l'impact d'un programme de formation sur le cancer du sein et de l'auto-examen chez des étudiantes à l'Université de Taëf. Une amélioration des connaissances sur le cancer du sein et la technique d'AP a été probante. L'étude de Tavafian et al [20] va plus loin en précisant l'augmentation de la compétence à l'AP par la participation à plusieurs séances de formation.

Notre étude se heurte cependant à certaines limites. Malgré un taux de réponse tout à fait satisfaisant aux questionnaires en maternité (PADECAS1), nous pouvons y voir un biais de sélection. En effet, les femmes répondant aux questionnaires sont possiblement à l'aise avec la thématique abordée, acceptant de s'auto-évaluer sur ses capacités à réaliser l'AP. Le remplissage individuel des questionnaires engendre une bonne compréhension des questions. Ainsi, l'exclusion des femmes ne comprenant pas ou peu le français, présente une limite de l'étude. Nous pourrions penser que ce sont justement ces femmes en marge du système de santé à qui il serait le plus opportun d'intervenir dans la sensibilisation à l'AP. D'autre part, les difficultés organisationnelles de l'étude PADECAS2, notamment la contrainte de temps, ne nous ont pas permis à ce jour d'étendre le suivi de notre cohorte à une plus grande amplitude (6 mois et plus de patientes d'une plus grande mixité socio-professionnelle hors contexte recherche ou hospitalier), ce qui aurait pu renforcer la robustesse de notre évaluation et la significativité de nos résultats, en complément de cette première réévaluation. En effet, la restriction d'évaluation à un seul site (la DRC) n'a pu mettre en exergue une population stricto sensu représentative de notre population générale étudiée dans PADECAS1. De plus, nous pouvons possiblement observer un biais d'information lors de la cotation au sein de la grille d'évaluation qui, évaluateur dépendant, aurait pu faire osciller à minima les notes finales. Ce biais a pu être modéré par la multiplication des sessions avec un même évaluateur.

Au fil de cette étude, nous retenons la nécessité de mettre en œuvre une formation sur l'autopalpation, qui conditionne le recours à celle-ci. Nous pourrions alors intensifier la démarche d'apprentissage aux prémices des rencontres puis estomper la réactivation des connaissances après acquisition des gestes à l'autopalpation. Il faudrait donc l'expérimenter au sein de sites cibles concentrateurs de la population féminine tels que les maternités. Ainsi, par le biais de l'entretien prénatal précoce ou via des consultations ou des temps d'enseignement globaux destinés à l'apprentissage de l'autopalpation, de professionnels à autrui, les femmes

pourraient acquérir les compétences nécessaires à la réalisation de l'autopalpation, selon un niveau d'expertise satisfaisant.

En cela, il serait intéressant d'étendre notre cohorte à une population plus large et dispersée, afin d'étudier plus précisément la rémanence de l'expertise à l'autopalpation. Ainsi, une étude randomisée permettrait d'évaluer la résistance de l'expertise dans le temps.

L'objectif ultime peut se concevoir à travers une évaluation de l'impact de la stratégie PADECAS au sein d'un bassin de population, sur la proportion de cancers du sein diagnostiqué grâce à l'autopalpation. L'autopalpation permettrait alors l'amélioration du dépistage du cancer du sein, à travers un dépistage plus précoce des cancers du sein, en complément de la stratégie de dépistage national actuellement en place.

5. CONCLUSION

Cette étude nous a permis d'évaluer le niveau de connaissance et de pratique des femmes en matière d'autopalpation, faisant l'objet d'une actuelle controverse au sein de notre système de santé. Les résultats de nos investigations montrent une méconnaissance considérable de la population féminine à l'égard de l'autopalpation.

Malgré un avis favorable manifeste pour l'autopalpation au sein de notre échantillon de population, la pratique de celle-ci se réalise par une minorité seulement. Nous avons pu identifier des facteurs de risques impactant l'expérimentation de l'autopalpation. Ainsi, l'examen clinique des seins par un professionnel de santé se trouve être corrélé à la pratique de l'autopalpation. A contrario, le plus contributif dans la non réalisation de l'autopalpation se conçoit à travers l'auto-évaluation de l'expertise sénologique.

De plus, les femmes remettent en cause leurs compétences en matière d'auto-palpation et ne pratiquent pas la technique, de par un manque de certitude sur la réalisation des gestes. L'intervention auprès d'un échantillon de femmes, sur l'enseignement à l'autopalpation nous a permis de confirmer ces premiers résultats. La constatation de l'avant/après formation, en matière d'auto-évaluation montre une flagrante augmentation de l'aisance avec la technique. Nous avons donc pu, de part ce temps imparti, renforcer la confiance des femmes dans la réalisation de leurs gestes. Malgré, des résultats peu optimaux en matière de scores totaux, de l'expertise sur mannequin, nous y voyions tout de même une progression indubitable, ce qui nous conforte sur le bénéfice de l'enseignement réalisé. Ainsi, en ajoutant à ces deux premiers échanges, une autre session de formation, réactivant les gestes d'autopalpation, nous pourrions

constater un niveau d'expertise supérieur et ce, pour une plus grande proportion de notre cohorte.

Le versant sur l'expertise des professionnels de santé exposé dans l'introduction nous semble intéressant à développer, tant sur l'expertise tel quelle, que sur la manière d'échanger avec les patientes. Nous pourrions alors uniformiser les techniques d'enseignement à l'autopalpation, soutenue par une transmission de l'information en majorité réalisée par les professionnels de santé, comme révélée par l'étude. L'uniformisation se verrait alors à travers les trois volets suivants : renforcer la formation universitaire, évaluer la variabilité interprofessionnelle et identiquement procéder à des cycles d'enseignement à l'autopalpation à destination des professionnels de santé.

De plus, nous pourrions nous intéresser à obtenir une sensibilisation plus précoce au sein de la population, avec une formation renforcée pour les plus jeunes en milieu scolaire et/ou universitaire. La population serait alors mieux informée et d'une manière plus uniforme sur le dépistage du cancer du sein. Cela permettrait une inscription dès le plus jeune âge de la technique d'autopalpation et l'amointrissement d'a priori négatif à l'égard de cette dernière. Nous pourrions alors inscrire ce processus au sein d'une action de santé à l'échelle régionale.

Ensuite, un renforcement du dispositif au sein des populations à risque, qui nous pouvons supposer sont déjà alertées des techniques de dépistages, permettrait d'améliorer une approche clinique plus discriminatrice avec des compétences théoriques.

Enfin, le développement d'outils pédagogiques intégrés tels que : film, brochure [ANNEXE 9], applications Smartphones pourraient permettre au-delà de la sensibilisation à l'autopalpation, d'être des moyens de réactiver la connaissance de la technique d'autopalpation, celle-ci se montrant altérée au fil du temps au sein de notre étude.

Bien au-delà de l'apprentissage des femmes à l'autopalpation, c'est une prise de conscience et un temps d'information dans le dépistage du cancer du sein. Ainsi, les femmes ont pu être réinformées sur le processus de dépistage du cancer du sein actuellement en place à l'échelle nationale et l'intérêt de celui-ci.

L'autopalpation est une technique simple à réaliser, non douloureuse et rapide (3 à 4 minutes) qui permet à la femme bien au-delà du dépistage de tumeurs, de prendre conscience de son corps et des modifications de celui-ci en cas d'apparition de signaux d'alertes. Il se voit complémentaire des systèmes de dépistage mis en place actuellement en France.

