

**Faculté de Médecine
École de Sages-Femmes**

Diplôme d'État de Sage-femme
2021-2022

**L'auto-palpation des seins chez les accouchées, âgées de 25 ans à
45 ans, de l'Hôpital Mère-Enfant de Limoges**

Présenté et soutenu publiquement le 16 mai 2022
par

Jeanne DURAND

Expert scientifique : Joëlle MOLLARD, gynécologue-obstétricien

Expert méthodologique : Valérie BLAIZE-GAGNERAUD, sage-femme enseignante



Rien n'est jamais perdu tant qu'il reste quelque chose à trouver

Pierre Dac

Remerciements

A mon directeur de mémoire, le docteur Joëlle Mollard, pour son accompagnement.

Aux sages-femmes enseignantes pour mes années d'études. Je remercie notamment Valérie BLAIZE-GAGNERAUD pour son aide, sa disponibilité ainsi que ses nombreuses corrections qui m'ont permis de mener à bien ce mémoire.

Aux sages-femmes qui m'ont appris, enseigné et encouragé. Une pensée toute particulière à Virginie. Merci pour son écoute, sa bienveillance et son soutien lors de mes 5 années d'études. Grâce à toi j'ai trouvé ma passion, qui est le métier de sage-femme.

Merci à mes copines sages-femmes, Chloé, Clara, Camille, Solène, pour votre présence et votre bonne humeur.

A Lisa, ma sœur, pour ses sublimes dessins qui ont imagé mes questionnaires.

A ma maman, mon frère et mon copain pour m'avoir toujours encouragé et soutenu durant ces dures études. Je remercie également toute ma famille.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Glossaire

AES : Auto-examen des seins

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ECS : Examen clinique des seins

HAS : Haute Autorité de Santé

HME : Hôpital de la Mère et de l'Enfant

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

OMS : Organisation mondiale de la santé

SDC : Suite de couches

Table des matières

Glossaire.....	5
Table des graphiques	7
Table des tableaux.....	8
Première partie : Introduction.....	9
1. L'auto-palpation.....	10
1.1. Les indications de l'auto-palpation	10
1.2. La technique	10
1.2.1 L'inspection	10
1.2.2 La palpation.....	11
1.3. Pratiques et connaissances des femmes	11
1.4. Les freins à la réalisation	12
1.5. Intérêts de la technique	13
Deuxième partie : Matériel et Méthode	15
1. Type d'étude.....	15
2. Population	15
3. Recueil de données.....	15
4. Variables étudiées.....	15
5. Exploitation des données	16
Troisième partie : Résultats	17
1. Caractéristiques de la population	17
2. Pratique de l'AES	19
3. Niveau de connaissances sur l'AES.....	22
4. L'avis des accouchées face à l'information de l'AES	25
5. Réalisation de l'AES selon les caractéristiques des femmes.....	26
6. Niveau de connaissances « insuffisant » selon les caractéristiques des femmes	27
7. Perceptions des femmes sur leur niveau de connaissances	28
Analyse et Discussion.....	30
1. Critique de l'étude	30
1.1. Points forts.....	30
1.2. Limites	30
2. Discussion	31
2.1. Caractéristiques de la population.	31
2.2. Pratique et connaissances sur l'auto-palpation	31
2.2.1 Connaissances	31
2.2.2 Réalisation de l'AES.....	38
2.3. Les freins à la réalisation de l'AES	41
2.4. Information délivrée aux femmes	42
2.5. Propositions d'amélioration	43
Conclusion	44
Annexes	45
Références bibliographiques	53

Table des graphiques

Figure 1 - Catégories socio-professionnelles des accouchées.....	18
Figure 2 - Informations de l'auto-palpation des seins données par un professionnel de santé	18
Figure 3 - Motifs de la non-réalisation de l'AES.....	19
Figure 4 - De quelle(s) manière(s) faut-il inspecter les seins ?.....	21
Figure 5 - Conduites des femmes face à un signe clinique	24
Figure 6 - Niveau de connaissances global des accouchées au sujet de l'AES.....	25
Figure 7 - Comment améliorer les connaissances et la pratique de l'AES selon les accouchées ?.....	26
Figure 8 - Méconnaissance de la technique selon les femmes et leur niveau de connaissances réel	29
Figure 9 - Sentiment d'informations insuffisantes et niveau de connaissances réel des femmes	29

Table des tableaux

Tableau I - Réalisation de l'AES selon les caractéristiques des femmes	27
Tableau II - Niveau de connaissances « insuffisant » selon les caractéristiques des femmes	28

Première partie : Introduction

L'auto-palpation des seins, ou AES, est sujette à controverses du fait de son efficacité non clairement démontrée. Il n'existe pas de recommandation officielle en France pour cette pratique.

Des professionnels de santé, tels que, Dr Béatrice Lauby-Secretan, Dr Chiara Scocciati, Pr Dana Loomis et al, montraient en 2015, qu'il n'existait pas d'étude qui affirmait que l'auto-palpation permet de diminuer la mortalité du cancer du sein, du fait du manque de connaissances des femmes sur sa pratique (1).

Cependant, l'OMS (organisation mondiale de la santé) souligne qu'« *il n'existe pas de preuve de l'effet du dépistage moyennant l'auto-examen des seins (AES). Toutefois, [...] la pratique de l'auto-examen, ou palpation, des seins permet aux femmes de se responsabiliser et de prendre en charge leur propre santé.* » (2).

Les recommandations de l'INCA (institut national du cancer) et de la HAS (haute autorité de santé) sont établies pour l'examen clinique des seins (ECS) annuel, réalisé par un professionnel de santé dès l'âge de 25 ans.

Toutefois, la HAS mentionne que 34% des cancers du sein sont découverts devant la présence de signes d'appels. L'INCA précise qu'une modification de l'aspect des seins doit être rapidement signalée à un médecin. Ces deux instances soulignent l'importance de la clinique, sans pour autant se positionner sur la pratique de l'auto-palpation des seins (3),(4).

Cette technique peut être une opportunité supplémentaire pour le dépistage des anomalies du sein, qu'elles soient cancéreuses ou non. D'autant plus que le cancer du sein est un réel problème de santé publique, puisqu'il reste la première cause de décès par cancer chez la femme (5).

1. L'auto-palpation

L'auto-palpation est « *une méthode de dépistage du cancer du sein chez la femme, consistant à palper soi-même ses seins* » (6).

1.1. Les indications de l'auto-palpation

Les recommandations françaises officielles de l'INCA et de la HAS sont axées sur la réalisation de l'examen clinique annuel des seins et non sur la pratique de l'examen par les femmes.

Certaines sociétés savantes telles que le CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) et l'institut du sein de Henri Hartmann ont montré que l'auto-examen des seins (AES) devait se pratiquer une fois par mois, et ce après la période de menstruation (7),(8).

La période d'examen est importante à prendre en compte car les variations hormonales agissent sur la glande mammaire et génèrent des changements physiologiques. Il est aussi recommandé aux femmes ménopausées ou non réglées de choisir une même période dans le mois dédiée à l'auto-palpation (9).

Le gynécologue, Simon Ducoulombier conseille de débiter cet examen dès 25 ans. En effet, la courbe d'incidence du cancer du sein commence à croître à partir de cet âge (voir annexe 1) (10),(11).

1.2. La technique

1.2.1 L'inspection

L'auto-examen s'effectue en deux temps. Le premier est l'observation des seins : « l'inspection visuelle ». Elle doit se réaliser debout, torse nu devant un miroir afin d'observer toutes les zones du sein qui représentent la glande mammaire.

Pour débiter, les deux bras se situent le long du corps, l'inspection se fait de face et de profil. Les bras sont ensuite levés au-dessus de la tête, et l'observation se poursuit de la même manière. La femme doit se pencher en avant pour inspecter et comparer ses deux seins.

La forme et l'aspect des seins sont importants à observer pour mettre en évidence des anomalies. Ces différentes étapes sont cruciales car une anomalie peut ne pas être vue dans certaines positions (12),(13).

L'inspection permet de repérer des signes qui doivent alerter la femme (14) :

- une masse, une bosse visible à l'œil nu
- une zone de peau plissée ou ressemblant à une « peau d'orange »
- un écoulement spontané
- une lésion ou une rétraction du mamelon
- une rougeur, une ulcération
- un changement de volume et/ou de forme du sein (gonflement, dissymétrie)

1.2.2 La palpation

Le second temps de l'examen est la palpation, elle se réalise debout ou allongée pour les poitrines plus généreuses. Son but est d'examiner la glande dans sa globalité afin de repérer une masse à l'aide du bout des trois doigts médians dont la sensibilité est la meilleure. La main doit être positionnée à plat sur la peau et effectuer des mouvements circulaires : la glande doit rouler sur le grill costal. Le mamelon et la région rétro-aréolaire devront également être examinés avec minutie, afin de découvrir un éventuel écoulement anormal.

L'examen du sein peut être réalisé en suivant différentes techniques telles que les quadrants d'horloge (voir annexe 2), une spirale (voir annexe 3) ou une courbe sinusoïdale (voir annexe 4), bien qu'aucune recommandation officielle n'existe sur son déroulement. La palpation peut se faire avec les deux mains sur chaque sein et/ou avec la main opposée au sein palpé.

L'investigation clinique porte aussi sur l'étude des ganglions lymphatiques axillaires, sous-claviculaires et mammaires internes, drainant le sein. Elle est fondamentale car les ganglions peuvent être atteints lors de métastases ou d'infections (12),(13),(15),(16),(17).

Tout au long de l'examen, il faut comparer les deux seins. Un moment calme est nécessaire qui peut être la douche, l'eau savonneuse facilitant la palpation. Un avis médical est nécessaire suite à la découverte de toute anomalie.

1.3. Pratiques et connaissances des femmes

Aziz Salwa, étudiante sage-femme en 2015 (18), montre que « *L'auto-examen clinique des seins apparaît difficile pour les femmes* ». Elle explique que 26% des femmes ne savaient pas faire l'AES ou réalisaient l'examen « *à n'importe quels moments du cycle* » et 50% ne le pratiquaient pas.

De plus, Lavest Justine a noté dans son mémoire de fin d'études, que sur 60,3 % des femmes qui pratiquaient l'AES seulement 23,9 % le faisaient à raison d'une fois par mois (19).

De même, une autre étudiante, Camille Chanzy, a montré que 48,2 % avaient déjà pratiqué un AES plusieurs fois dans l'année, sans pour autant le pratiquer une fois par mois. En effet, seulement 18 femmes connaissaient la fréquence de réalisation de l'auto-palpation, et une seule femme avait obtenu la note maximale quant à la technique de l'examen. L'inspection visuelle des seins, la pression mamelonnaire, et la période propice de l'examen n'étaient pas bien assimilées. Cependant, l'étude a révélé que les femmes connaissaient les régions à examiner (20).

Le profil des femmes qui réalisaient l'AES a été étudié par Franco Romani, César Gutiérrez et José Ramos-Castillo. Une étude a été menée auprès de 9724 femmes péruviennes âgées de 20 à 49 ans. Ils ont montré que 34,6 % d'entre elles pratiquaient l'AES. Ils ont déterminé un profil type, qui était un âge de 30 à 49 ans, des revenus moyens à élevés, des femmes mère d'un ou deux enfant(s) et ayant déjà eu un examen clinique des seins par un professionnel de santé (21).

1.4. Les freins à la réalisation

Les principales causes identifiées de la mauvaise ou l'absence de réalisation de l'examen sont le manque de savoir-faire et d'informations. En effet, Caroline Fernandez, docteur en médecine, a mis en évidence, en 2016, que 89 % des médecins généralistes conseillaient l'AES aux patientes, et seulement 44 % d'entre eux leur expliquaient et leur montraient la technique (22).

La réalisation de l'AES, à n'importe quel moment du cycle menstruel et plusieurs fois par mois peut, devenir anxiogène pour la femme, selon certains auteurs. Selon Camille Chanzy, le caractère anxiogène des réalisations intempestives est bien présent car il existe des modifications physiologiques de la densité mammaire en fonction des variations hormonales, qui peuvent générer des masses portant à confusion avec des nodules (20). La grossesse et l'allaitement maternel sont également des causes de changements physiologiques des seins, rendant l'examen plus anxiogène et plus difficilement interprétable pour la femme (18).

Le Dr Desire Ousmane Diakite (23), n'a pas évalué le caractère anxiogène parmi son étude qui montrait pourtant que 50,1% des femmes pratiquaient l'AES au moins une fois par semaine.

Par ailleurs, les croyances culturelles peuvent également être un frein à l'AES. Selon l'étude de Seyedesaba Noori et Barbara C. Schouten (24), la recherche d'une maladie est parfois assimilée aux mauvaises pensées. Un lien peut être fait, entre le fait de « penser à » et la survenue effective de la maladie : les femmes disent « *en pensant ça arrive* ». Cette étude a également révélé un second frein qui est l'impossibilité pour les femmes de distinguer une anomalie physiologique d'une pathologique.

