

Première partie

Le dépistage organisé du cancer du sein : Etat des lieux, recommandations actuelles et place de l'autopalpation mammaire

1. APPROCHE EPIDEMIOLOGIQUE DU CANCER DU SEIN

1.1. A l'échelle internationale

Selon l'OMS, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes. Il a causé le décès de 519 000 femmes en 2004 et de 522 000 femmes en 2012. [3] A l'échelle mondiale, le diagnostic de cette pathologie cancéreuse est posé chez 1,7 million de femmes chaque année. En 2012, 6,3 millions d'entre elles vivaient avec un cancer du sein diagnostiqué au cours des cinq années précédentes. Il représente à lui seul 16% de l'ensemble des cancers féminins et 6,4% des cancers dans le monde [1] (Annexe I)

Entre 2008 et 2013, l'incidence du cancer du sein a augmenté de plus de 20% et la mortalité associée s'est accrue de 14%. Le taux d'incidence le plus élevé concerne l'Amérique du Nord (99,4 pour 100 000), alors que les taux les plus faibles sont constatés dans la majeure partie des pays africains. Ils sont néanmoins en hausse sur ce continent, tout comme en Europe orientale, en Amérique du Sud, en Afrique du Sud et en Asie occidentale. [3] Alors que le cancer du sein est souvent considéré comme « une maladie du monde développé », l'OMS considère en 2004 qu'une majorité (69%) des décès engendrés par cette maladie surviennent dans les pays en voie de développement [3]

Les pays développés ont un taux d'incidence plus élevé mais un meilleur taux de survie alors que les pays en développement ont un taux d'incidence plus faible mais une mortalité beaucoup plus élevée. Lorsque les taux de survie à long terme sont de 80% en Amérique du Nord, en Suède et au Japon, ils tombent à 60% dans les pays à Revenus intermédiaires et à 40% dans les pays à faible revenus. [1]

Il est aisé d'attribuer le faible taux de survie des pays à faible revenu à une absence de programmes de dépistage précoce et à des infrastructures de diagnostic et de traitement insuffisantes. Le diagnostic est porté lorsque la maladie présente un stade avancé et les femmes ne bénéficient pas de la prise en charge recommandée. *“Le cancer du sein est aussi l'une des principales causes de décès par cancer dans les pays les moins développés. C'est en partie parce que l'évolution des modes de vie est à l'origine d'une augmentation de l'incidence, mais aussi en partie parce que les progrès cliniques enregistrés contre la maladie ne profitent pas aux femmes vivant dans ces régions”* [1]

1.2. En France

Selon l'HAS en 2015, une femme française sur 8 sera confrontée au cancer du sein au cours de sa vie. Cette institution décrit ce cancer comme le plus fréquent et le plus meurtrier des cancers féminins dont il représente 33%. [2] Pour l'OMS en 2013, 8% des pathologies cancéreuses diagnostiquées en France sont des cancers du sein (Annexe II)

En 2015, 54 000 nouveaux cas de cancer du sein ont été détectés en France pour 12 000 décès. Si son incidence est particulièrement marquée entre 50 et 74 ans, il peut également concerner la femme jeune et la femme plus âgée. [2]

Tableau n° 1 :

Age des femmes concernées	Incidence du cancer du sein	Décès par cancer du sein
Moins de 50 ans	22%	8%
De 50 à 74 ans	54%	44%
Plus de 74 ans	24%	48%

Dépisté tôt, le cancer du sein peut être guéri dans 90% des cas. [2]

Face à ce constat, les pouvoirs publics ont mis en place un dépistage organisé auprès des femmes de 50 à 74 ans dont le taux de participation s'élève à 51,8 % au niveau national. [4]

1.3. Rappel physiopathologique et typologie des cancers du sein

Il existe des formes très diverses de cancers du sein, mais la majorité (95%) sont représentés par des adénocarcinomes qui se développent à partir des cellules des canaux et des lobules.¹

On en distingue deux grands types :

- Le cancer infiltrant (80 à 85%) dans lequel les cellules migrent vers le tissu entourant les canaux et lobules. On estime que 75% des cancers infiltrants sont des cancers canaux. Ils peuvent atteindre d'autres parties du corps ainsi que les ganglions, en particuliers axillaires et sus et sous-claviculaires.
- Le cancer in situ (15 à 20%) dans lequel les cellules restent dans les canaux et lobules sans infiltrer les tissus environnants. Le plus fréquent est également de type canalaire (85%), alors que le cancer lobulaire in situ n'est pas vraiment considéré comme un cancer à part entière mais plutôt comme un facteur de risque d'en développer un. Il faut noter que ces cancers peuvent infiltrer les tissus voisins et devenir des cancers infiltrants. [5]

- ¹ Ligue Contre Le Cancer « Comprendre le Cancer du sein ». Mise à jour. Guide d'information et de dialogue à l'usage des personnes malades et de leurs proches. 2007.

