UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Année 2024

FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE
ET MÉTIERS DE LA SANTÉ

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

Par

Cindy ELMERICH

Le 21 juin 2024

Ressentis et représentations de femmes de Meurthe-et-Moselle concernant le cancer du sein et son dépistage organisé : Etude qualitative par focus groups au sein d'une maison de santé.

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Philippe JUDLIN	Président
Monsieur le Professeur Francis GUILLEMIN	Juge
Madame le Docteur Hélène ROMARY	Juge et directrice

Présidente de l'Université de Lorraine :
Mme Hélène BOULANGER

Doyen de la Faculté de Médecine
Pr Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Louise TYVAERT

Assesseurs :
- *Premier cycle* : Dr Nicolas GAMBIER
- *Deuxième cycle* : Pr Antoine KIMMOUN, Dr Simon VALENTIN
- *Troisième cycle hors MG :* Pre Marie-Reine LOSSER
- *Troisième cycle MG* : Pr Paolo DI PATRIZIO
- *Finances* : Pre Eliane ALBUISSON, Pre Louise TYVAERT
- *Vie hospitalo-universitaire :* Pr Stéphane ZUILY
- *Relations avec la Grande Région :* Pr Thomas FUCHS-BUDER
- *Relations Internationales :* Pr Jacques HUBERT
- *Valorisation :* Pr Pascal ESCHWEGE
- *Interface avec les métiers de la santé :* Pre Céline HUSELSTEIN
- *Docimologie :* Dr Mathieu KUCHENBUCH
- *ECOS :* Pr Patrice GALLET, Dre Eva FEIGERLOVA
- *Service sanitaire :* Pre Nelly AGRINIER
- *Lecture critique d'articles :* Dr Jonathan EPSTEIN, Dre Aurélie BANNAY
- *Interface HVL & Réseau Nasce :* Pre Nicla SETTEMBRE, Pre Fabienne ROUYER-LIGIER, Pr Pablo MAUREIRA
- *Etudiant :* Chloé HARDT

Chargé de mission
- *PASS Médecine* : Dr Nicolas GAMBIER

Présidente du Conseil Pédagogique : Pre Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Abderrahim OUSSALAH

==========

DOYENS HONORAIRES

Pr Jacques ROLAND - Pr Patrick NETTER - Pr Henry COUDANE

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRACARD - Laurent BRESLER - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - François CHERRIER - Thierry CONROY - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Gilles DAUTEL - Jean-Dominique DE KOWIN KROKOWSKI - Jean-Pierre DESCHAMPS - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Dominique HESTIN - Bruno HOEN - Gérard HUBERT - Jacques HUBERT - Claude HURIET – Jean-Pierre KAHN - Gilles KARCHER - Michèle KESSLER - François KOHLER Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Bruno LEHEUP - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Thierry MAY - Claude MEISTELMAN - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Jean-Luc OLIVIER - Francis PENIN - Claude PERRIN - François PLENAT Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER –

Denis REGENT - Jacques ROLAND - Nicolas SADOUL - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Jean-Luc SCHMUTZ - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Serge BRACARD - Serge BRIANÇON - Thierry CONROY - Henry COUDANE - Gilbert FAURE - Bruno HOEN
Jacques HUBERT - Gilles KARCHER - Alain LE FAOU - Bruno LEHEUP - Yves MARTINET - Claude MEISTELMAN -
Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - François PLENAT - Michel SCHMITT - Faiez ZANNAD

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1re sous-section : *Anatomie*
Pr Marc BRAUN - Pre Manuela PEREZ

2e sous-section : *Histologie, embryologie et cytogénétique*
Pr Christo CHRISTOV

3e sous-section : *Anatomie et cytologie pathologiques*
Pr Guillaume GAUCHOTTE - Pr Hervé SARTELET

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1re sous-section : *Biophysique et médecine nucléaire*
Pr Pierre-Yves MARIE – Pr Pierre OLIVIER - Pr Antoine VERGER

2e sous-section : *Radiologie et imagerie médicale*
Pr René ANXIONNAT - Pr Alain BLUM - Pre Valérie CROISÉ - Pr Jacques FELBLINGER - Pr Benjamin GORY - Pr Damien MANDRY - Pr Pedro GONDIM TEIXEIRA

44e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1re sous-section : *Biochimie et biologie moléculaire*
Pr Jean-Louis GUEANT - Pr David MEYRE - Pr Bernard NAMOUR - Pr Abderrahim OUSSALAH

2e sous-section : *Physiologie*
Pr Christian BEYAERT - Pr Bruno CHENUEL - Pr Jacques JONAS - Pr Mathias POUSSEL

3e sous-section *: Biologie cellulaire*
Pre Véronique DECOT-MAILLERET

4e sous-section : *Nutrition*
Pr Didier QUILLIOT - Pre Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Pr Olivier ZIEGLER

45e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1re sous-section : *Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*
Pr Alain LOZNIEWSKI – Pre Evelyne SCHVOERER

2e sous-section : *Parasitologie et Mycologie*
Pre Anne DEBOURGOGNE

3e sous-section : *Maladies infectieuses ; maladies tropicales*
Pre Céline PULCINI

46e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1re sous-section : *Épidémiologie, économie de la santé et prévention*
Pre Nelly AGRINIER - Pr Francis GUILLEMIN - Pr Cédric BAUMANN

4e sous-section : *Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*
Pre Eliane ALBUISSON - Pr Nicolas JAY