Bibliographie

- [1] InVS. Incidence et Mortalité estimées des principales localisations de cancers chez la femme en France Métropolitaine en 2011. [en ligne] Disponible sur : <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/1-types-cancer/9-cancer-sein/6-mortalite-france-cancer-sein.html#ind1>. (Consulté le 24/10/2015)
- [2] InCA. Epidémiologie des cancers - Les chiffres du cancer en France. [en ligne] 18/03/2015. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers>. (Consulté le 7/10/2015)
- [3] InCA. Dépistage du cancer du sein. [en ligne] 2015. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein>. (Consulté le 7/10/2015)
- [4] HAS. Recommandation en Santé Publique - La participation au dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans en France : Situation actuelle et perspectives d'évolution. [en ligne] Novembre 2011. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/argumentaire_participation_depistage_cancer_du_sein_2012-02_02_15-27-14_245.pdf. (Consulté le 12/10/2015)
- [5] HAS. Cancer du sein : quel dépistage selon vos facteurs de risque ? [en ligne] 19 mai 2014. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1741602/#sans_depistage. (Consulté le 23/10/2015)
- [6] HAS. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage[en ligne] 19 mai 2014. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage#toc_1. (Consulté le 1/12/2015)
- [7] SOLER-MICHEL P, LASSET C. Dépistage du cancer du sein. Elsevier Masson, 2011, p. 29

- [8] Pr BUZYN A. Les apports des Plans cancer à la cancérologie. Article de référence INCa, Springer édition, 2014.
- [9] TOURAINE M., FIORASO G. Plan cancer 2014 – 2019. [en ligne] Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs> (Consulté le 20/09/2015)
- [10] InVS. Indicateurs d'évaluation - Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2013-2014[en ligne] 9 avril 2015. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2013-2014>. (Consulté le 20/10/2015)
- [11] ANAES. Opportunité d'étendre le programme national de dépistage du cancer du sein aux femmes âgées de 40 à 49 ans- Tableau 17. Programmes de dépistage mis en place dans le monde d'après l'IBCSN et l'IARC. [en ligne] Mars 2004. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Cancer_sein_prog_depitage_Synth.pdf. (Consulté le 20/10/2015)
- [12] OMS. La prise de conscience est la première étape dans la lutte contre le cancer du sein - Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé. [en ligne] Mars 2012, 90, 3. Disponible sur : <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/3/12-030312/fr/> (Consulté le 2 /12/2015)
- [13] HASSAN LM et al. Evaluation of effect of self-examination and physical examination on breast cancer. [en ligne] Avril 2015. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25977176>. (Consulté le 2/12/2015)
- [14] AUZANNEAU N. Etude OpinionWay pour MGEN/LMDE - Les femmes et l'accès à la santé[en ligne] 18 octobre 2011. Disponible sur : http://www.opinion-way.com/pdf/20111018_sante_des_femmes_opinion_way_version_site.pdf. (Consulté le 2/12/2015)

- [15] UVMAF. L'examen clinique en Gynécologie - Université Médicale Virtuelle Francophone. [en ligne] 2012 2011. Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-gynecologie/examen_gynecologique/site/html/cours.pdf. (Consulté le 23/09/2015)
- [16] INSEE. Evolution des naissances, de la natalité et de la part des naissances hors mariage[en ligne] 2014. Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02231. (Consulté le 20/10/2015)
- [17] KÖSTERS JP, GOTZSCHE PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. [en ligne] 22 avril 2003. Disponible sur : http://www.cochrane.org/CD003373/BREASTCA_regular-self-examination-or-clinical-examination-for-early-detection-of-breast-cancer. (Consulté le 16/08/2015)
- [18] OMS. Cancer du sein: prévention et lutte contre la maladie –OMS[en ligne] 2015. Disponible sur : <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/fr/index3.html>. (Consulté le 20/10/2015)
- [19] HEDON B, DERUELLE P, GRAESSLIN O. Mises à jour en gynécologie et obstétrique. CNGOF. 2015. Données non publiées.
- [20] TAVAFIAN et al. Prediction of breast self-examination in a sample of Iranian women: an application of the Health Belief Model. Iran. [en ligne] 2009. Disponible sur : <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/9/37> (Consulté le 01/12/2015)
- [21] SECGINLI et al. Factors associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: a questionnaire survey. Turquie.[en ligne]. 2006. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16427965?dopt=Abstract&holding=f1000,f1000m,isrctn> (Consulté le 01/12/2015)
- [22] AKHTARI-ZAVARE et al. Barriers to breast self examination practice among Malaysian female students: a cross sectional study. Malaisie. [en ligne] 2015. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4642456/> (Consulté le 01/12/2015)

- [23] JACQUES B, PURGES S. L'accès aux soins en santé génésique et reproductive des femmes précaires et/ou migrantes du Médoc : analyse sociologique, Rapport final pour l'IREPS, Janv. 2014, p.133.
- [24] AMORAN et al. Predictors of breast self examination as cancer prevention practice among women of reproductive age-group in a rural town in Nigeria. Nigeria. [en ligne] 2015. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Predictors+of+breast+self-examination+as+cancer+prevention+practice+among+women+of+reproductive+age-group+in+a+rural+town+in+Nigeria>. (Consulté le 01/12/2015)
- [25] HILL et al. Determinants of continued breast self-examination practice in women 40 years and over after personalized instruction . Health Education Research. [en ligne] 1991, 6, 3, 297-306. Disponible sur : <http://media.cbsm.com/uploads/1/DeterminantsofcontinuedBreastSelfExamination.pdf> (Consulté le 01/12/2015)
- [26] OFORI DEI. Contextual and individual level determinants of breast cancer screening intention among women in Ghana, Master of health science, University of Lethbridge, Alberta, Canada. [en ligne] 2011. Disponible sur : <https://www.uleth.ca/dspace/bitstream/handle/10133/3427/ofori%20dei,%20samuel.pdf?sequence=1> (Consulté le 01/12/2015)
- [27] DESOUKY et al. Effects of a training program about breast cancer and breast self-examination among female students at Taif University, Egypte. [en ligne] 2015. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25853539> (Consulté le 01/12/2015)
- [28] ACS. Breast Cancer - American Cancer Society. [en ligne] Juillet 2015. Disponible sur : <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003090-pdf.pdf>. (Consulté le 27/12/2015)
- [29] Pr DOMART A. Larousse de la Médecine. Hérissé, 1972, 3, p.289-291.

- [30] SCHUENKE M, SCHULTE E, SCHUMACHER U, Atlas d'anatomie, Maloine, 2011, p.62-65.
- [31] Ligue contre le cancer. Cancer du sein - Types de cancer du sein [en ligne] 27 mai 2015. Disponible sur : <http://www.ligue-cancer.net/localisation/sein>. (Consulté le 12/09/2015)
- [32] SIGAL B. Des cancers du sein très différents - Institut Curie [en ligne] 4 juillet 2010. Disponible sur : <http://www.cancersdusein.curie.fr/fr/infos-cancers-du-sein/des-cancers-du-sein-tres-differents/des-cancers-du-sein-tres-differents-00756>. (Consulté le 12/09/2015)
- [33] DESCHENES F. Comprendre pour mieux traiter - Principaux types de cancer du sein - Centre des maladies du sein. [en ligne] Disponible sur : <http://www.centredesmaladiesdusein.ca/typo3temp/pics/75f3cebd75.jpg>. (Consulté le 12/09/2015)
- [34] E-cancer. Les stades du cancer. [en ligne] 2014. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-sein/Les-stades-du-cancer>. (Consulté le 13/09/2015)
- [35] InCA. Comprendre le cancer du sein. [en ligne] novembre 2007. Disponible sur : <http://www.cancersdusein.curie.fr/sites/default/files/cancer-sein-guide-Inca.pdf>. (Consulté le 7/10/2015)
- [36] OncoLogiK. Principes de prise en charge. [en ligne] 12 mai 2014. Disponible sur : [http://www.oncologik.fr/index.php/Interregion:Sein_\(principes_de_prise_en_charge\)](http://www.oncologik.fr/index.php/Interregion:Sein_(principes_de_prise_en_charge)). (Consulté le 12/10/2015)
- [37] ARCAGY. Info Cancer - Cancer du sein selon le stade. [en ligne] 10 mai 2015. Disponible sur : <http://www.arcagy.org/infocancer/localisations/cancers-feminins/cancer-du-sein/traitements/selon-le-stade.html> (Consulté le 12/10/2015)

- [38] HERON JF. Grading histologique du cancer du sein. [en ligne] 18 novembre 2010.
Disponible sur :
http://www.oncoprof.net/Generale2000/g06_Classification/sch04_sein/sch04_br20.php.
(Consulté le 15/10/2015)
- [39] LE TYRANT J. Cancer du sein et grossesse. Diplôme Etat Sage Femme, UFR Médecine NANTES. Juin 2005
- [40] AUDACE. Cancer du sein, quelles modalités de dépistage, pour quelles femmes ? [en ligne] 2015. Disponible sur : <https://www.audace-85.fr/content/uploads/cms/file/Cancer-du-sein-aide-a-la-pratique-medecins-traitant-gynecologues-2014.pdf>. (Consulté le 30/09/2015)
- [41] HAS. Dépistage et prévention du cancer du sein - Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé [en ligne] 2015, p.10. Disponible sur :
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf. (Consulté le 30/09/2015)
- [42] BODY, G, DARAI E, LUTTON D, MARES P. Gynécologie et Obstétrique. CNGOF. 3^e édition, ELSEVIER MASSON, 2015, p.213-230.
- [43] FLENGHI J. Intérêt de La Palpation Mammaire Pendant La Grossesse. Diplôme Etat Sage Femme, UFR Médecine NANCY. 2009.
- [44] COLLIER E. Intérêt de la palpation mammaire pendant la grossesse : rôle de la Sage femme dans le dépistage du cancer du sein. Diplôme Etat Sage Femme, REIMS. 2015.
- [45] PONSJ.-Y. Méthodes d'exploration, Sénologie. ELSEVIER MASSON. 1985.
- [46] LANSAC J, LECOMTE P, MARRET H, Pathologie du sein, Collection pour le praticien, Gynécologie 7^e édition, ELSEVIER MASSON. 2007, p.221-224.