2. STRATEGIES DE LUTTE CONTRE LE CANCER DU SEIN : MODALITES DE DEPISTAGE

2.1. Le dépistage : définitions et principes

Avant d'envisager la question du dépistage du cancer du sein et la place de l'autopalpation dans cette démarche, il semble nécessaire de définir la notion de dépistage en elle-même.

La première définition du dépistage officiellement retenue a été proposée en 1968 par l'OMS, pour qui cela consiste «... à identifier *présomptivement à l'aide de tests, d'examens ou d'autres techniques susceptibles d'une application rapide les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçues. Les tests de dépistage doivent permettre de faire la part entre les personnes apparemment en bonne santé, mais qui sont probablement atteintes d'une maladie donnée et celles qui en sont probablement exemptes. Ils n'ont pas pour objet de poser un diagnostic. Les personnes pour lesquelles les résultats sont positifs ou douteux doivent être envoyées à leur médecin pour diagnostic et, si besoin est, traitement* » [6]

Par la suite d'autres se sont essayés à définir ce concept dans le cadre du dépistage orienté vers le cancer. C'est ainsi que Cole et Morrison, épidémiologistes de santé publique de Harvard (Etats-Unis) définissent cette notion comme « *l'application d'un test simple et peu coûteux à un grand nombre de personnes afin de les classer en sujets ayant vraisemblablement le cancer recherché et en sujets ne l'ayant vraisemblablement pas* ». [6]

Au niveau européen, c'est le comité des ministres du Conseil de l'Europe en 1994, dans sa Recommandation N°R (94) 1154 qui a été amené en premier lieu à définir le dépistage de manière générale « *comme un examen pratiqué sur un groupe défini de personnes en vue d'identifier un stade précoce, un stade précoce préliminaire, voire un facteur de risque ou une combinaison de facteurs de risque décelables avant le déclenchement d'une maladie* », ajoutant que « *le dépistage en tant que service a pour but d'identifier une maladie précise ou un facteur de risque de maladie avant que le sujet atteint n'ait spontanément fait appel à un médecin, afin de soigner la maladie ou de prévenir ou de retarder sa progression ou son déclenchement par une intervention (précoce)* » [6]

Puis, la Recommandation pour le dépistage du cancer dans l'Union Européenne, préparée par le groupe d'experts pour la prévention des cancers de l'Union Européenne en 1999 précise que « *le dépistage consiste à proposer un test à des personnes bien portantes afin d'identifier les maladies à des stades asymptomatiques* » [6]

Dans le cadre du cancer cette démarche de dépistage présente un intérêt particulier. En effet il semble difficile d'agir en prévention primaire sur certains facteurs de risques, comme l'âge ou la prédisposition génétique. De plus, il est avéré que la précocité du diagnostic et donc la faible avancée du stade de la tumeur cancéreuse améliore le pronostic vital. C'est pourquoi les

programmes de dépistage ont pour but de détecter au plus tôt les pathologies cancéreuses afin d'augmenter les chances de guérison et de limiter les traitements invasifs. [2]

Deux procédures de dépistage coexistent.

- Le dépistage organisé qui consiste à proposer à un grand nombre de personnes des mesures de détection d'une pathologie constituant un problème majeur de santé publique. Il cible une tranche de population prédéfinie, à risque de cette pathologie.
- Le dépistage individuel qui agit avec les mêmes objectifs que le dépistage organisé mais ne s'inscrit plus dans une politique de santé publique. [7]

2.2. Sur le plan international : Consensus et divergences autour du dépistage

Les stratégies de dépistage organisé et individuel du cancer du sein varient selon les pays et les priorités de santé publique définies par les états concernés. Il est néanmoins possible de dégager certains consensus et certaines zones de divergences.