47e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1re sous-section : *Hématologie ; transfusion*
Pr Pierre FEUGIER - Pr Thomas LECOMPTE - Pr Julien BROSEUS - Pre Maud D'AVENI-PINEY

2e sous-section : *Cancérologie ; radiothérapie*
Pr Frédéric MARCHAL - Pr Didier PEIFFERT

3e sous-section : *Immunologie*
Pr Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Pre Marie-Thérèse RUBIO

4e sous-section : *Génétique*
Pr Philippe JONVEAUX

48e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1re sous-section : *Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*
Pr Gérard AUDIBERT - Pr Hervé BOUAZIZ - Pr Thomas FUCHS-BUDER
Pre Marie-Reine LOSSER - Pr Philippe GUERCI

2e sous-section : *Médecine intensive-réanimation*
Pr Sébastien GIBOT - Pr Bruno LÉVY - Pr Antoine KIMMOUN

3e sous-section : *Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*
Pr Pierre GILLET - Pr Jean-Yves JOUZEAU

4e sous-section : *Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*
Pr Nicolas GIRERD

5e sous-section : *Médecine d'urgence*
Pr Tahar CHOUIHED

49e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1re sous-section : *Neurologie*
Pr Marc DEBOUVERIE - Pr Louis MAILLARD - Pr Sébastien RICHARD - Pr Luc TAILLANDIER - Pre Louise TYVAERT

2e sous-section : *Neurochirurgie*
Pr Thierry CIVIT - Pre Sophie COLNAT-COULBOIS - Pr Olivier KLEIN

3e sous-section :*(Psychiatrie d'adultes ; addictologie*
Pr Vincent LAPREVOTE - Pr Raymund SCHWAN - Pr Thomas SCHWITZER - Pre Coraline HINGRAY

4e sous-section : *Pédopsychiatrie ; addictologie*
Pr Bernard KABUTH - Pre Fabienne ROUYER-LIGIER

5e sous-section : *Médecine physique et de réadaptation*
Pr Jean PAYSANT

50e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1re sous-section : *Rhumatologie*
Pre Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Pr Damien LOEUILLE

2e sous-section : *Chirurgie orthopédique et traumatologique*
Pr Laurent GALOIS - Pr Didier MAINARD - Pr François SIRVEAUX - Pr Lionel ATHLANI

3e sous-section : *Dermato-vénéréologie*
Pre Anne-Claire BURSZTEJN

4e sous-section : *Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*
Pr François DAP - Pr Etienne SIMON

51e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1re sous-section : *Pneumologie ; addictologie*
Pr Jean-François CHABOT - Pr Ari CHAOUAT

2e sous-section : *Cardiologie*
Pr Edoardo CAMENZIND - Pr Christian de CHILLOU DE CHURET – Pr Olivier HUTTIN - Pr Batric POPOVIC

3e sous-section : *Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*
Pr Juan-Pablo MAUREIRA - Pr Stéphane RENAUD

4e sous-section : *Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*
Pr Sergueï MALIKOV - Pr Denis WAHL – Pr Stéphane ZUILY - Pre Nicla SETTEMBRE

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1re sous-section : *Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*
Pr Jean-Pierre BRONOWICKI - Pr Laurent PEYRIN-BIROULET

2e sous-section : *Chirurgie viscérale et digestive*
Pr Ahmet AYAV - Pr Laurent BRUNAUD – Pre Adeline GERMAIN

3e sous-section : *Néphrologie*
Pr Luc FRIMAT - Pr Adrien FLAHAULT

4e sous-section : *Urologie*
Pr Pascal ESCHWEGE

53e Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1re sous-section : *Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*
Pr Athanase BENETOS - Pre Gisèle KANNY - Pre Christine PERRET-GUILLAUME – Pr Roland JAUSSAUD – Pre Laure JOLY

3e sous-section : *Médecine générale*
Pr Jean-Marc BOIVIN - Pr Paolo DI PATRIZIO

54e Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1re sous-section : *Pédiatrie*
Pr Pascal CHASTAGNER - Pr François FEILLET - Pr Jean-Michel HASCOET - Pr Cyril SCHWEITZER

2e sous-section : *Chirurgie infantile*
Pr Pierre JOURNEAU - Pr Jean-Louis LEMELLE

3e sous-section : *Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*
Pr Philippe JUDLIN - Pr Olivier MOREL

4e sous-section : *Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*
Pr Bruno GUERCI - Pr Marc KLEIN - Pr Georges WERYHA

55e Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1re sous-section : *Oto-rhino-laryngologie*
Pr Roger JANKOWSKI - Pre Cécile PARIETTI-WINKLER - Pre Cécile RUMEAU - Pr Patrice GALLET

2e sous-section : *Ophtalmologie*
Pre Karine ANGIOI - Pr Jean-Paul BERROD – Pr Jean-Baptiste CONART

3e sous-section : *Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*
Pre Muriel BRIX

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61e Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Pr Walter BLONDEL

64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Pre Sandrine BOSCHI-MULLER - Pr Pascal REBOUL

65e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Pre Céline HUSELSTEIN - Pre Natalia DE ISLA-MARTINEZ

66e Section : PHYSIOLOGIE
Pr Nguyen TRAN

==========

PROFESSEURS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53e Section, 3e sous-section : *Médecine générale*
Pre associée Sophie SIEGRIST - Pr associé Olivier BOUCHY

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1re sous-section : *Anatomie*
Dr Bruno GRIGNON