D'autres freins ont été mis en évidence par certains radiologues sénologues interrogés par Aziz Salwa, tels que le manque d'objectivité provoquant une surestimation dans la découverte d'anomalie. Ils ont également mentionné le nombre de surdiagnostics élevé liés à cette méthode, générant des examens complémentaires inutiles au vu de l'existence d'un grand nombre de faux négatifs. De ce fait, ils ne sont pas convaincus de l'efficacité de l'examen (18).

1.5. Intérêts de la technique

L'AES offre la possibilité de dépister précocement des anomalies, cancéreuses ou non, et peut donc améliorer le pronostic d'une maladie, d'autant plus si le suivi gynécologique et/ou l'examen clinique ne sont pas conformes aux recommandations de l'INCA et de la HAS (3),(4).

En effet, Camille Chanzy a montré que 34,7% des femmes interrogées ont moins d'un suivi gynécologique par an, voire aucun pour 9,4% des femmes. Parmi la population de l'étude, 13,7% d'entre elles n'ont jamais eu d'examen clinique des seins par un professionnel de santé (20).

Ainsi, l'AES représente un moyen supplémentaire pour dépister différents types de pathologie, si l'inspection et la palpation sont suffisamment connues par les femmes. Certains radiologues sénologues affirment que la clinique est indispensable et qu'une femme connaît son corps mieux que quiconque (18).

Certains signes perçus à la palpation mettent en évidence des kystes, des nodules... Lors d'écoulement sanglant, un papillome solitaire (80% des cas) peut être suspecté. À l'inspection, certains signes cliniques peuvent orienter vers un abcès, une tumeur... Cependant, le diagnostic de certitude sera établi après des examens complémentaires (mammographie, échographie, ponction, biopsie) (25).

L'AES présente donc un intérêt mais il ne doit en aucun cas remplacer les méthodes de dépistages telles que l'examen clinique des seins lors du suivi gynécologique annuel ainsi

que le dépistage de masse organisé. La complémentarité des examens cliniques est profitable à une meilleure prise en charge de la patiente. De plus, l'auto-palpation, non coûteuse et non invasive, est à la portée de la majorité de la population féminine, ce qui est un réel atout.

Il semble que l'AES ne soit pas ancré dans les pratiques de la population féminine et ne soit pas toujours conseillé par les professionnels de santé. De ce fait, nous nous sommes interrogés sur les connaissances et la pratique des accouchées de l'HME de Limoges au sujet de l'auto-palpation des seins.

L'objectif principal a été de réaliser un état des lieux des connaissances et de la pratique de l'AES par les accouchées. Les objectifs secondaires ont été de montrer que les accouchées qui réalisaient l'AES avaient des caractéristiques particulières. Nous avons également cherché à savoir si les femmes se sentaient assez informées et si elles pensaient que certains outils pourraient améliorer leurs connaissances et leur pratique au sujet de l'auto-palpation des seins.

Deuxième partie : Matériel et Méthode

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive, transversale et monocentrique, réalisée à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HME) de Limoges.

2. Population

La population était composée de femmes, âgées de 25 à 45 ans, hospitalisées dans le service de suites de couches à la Maternité de l'HME. Toutes ces femmes devaient parler et lire le français. Les critères d'exclusions, correspondaient aux femmes sous tutelle, non voyantes et refusant la participation à l'étude.

Le nombre de sujets nécessaire était de 92 patientes minimum.

3. Recueil de données

L'outil utilisé a été un questionnaire anonyme (Annexe 5), il était composé de questions fermées, à choix multiples, et d'une question ouverte. Il a été distribué aux femmes qui ont accepté de participer à l'étude. La distribution s'est faite entre le mois de Mars et de Juin 2021. Nous avons distribué 160 questionnaires.

4. Variables étudiées

Les variables socio-démographiques ont permis de décrire la population étudiée et de mettre en évidence des caractéristiques particulières des femmes qui avaient déjà réalisées l'AES.

Un état des lieux de la pratique de l'AES a été effectué. Les potentielles raisons de non-réalisation ont été mises en évidence ainsi que la nécessité, selon elles, de l'inspection visuelle et la pression mamelonnaire. Les indications de l'AES, issues des sociétés savantes, ont été proposées aux femmes dans le but de repérer si elles étaient susceptibles de réaliser l'auto-examen suivant leurs recommandations qui restent tout de même non officielles.

Les connaissances sur le geste de l'AES ont été évaluées en partie grâce à deux dessins, bustes de femme, qui représentaient les zones à examiner lors des deux étapes de l'examen ainsi qu'à un tableau qui représente les conduites des femmes lors de la découverte d'une anomalie.

Les femmes ont pu exprimer si elles se sentaient assez informées au sujet de l'AES et déterminer des mesures susceptibles d'améliorer leurs connaissances et leur pratique.

5. Exploitation des données

La majorité des accouchées a été fixée à 60%. Toutes les données brutes ont été recueillies sur le logiciel Excel puis nous avons utilisé JMP pour réaliser les comparaisons statistiques (test du Khi deux ou exact de Fisher avec un seuil de significativité $< 0,05$).

Le critère principal de jugement était l'évaluation de la pratique et des connaissances des femmes au sujet de l'AES.

Les données sur la pratique ont été exprimées sous forme de pourcentages afin de réaliser un état des lieux. Quant aux connaissances elles ont été exploitées sous forme de notes sur 20 pour faire un état des lieux du niveau de connaissances global puis de moyennes pour compléter l'analyse. Le niveau a été considéré comme très insuffisant lorsque la note était $< 8/20$, insuffisant pour une note $\geq 8/20$ et $< 11/20$, moyen pour une note $\geq 11/20$ et $< 13/20$, satisfaisant pour une note de $\geq 13/20$ et $< 15/20$ et très satisfaisant pour une note $\geq 15/20$. Nous avons dû regrouper les niveaux lors des comparaisons statistiques pour augmenter la puissance de l'étude : satisfaisant (niveau très satisfaisant et satisfaisant) et insatisfaisant (niveau moyen, insuffisant et très insuffisant).

À la suite, plusieurs comparaisons statistiques ont été faites. Nous avons évalué si la pratique de l'AES et le fait que certaines femmes disent « ne pas connaître la technique » influençait le niveau de connaissances global. Puis, nous avons recherché si certaines caractéristiques des femmes influençaient leur niveau de connaissances. Les caractéristiques ayant un faible effectif n'ont pas été analysé, certaines ont été regroupées pour augmenter la puissance du test, elles étaient :

- La tranche d'âge (25-29 ans, 30-35 ans et 36-45 ans)
- La parité (primipare et multipare)
- La catégorie socio-professionnelle (employée, cadre et profession intellectuelle, profession intermédiaire, sans profession)
- Le niveau d'études (supérieur bac +3 et plus, baccalauréat, CAP/BEP et équivalence)
- L'information faite aux femmes au sujet de l'AES

Les critères secondaires de jugement étaient l'existence de caractéristiques particulières des accouchées qui ont déjà réalisé l'AES ainsi que leur ressenti sur l'information qui leur est faite. Les mêmes caractéristiques que précédemment ont été prises en compte et comparées avec la pratique de l'AES. L'outil qui a permis la réalisation des tests exacts de Fisher était le logiciel JMP (le seuil de significativité était $< 0,05$).

Les données en lien avec le ressenti des femmes sur l'information reçue et les potentiels axes d'amélioration ont été exploités sous forme de pourcentages.

Troisième partie : Résultats

Cent soixante accouchées ont répondu au questionnaire. Six questionnaires ont été exclus car non exploitables sur la partie « pratique » et « technique de l'auto-palpation ». La population étudiée était de cent cinquante-quatre accouchées sauf dans la partie « connaissances » où nous avons pu exploiter cent quarante-trois questionnaires.

1. Caractéristiques de la population

- Classes d'âge

Parmi notre population de 154 femmes :

- 40% avaient un âge compris entre 25 et 30 ans
- 32% entre 31 et 35 ans
- 24% entre 36 et 40 ans
- 4% entre 41 et 45 ans

La moyenne d'âge était de 32,4 ans.

- Parité

La parité était répartie comme suit (N=154) :

- 40% avaient 2 enfants
- 34% avaient 1 enfant
- 26 % avaient 3 enfants et plus

- Niveau d'études

Le niveau d'études se répartissait comme suit (N=154) :

- 51% avaient un niveau supérieur (bac +3 et plus)
- 23% avaient un niveau baccalauréat
- 18% avaient un niveau CAP, BEP ou équivalent
- 5 % n'avaient aucun diplôme
- 3 % avaient un niveau brevet des collèges

- Catégorie socio-professionnelle

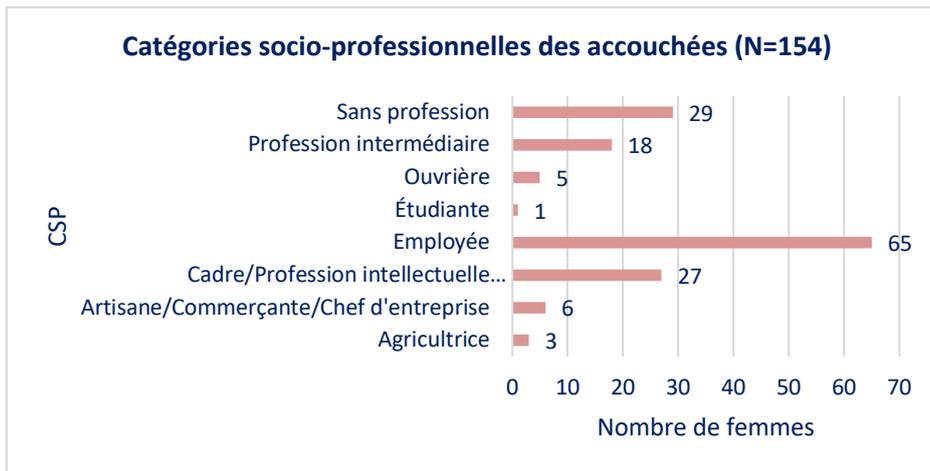


Figure 1 - Catégories socio-professionnelles des accouchées

Notre population était essentiellement composée de femmes employées (42%), sans profession (19%), de cadres et professions intellectuelles supérieures (18%).

- Informations au sujet de l'AES

Parmi les 154 femmes, 51% soit 78 femmes avaient reçu une information au sujet de l'auto-examen des seins et 49% n'en avaient jamais reçu soit 76 femmes.

Plusieurs moyens d'informations étaient possibles. Parmi les 78 femmes qui avaient eu une information, 87% l'avaient reçue par un professionnel de santé.

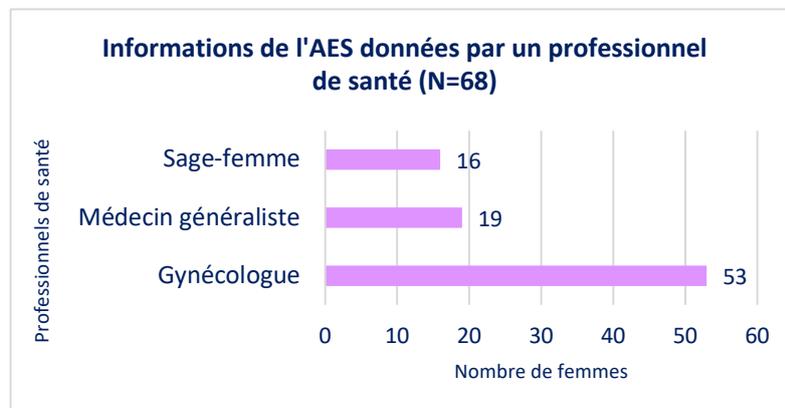


Figure 2 - Informations de l'auto-palpation des seins données par un professionnel de santé

La majorité d'entre elles soit 78% avaient reçu des informations par un gynécologue.

Et 81% des femmes avaient eu recours à d'autres moyens d'informations :

- Ami(e)s/la famille soit 36%
- Émissions télévisées soit 31%

2. Pratique de l'AES

Parmi les accouchées interrogées, 63% n'avaient jamais pratiqué l'auto-palpation des seins (N=97) et 37 % l'avaient déjà réalisée (N=57).

- Motifs de réalisation de l'AES

Pour les 57 femmes qui avaient réalisées l'examen, les deux principales raisons de motivation étaient :

- « *prévenir/vérifier la présence d'anomalie* » dans 37 % des cas
- « *car antécédents médicaux* » dans 16% des cas

D'autres raisons ont été évoquées de manière isolée : « *lors de douleur* », « *par conseil du gynécologue* ».

- Motifs de non-réalisation de l'AES

Plusieurs réponses étaient possibles pour les 92 femmes qui avaient répondu. Cinq non-réponses avaient été comptabilisées.