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Taille de l'échantillon PADECAS1 -----	8
Tableau 2 : Caractéristiques de la population PADECAS1 -----	9
Tableau 3 : Modèle de régression logistique univariée Etudes des déterminants de la connaissance sur l'AP -----	
Tableau 4 : Modèle de régression logistique multivariée Etudes des déterminants de la connaissance sur l'AP-----	14
Tableau 5 : Modèle de régression logistique univariée Etudes des déterminants à la pratique de l'AP -----	15
Tableau 6 : Modèle de régression logistique multivariée Etudes des déterminants à la pratique de l'AP -----	15
Tableau 7 : Taille de la cohorte PADECAS2-----	17
Tableau 8 : Caractéristiques des deux populations -----	18
Tableau 9: Moyennes des scores au sein des deux populations-----	22
Tableau 10 : Moyennes des auto-évaluations au sein des deux populations -----	24
Tableau 11 : Evolution en moyennes des scores à l'inspection -----	26
Tableau 12: Evolution en moyennes des scores à la palpation-----	26
Tableau 13 : Evolution des scores totaux TO-M2 -----	26
Tableau 14 : Evolution des moyennes des auto-évaluations -----	28
Tableau 15 : Score total fonction de l'auto-évaluation à TO	
Tableau 16 : Score total fonction de l'auto-évaluation à M2-----	28

Liste des Figures

Figure 1 : Proportion de la connaissance de l'AP au sein de PADECAS1 -----	11
Figure 2 : Comparaison des scores moyens d'Inspection entre les cohortes PADECAS1 et PADECAS2-----	22
Figure 3 : Etude du score à l'inspection en comparant les deux populations-----	23
Figure 4 : Score TOTAL de l'expertise à l'AP en comparant les deux populations -----	23
Figure 5 : Auto-évaluation de l'expertise à l'AP des populations -----	25
Figure 6 : Evolution du score à l'inspection TO-M2-----	26
Figure 7: Evolution du score à la palpation TO-M2 -----	26
Figure 8 : Evolution des scores totaux TO-M2 -----	26
Figure 9 : Evolution de l'auto-évaluation à l'expertise de l'AP -----	27

Liste des Graphiques

Graphique 1 : Connaissance de l'AP en fonction de l'âge -----	12
Graphique 2 : Pratique de l'AP en fonction de l'âge -----	12
Graphique 3 : Connaissance de l'AP en fonction du niveau d'étude	
Graphique 4 : Pratique de l'AP en fonction du niveau d'étude -----	13
Graphique 5 : Connaissance de l'AP en fonction du suivi gynécologique	
Graphique 6 : Pratique de l'AP en fonction du suivi gynécologique -----	13
Graphique 7 : Connaissance de l'AP et Examen Clinique des seins par professionnel de santé	
Graphique 8 : Pratique de l'AP et Examen Clinique des seins par professionnel de santé -----	14
Graphique 9 : Répartition de l'auto-évaluation sur l'AP au sein de la population -----	15
Graphique 10 : Pratique de l'AP en parallèle de l'aisance à la performance -----	16
Graphique 11 : Connaissance de l'AP au sein des deux populations	
Graphique 12 : Pratique de l'AP au sein des deux populations -----	19
Graphique 13 : Niveau d'expertise en comparant les deux populations à TO-----	24
Graphique 14 : Evolution du niveau d'expertise TO-M2-----	27
Graphique 15 : Auto-évaluation à TO	
Graphique 16 : Auto-évaluation à M2-----	28

Annexes

Annexe 1 : Anatomie, physiopathologie et classification du cancer du sein

Annexe 2 : Dépistage du Cancer du Sein en France

Annexe 3 : Examen Sénologique dans le cadre d'un suivi gynécologique

Annexe 4 : Enquête sur la palpation mammaire

Annexe 5 : Notice d'utilisation du modèle 3B Scientific L50

Annexe 6 : Grille d'expertise de l'auto examen des seins

Annexe 7 : L'enseignement à l'auto-palpation

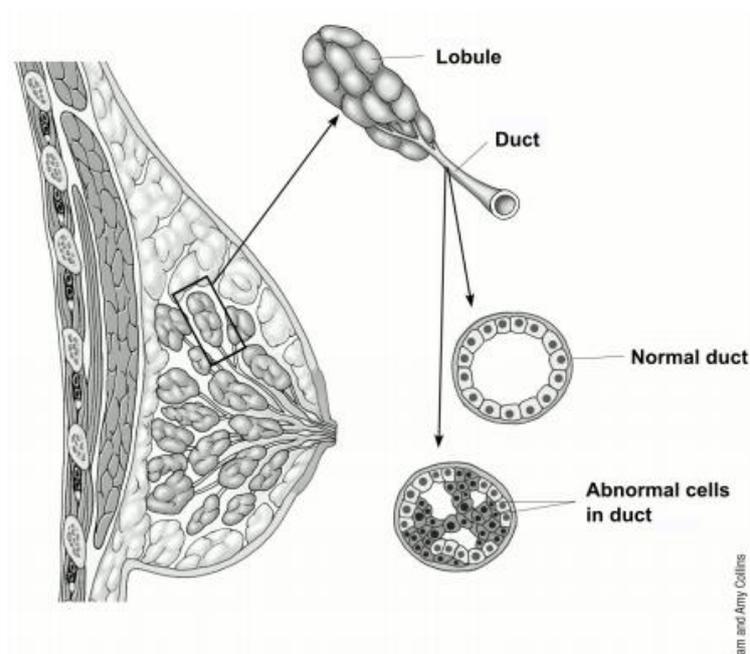
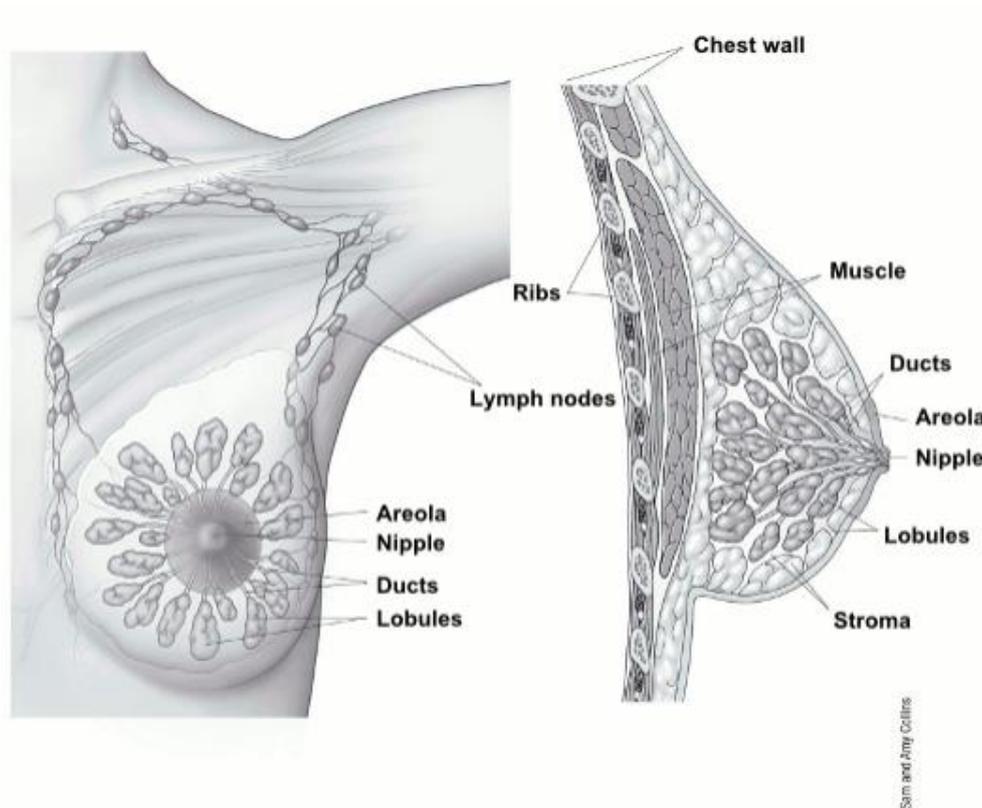
Annexe 8 : Objectifs secondaires PADECAS2