En ce qui concerne l'âge du début du dépistage organisé, les pays riches se sont accordés autour d'un dépistage entre 50 et 69 ans. Plusieurs constats sont à l'origine de cette situation.

D'abord, la fréquence de la maladie est faible avant 50 ans, ce qui rendrait le dépistage organisé non rentable et peu efficace. Ensuite, en période de pré-ménopause, on constate que la mammographie n'est pas un examen fiable, en effet la densité plus élevée de la glande mammaire entraîne une augmentation de l'irradiation et donc du nombre de faux positifs. C'est pourquoi le recrutement se fait en majorité à partir de 50 ans. Certains pays comme l'Autriche, les pays de l'est, l'Islande, le Portugal, la Suède, la Corée du Sud et le Japon ont néanmoins choisi de commencer le dépistage dès 40 ou 45 ans. D'autres comme le Canada et les Etats-Unis promeuvent de commencer le dépistage à partir de 50 mais les examens peuvent être remboursés, selon les assurances souscrites, dès 40 ans sur simple souhait de la personne. Dans les pays à bas et moyens revenus, la mammographie n'est pas l'unique moyen de dépistage. Elle est associée à la palpation et à l'autopalpation qui peut être débutée dès 18 ans. La mammographie est alors pratiquée à partir de 40 ans, uniquement lorsqu'elle est indiquée et prescrite par un médecin.

Enfin, la limite d'âge fixée à 70 ans se base sur la diminution de l'impact du dépistage sur cette population. En effet au-delà de cette limite il existe de nombreux autres facteurs de décès qui sont proportionnellement plus importants que le cancer du sein. Toutefois pour ce qui est de l'âge de sortie du dépistage organisé, de nombreux pays n'ont pas défini de limite supérieure, tandis que d'autres proposent le dépistage uniquement jusque 70 voire 74 ans comme la France, le Chili, les Etats-Unis, l'Australie et la Malaisie. [6]

3. POLITIQUE FRANÇAISE DE DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN : ORIGINE ET RECOMMANDATIONS ACTUELLES

3.1. Approche socio-historique

3.1.1. La mise en place du dépistage

Depuis l'Antiquité, le sein attire l'attention des spécialistes, médecins et philosophes, autour de deux grands sujets : la lactation et la maladie. Au fil des siècles l'allaitement reste au cœur de nombreuses hypothèses et débats, mais la maladie du sein intéresse de plus en plus de médecins. Même s'ils restent avec les menstruations pour de nombreux érudits de l'époque le signe de l'infériorité des femmes par rapport aux hommes, le sein et notamment son cancer font l'objet de nombreuses théories. Malgré le tabou que suggère l'intimité de cette partie de l'anatomie féminine, la littérature rapporte de nombreux cas de consultations pour des tumeurs du sein à toutes les époques. Les femmes ont toujours consulté à cause de la présence de masses qu'elles avaient elles-mêmes dépistées ou de douleurs mammaires. Les traitements proposés sont souvent composés de régimes alimentaires, de crèmes, d'onguents et d'emplâtres en tous genres, ou encore de prières ou d'incantations divines. Toutefois au XIII^{ème} siècle le chirurgien Guillaume de Salicet reconnaît le premier que seule la chirurgie peut réellement guérir le cancer du sein. Cette méthode reste longtemps considérée comme un dernier recours. A cette époque, Théodoric Borgognoni évêque et chirurgien réputé rédige son ouvrage « *Cirurgia seu Folia principis* » traitant de la chirurgie. Dans ce traité se trouve notamment l'illustration d'une femme se faisant enseigner la méthode pour examiner elle-même ses seins à la recherche d'abcès notamment. On peut y voir les prémices d'un dépistage et d'une éducation pour la santé. [8]

A la fin du XIX^{ème} siècle, le cancer jusque-là considéré de manière générale, et plutôt au travers de cas cliniques rapportés, commence à être envisagé comme un problème d'ordre collectif. Toutefois ce n'est qu'à partir des années 1920 qu'apparaissent les premières campagnes de prévention et de dépistage du cancer, notamment grâce aux progrès en chirurgie et à l'invention de la radiothérapie. Cette sensibilisation utilise principalement le registre de la peur en insistant sur le caractère indolore de ces pathologies en particulier à leurs débuts. Des affiches sont placardées, des brochures distribuées et des conférences itinérantes mises en place. (Annexe III)