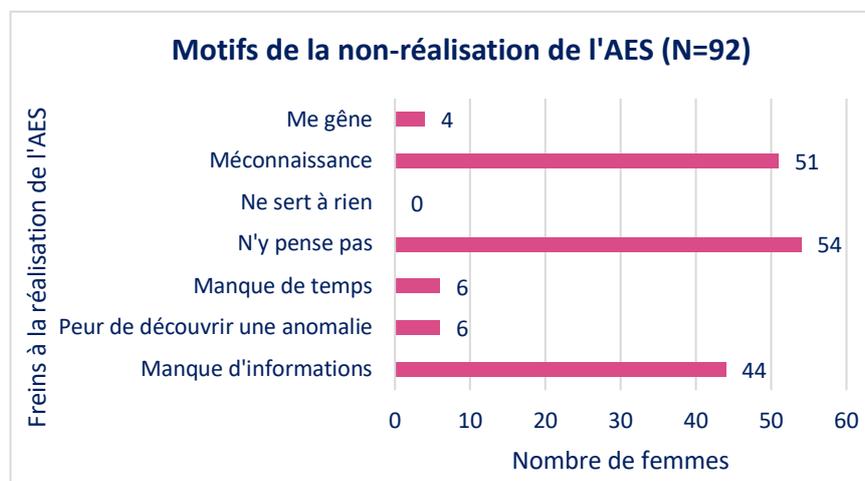


Figure 3 - Motifs de la non-réalisation de l'AES

Trois principales raisons de non-réalisation ont été mentionnées par les femmes qui n'avaient jamais réalisé l'AES :

- 59% n'y pensaient pas
- 55% ne connaissaient pas la technique
- 48% manquaient d'informations

- Conditions sur la réalisation de l'AES

Concernant la réalisation de l'AES, 113 femmes avaient mentionné les recommandations des sociétés savantes. Les conditions de réalisation en corrélation avec celles-ci étaient :

- Dès 25 ans pour 44 femmes, soit 39%
- Après les règles pour 36 femmes, soit 32%
- Tous les mois pour 33 femmes, soit 29%

Seulement trois femmes connaissaient les indications de réalisation de l'auto-examen des seins « 25 ans et tous les mois et après les règles ».

- Inspection des seins

⇒ **Nécessité de l'inspection selon les accouchées**

Parmi notre population, 86% des femmes, soit 131 avaient affirmé la nécessité de l'inspection des seins. Deux n'avaient pas répondu.

Parmi ces 131 femmes qui affirmaient la nécessité de l'inspection, toutes avaient répondu à la question « De quelle(s) manière(s) faut-il inspecter les seins ? ». Plusieurs réponses étaient possibles.

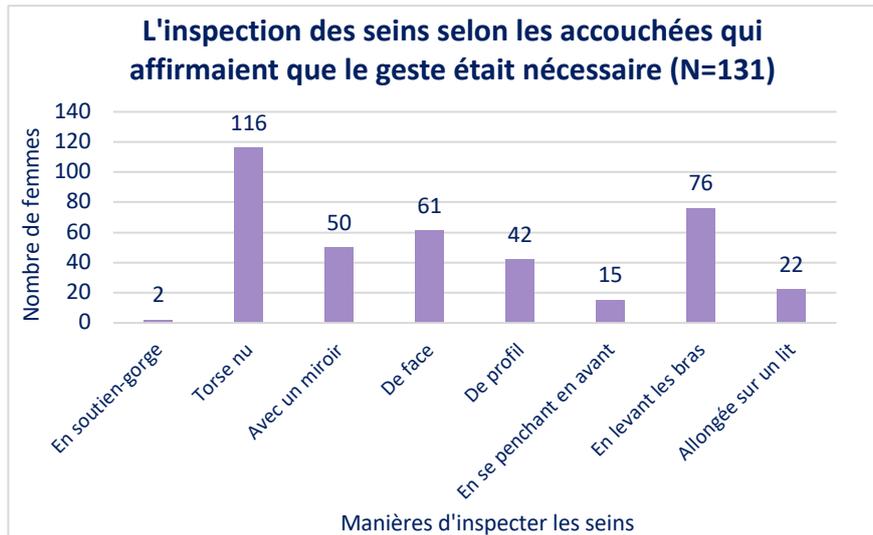


Figure 4 - De quelle(s) manière(s) faut-il inspecter les seins ?

Les modalités d'inspection étaient inspirées de la thèse du Dr Bicar Ayse et du livre du Dr Arnal et du Pr Joyeux « comment enrayer « l'épidémie » des cancers du sein et des récidives ».

Seulement deux femmes connaissaient intégralement ces modalités de bonnes pratiques à savoir : « *torse nu et à l'aide d'un miroir et de face et de profil et en se penchant en avant et en levant les bras et allongée sur le lit* ».

Selon les femmes l'inspection se faisait principalement :

- Torse nu pour 88% (N=116)
- En levant les bras pour 58% (N=76)
- De face pour 47% (N=61)

⇒ **Inspection non nécessaire selon les accouchées**

Parmi notre population, 14% des femmes, soit 21 affirmaient que l'inspection n'était pas nécessaire lors de l'AES. Deux femmes n'avaient pas répondu.

La raison principale de cette affirmation était « l'inspection ne fait pas partie de l'AES » pour 62% des femmes (N=13). Peu de femmes avaient répondu que l'inspection n'était pas fiable et pas utile. Deux femmes n'avaient donné aucune raison.

- Pression mamelonnaire

Nous avons répertorié 4 non-réponses, l'effectif était de 150 femmes.

Concernant la nécessité d'une pression mamelonnaire :

- 57% soit 86 femmes ne la trouvaient pas de nécessaire
- 41% soit 61 femmes la pensaient nécessaire
- 2% soit 3 femmes ne savaient pas si elle était nécessaire

3. Niveau de connaissances sur l'AES

Le niveau de connaissances global a été évalué à partir des notes obtenues sur la technique du palper, les zones à observer, les zones à palper et les conduites à tenir devant certains signes cliniques. 143 questionnaires ont pu être exploités entièrement.

⇒ La technique du palper

L'effectif total était de 143 femmes. Cette partie était notée sur 1,5 points, les réponses attendues étaient « *torse nu et avec le bout des doigts et avec la main bien à plat sur la peau* ».

La moyenne était de 0,86. Les connaissances étaient :

- Insuffisantes pour 48 femmes (34%), 7 femmes avaient aucun point
- Satisfaisantes pour 95 femmes (66%), 16 femmes avaient eu la totalité des points

⇒ L'inspection des seins

L'effectif total était de 143 femmes. Les réponses attendues, notées sur 3 points, étaient :

- Les quadrants : supéro-interne (77%) et externe (80%) / inféro-interne (87%) et externe (89%)
- Le mamelon (77%)
- L'apex de la glande mammaire (63%)

La moyenne était de 2,19, les connaissances étaient comme suit :

- Insuffisantes pour 36 femmes (25%), 3 femmes avaient aucun point
- Satisfaisantes pour 107 femmes (75%), 45 femmes avaient eu la totalité des points

⇒ **La palpation des seins**

L'effectif total était de 143 femmes. Nous avons élaboré une notation sur 4 points, les réponses attendues étaient :

- Les quadrants : supéro-interne (95%) et externe (99%) / inféro-interne (98%) et externe (99%)
- Le mamelon (50%)
- L'apex de la glande mammaire (81%)
- Le creux axillaire (73%)
- La clavicule (17%)

La moyenne était de 2,85. Les connaissances étaient :

- Insuffisantes pour 53 femmes (37%), la note minimale était de 0,5 points pour deux femmes
- Satisfaisantes pour 90 femmes (63%), 10 femmes avaient eu la totalité des points

⇒ **Conduites à tenir devant certains signes cliniques**

Cent quarante-trois femmes ont répondu, la notation était sur 4 points. Les réponses attendues représentaient l'ensemble des propositions.

La moyenne était de 4,49. Les connaissances étaient réparties :

- Insuffisantes pour 33 femmes (23%), la note minimale était de 0,5 points pour une femme
- Satisfaisantes pour 110 femmes (77%), 22 femmes avaient eu la totalité des points

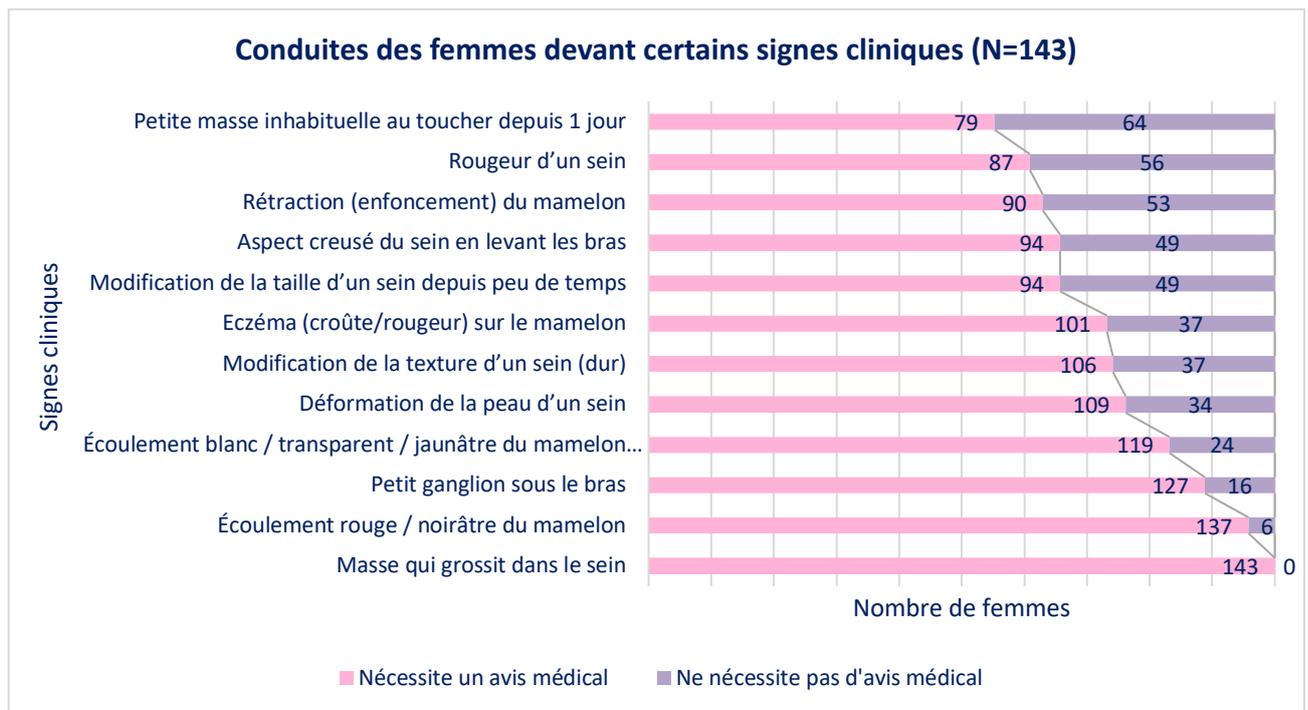


Figure 5 - Conduites des femmes face à un signe clinique

Selon les 143 femmes, les signes cliniques pour lesquels « un avis médical est nécessaire » étaient :

- Une masse qui grossit dans le sein pour toutes les femmes
- Un écoulement rouge/ noirâtre du mamelon pour 96%
- Un petit ganglion sous le bras pour 89%
- Un écoulement blanc/ transparent/ jaunâtre du mamelon pour 83%

Les signes cliniques pour lesquels « un avis médical n'est pas nécessaire » étaient :

- Une petite masse inhabituelle au toucher depuis 1 jour (45%)
- Une rougeur d'un sein (39 %)
- Une rétraction du mamelon (37%)
- Une modification de la taille d'un sein depuis peu de temps et un aspect creusé du sein en levant les bras (34%)

⇒ Connaissances globales sur l'AES

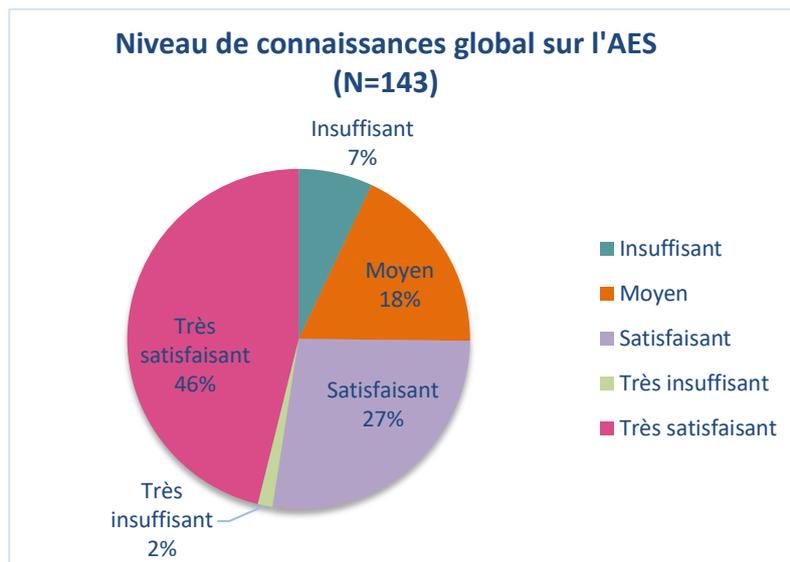


Figure 6 - Niveau de connaissances global des accouchées au sujet de l'AES

La moyenne générale s'élevait à 14,35/20. La note minimale obtenue était 6,89/20 et la note maximale était 20/20.

Concernant le niveau de connaissances global :

- 66 femmes avaient une note ≥ 15 (46%)
- 39 femmes avaient une note ≥ 13 et $\leq 14,9/20$ (27%)
- 26 femmes avaient une note ≥ 11 et $\leq 12,9/20$ (18%)
- 10 femmes avaient une note ≥ 8 et $\leq 10,9/20$ (7%)
- 2 femmes avaient une note $< 8/20$ (2%)

Au total, 105 femmes avaient un niveau de connaissances global satisfaisant soit 73%.