Annexe 9 : Film et brochure d'information sur l'autopalpation

Annexe 10 : Film et Brochure d'information

ANNEXE 1 : Anatomie, physiopathologie, classification du cancer du sein

Rappels sur l'anatomie du sein : [28][29][30]



Le sein est un organe glandulaire destiné à la sécrétion lactée. Celui-ci s'étend de la 2^e à la 6^e côte et est ancré de façon lâche aux fascias pectoral, axillaire et abdominal superficiel par du tissu conjonctif.

Il est constitué de tissu glandulaire, de tissus de soutien contenant des vaisseaux (sanguins et lymphatiques) : stroma fibreux et graisse.

Le tissu glandulaire est constitué de 10 à 20 lobes individuels, possédant chacun son conduit lactifère. Les conduits de la glande s'ouvrent dans le mamelon, surélevé au centre de l'aréole pigmentée.

Le drainage lymphatique se réalise par trois principaux sites : les ganglions du creux axillaire (les plus importants), les ganglions sus et sous-claviculaires, les ganglions de la chaîne mammaire interne.

Physiopathologie du cancer du sein : [31][32][33]

Le cancer du sein est une tumeur maligne se développant à partir des cellules constituant la glande mammaire. Les cellules malignes se développent de manière anarchique et forment une tumeur.

Les cancers du sein les plus fréquents (95%) sont des adénocarcinomes : cellules épithéliales (=carcinome) de la glande mammaire (=adéno).

La majorité des cancers du sein se développent au niveau des canaux galactophores (cancer canalaire), plus rarement à partir des cellules des lobules (cancer lobulaire) et se classent en deux grandes catégories :

- *Non invasifs, ou in situ* : 25% cas

Les cellules cancéreuses restent au niveau des canaux galactophores ou des lobules du sein et n'infiltrant pas les tissus voisins. Le traitement se limite généralement à une intervention chirurgicale.

Il en existe deux types :

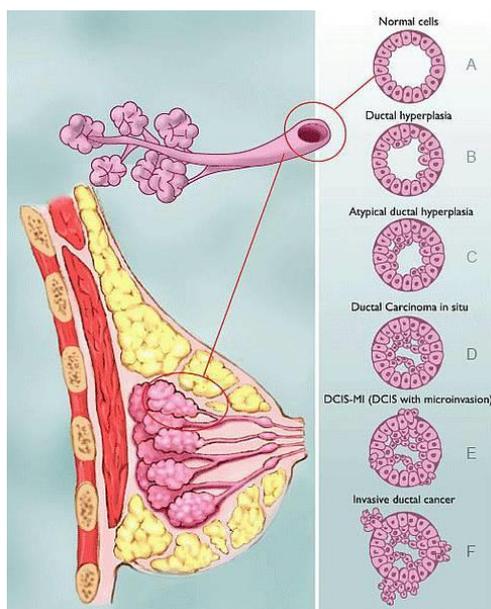
- Le carcinome canalaire in situ ou cancer canalaire in situ (CCIS) : 8 à 9 cas sur 10 des cancers in situ.

- Le carcinome lobulaire in situ ou cancer lobulaire in situ (CLIS) : plus rare (10 à 15% des cancers in situ), considéré comme un facteur de risque de développer un cancer du sein et non comme un précurseur direct de cancer.

- *Invasifs, ou infiltrant* : 75% cas

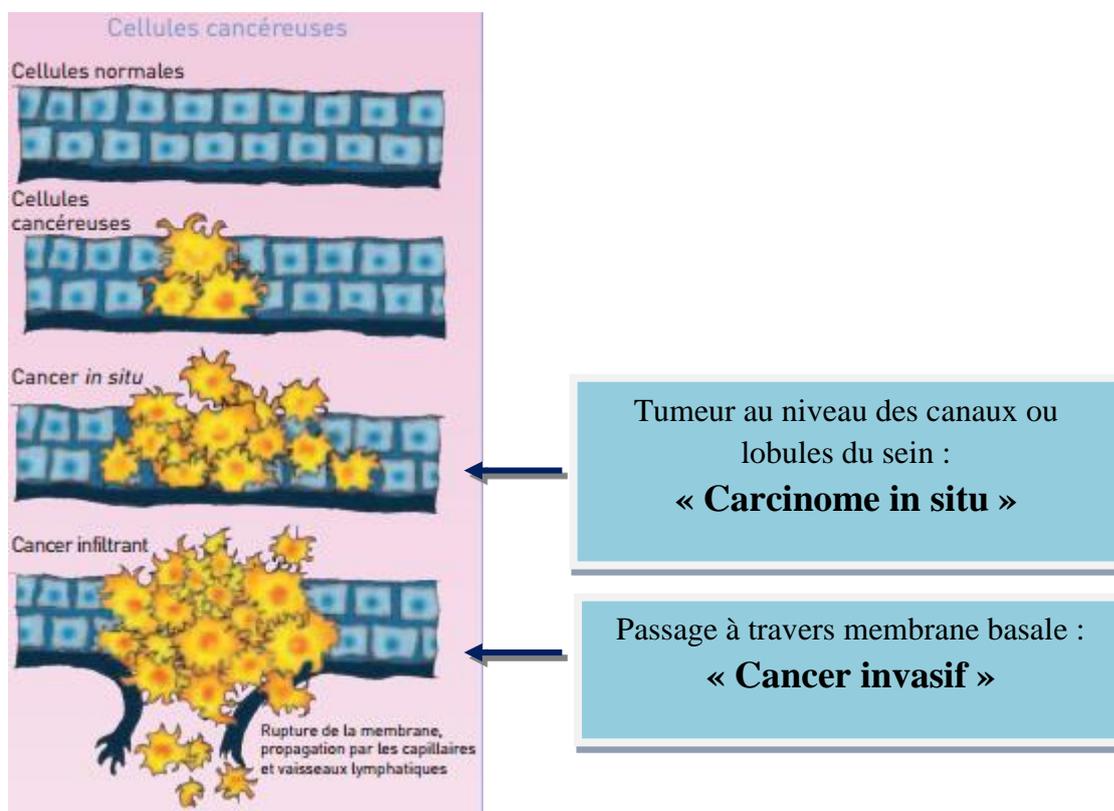
Les cellules cancéreuses ont traversé la membrane basale des canaux ou lobules et ont envahi les tissus avoisinants la tumeur. Si elles ne sont pas traitées à temps, celles-ci peuvent se propager via les vaisseaux sanguins ou lymphatiques. Elles s'accumulent

alors dans les ganglions lymphatiques les plus proches (ganglions axillaires) ou vers d'autres régions du corps et génèrent ainsi des métastases.



Critères d'évaluation d'étendue de la tumeur au moment du diagnostic :[34][35]

- Taille et infiltration de la tumeur



- Atteinte ou non des ganglions lymphatiques, le nombre et leur emplacement
- Présence ou non de métastases : envahissement d'autres organes que ganglions lymphatiques et développement de métastases.

Classifications du cancer du sein :

- **La classification TNM** (Tumor, Nodes, Metastasis) de l'Union internationale contre le cancer (UICC) et de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC), 7^e édition [36][37].