Les résultats de cette démarche de prévention s'avèrent mitigés : partagés entre l'indifférence et les effets anxiogènes générés, amenant de nombreuses consultations supplémentaires. [9]

Entre les deux guerres mondiales apparaît la mammographie. Cet examen considéré comme une référence dans le dépistage du cancer du sein ouvre la voie à la mise en place de vrais programmes de santé publique. C'est en Europe qu'apparaissent les premiers programmes nationaux de dépistage à la fin des années 1980 d'abord en Finlande, Pays-Bas et Grande-

Bretagne, et dans les dix ans qui suivent, ils sont rejoints par d'autres pays d'Europe ainsi que par l'Australie et la Nouvelle-Zélande. D'autres pays comme le Canada, l'Espagne, le Portugal, la Suisse ou encore la Suède choisissent plutôt l'option de programmes régionaux moins centralisés. [6]

Le programme national de dépistage organisé du cancer du sein est officialisé en France par arrêté en mai 1994. Dès 1996, 20 départements français instaurent ce système qui est définitivement généralisé à l'ensemble du territoire en mars 2004. [10]

3.1.2. Historique et symbolique du sein

Si l'on aborde le sujet du cancer du sein, il semble nécessaire de rappeler toutes les dimensions conscientes, inconscientes, fantasmatiques et théoriques du sein féminin.

Dans son ouvrage « le sein, une histoire », l'historienne Marilyn Yalom développe huit chapitres, pour aborder le sein sous huit aspects différents : le sein sacré, le sein érotique, le sein domestique, le sein politique, le sein psychologique, le sein commercialisé, le sein médical et le sein libéré. Les seins ont toujours fasciné. Jusqu'au XIX^{ème} siècle, qu'ils appartiennent à la mère ou à la nourrice, ils conditionnent la vie ou la mort des nouvelles générations via l'allaitement maternel. Leur image, qu'elle soit politique ou érotique déchaîne les passions. Et depuis des millénaires, l'Homme a conscience que les seins peuvent être le siège d'un mal insidieux, le cancer. Le sein peut donc passer de synonyme de vie, de liberté, de charme à synonyme de mort. [8]

3.2. Recommandations françaises actuelles

Les dernières recommandations de l'HAS au sujet du dépistage du cancer du sein datent de février 2015. Elles indiquent que cette pathologie peut être diagnostiquée dans le cadre du dépistage en l'absence de tout symptôme, ou devant l'apparition d'une symptomatologie mammaire identifiée par l'examen clinique.

L'examen clinique de référence comprend l'inspection puis la palpation des seins et des aires ganglionnaires. Il est également précisé que la mammographie analogique ou numérique est l'examen de référence des lésions du sein. Elle est faite en cas de signes d'appel cliniques ou dans le cadre du dépistage organisé et comprend un minimum de deux incidences par sein. Les images sont classées en fonction de leur degré de suspicion de malignité d'ACR1, mammographie normale, à ACR5, anomalie évocatrice de cancer. [2]

En France le choix a été de faire coexister les deux types de dépistage, individuel et organisé, dans la lutte contre le cancer du sein.

- Le dépistage individuel s'inscrit dans le suivi gynécologique de prévention. Il concerne surtout les personnes qui ne rentrent pas dans le cadre de la première procédure. Soit parce qu'elles présentent un risque élevé de développer un cancer du sein, soit parce qu'elles sont en dehors de la fourchette 50-74 ans. [11]

- Le dépistage organisé du cancer du sein s'adresse à toutes les femmes de 50 à 74 ans ne présentant pas de facteurs de risque spécifiques au cancer du sein. Celles-ci ont la possibilité de réaliser gratuitement tous les deux ans une mammographie bilatérale à 2 incidences, avec deuxième lecture systématique en cas de cliché normal à la recherche de signes évoquant un cancer du sein. En cas de résultats positifs des examens complémentaires, une surveillance et des prélèvements histologiques sont réalisés. [2]

3.3. Controverses autour du système de dépistage actuel

Avant même sa généralisation en France en 2004, le dépistage organisé du cancer du sein portait à débat. Ainsi dès 2000 apparaissent des controverses qui se succèdent depuis régulièrement. Le tableau ci-dessous résume chronologiquement les arguments et preuves des réfractaires à ce dépistage : [6]