4. L'avis des accouchées face à l'information de l'AES

Une femme n'a pas répondu. Parmi les 153 accouchées, 10% se sentaient assez informées au sujet de l'AES.

Parmi les 153 accouchées qui avaient répondu à « *comment améliorer les connaissances et la pratique des femmes sur l'AES ?* » Plusieurs réponses étaient possibles.

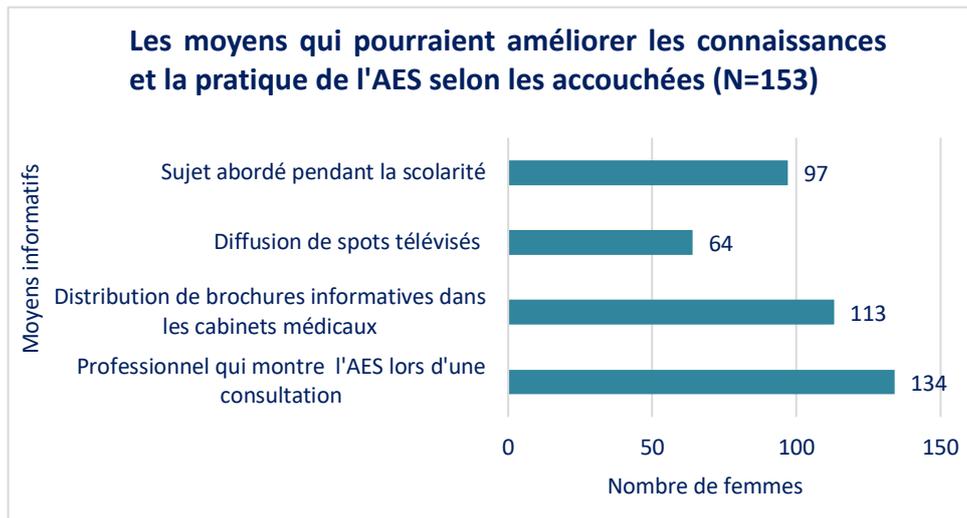


Figure 7 - Comment améliorer les connaissances et la pratique de l'AES selon les accouchées ?

Les deux moyens choisis le plus fréquemment étaient :

- Qu'un professionnel montre comment réaliser l'AES (88%)
- Que des brochures informatives soient distribuées dans les cabinets médicaux (74%)

5. Réalisation de l'AES selon les caractéristiques des femmes

Nous avons comparé la réalisation de l'AES selon les caractéristiques les plus représentées :

- Primipare / multipare
- Catégorie socio-professionnelle : cadre et profession intellectuelle / employée / profession intermédiaire / sans profession
- Classes d'âge : 25-30 ans / 31-35 ans / 36-45 ans
- Niveau d'études : supérieur (bac +3 et plus) / baccalauréat / CAP, BEP

Tableau I - Réalisation de l'AES selon les caractéristiques des femmes

Variabes	Réalisation de l'AES
Selon la classe d'âge	p<0,0001
- 25-30 ans (N=21)	Le groupe des 36-45 ans réalisait plus l'AES.
- 31-35 ans (N=14)	
- 36-45 ans (N=22)	
Selon la parité	p=1,0000
- Primipare (N=25)	Aucune différence n'a été retrouvée concernant la parité et la réalisation de l'AES.
- Multipare (N=32)	
Selon le niveau d'études	p<0,0001
- Supérieur bac +3 et plus (N=35)	Le groupe du niveau supérieur (bac +3 et plus) réalisait davantage l'AES.
- Baccalauréat (N=14)	
- CAP, BEP et équivalence (N=6)	
Selon la CSP	p<0,0001
- Employée (N=23)	La catégorie socio-professionnelle des employées réalisait davantage l'AES.
- Cadre / profession intellectuelle (N=16)	
- Sans profession (N =4)	
- Profession intermédiaire (N=9)	
Selon l'information reçue ou non	p=1,0000
- Information reçue (N=43)	Aucune différence n'a été retrouvée concernant l'information reçue et la réalisation de l'AES.
- Pas d'information reçue (N=9)	

L'AES était plus fréquemment réalisé par les femmes de 36-45ans ayant un niveau d'études supérieur (bac+3 et plus) et employées.

6. Niveau de connaissances « insuffisant » selon les caractéristiques des femmes

Nous avons choisi de comparer le niveau de connaissances « insuffisant » selon les mêmes caractéristiques des femmes que précédemment. Le but étant de repérer les femmes qui manquent de connaissances afin de cibler par la suite celles qui ont un réel manque d'information. L'effectif était de 38 femmes.

Tableau II - Niveau de connaissances « insuffisant » selon les caractéristiques des femmes

Variables	Niveau de connaissances « insuffisant »
Selon la classe d'âge (N=38)	p<0,0001
- 25-30 ans (N=20)	La classe d'âge 25-30 ans avait significativement un niveau de connaissance estimé « insuffisant ».
- 31-35 ans (N=11)	
- 36-45 ans (N=7)	
Selon la parité (N=38)	p=1,0000
- Primipare (N=11)	Nous n'avons pas retrouvé de différence selon la parité.
- Multipare (N=27)	
Selon le niveau d'études (N=35)	p<0,0001
- Supérieur bac +3 et plus (N=14)	Le niveau d'études supérieur (bac +3 et plus) avait un niveau de connaissances estimé « insuffisant ».
- Baccalauréat (N=13)	
- CAP, BEP et équivalence (N=8)	
Selon la CSP (N=37)	p<0,0001
- Employée (N=11)	Les femmes sans profession avaient un niveau de connaissances davantage « insuffisant » par rapport aux autres catégories socio-professionnelles.
- Cadre / profession intellectuelle (N=7)	
- Sans profession (N =15)	
- Profession intermédiaire (N=4)	
Selon l'information reçue (N=38)	p=1,0000
- Information reçue (N=13)	Nous n'avons retrouvé aucune différence selon la présence ou non d'une information au sujet de l'AES.
- Pas d'information reçue (N=25)	

Le niveau de connaissances « insuffisant » était plus fréquent chez les femmes de 25-30 ans ayant un niveau d'études supérieur (bac+3 et plus) et sans profession.

7. Perceptions des femmes sur leur niveau de connaissances

⇒ Connaissances de la technique

Parmi les 97 femmes qui n'avaient jamais réalisé l'AES, 51 d'entre elles citaient comme raison « ne pas connaître la technique ».

Le niveau de connaissance n'était pas différent dans la population des femmes qui affirmaient ne pas connaître la technique ($p=0,8201$).

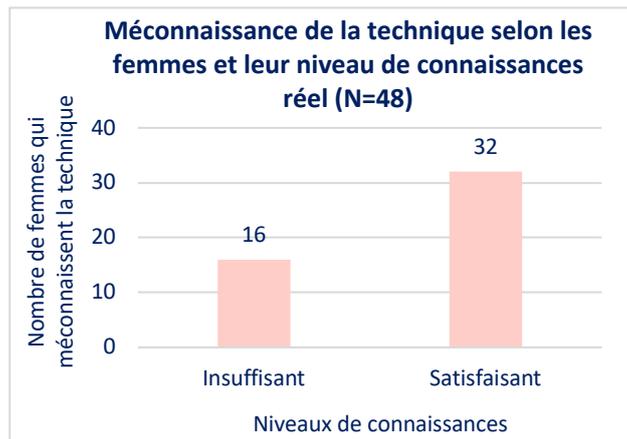


Figure 8 - Méconnaissance de la technique selon les femmes et leur niveau de connaissances réel

⇒ Information délivrée

Nous avons comptabilisé 130 femmes qui ne se sentaient pas assez informées. Leur niveau de connaissance n'a pas été influencé par ce sentiment d'informations insuffisantes ($p=0,8201$).

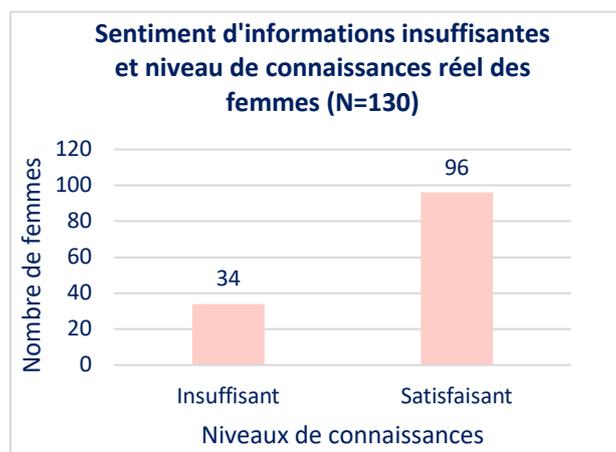


Figure 9 - Sentiment d'informations insuffisantes et niveau de connaissances réel des femmes

Parmi ce groupe, trois femmes connaissaient intégralement les conditions de réalisation de l'AES : dès 25 ans et tous les mois et après les menstruations. Ces conditions de réalisation n'étaient pas connu par les 15 femmes qui se sentaient assez informées.

Analyse et Discussion

1. Critique de l'étude

1.1. Points forts

Nous avons réalisé un état des lieux sur la pratique et les connaissances des femmes au sujet de l'AES. Il nous est apparu intéressant sachant que le cancer du sein est la première cause de décès par cancer chez la femme.

Nous avons recueilli un nombre de questionnaires supérieur au nombre nécessaire, 154 au lieu de 92 dans un temps relativement court, ce qui montre l'intérêt pour l'étude. La disponibilité des femmes a été un réel atout, probablement favorisée par la limite des visites liée à la COVID. Lors de la distribution et du recueil des questionnaires, les femmes ont exprimé oralement leur intérêt pour le sujet. Certaines ont manifesté leur souhait d'en savoir davantage sur cet examen. Elles ont également précisé que leurs connaissances étaient très vagues et qu'elles ne savaient pas exactement comment réaliser l'examen et les critères à rechercher.

1.2. Limites

Six questionnaires ont dû être exclus en raison de l'absence de réponse dans la partie « pratique » et « technique de l'AES ». Onze questionnaires n'ont pas été remplis sur la partie « connaissances ». Les raisons peuvent être l'absence de connaissances sur cette pratique ou l'incompréhension des questions.

Le fait que le questionnaire soit rempli en autonomie, sans limite de temps et sans la présence d'un professionnel, a pu faire l'objet de recherches internet pour répondre aux questions.

Les propositions de réponses sur les parties dessinées des bustes et les signes cliniques étaient toutes exactes, ce qui a pu créer un biais dans notre étude.

Par ailleurs, nous ne pouvons pas étendre nos résultats à la population générale, les résultats concernent seulement un échantillon de la population de l'HME.

Enfin, les antécédents personnels et/ou familiaux de cancer, de pathologies sénologiques n'ont pas pu être pris en compte, en raison des restrictions liées à la recherche concernant le recueil des données. Nous n'avons pas pu mesurer l'influence de ces facteurs sur les connaissances et la pratique de l'AES.

2. Discussion

2.1. Caractéristiques de la population.

L'âge moyen de notre population était de 32,4 ans, ce qui est représentatif de l'enquête périnatale française de 2016. Effectivement, la tranche d'âge majoritaire des femmes était 30-34 ans, ce qui inclut notre âge moyen (26).

Notre étude a révélé une majorité de secondipares. Ce qui n'est pas concordant avec l'enquête périnatale française de 2016. En effet, elle a mis en évidence une majorité de primipare (35,4%) parmi les femmes ayant des enfants (26). Cependant, d'après l'INSEE, la secondiparité reste représentative des femmes françaises puisque l'indicateur conjoncturel de fécondation s'établissait à 1,83 enfant par femme en 2021(27).

Le niveau d'études supérieur « bac +3 et plus » était majoritaire chez les accouchées. Ce résultat est différent des données de l'enquête périnatale de 2016. En effet, le niveau d'études « bac + 3 et plus » représentait seulement 36,1 % de l'effectif total (26). Cette différence peut être due aux critères d'études plus détaillés dans l'enquête périnatale. Alors que nous avons regroupé l'ensemble des études supérieures à une seule catégorie.

La catégorie socio-professionnelle majoritaire dans notre étude était celle des employées. Cette donnée est conforme aux données de l'INSEE puisqu'en 2019, trois quarts des employées étaient des femmes (28). Les employées étaient également majoritairement représentées dans des études de l'HME à Limoges. Léa Nogarede a retrouvé une majorité d'employées parmi les femmes enceintes de son étude, soit 64,5% (29).

2.2. Pratique et connaissances sur l'auto-palpation

L'objectif principal de notre étude a été de réaliser un état des lieux de la pratique et des connaissances de l'AES des accouchées.

2.2.1 Connaissances

Nous avons étudié les connaissances des femmes concernant l'inspection, la palpation ainsi que leurs conduites à la découverte de signes cliniques durant l'AES.

- Connaissances globales

La grande majorité des accouchées avait un niveau de connaissances global satisfaisant ($\geq 13/20$).