<i>T : Taille de la tumeur (dans sa plus grande dimension)</i>	
Tx	Renseignements insuffisants pour classer la tumeur primitive
To	Pas de signe de tumeur primitive
Tis	Carcinome in situ
T1	≤ 2 cm
T2	> 2 cm et ≤ 5 cm
T3	> 5 cm
T4	Tumeur de toute taille avec extension directe à la paroi thoracique et/ou à la peau

<i>N : degré d'envahissement des ganglions</i>	
Nx	Appréciation impossible de l'atteinte ganglionnaire
No	Absence de signe d'envahissement ganglionnaire régional
N1	Ganglions axillaires homolatéraux mobiles
N2	Ganglions axillaires homolatéraux fixés entre eux ou à d'autres structures
N3	Ganglions mammaires internes (sus-claviculaires) homolatéraux atteints

<i>M : métastases à distances</i>	
Mx	Détermination impossible de l'extension métastatique
Mo	Absence de métastase à distance
M1	Présence de métastase(s) à distance

Classification par stade : au moment du diagnostic est exprimé par un chiffre romain allant de 0 à IV.

	T0 / Tis	T1	T2	T3	T4
N0	O	I	IIA	IIB	IIB
N1	IIA		IIB	IIIA	
N2	IIIA				
N3	IIIB				
N4	IV (+M1)				

- **Classification SBR : Scarff Bloom Richardson** [38]

Elle comporte 3 critères histologiques de la tumeur :

- Degré de différenciation architecturale : proportion de structures tubulo-glandulaires
- Atypies cyto-nucléaires
- Activité mitotique

SBR I	Tumeur bien différenciée de bon pronostic
SBR II	Pronostic incertain
SBR III	Tumeur agressive de mauvais pronostic

- **Classification PEV : Phase évolutive du cancer** [39]

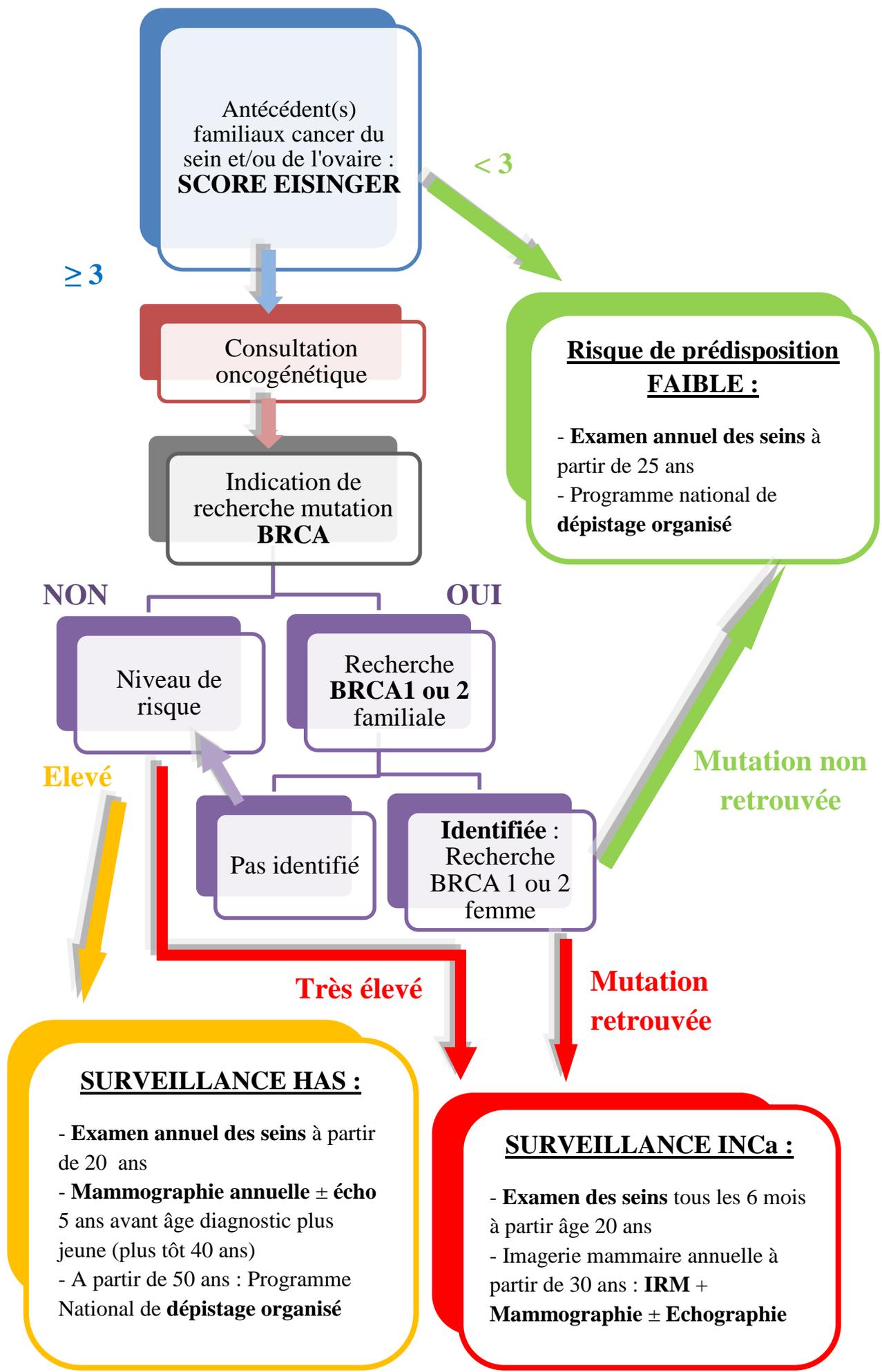
Elle est basée sur l'augmentation de la taille de la tumeur et sur la présence ou non de signes inflammatoires.

- PEV 0 : absence de signes évolutifs
- PEV1 : Existence d'une tumeur à temps de croissance rapide
- PEV 2 : Signes inflammatoires localisés
- PEV 3 : Signes inflammatoires étendus à l'ensemble du sein

- **Classification des anomalies mammographiques** : [40]

ACR O	Attente de résultats complémentaires d'imagerie	
ACR 1	Mammographie normale	
ACR 2	Anomalies bénignes	Nécessite ni surveillance ni examen complémentaire
ACR 3	Anomalies probablement bénignes	Nécessite une surveillance rigoureuse à court terme (4 à 6 mois)
ACR 4	Anomalie suspecte	Nécessite une vérification histologique (micro ou macrobiopsie, ou biopsie chirurgicale)
ACR 5	Anomalie évocatrice d'un cancer	Implique systématiquement une biopsie ou exérèse chirurgicale

ANNEXE 2 : Dépistage du Cancer du Sein en France [33][34]



Le Score d'Eisinger

Le score d'Eisinger est un score prenant en compte l'ensemble des antécédents familiaux, validé pour l'indication de la consultation d'oncogénétique. Il permet également de graduer le risque de cancer du sein en l'absence de mutation.

Antécédents familiaux	Cotation
Mutation BRCA1 ou 2 identifiée dans la famille	5
Cancer du sein chez une femme < 30 ans	4
Cancer du sein chez une femme entre 30 et 39 ans	3
Cancer du sein chez une femme 40 et 49 ans	2
Cancer du sein chez une femme 50 et 70 ans	1
Cancer du sein chez un homme	4
Cancer de l'ovaire	3

Résultats

Les cotations doivent être additionnées pour chaque cas de la même branche parentale (paternelle ou maternelle).

Interprétation :

Score = 5 ou plus : excellente indication

Score = 3 ou 4 : indication possible

Score = 1 ou 2 : utilité médicale faible

Sources : Eisinger F., Bressac B., Castaigne D., Cottu P.H., Lansac J., Lefranc J.P., et al. Identification et prise en charge des prédispositions héréditaires aux cancers du sein et de l'ovaire. Bull Cancer 2004;91(4):219-37.

ANNEXE 3 : Examen Sénologique dans le cadre d'un suivi gynécologique [42][43][44][45]

L'examen clinique des seins fait partie intégrante de l'examen clinique gynécologique. Il doit être aussi systématique et stéréotypé que possible afin de n'omettre aucuns éléments.