Tableau n°2 :

<u>2000</u>	Gotzsche et Olsen (sous groupe de la collaboration Cochrane), dans « the Lancet » estiment que l'avantage du dépistage est inexistant en termes de mortalité « aucune preuve fiable que le dépistage diminue la mortalité liée au cancer du sein » à partir des études réalisées au Canada, à New York, à Edimbourg et en Suède (sur lesquelles reposent majoritairement la généralisation d'un dépistage organisé systématique) [12]
<u>2005</u>	Le modèle Halstedien qui prévoit l'évolution inéluctable des cancers vers la métastase est remis en cause. Dépister les cancers in-situ revient donc, mécaniquement, à diagnostiquer des lésions dont certaines n'évolueront pas vers un cancer infiltrant (« surdiagnostic ») et à les traiter inutilement (« surtraitement ») [6]
<u>2006</u>	La Revue <i>Prescrire</i> après analyse d'une dizaine d'essais cliniques réalisés au total sur plus de 400 000 femmes mentionne les risques de surdiagnostic , de stress lié aux différentes étapes du dépistage, de surtraitement et conclut que « les femmes doivent être objectivement informées des limites du dépistage » [13]
<u>2007</u>	Le débat autour des Incitations financières auprès des médecins apparaît. En effet la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité Sociale précise qu'en contrepartie de l'engagement des médecins pour des actions de prévention et de dépistage, une rémunération complémentaire peut-être accordée. Cela passe par la signature d'un CAP I (Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles)
<u>2009</u>	Golzsche et Al. complètent leur analyse de l'efficacité du dépistage par l'analyse des risques. « pour 2000 femmes invitées au dépistage pendant 10 ans, 1 décès dû au cancer du sein sera évité mais 10 femmes en bonne santé seront surdiagnostiquées . Ce diagnostic par excès conduira à 6 tumorectomies inutiles et à 4 mastectomies non justifiées et placera 200 femmes dans une situation de troubles psychologiques liés aux investigations suivantes. Ainsi le pourcentage de femme survivantes à 10 ans sera de 90,2% si elles ne se sont pas prêtées au dépistage et de 90,25% dans le cas contraire » [14]

<u>2011</u>	Autier dans son analyse comparée de populations dépistées et non dépistées conclut que ses résultats « <i>ne suggèrent pas que la baisse de la mortalité constatée depuis 1990 puisse être directement liée au dépistage mammographique</i> ». Cette baisse serait plutôt liée à une influence de l'amélioration des traitements et de l'efficacité des soins. [15]
	Rachel Campergue dans « no mammo » expose la controverse sur le surdiagnostic au grand public. Elle résume les conséquences du dépistage : surdiagnostic, surtraitement et anxiété « <i>Conséquence : la chirurgie, la radiothérapie, les effets secondaires du traitement médicamenteux, le stress, et une étiquette de cancéreuse collée à vie, tout cela pour rien. La mammographie dans ce cas ne lui aurait aucunement sauvé la vie, mais au contraire gâché</i> ». D'après elle, ce dépistage comportant des bénéfices et des risques, il devrait revenir à la patiente elle-même de décider de sa participation ou non. Elle dénonce par ailleurs un manque d'information et un marketing paternaliste , avec une campagne « rose » qu'elle juge omniprésente, infantilisante, non sincère dans sa représentation des bénéfices du dépistage. [16]
	Les recommandations de l'HAS évoquent la possibilité d'un surdiagnostic mais préconise finalement aux médecins de continuer à inciter les femmes à pratiquer ce dépistage, en insistant sur la nécessité de renforcer l'information « <i>pour permettre un choix libre et éclairé des femmes concernant leur participation ou non</i> » [5]
<u>2013</u>	Les analyses de la Cochrane de Golzsche et Jorgensen, incluant les données de 7 essais portant sur 600 000 femmes âgées de 39 à 74 ans randomisées pour des mammographies de dépistage ou une absence de mammographie sont mises à jour. Un décès serait évité pour 10 surdiagnostics identifiés et traités. [17]
<u>2014</u>	Une étude canadienne compare les résultats de 89 000 femmes suivies pendant 22 ans. Miller et ses collaborateurs en arrivent à la conclusion que la mortalité liée au cancer du sein est comparable dans les deux groupes mammographie+/mammographie- [18]
<u>2015</u>	Le référentiel sur le cancer du sein de la HAS intègre les données de la controverse. Il est précisé que « le rapport bénéfices/risques n'est pas résolu et comporte des zones d'incertitude, renvoyant à une question éthique fondamentale sur la nature de l'information à délivrer aux femmes sur l'efficacité du programme de dépistage organisé » [2]
	Le CIRC publie dans le New Journal of Medicine et résume les effets négatifs en trois notions : le surdiagnostic , les conséquences psychologiques négatives et le cancer radio-induit . Toutefois il est conclu que « <i>la réduction significative de la mortalité par cancer du sein observée dans ce groupe d'âge l'emporte sur les effets de surdiagnostic et d'autres effets indésirables</i> » [19]
<u>2016</u>	L'UPSTF, panel d'experts américains financés par l'Etat, analyse la pertinence des recommandations sur les divers dépistages et méthodes préventives. Ils accordent : 1. Recommandation grade B (= certitude élevée d'un bénéfice net modéré, ou certitude modéré d'un bénéfice net modéré à substantiel) à la systématisation de la mammographie tous les 2 ans chez les femmes âgées de 50 à 74 ans