Camille Chanzy a montré que la majorité des femmes de son étude avait des résultats dits « intermédiaires » (20). Cependant, le terme « intermédiaire » ne reflète pas un niveau satisfaisant ni insuffisant. Cette différence de catégories entre nos études est une limite à l'interprétation de nos résultats.

Nos critères étudiés étaient différents. Nous avons évalué davantage de zones corporelles (bustes) à palper, à inspecter et de signes cliniques. En revanche, nous avons moins évalué la technique du geste du palper. Or c'est sur cet exercice que le nombre de femme n'ayant aucun point était le plus élevé. D'ailleurs, c'était le seul endroit du questionnaire où il existait plusieurs propositions fausses, ce qui a pu influencer les mauvaises réponses. Il est possible que nos connaissances globales soient moins favorables si nous avons davantage évalué la technique sur le geste du palper.

Le niveau « satisfaisant » bien que majoritaire n'est peut-être pas le reflet du réel niveau de connaissances des femmes. En effet, la présentation des zones de l'inspection, de palpation et des signes cliniques proposait uniquement des réponses vraies, ce qui a pu influencer les réponses positives des femmes.

⇒ **L'inspection**

La grande majorité des femmes de notre étude avait de bonnes connaissances au sujet de l'inspection des quatre quadrants mammaires, de l'apex de la glande mammaire, du mamelon et de l'aréole. Nos résultats étaient différents de ceux de C.Chanzy. En effet, moins de la moitié des femmes de son étude avaient bien répondu à la question sur l'inspection (20).

Cette différence de résultats peut être due à la formulation des questions de nos études respectives. En effet, nous avons fait de multiples propositions, elles-mêmes toutes exactes, ce qui a pu favoriser les bonnes réponses. Il est possible que les femmes n'auraient pas cité spontanément toutes les zones corporelles qu'elles avaient pu cocher. Pourtant nous n'avons aucune garantie qu'elles cocheraient en grande partie les réponses proposées.

Toutefois, nous avons remarqué un défaut de connaissances dans le procédé de l'inspection. En effet, seulement 2 femmes avaient mentionné toutes les recommandations des bonnes pratiques soit : « *torse nu et à l'aide d'un miroir et de face et de profil et en se penchant en avant et en levant les bras et allongée sur le lit* ». La majorité des femmes avait seulement coché « *torse nu* » et « *en levant les bras* ». Une minorité des femmes avait coché « *avec un miroir* ». Aziz Salwa a également mis en évidence qu'une minorité de femmes utilisait le miroir lors de l'AES, soit 1/5 (18). De plus, les femmes qui avaient coché « *de profil* » n'avaient pas toutes mentionné le miroir. Ceci nous paraît étonnant car inspecter la globalité des seins de profil sans utiliser un miroir, semble peu contributif. Par ailleurs, son utilisation est également importante pour les autres positions. En effet, une différence de volume, de forme ou la visualisation d'anomalies situées sur la zone inférieure du sein seront appréciées grâce au miroir. Ce défaut de connaissances sur les recommandations des bonnes pratiques et notamment sur l'utilisation du miroir confirme bien le fait que la majorité des femmes méconnaissaient la technique de l'AES. Un grand nombre de femmes avaient également mentionné lors de la distribution qu'elles ne connaissaient pas les critères à rechercher lors de l'AES.

Le non-respect des recommandations des bonnes pratiques peut être expliqué par d'autres raisons notamment psychologiques. Pour Marie-Aude Minnens, « *il semble difficile de demander à une femme de s'observer objectivement dans le miroir dans le cadre d'une autopalpation à la recherche d'anomalies et de signes d'alerte ; alors que son reflet ne lui renvoie que des anomalies subjectives et esthétiques* » (30). En effet, Charles-Marie Gros expliquait que « *La figure est spéculaire, doublement spéculaire, avec un déplacement du regard de soi dans le miroir à soi par le miroir, et du regard visuel, extérieur, ordinaire, au regard de palpation, intérieur, organique, investigateur, clinique.* » (31). Nous pouvons comprendre que lors de l'auto-palpation notre reflet dans un miroir n'est plus seulement notre vision dans celui-ci mais plutôt l'image que nous renvoie cet objet. Ce qui peut paraître compliqué pour certaines femmes ayant déjà des complexes corporels. D'ailleurs, ce regard lors de l'AES peut être un regard bien plus pesant puisqu'il est chargé d'une recherche d'anomalie clinique.

L'auto-examen des seins incomplet ne permet donc pas un dépistage optimum. Il est possible que la représentation de soi, les complexes féminins et le fait que le sein touche à une dimension intime, soient des limites à l'examen clinique.

⇒ La palpation

Le palper des quatre quadrants, de l'apex du sein et des creux axillaires était connu par la majorité des femmes. En revanche, une minorité des femmes avaient mentionnées le palper de la zone claviculaire et seulement une moitié pour la région mamelonnaire. Les femmes ne connaissaient probablement pas les objectifs de ces deux derniers palper puisqu'elles ne le pensaient pas nécessaire.

Étant donné que Bodet Ludivine a confirmé que l'examen clinique des seins par un professionnel était significativement associé à la pratique de l'AES (32), il est possible que les femmes réalisent l'AES par mimétisme. Or Daraize Marylène a montré en 2015 qu'il existait des défauts de pratique chez les sages-femmes libérales du Pays de la Loire, seulement 63% palpaient la région claviculaire et 53% le mamelon. Contrairement aux quatre quadrants mammaires et creux axillaires qui étaient examinés par 95% des sages-femmes (33). Aziz Salwa a fait le même constat avec des radiologues sénologues à Poitiers en 2015. Elle a montré que, seulement 29% exerçaient une pression mamelonnaire et 57% palpaient la région claviculaire (18). La méconnaissance du palper claviculaire et mamelonnaire peut être en lien avec une non-réalisation du professionnel de santé. Cependant, nous n'avons pas analysé ce critère.

Par ailleurs, l'étude de C.Chanzy mettait en évidence de meilleures connaissances au sujet du palper claviculaire, 61,4% des femmes avaient bien répondu (20). Il est possible que cette différence de résultats soit due à la formulation entre nos questionnaires respectifs. En effet, elle a formulé une proposition anatomique plus large avec « *je veille à examiner tout le sein... une attention particulière à la zone entre le sein et l'aisselle, ..., ainsi que sous la clavicule.* » (20). Le mode de formulation a pu favoriser et orienter les bonnes réponses puisque le début de la question évoquait l'examen de tout le sein. Il est donc possible que la proposition ait été choisie non pas pour « *sous la clavicule* » mais plutôt pour « *à examiner tout le sein* ». Contrairement à notre formulation qui mentionnait des suggestions uniques.

De même une minorité des femmes de notre étude connaissait la nécessité d'une pression mamelonnaire. Camille Chanzy avait retrouvé que cette pression mamelonnaire était encore moins connue par les femmes soit 34% et un taux de l'ordre de 11% a été identifié par Aziz Salwa (18),(20). Cette différence de résultats peut être due à la formulation de nos questionnaires. Nous avons interrogé les femmes sur « *la nécessité* » de l'examen, ce qui a pu favoriser des réponses. Il est possible que lors du remplissage du questionnaire elles aient trouvé une nécessité dans ce geste sans pour autant en avoir la connaissance spontanément. Cependant, nos taux sur la nécessité de la pression mamelonnaire et sur le devoir de réaliser

un palper du mamelon étaient relativement proches, même s'ils concernaient une minorité des femmes. Ce qui paraît logique car c'est lors du palper mamelonnaire qu'une pression peut être faite.

Pourtant il existe une sorte d'incohérence dans nos résultats car la majorité des femmes savait qu'un écoulement mamelonnaire imposait un avis médical alors qu'une minorité connaissait la pression mamelonnaire. Les femmes ne semblaient donc pas connaître l'objectif de la pression mamelonnaire.

⇒ **Les signes cliniques**

Nous nous sommes ensuite intéressées aux conduites des femmes face à des signes cliniques potentiellement inquiétants. Le niveau de connaissances était globalement satisfaisant.

Les femmes avaient toutes pris en compte la nécessité d'un avis médical pour « une masse qui grossit dans le sein ». Molière Agathe avait montré que les femmes évoquaient spontanément trois symptômes pouvant être inquiétants lors de l'AES « la grosseur, la boule et la douleur » (34). La mention de ces signes cliniques semble logique car l'image du cancer est souvent représentée comme une masse, une boule dans les campagnes de prévention. Ces caractères sont donc associés à une anomalie.

La conduite des femmes face à la notion « d'écoulement rouge/ noirâtre du mamelon » était adéquate pour la quasi-totalité de l'effectif. Ce résultat semble cohérent car l'écoulement normal du sein est le lait lorsque le sein est « nourricier ». Étant donné que le sang est une caractéristique interne à notre corps, il semble logique que son extériorisation inhabituelle soit inquiétante.

Par contre, certains signes cliniques qui nécessitaient un avis médical étaient jugés non inquiétants par certaines femmes. C'est le cas de la « *rougeur d'un sein* ». Il est possible que l'effet inflammatoire soit considéré comme plus commun et donc potentiellement moins grave. La « *rétraction du mamelon* » ne faisait pas non plus partie des signes cliniques particulièrement inquiétant pour les femmes. Elles peuvent assimiler cette anomalie avec un mamelon ombiliqué qui est lui physiologique. De même, une « *modification de la taille* » entre les deux seins a pu être perçue comme normale puisqu'ils peuvent être anatomiquement différents. La distinction avec la physiologie et l'apparition d'un signe anormal peut être difficile pour les femmes. L'« *aspect creusé du sein* » paraît aussi moins alarmant pour les femmes.

Cette particularité anatomique « creusé » pourrait faussement réassurer la femme. Un creux peut être vu comme peu important ce qui peut minimaliser l'inquiétude des femmes. En effet, elles peuvent croire qu'il peut être réversible spontanément. Il est possible que les réponses auraient été plus en faveur d'un avis médical si nous avions utilisé le terme « déformation ».

Il existerait, selon Aziz Salwa, un défaut d'informations sur ces signes cliniques ce qui pourrait expliquer la méconnaissance des femmes. En effet, seulement 52% des radiologues sénologues abordaient « la déformation du sein », 38% « la rétraction du mamelon » et 38% « l'aspect de la peau » (18).

Nous sommes nuancés par l'interprétation du niveau de connaissances. Certes le niveau sur les signes cliniques était satisfaisant pour la majorité des femmes, mais il ne reflète pas forcément la réalité. En effet, nos propositions de signes cliniques étaient toutes justes ce qui a pu induire de bonnes réponses. Une question ouverte aurait probablement permis de mettre en évidence un niveau de connaissances plus fiable.

Toutefois, il est nécessaire de préciser que l'interprétation d'un signe clinique est un exercice complexe. Elle correspond à l'image que l'on s'en fait, qui variera selon les femmes. La visualisation des signes cliniques reste un exercice abstrait, d'autant plus s'ils n'ont jamais été visualisés. Leur exposition visuelle par le biais d'images pourrait aider les femmes à les assimiler. Néanmoins, la majorité des femmes était dans une optique de consultation médicale à l'évocation de signes cliniques tels que : masse qui grossit, écoulement sanglant/blanc/jaune, ganglion sous le bras, déformation de la peau d'un sein. Ce qui était rassurant.

Par la suite, nous avons choisi de rechercher le profil de femme qui avait un niveau de connaissances qualifié d'insuffisant afin de proposer des stratégies d'amélioration.

⇒ **Niveau insuffisant selon les caractéristiques socio-démographiques**

Nous avons établi le profil de femmes qui avait un niveau de connaissances « insuffisant » à savoir une note globale $\leq 11/20$. Les femmes étaient âgées de 25-30 ans, sans profession et avec un niveau d'études supérieur : bac +3 et plus ($p < 0,0001$).

- **L'âge**

Notre étude a montré que les femmes âgées de 25 à 30 ans avaient plus fréquemment un niveau de connaissances insuffisant.

Le suivi gynécologique est recommandé à partir de 25 ans. Il est donc possible que ces femmes ne soient pas encore pleinement investies dans leur santé gynécologique. Elles n'ont peut-être pas encore bénéficié d'informations leur permettant de réaliser l'AES.

En effet, en 2016 Bodet Ludivine affirmait que les programmes de prévention, contre le cancer du sein, n'intégraient pas les femmes âgées de 18 à 30 ans (32). Le cancer du sein étant rare à cet âge, il est possible que les professionnels ne voient pas l'utilité d'enseigner l'AES aux femmes de cette tranche d'âge. Le défaut d'information peut donc être une explication de leur niveau de connaissances insuffisant.

Par ailleurs, en 2022, le sondage de l'IFOP (institut français de l'opinion publique) pour le compte de la plateforme de téléconsultation gynécologique « Qare », a relevé que 70% des femmes qui renonçaient aux soins gynécologiques avaient entre 25 et 34 ans (35). Cette précarité de soins peut être également un frein à la sensibilisation des jeunes femmes au suivi gynécologique.

- **La catégorie socio-professionnelle**

Les femmes qui avaient un niveau de connaissances insuffisant, étaient majoritairement sans profession.