Cet examen sera réalisé dans la mesure du possible dix jours après le début des règles. Durant la grossesse, il peut être pratiqué à tout moment et doit être effectué au moins une fois. Malgré les transformations anatomiques, l'examen clinique des seins reste le premier examen de dépistage d'un cancer du sein.

1. L'INTERROGATOIRE

Dans cette première partie de l'entretien, on va préciser :

- Le motif de consultation : examen de routine ou découverte d'un signe fonctionnel de cancer du sein.
- Les circonstances de découverte d'une éventuelle anomalie (masse mammaire plus ou moins sensible, écoulement mamelonnaire, atteinte cutanée, adénopathie axillaire).
- Les antécédents personnels :
 - Médicaux : cancer du sein ou de l'appareil génital, mastopathie bénigne, comme une pathologie endocrinienne ou métabolique.
 - Chirurgicaux.
 - Gynécologiques : âge des ménarches et éventuellement de la ménopause, conditions d'installation des premiers cycles, caractères des cycles, contraception.
 - Obstétricaux : gestité, parité, âge de la première grossesse menée à terme, allaitement et ses éventuelles complications.
- Le contexte médical : âge, taille, poids, index de masse corporelle (IMC), habitudes alimentaires, habitus (tabac/alcool), traitements et renseignements psychosociologiques (anxiété, dépression, situation familiale et professionnelle).
- Les antécédents familiaux, notamment le cancer du sein, des ovaires, du côlon, de l'endomètre, avec connaissance éventuelle d'une prédisposition génétique (BRCA1, BRCA2 [42]) ou de pathologies mammaires bénignes, en précisant l'âge d'apparition et le degré de parenté.

S'il s'agit d'une consultation dans un contexte de découverte d'une anomalie, il est nécessaire de faire préciser :

- Le contexte : autopalpation, examen clinique systématique, mammographie de dépistage, symptômes et évolution.
- Les signes d'accompagnements : douleur, écoulement mamelonnaire, signes inflammatoires, signes généraux (altération état général, symptômes d'origines osseuse ou viscérale), à préciser dans la période du cycle.

2. L'EXAMEN CLINIQUE DES SEINS

Dans ce second temps, l'examen clinique permet d'affirmer ou non la présence de signes fonctionnels et d'en préciser les caractéristiques le cas échéant.

Le déroulement de l'examen doit se réaliser de manière bilatérale et comparative, la patiente ayant le buste nu jusqu'à la ceinture. Il est important de réaliser l'examen de manière dynamique car certaines anomalies ne sont révélées que par l'une des différentes manœuvres décrites ci-dessous :

- Assise ou debout ; bras pendants : peau et glandes mammaires subissent l'effet de la pesanteur
- Assise ou debout ; bras levés verticalement : glandes mammaires attirées en haut et en dehors, dégagement optimal du sillon sous-mammaire
- Assise, buste penché en avant ; bras levés verticalement : glandes mammaires éloignées du plan thoracique
- En décubitus dorsal ; les bras le long du corps ou repliés vers la tête (peau et glandes mammaires étalées sur le thorax)

En faisant varier l'éclairage de face ou à jour frisant.

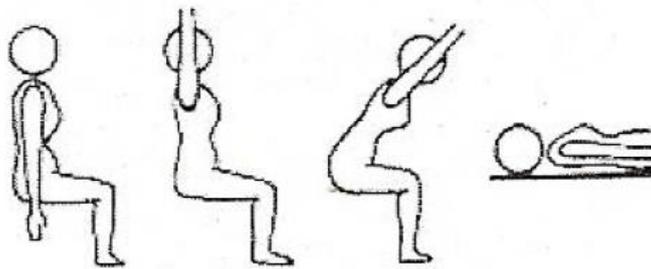


Figure 10 : L'examen du sein doit se faire dans différentes positions [46]

- ✓ L'inspection : « avant de toucher, je regarde »

Ce temps permet de discriminer des signes évocateurs de bénignité ou de malignité. Nous apprécions alors : le volume du sein, sa forme et son galbe. Au niveau du mamelon et de l'aréole seront observés la situation, la symétrie et le relief. Le caractère du revêtement cutané est tout aussi important que la coloration, l'aspect cutané et la vascularisation.

Nous allons alors pouvoir notifier :

- Des anomalies de nombre ou de taille
- Des anomalies de l'enveloppe cutanée
- Des modifications de l'enveloppe exprimant une anomalie sous jacente
- Des anomalies aréolo-mamelonnaires

Ces renseignements doivent être situés dans le temps, afin de préciser le caractère ancien et stable ou, au contraire, récent et évolutif.

✓ La palpation :

L'intérêt est de préciser le nombre de tumeurs et leurs caractéristiques telles que : le siège, les dimensions, la consistance, la régularité et la mobilité.

La main de l'examineur est à plat, les doigts liés, examinant avec la pulpe des trois doigts suivant : l'index, le majeur et l'annulaire. Nous examinons alors, quadrant par quadrant, en formant des mouvements circulaires, sans omettre d'explorer le sillon sous-mammaire, inter-mammaire et le mamelon. Différentes pressions sont soumises sur la glande mammaire : d'abord superficielles (texture de la peau et mobilité du revêtement cutané par rapport à la glande mammaire sous-jacente) puis plus profond (« écrasement » de la glande mammaire).

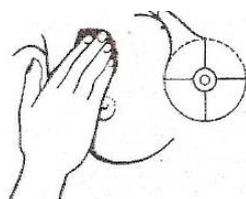


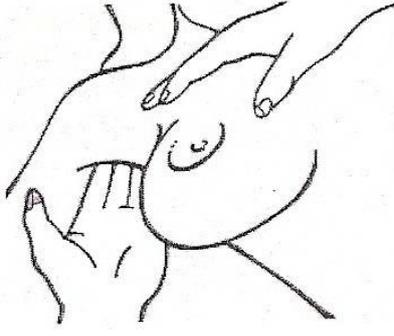
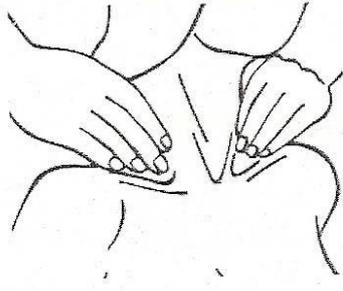
Figure 11 : La palpation doit se faire la main à plat, quadrant par quadrant [47]

Un écoulement en exprimant le mamelon entre deux doigts sera recherché. La présence de cet écoulement induit de réaliser des pressions dans chaque quadrant afin de détecter la zone d'origine.

La recherche d'adénopathie est essentielle à l'examen au niveau des aires sous-axillaires et les creux sus et sous-claviculaire. En cas de découverte d'une adénopathie, nous noterons le nombre de ganglions perçus, leur volume, leur consistance, leur sensibilité, leur mobilisation.

Au niveau axillaire, la palpation se fait sur la patiente assise, en laissant tomber l'épaule de façon à relâcher l'aponévrose du creux de l'aisselle : [46]

<p>Groupe mammaire externe</p>		<p>La main « racle » de haut en bas le grill costal</p>
---------------------------------------	--	---

<p>Groupe huméral</p>		<p>Main au sommet du creux axillaire, derrière le grand pectoral, la paume de la main en dehors</p>
<p>Groupe scapulaire inférieur</p>		<p>Main en pronation au contact de la paroi du creux axillaire</p>
<p>Groupe sous-claviculaire</p>		<p>Main en supination au plafond du creux axillaire</p>
<p>Groupe sus-claviculaire</p>		<p>Doigts de l'examineur posés et demande à la patiente de tousser</p>

✓ Résultats

Lors de la découverte d'une tuméfaction, les caractères suivant doivent être précisé :

- Tumeur unique ou multiple, uni ou bilatérale
- Topographie selon les quadrants du sein, mais aussi en profondeur ou en superficie
- Dimensions de la lésion
- Formes, limites : précises, régulières ou imprécises et diffuses

- Consistance : molle, élastique ou dure
 - Sensibilité, température
- ✓ La recherche de connexions

C'est une étude des relations entre la glande mammaire ou une tumeur, avec le revêtement cutané d'une part, et avec l'aponévrose pectorale d'autre part. Le cadre physiologique alors dépassé par la suspicion d'une anomalie sénologique, nous pourrions nous arrêter à ce stade de la description de la palpation pour la sage femme. Cependant, il est important de détailler l'examen clinique mammaire de façon minutieuse et complète afin de détecter le caractère urgent ou non de la prise en charge permettant si nécessaire d'appuyer une demande de rendez-vous immédiate. Un examen plus approfondi permet d'appuyer une demande de rendez-vous immédiate.