	2. Recommandation grade C (= certitude élevée ou modérée d'un petit bénéfice net) pour le dépistage chez les femmes âgées de 40 à 49 ans [6]
--	--

On constate donc que les modalités de dépistage organisé sont régulièrement remises en question ou discutées en France et dans le monde. Ces divergences d'opinion et de pratique concernent également l'autopalpation mammaire.

4. L'AUTOPALPATION MAMMAIRE : CONTROVERSES, CRITIQUES ET INTERET DE LA METHODE

4.1. Présentation de la méthode

L'autopalpation mammaire est une méthode d'examen complet réalisé par la femme elle-même suite à une présentation des différentes étapes ainsi que des signes à rechercher. Avant toute palpation, une étape préliminaire indispensable est l'observation debout face à un miroir. En effet une inspection minutieuse semble difficilement complète sans cet outil, d'autant plus en cas de poitrine généreuse afin de regarder certaines zones inférieures des seins. Une rétraction de la peau, une voussure, un érythème, une inflammation, un aspect de « peau d'orange », une asymétrie, un changement de taille, de l'eczéma au niveau de l'aréole ou encore un mamelon nouvellement ombiliqué doivent alerter lors de cette observation.

L'étape de la palpation intervient ensuite. Pour cela le sein doit être divisé en quatre quadrants et palpé en intégralité, les deux mains à plats, chauffées, en faisant rouler la glande mammaire sur le grill costal. Il est important de rappeler la forme de la glande mammaire et insister sur la nécessité de palper la zone située entre le sein et l'aisselle jusqu'où elle s'étend. Une grosseur ou une induration, douloureuse ou non doit amener à consulter. Cette palpation ne doit pas se limiter aux seins et glandes mammaires. En effet il est important de rechercher toute anomalie au niveau des aires ganglionnaires sus-claviculaires et axillaires. Enfin cet examen se conclut par une légère pression du mamelon afin d'identifier tout écoulement séro-sanguin à ce niveau ou à celui de l'aréole. [6]

Ces signes d'alerte sont supposés amener la femme à consulter pour avis médical et éventuellement prescription d'examens complémentaires. [20]

L'HAS présente les modes de découverte des cancers du sein selon diverses circonstances dont les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Tableau n°3 : [2]

34%	Dans le cadre du dépistage organisé
34%	Du fait de la présence de signes d'appel
26%	Dans le cadre d'un dépistage individuel
6%	Dans le cadre d'une prise en charge médicale pour un autre problème de santé (détection fortuite)

On constate donc qu'autant de cancer sont découverts suite au dépistage organisé que suite à la décision de la patiente de consulter face à des signes d'appel.