D'après l'INSEE, les femmes sans profession sont celles qui ont le plus d'enfants (36). L'IFOP montrait que, 43% des mères de familles ne trouvaient pas le temps nécessaire pour avoir un suivi gynécologique (37). Cependant, le temps n'a pas été un frein retenu à l'absence de réalisation de l'AES pour notre population. Nous n'avons pas pu étudier les effets du suivi gynécologique sur le niveau de connaissances des accouchées.

- **Le niveau d'études supérieures**

Parmi les femmes qui avaient un niveau de connaissances insuffisant, la majorité étaient issues d'études supérieures.

Le niveau d'études n'influence probablement pas directement le niveau de connaissances. Ceci peut faire référence au fait qu'une minorité de femmes de notre étude avait reçu une

information sur l'AES pendant leurs études. En effet, seules les futures professions médicales (sage-femme, médecin) pourraient être sensibilisées à ce sujet.

2.2.2 Réalisation de l'AES

Un tiers des femmes de notre étude avait déjà pratiqué l'AES.

Une étude Malaisienne d'Akhatari-Zavare et al. de 2015, a mis en évidence un taux de pratique de l'AES légèrement inférieur au nôtre, soit 29,5% (38). La majorité de ces femmes avait été informée au sujet de l'AES soit 69,1% par les médias, les brochures puis le personnel médical. Cependant, une majorité des femmes affirmait ne pas savoir faire l'AES soit 61,1%. Ceci fait référence au fait que la majorité des femmes de notre étude affirmait que la méconnaissance de la technique était un frein à la réalisation de l'AES.

Ludivine Bodet a également retrouvé un taux de réalisation proche de l'étude Malaisienne, 28% des femmes de son étude pratiquaient l'AES (32). L.Bodet a réévalué cette pratique après la mise en place d'un cycle de formation qui abordait l'anatomie du sein et l'enseignement de l'auto-palpation (déroulement, inspection, palpation). Deux mois après cette formation, 86% des femmes pratiquaient l'AES et avaient amélioré leurs connaissances sur les critères de l'inspection et de la palpation.

Par contre, Camille Chanzy avait montré un taux de réalisation de l'AES de l'ordre de 59%, ce qui est plus élevé que notre étude (20). Tout comme Julie Lavest pour qui le taux atteignait 60,3% (19). Dans ces études, un faible pourcentage de femmes n'avait pas de suivi gynécologique, soit 9,4% pour Chanzy Camile et 4,3% pour Lavest Julie. Il est possible que le suivi gynécologique favorise la réalisation de l'AES en raison des informations et des conseils donnés lors de la consultation. La femme peut également reproduire par mimétisme l'examen clinique des seins fait par le professionnel. En effet, en 2013, l'étude péruvienne de Franco Romani a révélé un profil de femmes qui favorisait la réalisation de l'AES. L'examen clinique des seins par un professionnel de santé faisait partie de ses critères (21). De plus, une étude nigérienne d'Amoran et al, de 2015 confirme « *l'impact de l'examen clinique des seins par un professionnel de santé dans l'incitation à la pratique de l'autopalpation.* » (39). Bodet Ludivine a également montré que l'examen clinique des seins par le professionnel était significativement associé à une accentuation de la pratique de l'AES par les femmes (32).

D'ailleurs, une grande majorité des accouchées, de notre étude, souhaitait qu'un professionnel montre l'AES dans l'objectif d'améliorer leurs connaissances et leur pratique. Elles souhaitaient également disposées de brochures informatives dans les cabinets médicaux. Les femmes semblent par conséquent décidées à recevoir davantage d'informations, ce qui

pourrait leur permettre de réaliser avec plus d'aisance l'AES. Nous n'avons pas pu recueillir d'informations sur le suivi gynécologique (suivi régulier, examen clinique des seins) et nous n'avons donc pas pu mesurer l'impact de celui-ci sur la réalisation de l'AES.

⇒ **Selon les recommandations de bonnes pratiques**

L'auto-palpation des seins devrait être débutée dès l'âge de 25 ans, tous les mois après les règles afin d'optimiser l'efficacité de l'auto-palpation. Nous avons donc recherché si les femmes avaient notion de ces recommandations de bonnes pratiques. Nous notons qu'elles n'étaient pas bien assimilées par les accouchées puisqu'une minorité les connaissait. Trois femmes connaissaient la totalité des recommandations, et pourtant, elles ont fait part d'un manque d'information au sujet de l'AES.

La notion d'une réalisation mensuelle était la moins connue des femmes de notre étude soit moins d'un tiers. Les études de Camile Chanzy et de Justine Lavest avaient retrouvé un taux encore plus bas. C.Chanzy a révélé que 9,3% des femmes réalisaient l'AES tous les mois, et J.Lavest en a identifié 23% (20),(19). Cette différence peut être expliquée par la formulation de nos questionnaires. Notre type de formulation « *selon vous, a quelle fréquence est-il nécessaire...* » s'adressait à toutes les femmes, qu'elles réalisaient ou non l'AES.

La notion de réalisation après les menstruations était connue par pratiquement un tiers des femmes. Notre résultat est comparable à celui d'Aziz Salwa. Elle a montré que seulement 33% des femmes avaient connaissances de la réalisation de l'examen après les menstruations (18). Il est possible que les femmes n'aient pas notion que les changements physiologiques des seins lors des règles modifient l'AES. D'ailleurs Aziz Salwa a montré que presque la moitié des femmes réalisaient seulement la moitié des radiologues sénologues abordaient la réalisation de l'AES en fonction de la période de menstruelle (18).

Un peu plus d'un tiers des femmes connaissait l'âge pour débiter l'AES. L'âge de 25 ans était un peu plus connu par les femmes que les autres recommandations de bonnes pratiques. Elles ont pu assimiler cet âge, avec le début du suivi gynécologique, qui commence également à 25 ans.

⇒ **Selon les caractéristiques démographiques des accouchées**

Nous souhaitons montrer que les accouchées qui réalisaient l'AES avaient des caractéristiques particulières. Un profil type a pu être relevé des femmes qui réalisaient l'examen, soit une femme âgée de 36-45 ans avec un niveau d'études supérieur (bac +3 et plus) et employée. ($p < 0,0001$)

- **L'âge**

Dans notre étude, la tranche d'âge des 36 à 45 ans réalisait davantage l'AES.

En 2013, une étude péruvienne, de Franco Romani, César Gutierrez et al., a montré que les femmes âgées de 30 à 49 ans réalisaient plus l'auto-palpation des seins que les autres tranches d'âges (21). Nos résultats sont proches de cette étude car notre tranche d'âge de 36 à 45 ans était comprise dans la tranche d'âge de 30 à 49 ans des femmes péruviennes.

La réalisation de l'AES à un âge de 36 à 45 ans pourrait être expliquée par un suivi gynécologique plus régulier à cette période de la vie. Par ailleurs, cette tranche d'âge se rapproche de l'âge du dépistage de masse du cancer du sein. Il est possible qu'une sensibilisation plus importante soit faite sur les risques sénologiques et sur le dépistage lors du suivi gynécologique car l'incidence du cancer du sein suit une courbe ascendante pour la tranche d'âge 36-45 ans (voir annexe 1). Il est également possible qu'à cet âge certaines femmes aient été confrontées, dans leur vie familiale ou amicale, à différentes pathologies comme un cancer du sein, des kystes, des nodules bénins. D'ailleurs, certaines femmes de l'étude avaient mentionné comme motif de réalisation de l'AES, les antécédents sénologiques.

- **Le niveau d'études**

Les femmes ayant un niveau d'études supérieur (bac +3 et plus) réalisaient plus l'AES.

Au contraire, Ludivine Bodet a montré que la pratique de l'AES n'était pas associée au niveau d'études (32). Cette différence peut être due à nos critères de comparaisons respectifs. L.Bodet a regroupé « $\geq BAC$ » et « $< BAC$ » pour comparer la réalisation de l'AES avec le niveau d'études. Contrairement à notre étude qui n'avait pas rassemblé les niveaux d'études.

- La catégorie socio-professionnelle

Les employées réalisaient plus l'AES. Le terme « employée » est imprécis car des professions très différentes peuvent être regroupées dans cette catégorie socio-professionnelle.

Franco Romani, César Gutierrez et al. avaient analysé les revenus des femmes qui réalisaient l'AES et non leur catégorie socio-professionnelle. Leur étude a montré que les femmes qui avaient des revenus moyens à élevés réalisaient plus l'AES (21). Les revenus du foyer ne reflètent pas la catégorie socio-professionnelle de la femme. Toutefois, il est possible qu'une proportion non négligeable d'employées ait des revenus dits « moyens ».

- La parité

D'autre part, la parité n'avait pas d'influence sur la réalisation de l'AES. Les multipares ne réalisaient pas davantage l'AES que les primipares.

En 2013, Franco Romani, César Gutierrez et al, avaient identifié que les mères d'un ou deux enfant(s) réalisaient plus l'AES (21). Notre comparaison n'était pas la même puisque son étude n'avait pas regroupé les primipares et les multipares.

Toutefois, lors du premier trimestre de grossesse, un examen des seins devrait être systématiquement réalisé par un professionnel de santé. Ce moment serait propice à la sensibilisation de l'AES car cette première consultation de suivi de grossesse est pour certaines femmes le seul instant où elles auront un suivi gynécologique.

2.3. Les freins à la réalisation de l'AES

Trois principales raisons de non-réalisation de l'AES émanaient de nos résultats. La moitié des femmes affirmaient « *ne pas y penser* » et « *ne pas connaître la technique* ». Une femme sur 3 notait « *manquer d'informations* ».

Chanzy Camille avait également mentionné comme frein à l'absence de réalisation de l'AES le fait de n'avoir « *jamais appris* » et de ne pas « *y penser* » (20). Ce dernier frein a été cité par la moitié des enquêtées de Aziz Salwa (18). Le manque d'information a été également retrouvé pour la moitié des femmes par Justine Lavest (19).

En analysant ces trois motifs de non-réalisation, nous pouvons comprendre qu'ils sont dépendants les uns des autres. En effet, pour réaliser l'examen, il faut avoir connaissance de celui-ci et posséder les informations nécessaires à sa réalisation. D'après Bodet Ludivine,

« 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. » (32).

Toutefois il faut préciser que plusieurs points de vue existent sur l'intérêt de l'AES. Mathilde Chalet a montré que les praticiens qui étaient défavorables à l'AES ne l'enseignaient pas (40). Certains professionnels n'expliquent pas la technique voire ne le recommandent pas, ce qui peut être un frein à la réalisation des femmes. Ceci fait référence au fait que peu de femmes, de notre étude, avaient mentionné qu'elles réalisaient l'AES à la suite du conseil des professionnels de santé.

2.4. Information délivrée aux femmes

Nous avons étudié le recours à l'information sur la réalisation de l'AES.

Seulement, la moitié des femmes avait reçu une information au sujet de l'AES. L'information était majoritairement transmise par les gynécologues. L'étude, d'Aziz Salwa, montrait également que les gynécologues enseignaient plus fréquemment l'AES, même si cela concernait une minorité soit 32% (18). Les sages-femmes et les médecins traitants étaient moins fréquemment les intermédiaires de l'apprentissage des femmes soit respectivement 1% et 16%. Cette donnée semble logique puisque le suivi gynécologique est fréquemment assuré par les gynécologues. Sophie Lardanchet a montré que le suivi gynécologique était réalisé dans 88% des cas par un gynécologue et seulement dans 6% des cas par la sage-femme et le médecin généraliste (41). Ceci pourrait expliquer le fait que l'information au sujet de l'AES soit moins délivrée par ces deux dernières professions.

Cependant, le manque d'information sur la technique a été retrouvé comme étant un frein à la réalisation des femmes. La majorité des femmes de notre étude affirmait que le fait de montrer l'AES pourrait améliorer leur pratique. Or Caroline Fernandez a montré que parmi les médecins généralistes qui conseillaient l'AES seulement une minorité montrait et expliquait la technique aux patientes (22). De plus, la grande majorité des accouchées avait affirmé « ne pas être assez informée », même lorsqu'elles avaient reçu des informations. D'ailleurs, dans notre étude il n'existait pas de différence significative entre l'information reçue et la réalisation de l'AES. Néanmoins, nous ne connaissons pas le contenu des informations. Les femmes avaient pu simplement répondre, que les professionnels avaient mentionné l'existence de l'examen, sans pour autant en avoir eu l'explication. Le choix du mode d'information pouvait aussi ne pas être adapté à leur apprentissage. Certaines femmes ont besoin d'informations visuelles, d'autres orales voire ludiques.

2.5. Propositions d'amélioration

La grande majorité des femmes était favorable à l'apprentissage de l'AES par un professionnel. Elles souhaitaient aussi que des brochures informatives soient distribuées en consultation. Molière Agathe a également montré que « *Toutes les femmes ont répondu positivement à l'idée d'une proposition d'éducation* », qui semblait importante, intéressante et rassurante (34).

Cependant, nous savons que des brochures existent et nous ne pensons pas que cet outil permette le meilleur apprentissage de l'AES. En effet, les brochures ne sont pas forcément lues par les femmes et utilisées à bon escient.