→ Recherche d'une connexion cutanée

L'examineur évalue tout d'abord la mobilisation de la peau ou de la tumeur avec un ou deux doigts par des mouvements de va-et-vient pratiqués excentriquement. Cela va permettre de faire apparaître une dépression ou un pli cutané qui n'est pas apparu spontanément à l'inspection dynamique.



Figure 13 : Déplacement avec le doigt de la peau en regard de la tumeur [46]

Une traction des zones cutanées périphériques peut également se réaliser pour mobiliser la peau plus largement. Ensuite, celui-ci appréciera la mobilité de la glande mammaire sous la peau soit par pulsion de la glande mammaire vers une zone cutanée immobilisée entre deux doigts écartés et posés bien à plat, soit en soulevant la glande avec un ou plusieurs doigts de bas en haut ou obliquement à partir du sillon mammaire externe.

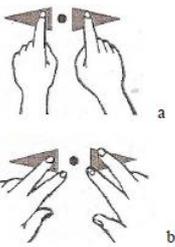


Figure 12 : Déplacement de la peau avec deux (a) ou quatre (b) doigts [46]

→ Recherche de connexion(s) avec le grand pectoral

Il estimera la mobilisation du sein sur le pectoral en faisant réaliser la manœuvre de Tillaux (adduction contrariée) par la patiente. La palpation conjointe de la tumeur (mobile en l'absence de contraction musculaire, puis fixe lors de la contraction) permet d'affirmer l'atteinte du grand pectoral.

Au terme de l'examen clinique des seins, l'examineur dispose des arguments permettant d'évoquer la bénignité ou la malignité d'une lésion et ainsi d'orienter les explorations complémentaires jugées nécessaires.

Certes, il existe des exceptions mais d'une manière générale nous pouvons retenir les éléments suivants :

- En faveur d'une bénignité :
 - Jeune âge (<30 ans)
 - Douleur cyclique isolée
 - Absence de signe(s) de surface
 - Structure homogène
 - Tuméfaction arrondie, bien limitée, mobile, ferme
 - Écoulement pluri-orificiel et/ou bilatéral
 - Absence d'adénopathie
- En faveur d'une malignité :
 - Age plus avancé (péri ou post-ménopause)
 - Signes cutanés
 - Tuméfaction mal limitée, souvent irrégulière, dure et peu ou pas mobile
 - Écoulement unicanalaire unilatéral (sanglant ou non)
 - Adénopathies suspectes (dures, mobiles, indolores)

⇒ Synthèse de la palpation :

Une représentation visuelle et schématique des éléments observés permet de résumer les données objectives et de les comparer d'un examen à l'autre.

A l'issue de l'examen, nous effectuerons des examens complémentaires (échographie, mammographie, biopsie...) afin d'affirmer le diagnostic.

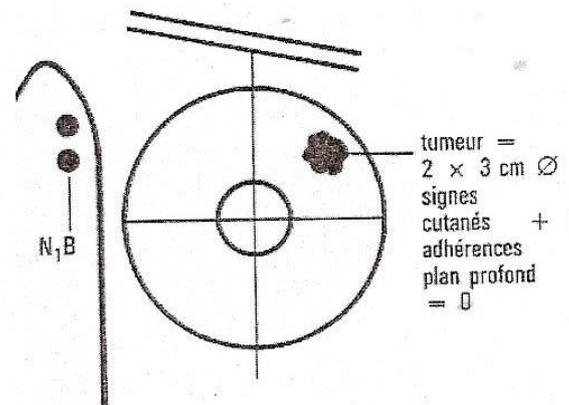


Figure 14 : Schéma d'observation [46]

Il faut bien garder en tête qu'un examen clinique bien fait reste un temps essentiel du diagnostic.

ANNEXE 4 :

ENQUETE SUR LA PALPATION MAMMAIRE

✓ Votre âge :

✓ Votre catégorie socioprofessionnelle :

< Bac Bac à Bac+2 Bac+2 à Bac+5 > Bac+5

✓ Combien avez-vous d'enfants ? : ...

✓ Avez-vous eu un suivi médical durant votre grossesse ?

OUI NON

⇒ Si OUI, par quel(s) professionnel(s) de santé?

Echantillon de PADECAS1 validant

Médecin trait

notre cohorte PADECAS2

Sage femme

Gynécologue

Autre :

.....

✓ Avez-vous un suivi gynécologique (frottis du col, examen clinique des seins, contraception...) ?

OUI NON

⇒ Si OUI, par quel(s) professionnel(s) de santé vous faites vous suivre ?

Médecin traitant

Sage femme

Gynécologue

Autre :

.....

⇒ A quelle fréquence en moyenne vous rendez-vous chez ce(s) professionnel(s) de santé, dans le cadre de votre suivi gynécologique ? (cochez la case se rapprochant le plus de votre réponse, et indiquez votre moyenne exacte) : fois / an

✓ Connaissez-vous la palpation mammaire (= observation et palper des seins) ?

OUI NON

✓ Ce professionnel pratique-t-il la palpation mammaire ? OUI NON

Si OUI, à quelle fréquence : fois / an. Commentaires ?:.....

✓ Connaissez-vous l'Autopalpation ? OUI NON

✓ Pratiquez-vous l'Autopalpation ? OUI NON

Si OUI :

⇒ Quel professionnel de santé vous a sensibilisé

- Médecin traitant
- Sage femme
- Gynécologue
- Autre :

.....

⇒ Comment vous a-t-il sensibilisé ?

- Information orale
- Plaquette d'information
- Démonstration sur mannequin
- Palpation mammaire

⇒ Il y a combien de temps ?

⇒ Quelle fréquence vous a-t-il recommandée ? fois par an

⇒ A quelle fréquence la pratiquez-vous ? fois par an

⇒ Vous sentez-vous à l'aise avec cette technique ?

- Pas du tout Moyennement Assez Très

✓ Êtes-vous favorable à l'auto-palpation ? OUI NON

Pourquoi ?

.....
.....

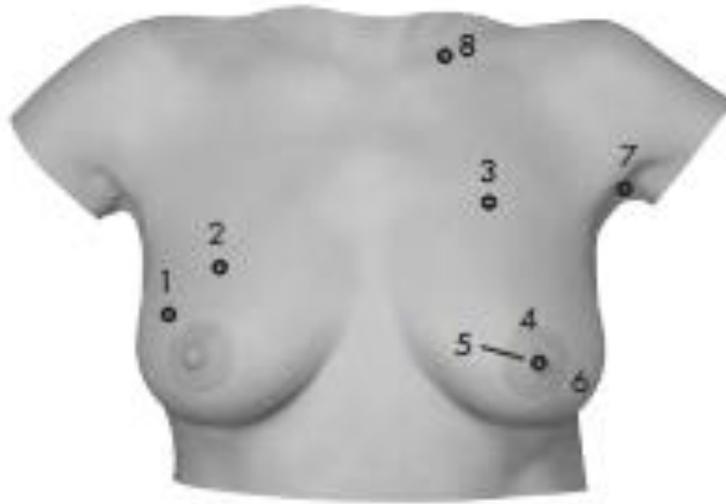
Commentaires

libres :

.....
.....
.....
.....

ANNEXE 5 :

Notice d'utilisation du modèle 3B Scientific L50 :



1. Sein droit : tumeur ronde, déplaçable à 10 mm de profondeur, diamètre de 20 mm, probablement bénigne.
2. Sein droit : tumeur ronde, déplaçable à 5 mm de profondeur, diamètre de 20 mm, probablement bénigne.
3. Sein gauche : tumeur irrégulière, adhérent à la paroi thoracique à 5 mm de profondeur, diamètre d'env. 35 x 25 mm, probablement maligne.
4. Tumeur en forme de colonne, irrégulière, adhérent à la paroi thoracique à 5 mm de profondeur, diamètre d'env. 30 mm, maligne.
5. Sein gauche : mamelon rétracté en permanence (manifestation récente), fréquemment en relation avec une tumeur maligne.
6. Sein gauche : "peau d'orange", structure cutanée similaire à la structure d'une épiluchure d'orange accompagnée de pores rétractés suite à une congestion lymphatique dans le cas de tumeurs malignes.
7. Aisselle gauche : ganglion lymphatique irrégulier, adhérent et solide, à 10 mm de profondeur, diamètre d'env. 35 x 25 mm, probablement malin.
8. Au-dessus de la clavicule gauche : tumeur maligne à 5 mm de profondeur, diamètre de 20 mm.