Actuellement en France, en dehors de tout facteur de risque l'incluant dans le dépistage individuel, et avant 50 ans, seul un examen clinique des seins (palpation) par un professionnel de santé est recommandé tous les ans dès l'âge de 25 ans. Il peut-être réalisé par une sage-femme, un gynécologue ou le médecin traitant. Ces recommandations sont celles portées par l'Institut National du Cancer et la Haute Autorité de Santé. [21] [11]

4.2. Un consensus difficile

Lorsque que l'on s'attarde plus précisément à la notion d'auto-examen des seins, on constate si cette méthode de dépistage ne figure pas dans les recommandations officielles françaises, elle n'y est pas proscrite. Elle est par ailleurs expliquée et conseillée sur de nombreux sites de vulgarisation et dans certaines recommandations internationales. Le tableau ci-dessous expose différents points de vue.

Tableau n°5 :

HAS	« <i>la position des experts est de ne pas préconiser cet examen pour les femmes à haut risque car il ne semble pas efficace</i> ». Il n'est pas fait mention des autres femmes. [7]
OMS	« <i>Il n'existe pas de preuve de l'effet du dépistage moyennant l'auto examen des seins (AES). Toutefois, on a pu constater que la pratique de l'auto-examen, ou palpation, des seins permet aux femmes de se responsabiliser et de prendre en charge leur propre santé. Par conséquent, l'auto-examen est recommandé pour sensibiliser les femmes à risque plutôt que comme une méthode de dépistage</i> ». [22]
Université de médecine de Paris	<ul style="list-style-type: none"> - Non recommandée en dépistage systématique (recommandation de grade D) - Anxiogène - Génère des examens complémentaires inutiles - Inconnue: intérêt chez les femmes à haut risque - 80% des récidives de cancers sont diagnostiquées par les patientes [23]
Etude canadienne (Canadian Task Force on Preventive Health Care)	« <i>Bien que les preuves n'indiquent pas de bénéfice d'une instruction systématique, certaines femmes demanderont à ce qu'on leur enseigne l'auto-examen des seins. Les bénéfices potentiels et les risques doivent être discutés avec la femme, et si l'auto-examen des seins est enseigné, il faut porter attention à ce qu'elle réalise cet examen d'une manière compétente.</i> » [24]
The breast cancer research foundation	« <i>L'auto-examen des seins ou autopalpation regroupe un ensemble de gestes simples qui, pratiqués tous les mois, après les règles, vous permettent de bien connaître vos seins, de détecter toute anomalie et de la signaler à votre médecin.</i> <i>L'auto-examen constitue un atout de plus pour votre santé mais ne se</i>

	<p><i>substitue en aucun cas à votre visite régulière (au moins annuelle) chez votre gynécologue ou médecin.</i></p> <p><i>L'auto-examen des seins est une pratique très positive et importante pour toutes les femmes si elle procède d'abord d'une meilleure connaissance de son corps, de ses changements, de ses métamorphoses lors des diverses étapes de la vie.</i></p> <p><i>L'autopalpation devrait être répétée au moins une fois chaque mois, à la même période. » [25]</i></p>
--	--

4.3. Une méthode considérée comme anxiogène ?

Lorsque l'autopalpation mammaire est remise en question dans le dépistage du cancer du sein, c'est souvent pour le nombre d'examen complémentaires qu'elle entraîne, mais aussi également pour son caractère potentiellement anxiogène.

Il semblerait donc qu'en laissant à une femme la charge et le soin de réaliser elle-même un examen de sa poitrine, cela induirait un stress et des conséquences psychologiques mettant en péril la santé psychique des femmes. Ainsi dans une étude canadienne réalisée en 2001 voulant déterminer s'il faudrait enseigner de manière routinière l'auto-examen des seins dans le cadre du dépistage du cancer du sein, il est précisé « *qu'il existe des impacts psychologiques négatifs liés à la pratique de l'auto-examen des seins comme l'augmentation des niveaux d'inquiétude, d'anxiété et de dépression ; ainsi que l'augmentation du nombre d'examen complémentaires à cause des faux-positifs* » [24]

Une autre étude datant de 1992 aux Etats Unis s'intéresse aux effets de l'auto-renforcement ou du renforcement par les pairs sur la pratique de l'auto-examen des seins. Selon eux l'anxiété n'est pas directement liée à l'autopalpation mammaire ni à sa pratique mais antérieure et préalable. Par conséquent selon eux, c'est l'apprentissage de la méthode qu'il faudrait adapter à cette anxiété. « *En outre, l'anxiété présente lors de l'entraînement à la pratique de l'AES n'a pas été corrélée à l'AES pendant la période de suivi. Ces résultats suggèrent que l'AES, comme d'autres comportements, est influencé par le support ou la récompense perçus, et par l'anxiété. Et que le programme d'intervention de l'AES devrait être pensé en gardant à l'esprit ces constatations* ». [26]