Certaines femmes ont pu nous communiquer oralement qu'elles ne savaient pas réellement ce qu'il fallait rechercher et faire lors de l'auto-palpation. Et pourtant il est important de comprendre l'objectif des gestes avant de les mettre en pratique. Nous avons donc choisi un apprentissage moins scolaire et plus pratique grâce à une vidéo explicative sur les signes cliniques qu'il faut rechercher lors de l'AES. Le but est de favoriser le recours à une consultation médicale. La diffusion pourrait se faire en salle d'attente à l'HME ou sur le site internet du CHU. Elle pourrait susciter la curiosité et des questionnements pourraient émaner lors de la consultation gynécologique. Nous pouvons également imaginer le même moyen informatif pour la technique du palper et les conditions de réalisations de l'AES. Les informations sur l'AES doivent être réitérées pour favoriser la réalisation du geste et améliorer la dextérité. Une vidéo explicative en ligne est consultable à tout moment et pourrait répondre à ces objectifs.

Toutefois, cette proposition en lien avec l'hôpital ne sera pas adaptée pour toutes les femmes. En effet, certaines femmes n'ont pas de suivi gynécologique et d'autres en ont un en libéral. L'accès de la vidéo par le site du CHU peut donc être méconnu. C'est pour cela que l'information pourrait être dispensée dans le cadre de la santé universitaire. La sage-femme référente du suivi gynécologique universitaire pourrait sensibiliser les jeunes femmes lors d'une consultation. Le service sanitaire peut également être un moment pour promouvoir la prévention de la santé gynécologique aux jeunes femmes. Ceci pourrait être nécessaire car nous avons montré que la majorité des femmes était favorable à un apprentissage durant les études. De plus, la tranche d'âge de 25-30 ans avait un niveau de connaissance sur l'AES plus fréquemment insuffisant. Le fait de réaliser une éducation le plus tôt possible pourrait améliorer les connaissances des jeunes femmes.

Conclusion

De nos jours, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme française, il représente la première cause de décès par cancer. (5) Le retard de diagnostic peut avoir un impact sur le pronostic vital de la femme et représente un coût pour sa prise en charge par l'État. Ainsi, l'auto-palpation des seins peut avoir un réel intérêt au vu de ce problème de santé publique. En effet, la HAS mentionne que 34% des cancer du sein sont découverts par la clinique.

Les connaissances des femmes sont majoritairement satisfaisantes sur les deux temps de l'AES : l'inspection et la palpation. Nous avons retrouvé de bonnes connaissances sur les zones corporelles à inspecter (les quadrants mammaires, l'apex de la glande mammaire et le mamelon) et à palper (les quadrants mammaires, l'apex de la glande mammaire, le creux axillaire). Néanmoins, les recommandations de bonnes pratiques de l'AES étaient peu connues par les femmes. De plus, certains signes cliniques, potentiellement graves, n'étaient pas relevés comme des motifs de consultation par les femmes même si globalement les signes cliniques évidents les conduiraient à consulter. Par ailleurs deux tiers des femmes n'avaient jamais réalisé l'AES pour différents motifs : « n'y pensaient pas », « par méconnaissance », « par manque d'informations ». Ces motifs ont également été retrouvés dans la littérature. D'ailleurs la majorité des femmes de notre étude affirmait ne pas se sentir assez informées sur l'auto-palpation des seins.

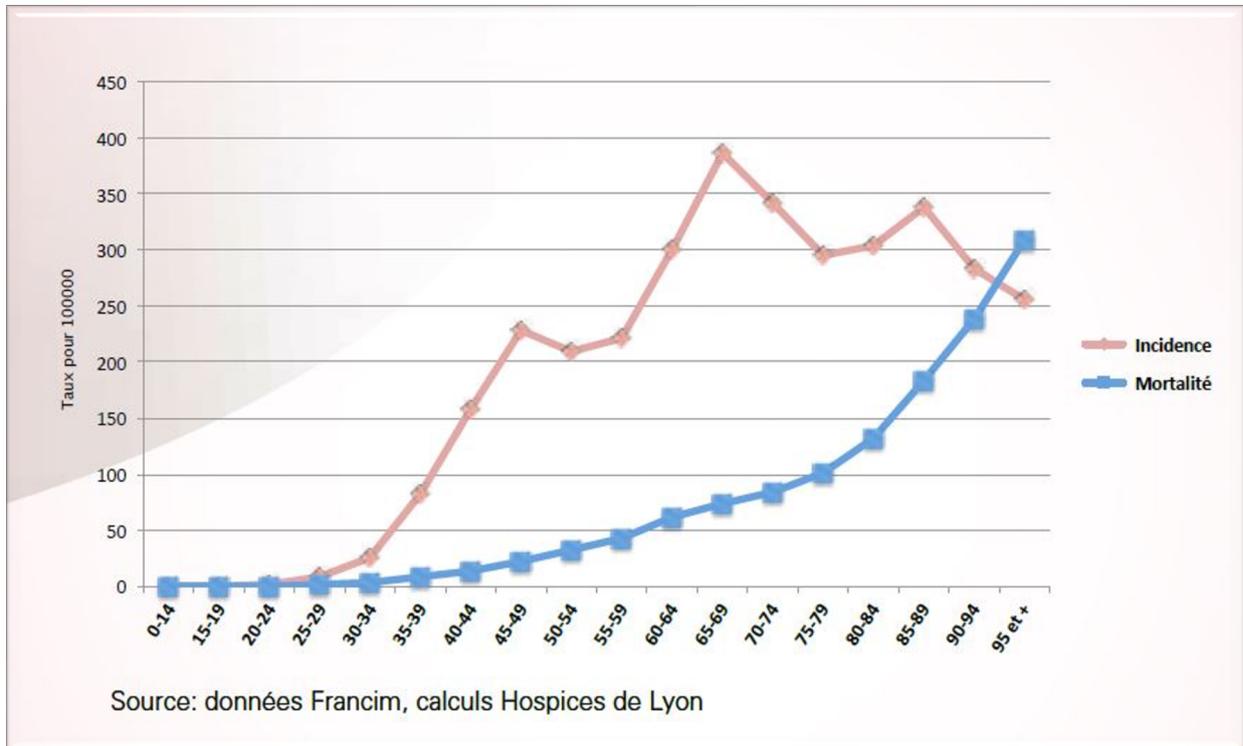
Les caractéristiques sociodémographiques des femmes qui réalisaient davantage l'AES sont âgées de 36 à 45 ans, employées et ont un niveau d'études supérieur au baccalauréat.

Le manque d'information a été posé par les femmes comme frein à l'AES. Or l'information est un droit fondamental du patient selon la loi du 4 mars 2022, il convient donc d'informer clairement et précisément les femmes à partir de l'âge de 25 ans sur cet examen dans l'objectif d'améliorer la précocité du diagnostic du cancer du sein.

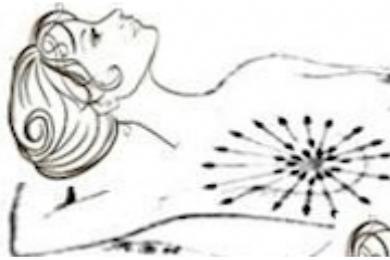
Sur le modèle de l'étude de Bodet Luvidine, nous pourrions proposer aux femmes une éducation sur l'auto-palpation des seins et évaluer son impact sur leur pratique et leurs connaissances.

Annexes

Annexe 1 : Taux d'incidence et de mortalité du cancer du sein en fonction de l'âge des femmes en 2016 (11)



Annexe 2 : Représentation des quadrants d'horloge (16)



Annexe 3 : Représentation de la spirale (16)



Annexe 4 : Représentation de la courbe sinusoïdale (16)



Annexe 5 : Questionnaire

L'auto-palpation des seins et les accouchées âgées de 25 à 45 ans.

Madame,

Je suis Jeanne Durand, étudiante sage-femme. Afin d'obtenir mon diplôme d'État, j'ai décidé de réaliser mon mémoire de fin d'études sur l'auto-palpation des seins, également appelée auto-examen des seins.

Pour cela je recueille les informations nécessaires à la réalisation de cette étude par le biais d'un questionnaire anonyme.

Les questions portent sur vos connaissances sur la pratique de l'auto-palpation des seins, hors grossesse ou allaitement maternel.

Le temps de remplissage du questionnaire est estimé à moins de 10 minutes.

En acceptant de participer à cette étude vos réponses seront utilisées de façon anonyme.

- J'accepte de participer à cette étude
- Je refuse de participer à cette étude

Je vous remercie de votre collaboration,
Mes sincères salutations.

Jeanne DURAND

1) Informations générales

- Quelle est votre classe d'âge ?

- [25-30 ans] [36-40 ans]
- [31-35 ans] [41-45 ans]

- Combien avez-vous d'enfants ? (En comptant votre nouveau-né)

- 1 2 3 et plus

- Quel niveau d'études avez-vous ?

- Aucun diplôme** **Baccalauréat**
- Brevet des collèges** **Enseignement supérieur (niveau bac +3 et plus)**
- CAP, BEP, ou équivalent**

- A quelle catégorie socio-professionnelle appartenez-vous ?

- Sans profession** **Ouvrière**
- Étudiante** **Employée**
- Cadre/Profession intellectuelle supérieure** **Agricultrice**
- Profession intermédiaire**

Artisane/Commerçante/Chef d'entreprise

- Avez-vous déjà eu des informations au sujet de l'auto-palpation des seins ?

Oui **Non**

Si oui,

- Par quel(s) professionnel(s) ? : (Plusieurs réponses sont possibles)

Gynécologue **Sage-femme**
 Médecin généraliste **Autre(s) (citez) :**

- Par quel(s) autre(s) moyen(s) ? : (Plusieurs réponses sont possibles)

Aucun **Brochure publicitaire**
 Famille ou amie(s) **Lors de mes études**
 Blog ou site internet **Émission télévisée**
 Magazine santé

2) Pratique de l'auto-palpation des seins

- Avez-vous déjà réalisé l'auto-palpation des seins ?

Oui **Non**

Si oui pourquoi ?

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

Si non, pourquoi ? (Plusieurs réponses sont possibles)

Manque d'informations **Ça ne sert à rien**
 Peur de découvrir une anomalie **Ne connaît pas la technique**
 Manque de temps **Ça me gêne**
 Je n'y pense pas **Autre (précisez) :**

- Selon vous, est-il nécessaire d'observer/de regarder les seins lors de cet examen ?
 - Oui** **Non**
 - Si non, pourquoi ? (Plusieurs réponses sont possibles)
 - Regarder les seins ne sert pas à grand-chose**
 - Pas fiable**
 - Ne fait pas partie de l'auto-palpation des seins**
 - Si oui, de quelle manière faut-il regarder les seins ? (Plusieurs réponses sont possibles)
 - En soutien-gorge** **De profil**
 - Torse nu** **En se penchant en avant**
 - À l'aide d'un miroir** **En levant les bras**
 - De face** **Allongée sur un lit**

- Selon vous, faut-il faire une pression sur le mamelon lors de l'examen ?
 - Oui** **Non**

- Selon vous, à quel âge faut-il débiter l'auto-palpation des seins ? (Une seule réponse est possible)
 - Moins de 25 ans** **25 ans** **Plus de 25 ans**

- Selon vous, à quelle fréquence, est-il nécessaire de réaliser l'examen ? (Une seule réponse est possible)
 - Tous les jours** **Tous les 3 mois**
 - Toutes les semaines** **Tous les 6 mois**
 - Tous les mois** **Tous les ans**

- Selon vous, à quel moment, est-il préférable de réaliser l'examen ? (Une seule réponse est possible)
 - Avant les règles** **Après les règles**
 - Pendant les règles** **Il n'y a pas de moment précis**

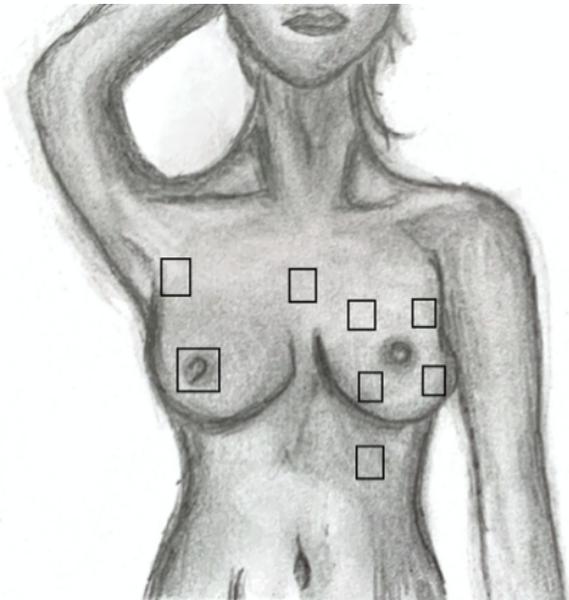
3) La technique de l'auto-palpation des seins

- Selon vous, l'auto-palpation des seins doit être réalisée : (Plusieurs réponses sont possibles)

- Avec le bout des doigts
- Avec la main bien à plat sur la peau
- Avec la paume de main
- En soutien-gorge
- Torse nu

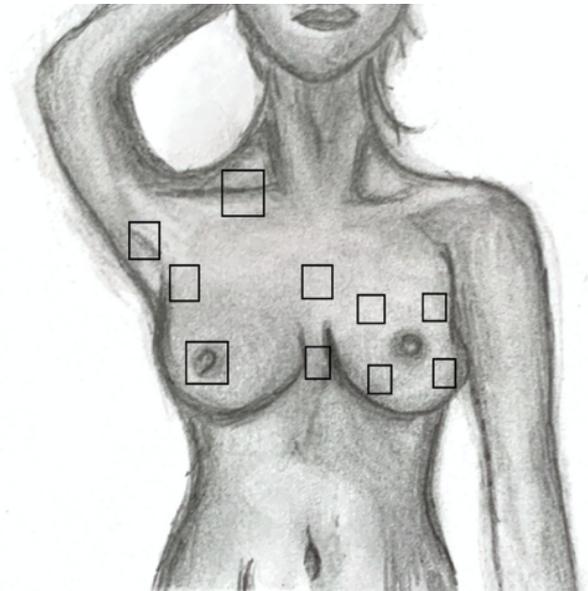
- Selon vous, quelles zones doivent être observées/regardées ?