Durée de l'examen :

	OUI	NON	NOTE
Position Corps Inspection			
Debout			
Assise			
Allongée			
Position Bras Inspection			/1,5
Hanches			0,25
Levés			0,25
Long corps			0
Mouvements			1
Miroir			/2
Soutien gorge			/1
Laissé			0
Abaissé			0
Oté			1
Inspection			/6,5
Faite			2
Rétraction mamelon			0,5
Peau orange			0,25
Œdème			0,25
Rougeur			0,5
Eczéma			0,25
Ecoulement			0,5
Masse			1
Dissymétrie			0,25

Total INSPECTION	/11
Total PALPATION	/19
	/30

	OUI	NON	NOTE
Position Corps Palpation			
Debout			
Assise			
Allongée			
Position Bras Palpation			/2
Hanches			0,5
Levés			0,5
Long corps			0
Mouvements			1
Miroir			/0,5
Soutien gorge			/1
Laissé			0
Abaissé			0
Oté			1
Palpation			/10
Main correcte			3
Différentes pressions			1
En rond			2
Cadrant par quadrant			1,5
Aire sus claviculaire			0,5
Aire sous axillaire			1
Pression du mamelon			1
Détection des anomalies			/5,5
1			1
2			1
3			1
4			1
5			0,5
6			0,5
7			0,25
8			0,25

ANNEXE 7 : L'enseignement à l'auto-palpation

Ainsi, nous procédions de tel sorte que :

Il y eu un bref rappel sur l'anatomie du sein :

« Le sein s'étend de la clavicule, au milieu de la cage thoracique, au sillon sous-mammaire jusqu'à l'aisselle et, il repose sur le muscle pectoral. C'est l'association de la glande mammaire, de tissu graisseux et de tissu de soutien. Il contient les vaisseaux sanguins et lymphatiques et des fibres nerveuses. Les proportions de ces deux compartiments varient en fonction de facteurs individuels et de l'âge. Le drainage lymphatique s'effectue dans trois zones : sous-axillaire (le plus important), sus et sous-claviculaire et les ganglions de la chaîne mammaire interne. La glande mammaire va se développer et fonctionner sous l'influence des hormones sexuelles ovariennes. »

Puis l'enseignement de l'autopalpation proprement-dit :

« Le déroulement de l'autopalpation doit se réaliser de manière bilatérale et comparative, en ayant le buste nu jusqu'à la ceinture. Il est important de réaliser l'examen de manière dynamique car certaines anomalies ne sont révélées que par l'une des différentes manœuvres décrites ci-dessous :

- Assise ou debout ; les bras pendants : la peau et les glandes mammaires subissent l'effet de la pesanteur.
- Assise ou debout ; les bras levés verticalement : les glandes mammaires attirées en haut et en dehors pour un dégagement optimal du sillon sous-mammaire et évaluer la mobilité de la glande mammaire par rapport au muscle pectoral.
- En décubitus dorsal ; les bras le long du corps (peau et glandes mammaires étalées sur le thorax).

✓ L'inspection : « avant de toucher, je regarde »

Ce temps permet de discriminer des signes évocateurs de bénignité ou de malignité. Face à un miroir, nous apprécierons alors : le volume du sein, sa forme et son galbe. Au niveau du mamelon et de l'aréole seront observés la situation, la symétrie et le relief. Le caractère du revêtement cutané est tout aussi important, aussi bien la coloration, l'aspect cutané que la vascularisation.

Ces renseignements doivent être situés dans le temps, afin de préciser le caractère ancien et stable ou, au contraire, récent et évolutif.

✓ La palpation :

La main de la femme est à plat, les doigts liés, examinant avec la pulpe des trois doigts suivant : l'index, le majeur et l'annulaire. Nous examinerons alors, quadrant par quadrant, en formant des mouvements circulaires, sans omettre d'explorer le sillon sous-mammaire, inter-mammaire et le mamelon. Différentes pressions sont soumises sur la glande mammaire : d'abord superficielles (texture de la peau et mobilité du revêtement cutané par rapport à la glande mammaire sous-jacente) puis plus profond (« écrasement » de la glande mammaire).

Un écoulement en exprimant le mamelon entre deux doigts sera recherché.

La recherche d'adénopathie est essentielle à l'examen au niveau des aires sous-axillaires et les creux sus et sous-claviculaire.

Au moindre doute, il est nécessaire de contacter un professionnel de santé, et notamment la personne qui réalise le suivi gynécologique.

ANNEXE 8 : Objectifs secondaires PADECAS2

Comparaison de la moyenne des scores totaux à l'AP à TO
avec les différentes variables de l'étude (n= 38), (p>0,05)

Variables catégorisées [n(%)]	Moyennes des scores totaux à TO (/30)
Pratique de l'AP :	
OUI [11(28)]	5,52
NON [27(72)]	5,67
Age :	
>37 [12(31)]	6,37
≤37 [26(69)]	5,66
Antécédents Familiaux cancer sein :	
OUI [15(39)]	6,37
NON [23(61)]	5,60
Catégorie Socio-professionnelle :	
Bac à Bac+2 [7(18)]	5,76
Bac+2 à Bac+5 [28(74)]	5,75
>Bac+5 [3(8)]	7,78

Nous observons peu d'écart des moyennes obtenues aux scores totaux de la population issue de PADECAS2, de la DRC, entre les différentes catégories étudiées au fil des variables à TO.

ANNEXE 9 : Film et brochure d'information sur l'autopalpation

Nous avons réalisé un film sur le CD-joint, ainsi qu'une brochure d'information qui pourrait être susceptible d'être transmis aux femmes afin de leur permettre d'appréhender la technique d'autopalpation.

A travers le film, vous pourrez y découvrir la manière dont nous avons procédé dans l'enseignement à l'AP. Ainsi, nous avons, antérieurement au lancement du projet, réalisé des séances d'enseignement à l'AP, sur un public du Centre d'Investigation Clinique du CHU de Nantes, volontaire, afin de performer l'accessibilité de notre enseignement.

RESUME

L'autopalpation reste un sujet actuellement controversé. La littérature en évoque un manque de consensus tangible sur les recommandations de l'autopalpation dans le cadre du dépistage du cancer du sein, tout autant qu'au sein des préconisations prises par les pouvoirs publics. L'exclusion définitive de l'autopalpation comme stratégie de prévention est confronté à un niveau de preuve à ce jour insuffisant. A travers ce mémoire, nous avons souhaité mettre en place un Programme d'Amélioration du DEpistage du CANcer du Sein, nommé PADECAS, avec pour principal objet d'étude : l'autopalpation, au sein du CHU de Nantes. Ainsi, une première étude, nous a permis de déceler le niveau de connaissance de l'autopalpation au sein d'un échantillon de population, puis en étudier les déterminants de connaissance et pratique de cette dernière. Dans une seconde étude, nous avons étudié le niveau d'expertise d'un sous-groupe de population, avant et après enseignement sur mannequin à l'autopalpation, pour en identifier la perte d'expertise dans le temps. Les résultats mettent en avant la nécessité de conforter les femmes dans leurs connaissances afin de leur permettre de réaliser l'autopalpation. Malgré, une augmentation du niveau d'expertise suite à l'autopalpation, deux mois plus tard, nous observons une perte d'expertise considérable nous faisant conclure qu'une réactivation annuelle semble insuffisante aux prémices de la formation à l'autopalpation. Nos recherches nous ont permis de développer la nécessité d'investiguer les techniques d'enseignement à l'autopalpation des professionnels de santé aux patientes, ainsi que la diffusion de la l'autopalpation via des vidéos, brochures ou applications Smartphones.

Mots clés : Autopalpation, Dépistage du cancer du sein, CHU de Nantes, Déterminants, Enseignement sur mannequin, Expertise.