Enfin il serait intéressant de se demander si l'anxiété générée par l'autopalpation mammaire ne résiderait pas finalement dans l'appréhension de l'attente d'un avis médical en cas de suspicion d'anomalie. En effet en 2013 a eu lieu l'étude « SOS seins 84 » à Avignon dont le principe était d'ouvrir une consultation dénommée « SOS sein 84 » destinée à accélérer le processus de prise en charge des patientes inquiètes de présenter une pathologie mammaire. Une enquête de satisfaction auprès des consultantes a ensuite été réalisée et a permis de conclure que « *L'entrée dans le parcours de soins des femmes porteuses d'une pathologie mammaire d'apparition récente dépend le plus souvent de leur niveau d'intégration dans le système de santé. Elles sont en attente d'une écoute, d'un avis spécialisé et d'une conduite*

définie. *Toute augmentation des délais de prise en charge est anxiogène pour ces femmes* ». [27]

4.4. Une source « d'Empowerment » pour les femmes ?

Lorsque l'AES est recommandé ou conseillé, c'est souvent comme méthode complémentaire aux dépistages officiels pour accompagner les individus à devenir acteurs de leur santé, démarche s'inscrivant dans une dynamique d'éducation pour la santé.

L'OMS définit ainsi l'éducation pour la santé comme l'ensemble des moyens permettant d'aider les individus et les groupes à adopter des comportements favorables à leur santé.

Ce concept qui s'appuie sur une conception de la santé selon un modèle bio-psycho-social fait appel à des notions comme le savoir, le savoir-être, le savoir-faire des individus. Ces trois aspects interdépendants sont nécessaires à la promotion d'une démarche participative en santé. L'objectif final est de faciliter l'appropriation des problèmes de santé par la communauté, par l'adaptation fine et réfléchie des actions aux particularités individuelles, culturelles, émotionnelles ou sociales. La finalité est la compréhension de l'intérêt personnel mais aussi collectif pour chacun d'être autonome, libre et responsable en adoptant des comportements positifs en matière de santé. [28] [29]

Dans le contexte du dépistage du cancer du sein sont compilées deux types d'approches :

- L'approche informative et responsabilisante qui recherche la prise conscience par les individus de ce qui est bon pour eux
- L'approche participative qui vise l'implication, la participation des individus et des groupes pour un meilleur contrôle de leur santé [29]

Le dépistage du cancer du sein s'adressant à des adultes, il semble acceptable d'espérer de leur part une adhésion consciente et volontaire à des gestes, actions et attitudes de prévention leur permettant d'espérer un meilleur état de santé globale. Dans l'éducation pour la santé on propose à l'individu de devenir acteur de sa santé sur un principe d'« empowerment ».

« L'empowerment » renvoie à des principes, tels que la capacité des individus et des collectivités à agir pour assurer leur bien-être ou leur droit de participer aux décisions les concernant, qui guident la recherche et l'intervention sociale auprès des populations marginalisées et pauvres depuis plusieurs décennies aux États-Unis ». [30]

Dans ce contexte d'éducation pour la santé, d'« empowerment », les maîtres mots sont participation, implication, intérêt pour la prise en charge de sa santé. Il semble donc que l'autopalpation mammaire, dans la mesure où elle implique directement la femme à appliquer une méthode pratique et des connaissances théoriques dans un objectif de préservation de sa santé, entre définitivement dans ce cadre.

Par ailleurs, il est impossible de nier que la dimension intime de la zone concernée, et que la pudeur qui y est liée peuvent être un frein à la prise en charge. En effet l'idée d'avoir à dévoiler leur poitrine lors d'un examen peut entraîner un retard à la consultation. Cela se rapporte aussi à un certain sentiment de dépendance à la médecine pour sa prise en charge. Par conséquent il est intéressant de se demander si la pratique de l'autopalpation mammaire ne renforcerait pas potentiellement l'intérêt de pouvoir se réappropriier une partie de la démarche de dépistage.