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
2e sous-section : ***Radiologie et imagerie médicale***
Dr François ZHU (stagiaire)

44e Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1re sous-section : ***Biochimie et biologie moléculaire***
Dre Shyue-Fang BATTAGLIA - Dre Sophie FREMONT - Dre Isabelle GASTIN - Dre Catherine MALAPLATE - Dr Marc MERTEN

2e sous-section : ***Physiologie***
Dre Iulia-Cristina IOAN - Dr Edem ALLADO (stagiaire)

45e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1re sous-section : ***Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière***
Dre Corentine ALAUZET - Dre Hélène JEULIN - Dre Véronique VENARD - Dr Cédric HARTARD (stagiaire)

46e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1re sous-section : ***Épidémiologie, économie de la santé et prévention***
Dre Frédérique CLAUDOT - Dr Arnaud FLORENTIN - Dr Jonathan EPSTEIN – Dr Abdou OMOROU

2e sous-section ***Médecine et Santé au Travail***
Dre Isabelle THAON

3e sous-section ***Médecine légale et droit de la Santé***
Dre Elodie MARCHAND (stagiaire)

4e sous-section : ***Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication***
Dre Aurélie BANNAY

47e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2e sous-section : ***Cancérologie ; radiothérapie***
Dre Lina BOLOTINE

3e sous-section : ***Immunologie***
Dre Alice AARNINK

4e sous-section : ***Génétique***
Dre Céline BONNET - Dre Mathilde RENAUD

48e Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3e sous-section : ***Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie***
Dr Nicolas GAMBIER - Dr Julien SCALA-BERTOLA - Dre Élise PAPE

5e sous-section : ***Médecine d'urgence***
Dr Déborah JAEGER (stagiaire)

49e Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1re sous-section : ***Neurologie***
Dr Guillaume MATHEY (stagiaire)

2e sous-section : ***Neurochirurgie***
Dr Fabien RECH

50e Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4e sous-section : ***Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie***
Dre Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51e Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3e sous-section : ***Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire***
Dr Fabrice VANHUYSE - Dr Joseph SEITLINGER (stagiaire)

4e sous-section : ***Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire***
Dre Virginie DUFROST (stagiaire)

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1re sous-section : ***Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie***
Dr Bénédicte CARON (stagiaire)

54e Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1e sous-section : ***Pédiatrie***
Dre Cécile POCHON – Dr Amandine DIVARET-CHAUVEAU - Dr Mathieu KUCHENBUCH (stagiaire)

3e sous-section : Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dr Charline BERTHOLDT

4e sous-section : ***Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale***
Dre Eva FEIGERLOVA

5e sous-section : ***Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale***
Dr Mikaël AGOPIANTZ

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
M. Vincent LHUILLIER

63e Section : GÉNIE ÉLECTRIQUE, ÉLECTRONIQUE, PHOTONIQUE ET SYSTÈMES
Mme Pauline SOULET LEFEBVRE

64e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mme Marie-Claire LANHERS - M. Nick RAMALANJAONA

65e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mme Nathalie AUCHET - Mme Rümeyza BASCETIN - M. Simon TOUPANCE - Mme Selma BEN FRADJ

69e Section : NEUROSCIENCES
Mme Sylvie MULTON

Section 70 : SCIENCES DE L'ÉDUCATION ET DE LA FORMATION
Mme Silvia ROSSI

90e Section : MAÏEUTIQUE
Mme Gaëlle AMBROISE

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53e Section, 3e sous-section : ***(Médecine générale)***
Dr Antoine CANTON - Dr Jean-Charles VAUTHIER - Dr Boris GASS

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président du jury

Monsieur le Professeur Philippe JUDLIN

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de Gynécologie-Obstétrique

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury et de juger notre travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect et nos sincères remerciements.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier d'Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention

Vous avez accepté de juger notre travail et nous vous en sommes infiniment reconnaissant.
Veuillez accepter toute notre gratitude pour l'intérêt que vous portez à ce projet.

A notre Maître et Directrice de Thèse

Madame le Docteur Hélène ROMARY

Docteur en Médecine Générale

Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir épaulé sans relâche au cours de ces longs mois. Grâce à ton écoute, ta disponibilité et tes conseils, tu m'as guidée dans ce projet et m'a permis de le mener à son aboutissement. Reçois ici l'expression de ma plus sincère gratitude à ton égard.

A mes parents, Patricia et Alain, je n'ai pas les mots pour vous remercier, vous qui avez toujours été là quand j'en avais besoin, qui m'avez encouragée dans mon choix d'études et surtout qui m'avez soutenue toutes ces années. Merci pour votre amour qui m'accompagne au quotidien.

A ma sœur, Claire, merci pour tous les moments que nous partageons ensemble, les virées en voiture, les vacances et les soirées. Merci pour ton écoute et ton soutien dans les moments les plus difficiles.

A mon frère, Grégory, à mes neveux et à ma nièce, Mattéo, Loane et Eliott, merci de m'avoir soutenu et d'avoir toujours été là pour moi.

A mes grands-parents, Marguerite, André, Pierrette et René, vous n'êtes aujourd'hui plus là pour me voir mais je suis certaines que vous seriez fiers de la femme que je suis devenue. Merci d'avoir été là dans mes jeunes années et de m'avoir accompagnée dans le début de ce si long parcours.

A Ou Wen, mon amie de toujours, ma sœur de cœur. Merci pour ton soutien toutes ces années ! Tu as toujours su être là quand j'avais besoin de toi. Et merci d'avoir supporté sans faiblir toutes mes crises existentielles.