(Cocher les zones du dessin ci-dessous que vous regarderez)



- Selon vous, quelles zones doivent être palpées/touchées ?

(Cocher les zones du dessin ci-dessous que vous palperez/toucherez)



- Selon vous, que faut-il faire si l'un de ces signes est présent lors de l'auto-palpation des seins ? (**Mettez une croix dans la case qui vous convient**)

Signes cliniques	Nécessite un avis médical	Ne nécessite pas d'avis médical
<i>Masse (boule) qui grossit dans le sein</i>		
<i>Petite masse (boule) inhabituelle au toucher depuis 1 jour</i>		
<i>Rougeur d'un sein</i>		
<i>Écoulement blanc / transparent / jaunâtre du mamelon hors grossesse et montée de lait</i>		
<i>Écoulement rouge / noirâtre du mamelon</i>		
<i>Déformation de la peau d'un sein</i>		
<i>Aspect creusé du sein en levant les bras</i>		
<i>Petit ganglion (boule) sous le bras</i>		
<i>Rétraction (enfouissement) du mamelon</i>		
<i>Modification de la taille d'un sein depuis peu de temps</i>		
<i>Eczéma (croûte/rougeur) sur le mamelon</i>		

<i>Modification de la texture d'un sein (dur au touché)</i>		
---	--	--

- **En tant que femme, pensez-vous être assez informée au sujet de l'auto-palpation des seins ?**
 - Oui**
 - Non**
- **Selon vous, qu'est-ce qui pourrait améliorer les connaissances et la pratique des femmes sur l'auto-palpation des seins ? : (Plusieurs réponses sont possibles)**
 - Qu'un professionnel de santé vous montre comment réaliser l'examen lors d'une consultation
 - Que des brochures publicitaires soient distribuées chez le médecin généraliste ou en consultation avec un gynécologue/une sage-femme
 - Que des publicités télévisées soient diffusées
 - Que le sujet soit abordé durant la scolarité

Je vous remercie de votre participation et du temps accordé pour remplir ce questionnaire.

Jeanne Durand

Références bibliographiques

1. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, Benbrahim-Tallaa L, Bouvard V, Bianchini F, et al. Breast-Cancer Screening — Viewpoint of the IARC Working Group. *N Engl J Med* [Internet]. 11 juin 2015 [cité 25 avr 2020];372(24):2353-8. Disponible sur: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMSr1504363>
2. OMS | Cancer du sein: prévention et lutte contre la maladie [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 28 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/fr/index3.html>
3. L'INCA : Cancer du sein : la détection précoce - Dépistage du cancer du sein [Internet]. 2018 [cité 5 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein/Cancer-du-sein-la-detection-precoce>
4. HAS : référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (dépistage et prévention du cancer du sein).pdf [Internet]. [cité 5 oct 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf
5. Le cancer du sein - Les cancers les plus fréquents [Internet]. Institut national du cancer. 2019 [cité 16 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein>
6. Larousse É. Définitions : autopalpatation - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/autopalpatation/6788>
7. Auto-palpation du sein : modalités et conseils [Internet]. Institut du sein Henri Hartmann. 2020 [cité 5 oct 2020]. Disponible sur: <https://ishh.fr/cancer-du-sein/autopalpatation-du-sein/>
8. CNGOF : les cancers gynécologiques [Internet]. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. 2016 [cité 5 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/maladies/350-les-cancers-gynecologiques>
9. Ruban Rose : L'auto-examen des seins [Internet]. Ruban Rose. [cité 10 août 2020]. Disponible sur: <https://www.cancerdusein.org/le-depistage/lauto-examen-des-seins>
10. Autopalpation mammaire : un geste-clé pour dépister le cancer du sein [Internet]. Ramsay Santé. 2020 [cité 19 mai 2021]. Disponible sur: <https://hopital-prive-jean-mermoz-lyon.ramsaygds.fr/actualites/autopalpatation-mammaire-un-geste-cle-pour-depister-le-cancer-du-sein>
11. Épidémiologie du cancer du sein - Europa Donna France [Internet]. Europa Donna. 2016 [cité 5 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.europadonna.fr/le-cancer-du-sein/epidemiologie-cancer-du-sein/>
12. Joyeux H, Arnal-Schnebelen B, Israël L, Cloarec M. Comment enrayer « l'épidémie » des cancers du sein et des récurrences? 2^e éd. Paris: F.-X. de Guibert; 2010. (Écologie Humaine).

13. Bicar Ayse, Moreau Jeanne. Le cancer du sein chez la jeune femme et sa prise en charge [Thèse d'exercice]. Limoges; 2018.
14. Signes et symptômes cancer du sein | Ruban rose [Internet]. [cité 19 mai 2021]. Disponible sur: <https://rubanrose.org/minformer/a-propos-du-cancer-du-sein/signes-et-symptomes/>
15. Mollard Joelle. Cours de Sénologie (examen des seins, pathologies mammaire). 2020.
16. Breast Palpation Techniques. | Download Scientific Diagram [Internet]. ResearchGate. [cité 24 juin 2020]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/figure/Figure-1-Breast-Palpation-Techniques_fig1_297228357
17. InfoCancer - ARCAGY-GINECO - Cancers féminins - Cancer du sein - Dépistage & Prévention - Le dépistage - Comment ? [Internet]. [cité 7 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.arcagy.org/infocancer/localisations/cancers-feminins/cancer-du-sein/detection-et-depistage/le-depistage/comment.html/>
18. Aziz Salwa. Mémoire : Dépistage du cancer su sein : Évaluation de la pratique de l'examen clinique des seins auprès des femmes et des radiologues [Internet]. 2015 [cité 28 mars 2020]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/122944bee67-407f-af77-89fda6016f6a>
19. Lavest J. Mémoire : L'autosurveillance mammaire: quelle pratique chez les femmes? Étude observationnelle menée auprès de 351 femmes âgées de 25 ans et plus sans antécédent sénologique [Internet]. 2018 [cité 10 août 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01962273>
20. Chanzy Camille. Mémoire : Évaluation de la pratique de l'autopalpation des seins auprès des femmes du bassin annécien [Internet]. 2017 [cité 10 mai 2020]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01556723/document>
21. Romani F, Gutiérrez C, Ramos-Castillo J. Autoexamen de mama en mujeres peruanas: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. Análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES). An Fac Med [Internet]. 20 févr 2013 [cité 13 avr 2020];72(1):23. Disponible sur: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1098>
22. Thèse de Caroline Fernandez, docteur en médecine, soutenue en 2016 : Étude de la pratique de l'examen clinique des seins chez les femmes par les médecins généralistes en Poitou-Charentes.pdf [Internet]. [cité 5 oct 2020]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/508fad33-9697-478b-9b82-905bbb82bbde>
23. Diakite Desire Ousmane. Mémoire : attitude et pratique de l'auto-palpation du sein chez les femmes au Maroc [Internet]. 2016 [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: http://scolarite.fmp-usmba.ac.ma/cdim/mediatheque/memoires/e_memoires/8-17.pdf
24. Noori S, Schouten BC. Perceptions of Iranian women regarding breast cancer screening behaviour. East Mediterr Health J [Internet]. 1 déc 2018 [cité 8 avr 2020];24(12):1165-71. Disponiblesur:http://applications.emro.who.int/emhj/v24/12/EMHJ_2018_24_12_1165_1171.pdf

25. Mignotte H, Fumat C. Maladies du sein [Internet]. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2011 [cité 9 avr 2020]. Disponible sur: <http://site.ebrary.com/id/10538468>
26. ENP2016, rapport pdf [Internet]. [cité 14 mars 2022]. Disponiblesur:http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
27. Indicateur conjoncturel de fécondité en 2021 | Insee [Internet]. [cité 29 mars 2022].Disponiblesur:https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012734#tableauTCRD_046_tab1_regions2016
28. Les employés : des professions largement féminisées - Insee Focus - 190 [Internet]. [cité 29 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4482462>
29. Nogarede L. Connaissances des femmes enceintes sur les perturbateurs endocriniens et sur les possibles répercussions sur la santé de l'enfant à venir. Hôpital du Cluzeau. Ecole de sages-femmes (Limoges), Blaize-Gagneraud V, Gasq-Fiorenza M, éditeurs. 2019 [cité 29 mars 2022]; Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/ori-oai-search/notice/view/unilim-ori-106349>
30. Marie-Aude MINNES. Mémoire : Perception de l'autopalpation mammaire, méthode controversée de dépistage du cancer du sein Enquête qualitative auprès de femmes de 18 à 50 ans [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01896559/document>
31. Gros LC-M. Le sein entre corps, symbole et expérience de la maladie. 2009;5.
32. Bodet Ludivine. Programme d'Amélioration du DEpistage du CANcer du Sein (PADECAS) : évaluation 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. Sept 2016 [Internet]. [cité 18 mars 2022]; Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=9c50d981-0ef4-4a2c-b3af-68b619593001>
33. Marylène D. Sous la direction du Docteur de HERCE Isabelle. Mai 2016. :33.
34. Agathe M. de 25 à 49 ans d'une éducation à l'auto-examen des seins ? ». :55.
35. Bonin Sandy. Renoncement aux soins gynéco : une étude chiffre l'ampleur du problème [Internet]. egora.fr. 2022 [cité 26 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/acces-aux-soins/71389-renoncement-aux-soins-gynecoc-une-etude-chiffre-l-ampleur-du-probleme>
36. Selon l'Insee, les femmes sans profession ont plus d'enfants et plus tôt que celles qui travaillent [Internet]. Franceinfo. 2019 [cité 26 févr 2022]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/economie/emploi/carriere/vie-professionnelle/emploi-des-femmes/selon-l-insee-les-femmes-sans-profession-ont-plus-d-enfants-et-plus-tot-que-elles-qui-travaillent_3593051.html
37. Renoncement aux soins gynéco : une étude chiffre l'ampleur du problème [Internet]. egora.fr. 2022 [cité 1 avr 2022]. Disponible sur: <https://www.egora.fr/actus-pro/acces-aux-soins/71389-renoncement-aux-soins-gynecoc-une-etude-chiffre-l-ampleur-du-probleme>

38. Akhtari-Zavare M, Juni MH, Ismail IZ, Said SM, Latiff LA. Barriers to breast self examination practice. SpringerPlus [Internet]. 11 nov 2015 [cité 19 mars 2022];4:692. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4642456/>
39. Amoran OE, Toyobo OO. Predictors of breast self-examination as cancer prevention practice among women of reproductive age-group in a rural town in Nigeria. Niger Med J J Niger Med Assoc. juin 2015;56(3):185-9.
40. Chalet Mathilde. Mesure de la proportion de professionnels de santé favorables à l'AP, Évaluation de l'expertise clinique de la palpation mammaire des sages-femmes. [cité 20 mars 2022]; Disponible sur: <https://nantilus.univ-nantes.fr/vufind/Record/PPN195302206>
41. Lardanchet S. Connaissance des femmes sur le suivi gynécologique de prévention: étude menée en région PACA. :72.
42. Le projet [Internet]. MyPeBS. [cité 3 mars 2022]. Disponible sur: <https://www.mypebs.eu/fr/le-projet/>

L'auto-palpation des seins chez les accouchées, âgées de 25 ans à 45 ans, de l'Hôpital Mère-Enfant de Limoges

La Haute Autorité de Santé note une potentielle efficacité de l'auto-palpation des seins envers le dépistage du cancer du sein. En effet, elle mentionne que 34% de ces cancers sont découverts devant la présence de signes d'appel. Aujourd'hui le cancer du sein reste la première cause de décès par cancer chez la femme. Il nous a donc apparu nécessaire d'étudier la pratique et les connaissances des femmes au sujet de l'auto-examen des seins. Nous avons mené une étude descriptive transversale et monocentrique dans le service des suites de couches de l'HME, par le biais d'un questionnaire. Les femmes avaient majoritairement un niveau de connaissance global satisfaisant malgré leur sentiment de ne pas être assez informées. Cependant, elles ne pouvaient pas envisager de réaliser l'AES selon les recommandations de bonnes pratiques, elles-mêmes non connues.

Mots-clés : auto-palpation des seins, AES, connaissances, pratique, accouchées, HME