A Lorraine, merci pour tous ces bons moments passés avec toi, Romain et Rohän qui m'ont permis de décompresser.

A Camille, merci pour ton amitié qui m'accompagne toujours malgré la distance qui nous sépare. J'espère qu'elle perdurera encore longtemps. La bise à Antoine.

A tous mes amis de la fac, Hélène, mon amie dès le début de cette aventure, ***Clémentine***, mon soutien lorsque je doute, ***Tiziana, Syna, Marie, Mathieu*** et ***Pierre*** pour toutes ces journées en votre compagnie.

A Magali, merci d'avoir pris de ton temps pour m'aider dans la réalisation de mes focus groups et d'avoir su motiver certaines participantes à venir.

A Karine, merci d'avoir accepté de faire la seconde lecture de mes données. Ton aide m'a été inestimable.

A tous les médecins, infirmiers et membres des services qui m'ont accueillie avec bienveillance dans mes différents stages et qui m'ont fait grandir en tant que médecin et en tant que personne.

A tous les médecins généralistes qui m'ont accueillie et m'ont guidée pendant mon internat, Marie-Emmanuelle, Abraham, Marlène, Elisabeth, Jessica, Emmanuelle, Antoine, Xavier et Thierry.

A toutes les patientes qui ont accepté de participer à ce projet, je vous remercie pour votre implication et le temps précieux que vous m'avez accordé.

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque »

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS **16**

PRESENTATION DU SUJET **17**

I. LE CANCER DU SEIN 17
1) Epidémiologie *17*
2) Les tumeurs du sein *17*
3) Les facteurs de risque *18*
4) Les symptômes *19*
5) Le diagnostic *19*
6) La prise en charge du cancer du sein *20*
II. LE DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN EN FRANCE 21
1) Définition *21*
2) Recommandations chez les femmes jeunes *22*
3) Place de l'autopalpation *22*
4) Le dépistage organisé *23*
5) Le dépistage individuel *24*
III. LA CAMPAGNE OCTOBRE ROSE 24
1) Historique *24*
2) Les objectifs de la campagne *25*
IV. LES MSP, UN LEVIER DE SANTÉ PUBLIQUE 25

OBJECTIF DE L'ETUDE **26**

INTRODUCTION **27**

MATÉRIEL ET MÉTHODE **28**

I. TYPE D'ÉTUDE 28
II. POPULATION 28
III. GUIDE D'ENTRETIEN 29
IV. RECUEIL DES DONNÉES 29
V. ANALYSE DES DONNÉES 30

RÉSULTATS **31**

I. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE 31
II. RESULTATS DE L'ANALYSE DES DONNEES 33
1) Le suivi gynécologique, entre nécessité et crainte *33*
2) Le cancer du sein, un sujet au cœur des échanges *36*
3) Se dépister soi-même, quid de l'autopalpation ? *38*
4) Le dépistage organisé, une avancée au service des patientes *40*
5) Le dépistage organisé, une épreuve à passer *42*
6) Octobre Rose, une manifestation appréciée mais dont l'utilité est remise en question *45*
7) Des pistes d'améliorations souhaitées par les participantes *47*

DISCUSSION **51**

I. FORCES DE L'ETUDE 51
II. LIMITATIONS ET BIAIS 52
III. COMPARAISON A LA LITTERATURE 54
1) Constats *54*
2) Perspectives *59*

CONCLUSION **65**

BIBLIOGRAPHIE **67**

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE DE RECUEIL DES DONNEES DEMOGRAPHIQUES 73
ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN 74
ANNEXE 3 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT 76
ANNEXE 4 : TABLEAU D'ENCODAGE 77

LISTE DES ABREVIATIONS

ADECA : Association de DEpistage des Cancers

ASALEE : Action de Santé Libérale En Equipe

CRCDC : Centre Régional de Coordination des Dépistage des Cancers

DI : Dépistage individuel

DO : Dépistage organisé

FG : focus group

HAS : Haute Autorité de Santé

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PRESENTATION DU SUJET

I. LE CANCER DU SEIN

1) Epidémiologie

Malgré un taux de mortalité en baisse depuis les années 1990, le cancer du sein reste la première cause de mortalité par cancer chez les femmes (1). En 2018, son taux d'incidence approchait les 59 000 nouveaux cas par an (2) et en 2023, il était toujours le cancer féminin le plus fréquemment observé. Cette incidence est en augmentation régulière autour de 1% par an depuis une trentaine d'années.

L'âge médian des femmes au moment du diagnostic est de 64 ans. Même si certaines tumeurs malignes peuvent toucher les femmes jeunes, les trois-quarts des cancers du sein sont diagnostiqués chez des personnes de plus de 50 ans (2).

Malgré cette forte incidence, s'il est pris à temps, le cancer du sein présente un taux de survie important. Il est en effet de 87% à 5 ans et à 76% à 10 ans (2). Devant de tels chiffres, l'intérêt d'un dépistage et d'un diagnostic précoce parait donc évident.

2) Les tumeurs du sein

Il existe plusieurs types de tumeurs bénignes du sein, le plus fréquent étant le fibroadénome. Ces tuméfactions sont constituées de cellules bien différenciées et bien délimitées au sein du tissus mammaire. Elles se développent lentement et ne se disséminent pas à distance de l'organe d'origine (2).

Au contraire le cancer se définit par une perte de contrôle d'une cellule qui va aboutir à sa multiplication anarchique (3). Différents types de cancer du sein existent en fonction de la nature de la cellule qui est initialement touchée. Le plus fréquent est l'adénocarcinome mammaire développé au dépend des cellules épithéliales. Ce type de tumeur représente 95% des cancers du sein et nait le plus souvent au niveau des canaux galactophoriques, et plus rarement des lobules (2).

En l'absence de franchissement de la membrane basale, on parle d'adénocarcinome mammaire in situ. En cas de passage au-delà de cette limite, il est dit est infiltrant.

Parmi les formes plus rares, on retrouve d'autres types de carcinomes : médullaires, mucineux, tubuleux et papillaire. Leur pronostic est généralement meilleur que celui de l'adénocarcinome. Les premiers se retrouvent essentiellement chez des femmes de moins de 50 ans, principalement dans des contextes génétiques tandis que les trois autres ont tendance à affecter des femmes plus âgées (2).

Les cellules malades peuvent ensuite se propager de proche en proche, tout d'abord au niveau lymphatique, essentiellement par les aires ganglionnaires axillaires, puis se métastasent vers d'autres organes comme le foie, les os ou les poumons (2,4).

3) Les facteurs de risque

Les deux grands facteurs de risque du cancer du sein restent l'âge et le sexe. Cette pathologie survient en effet généralement au-delà de 50 ans et touche très majoritairement les femmes. Il existe d'autres facteurs de risque non modifiables tels que les antécédents personnels et familiaux, notamment la présence de gènes de susceptibilité pouvant être à haut risque (BRCA 1 et 2) ou à pénétrance plus variable (5). Ces causes génétiques sont cependant assez rares, représentant moins de 10% des cancers du sein.

L'hygiène de vie joue d'autre part un rôle important dans le risque de développement du cancer. L'obésité, l'alimentation riche en graisse, en produits laitiers et en viande semblent ainsi favoriser cette pathologie. Au contraire, un régime méditerranéen serait protecteur (5). Nous pouvons également citer le manque d'activité physique ainsi que la consommation de toxiques comme le tabac et l'alcool comme éléments favorisant la cancérisation. Par conséquent, en aidant les patientes à modifier durablement leurs habitudes de vie, environ 20 000 cancers par an pourraient être évités (6). Le travail de nuit régulier serait également un facteur de risque de la maladie (7). Enfin l'allaitement, et ce d'autant plus qu'il est prolongé, réduit le risque de survenue de cancer du sein invasif.

Pour finir, l'histoire hormonale de la patiente peut également influencer la survenue de la maladie. Ainsi la ménarche précoce, la ménopause tardive, une nulliparité ou la survenue de la première grossesse après l'âge de 30 ans constituent également des facteurs de risque. Les traitements hormonaux tels que la contraception et le traitement substitutif de la ménopause sont également associés à un risque accru de cancer du sein. Toutefois cet effet diminue après l'arrêt du traitement (5,8).

4) Les symptômes

Dans la majorité des cas, c'est lors d'une palpation mammaire que le cancer du sein est détecté. La patiente ou le professionnel de santé peut alors sentir une masse dure et irrégulière, souvent indolore.

D'autres signes doivent également alerter, notamment une modification de l'état cutanée avec l'apparition d'un aspect dit « peau d'orange », d'une rétraction ou d'un aspect inflammatoire localisé avec rougeur, chaleur et œdème. Un changement dans l'aspect du mamelon notamment une rétraction, une déviation ou un changement de couleur est suspect. Enfin la survenue d'un écoulement inhabituel doit faire craindre cette pathologie.

Le cancer du sein peut par ailleurs se traduire par des signes d'extension de la maladie avec l'apparition de ganglions, notamment axillaires pouvant être palpables, de douleurs osseuses ou de symptômes pulmonaires ou neurologiques en cas de métastases. Des manifestations plus générales comme un amaigrissement ou une perte d'appétit peuvent être des signes précurseurs (2,9).

5) Le diagnostic

Le diagnostic du cancer se fait en premier lieu au travers d'examens d'imagerie, notamment la mammographie et l'échographie mammaire, qui peuvent être complétés par la réalisation d'une IRM si nécessaire (2).

Si les images semblent suspectes, des fragments du tissus malade seront prélevés afin de réaliser un examen anatomopathologique qui lui seul permettra une analyse histologique de la lésion, mais aussi la détermination de certains facteurs pronostiques pouvant guider les traitements (4). En fonction de la taille du matériel extrait, on parlera de micro- ou de macro-biopsie. Dans certains cas, ces prélèvements peuvent être guidés par la radiographie (biopsies stéréotaxiques) ou pas l'échographie (biopsies échoguidées). Il est enfin possible que la biopsie ne soit pas réalisable. L'examen de la tumeur se fera alors après exérèse partielle ou complète de celle-ci par une chirurgie (2).

Lorsque la maladie cancéreuse est avérée, un bilan d'extension peut parfois être nécessaire afin de rechercher des métastases synchrones. De nouveaux examens d'imagerie peuvent alors être proposés afin de déterminer exactement l'ampleur de l'affection (2,4).

Enfin un bilan échographique axillaire peut être réalisé au moment du diagnostic afin de déterminer si le cancer s'est déjà étendu au système lymphatique. Si des ganglions suspects sont retrouvés à l'imagerie, un curage ganglionnaire peut être directement proposé à la patiente. Dans le cas contraire une analyse des ganglions sentinelles sera réalisée en per opératoire (10).

6) La prise en charge du cancer du sein

La chirurgie est souvent proposée en premier intention. Même si les chirurgiens veillent à être le plus conservateur possible en ne retirant que la partie atteinte du sein, la mastectomie totale peut dans certains cas être indispensable. Toutefois un traitement néoadjuvant peut parfois être proposé en amont de l'intervention afin de diminuer la taille de la tumeur (2). C'est au cours de cette opération chirurgicale que va être utilisée la méthode du ganglion sentinelle, c'est-à-dire l'analyse per opératoire des ganglions les plus proches afin de déterminer s'ils sont atteints et dans ce cas procéder à un curage ganglionnaire (4). La reconstruction mammaire peut avoir lieu dans le même temps opératoire ou être réalisée à distance. Certaines femmes choisissent de ne pas y avoir recours ou préfèrent l'utilisation d'une prothèse mammaire externe (2).

En fonction du stade de la maladie et des facteurs pronostiques de la tumeur, cette première étape chirurgicale peut par la suite être complétée par plusieurs thérapeutiques comme la radiothérapie, la chimiothérapie et l'hormonothérapie (2).

A l'issu du traitement, un suivi va être mis en place. Il consiste généralement en une surveillance clinique tous les six mois pendant cinq ans puis une fois par an à vie avec la réalisation d'une mammographie sur un rythme annuel plus ou moins associée à une échographie (2,4).

II. LE DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN EN FRANCE

1) Définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), on distingue trois types de prévention (11) :

- Primaire : qui s'attache à faire baisser le taux d'incidence de la maladie, c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas, en s'appuyant sur le contrôle des facteurs de risque
- Secondaire : qui vise à diminuer la prévalence, c'est-à-dire le nombre de personnes atteintes dans une population à un instant donné, par exemple le dépistage, le diagnostic et le traitement d'une pathologie
- Tertiaire : qui regroupe les moyens de lutte contre les conséquences néfastes d'une pathologie sur un individu ainsi que les récidives, il s'agit essentiellement de la réadaptation, qu'elle soit d'ordre médical, social ou psychologique.

Un test dépistage est un examen visant à détecter précocement une maladie, avant même que les symptômes de celle-ci ne soient ressentis par le patient. Ainsi il s'inscrit pleinement dans la prévention secondaire. La Haute Autorité de Santé (HAS) a défini les conditions qu'une pathologie doit remplir afin de pouvoir bénéficier d'un dépistage (12): elle doit être détectable de façon précoce, un examen capable de faire cette découverte ainsi que des traitements efficaces doivent être disponibles, les patients à risque doivent être reconnaissables facilement, le dépistage doit faire baisser la mortalité et enfin la balance bénéfices-risques de celui-ci doit pencher en faveur des avantages.

La HAS précise que le dépistage organisé (DO) permet de détecter environ un tiers des cancers du sein. Un autre tiers est découvert devant des anomalies cliniques. Enfin le dépistage individuel révèle un quart des cancers du sein. Le faible pourcentage restant correspond à la découverte fortuite de la pathologie lors d'examens qui n'ont pas été réalisés en ce sens. Ces chiffres varient en fonction de l'âge des patientes. En effet, avant 50 ans, la moitié des cancers du sein sont découverts sur signes d'appel cliniques contre seulement un tiers au cours du dépistage individuel. Entre 50 et 74 ans, la moitié des cancers sont découverts par le DO et un quart par le DI. Au-delà, on retrouve à peu près les mêmes proportions qu'avant 50 ans (13).

2) Recommandations chez les femmes jeunes

Chez les femmes jeunes, une palpation mammaire annuelle par un professionnel de santé est recommandée dès l'âge de 25 ans (14). En cas de facteurs de risques particuliers comme la présence des gènes BRCA 1 ou 2 ou d'antécédents familiaux de cancer du sein, un suivi plus rapproché peut être proposé, allant jusqu'à un examen clinique semestriel conjugué à une imagerie annuelle. Les outils utilisés sont dans ce cas généralement la mammographie et l'IRM, plus ou moins associées à une échographie en fonction de la densité de la glande mammaire (15).

3) Place de l'autopalpation

La place de l'autopalpation dans le dépistage du cancer du sein est controversée. En effet, cet examen n'a pas démontré scientifiquement son efficacité dans le dépistage précoce des cancers du sein. Ainsi elle n'est pas recommandée de façon systématique par la HAS (13). Plusieurs études suggèrent que l'autopalpation n'aurait pas d'impact sur la mortalité du cancer du sein mais serait au contraire vectrice de plusieurs conséquences néfastes comme une augmentation du nombre de biopsies réalisées sur des lésions bénignes et un alourdissement du coût en termes de santé publique. Il existe également un retentissement sur l'état psychologique des patientes qui peuvent développer un état d'anxiété important en lien avec ces investigations et les faux positifs (16,17).

Toutefois, de nombreux professionnels de santé et associations incitent les patientes à la réaliser. En effet, le but de cet examen est en premier lieu de permettre aux femmes d'acquérir de meilleures connaissances de leur anatomie et des changements physiologiques qui peuvent s'opérer avec les variations hormonales, notamment le cycle menstruel mais aussi les grossesses et la ménopause et de pouvoir consulter rapidement un professionnel de santé en cas de découverte d'une anomalie (18).

Cet examen se déroule en plusieurs étapes, la première consistant à se regarder dans un miroir à la recherche d'un aspect inhabituel. Ensuite, la patiente est invitée à palper sa poitrine avec la pulpe de ses doigts, en faisant de petits cercles sur toute la surface de son sein. Un examen de la zone axillaire est fait de la même manière. Enfin le mamelon est observé puis pressé légèrement à la recherche d'un écoulement. L'autopalpation devrait être faite régulièrement, idéalement de façon mensuelle (18).

4) Le dépistage organisé

Au début des années 90, des études pilotes concernant le dépistage du cancer du sein ont d'abord été menées dans plusieurs départements français avant que cet examens ne soit généralisé à l'ensemble du territoire national en 2004 (19).

Le programme national de dépistage organisé du cancer du sein s'adresse à toutes les femmes de 50 à 74 ans par le biais d'un courrier qu'elles reçoivent tous les deux ans. Il leur est proposé dans cette invitation de se rendre dans un centre d'imagerie afin de bénéficier d'un examen clinique des seins effectué par le médecin radiologue puis d'une mammographie deux incidences. En cas de résultats ne mettant pas en évidence d'anomalies, les clichés sont relus par un second lecteur. Chacun de ces deux médecins a l'obligation d'effectuer un certain nombre d'acte de ce type par an pour garder une compétence optimale (500 pour les premiers lecteurs et 1500 pour les seconds). Ces examens sont pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie, sans avance de frais (19,20). Les résultats et les clichés sont ensuite adressés à la patiente dans un délai de 15 jours. Si le DO a mis en évidence une anomalie, le médecin radiologue est à même de lancer le bilan diagnostic et notamment d'organiser la biopsie le plus rapidement possible. Le professionnel de santé qui suit la patiente est informé des différents résultats avec l'accord de cette dernière (21).

Ce dépistage est coordonné en Meurthe-et-Moselle par le CRCDC-Grand-Est (Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers du Grand-Est) qui résulte de la fusion de plusieurs ADECA (Association pour le DEpistage des CAncers) départementales (22).

Après l'instauration du dépistage organisé sur l'ensemble du territoire français, le taux de participation des femmes a atteint au cours des années 2011-2012 un pic à 52,3%. Les dix années qui ont suivi ont été marquées par une diminution progressive de ce chiffre avant d'être particulièrement faible au cours de l'année 2020 du fait de l'impact de la pandémie mondiale de COVID-19, avec un rattrapage partiel l'année suivante (20). Ainsi on note un taux de participation national à 44,9% en 2022 contre 50,6% en 2021 (23). Cependant il est à souligner que ce pourcentage est très disparate d'un département à l'autre, allant de 21,2% pour la Guyane à 55,3% dans les Pays de la Loire. En Meurthe-et-Moselle, sur l'année glissante 2021-2022, ce taux était de 48,8%. Or l'objectif était de 65% dans le Plan Cancer de 2013 (24) voire de 70% au niveau européen (25).

5) Le dépistage individuel

Parallèlement au dépistage organisé du cancer du sein, certaines femmes bénéficient également d'examens de dépistage prescrits par un professionnel de santé en dehors du cadre précédemment décrit. Il s'agit du dépistage individuel (DI). Les imageries réalisées dans ce contexte ne sont alors pas soumises au même cahier des charges que celui du DO. Ainsi, il n'existe pas dans ce cadre de deuxième lecture des clichés jugés normaux par le premier lecteur (26).

D'autre part les femmes qui présentent un risque élevé de développer un cancer du sein (antécédents familiaux ou porteuse d'un gène à haut risque) n'entrent pas le parcours du dépistage organisé et bénéficient d'une surveillance particulière (27).

Enfin, au-delà de 74 ans, le dépistage organisé devient individuel pour toutes les femmes et un suivi personnalisé peut leur être proposé en fonction de leurs facteurs de risque personnels et familiaux, de leur état de santé et de leur histoire de vie (6).

III. LA CAMPAGNE OCTOBRE ROSE

1) Historique

Les prémices de ce qui deviendra Octobre Rose naissent aux Etats-Unis en 1985 de l'association de l'American Cancer Society et l'Imperial Chemical Industries. Cependant, le mouvement prend réellement son essor en 1992 lorsque Mme Evelyn LAUDER, vice-présidente d'Estée Lauder Companies, une entreprise de cosmétiques, et Alexandra PENNEY, éditrice du magazine SELF, conçoivent ensemble le Ruban Rose qui deviendra le symbole de la lutte contre le cancer du sein. L'année suivante, Mme LAUDER fonde la Estée Lauder Companies' Breast Cancer Awareness Campaign qui évoluera par la suite en la Breast Cancer Campaign (28,29).

En 1994 le mouvement s'exporte en France lorsque la branche française de la société de Mme LAUDER s'associe au magazine Marie-Claire pour lancer la campagne au travers de l'association « Le Cancer du Sein, Parlons-en ! ». Cette dernière prendra le nom de Ruban Rose en 2020 (30).

Cette campagne annuelle a lieu du 1er au 31 octobre et est symbolisée par un ruban rose (31).

2) Les objectifs de la campagne

Les objectifs de la campagne Octobre Rose sont multiples. Elle permet d'une part d'apporter du soutien aux personnes atteintes du cancer du sein, mais aussi de sensibiliser la population aux facteurs de risque de ce dernier. Elle rappelle également importance de se faire dépister régulièrement. Enfin, durant la campagne, des collectes de fonds sont organisées afin de récolter de l'argent pour la recherche sur le cancer (32).

Lors de ce mois d'automne, les communes et les associations organisent différentes activités telles que des marches ou des courses à pied, des expositions sur le thème du cancer et les villes se parent de rose pour sensibiliser la population à cette problématique (33).

IV. LES MSP, UN LEVIER DE SANTÉ PUBLIQUE

Mises en place dans le code de la santé publique de 2007 au travers de la loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007, les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) sont au cœur des territoires de santé. Au sein de ces structures, différents professionnels de santé s'associent autour des patients pour les prendre en charge de façon coordonnée (34).

Les multiples rôles des MSP sont énoncés dans l'article L6323-3 du code de la santé publique modifié par la loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021 - article 77 (35), mettant notamment en avant la possibilité de créer des actions de santé publique au sein de la structure.

OBJECTIF DE L'ETUDE

Explorer les représentations et les ressentis des femmes majeures de Meurthe-et Moselle concernant le cancer du sein et les moyens de son dépistage au travers d'une structure mettant en avant les actions de santé publique, la Maison de Santé pluriprofessionnelle.

INTRODUCTION

Le cancer du sein reste aujourd'hui chez la femme le plus important en termes d'incidence, mais aussi de mortalité. La grande majorité des femmes atteintes ont plus de 50 ans avec un pic d'incidence médian à 63 ans (1,2). Cependant, s'il est pris à temps, il présente un taux de survie à 10 ans important, de l'ordre de 87% à 5 ans et de 76% à 10 ans (2). Devant de tels chiffres, l'intérêt d'une détection précoce parait évident.

En France le programme national de dépistage du cancer du sein s'adresse aux femmes entre 50 et 74 ans révolus par le biais d'un courrier reçu tous les deux ans. Celui-ci invite les patientes à se rendre dans un centre d'imagerie où elles bénéficient d'une palpation mammaire et d'une mammographie double incidence. En cas d'absence d'anomalies, les clichés sont relus par un second radiologue (19,20). En Meurthe-et-Moselle cette procédure est coordonnée par le CRCDC-Grand-Est (Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers du Grand-Est) (22)

Avant 50 ans, la HAS (Haute Autorité de Santé) recommande aux patientes la réalisation d'une palpation mammaire annuelle par un professionnel de santé à partir de l'âge de 25 ans, voire dès 20 ans chez les jeunes femmes les plus à risque. (14,36)

Initialement créé aux Etats-Unis dans les années 80, la campagne Octobre Rose commence à s'implanter en France en 1994 avec pour objectif de sensibiliser les femmes au dépistage du cancer du sein et de récolter des fonds en faveur de la recherche dans ce domaine (37). Depuis, le mois d'octobre est devenu un événement incontournable de l'année et de nombreuses actions sont menées à travers le territoire français.

Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) (38) sont des lieux privilégiés de la pratique de la médecine où sont délivrés des soins de premier recours et où la mise en œuvre d'actions de santé publique et d'éducation à la santé sont encouragées. Ces structures ont donc toute leur place dans la prévention et les professionnels de santé qui y travaillent ont à cœur d'accompagner les patients en ce sens. Le lieu d'exercice partagé facilite l'organisation coordonnée de projets autour de cette problématique.

Dans ce paysage, il nous parait intéressant d'explorer les ressentis et les représentations actuelles des femmes consultant au sein d'une maison de santé concernant le cancer du sein, son dépistage et la campagne Octobre Rose.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I. TYPE D'ÉTUDE

Nous avons choisi de réaliser notre étude en adoptant une démarche qualitative. Cette méthodologie est intéressante car elle permet une approche globale et approfondie de l'expérience de la personne à l'échelle de son parcours de soin. Au travers de ce point de vue, nous pouvons comprendre au plus juste quelles sont ses préoccupations et ainsi tenter de faire émerger des pistes d'amélioration pouvant y répondre (39).

Ensuite, la méthode des focus groups (FG) nous a semblé la plus judicieuse pour répondre à l'objectif de notre étude car elle permet, au travers de la dynamique de groupe qu'elle instaure de faire émerger de nouvelles idées et de stimuler les points de vue de chacun des participants (40).

II. POPULATION

Notre étude se concentrant sur un territoire de santé limité, les participantes ont été recrutées parmi les patientes majeures consultant des professionnels de santé d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) du secteur à partir du mois d'octobre 2022. Nous n'avons pas défini de critères d'exclusion.

L'invitation a été diffusée au travers d'un affichage au sein des salles d'attente de la maison de santé, de flyers distribuées aux patientes ainsi que d'une information partagée sur le groupe Facebook de la MSP. Lors du mois d'octobre 2022, nous avons également interpelé directement les patientes consultant au sein de la MSP afin de leur proposer de participer à ce projet.

Afin d'obtenir les interactions les plus stimulantes possibles, nous avons choisi de rassembler dans chaque groupe des femmes d'âges divers, concernées ou non par le dépistage organisé ou par le cancer du sein, afin que chacune puisse exprimer son ressenti vis-à-vis de ses représentations sur la maladie ainsi que sur son parcours de soins personnel.

III. GUIDE D'ENTRETIEN

Afin d'avoir une vue d'ensemble des participantes de chaque focus group, nous leur avons distribué un questionnaire ayant pour but de recueillir certaines données démographiques. (ANNEXE 1)

De même, dans un objectif de structurer les focus group, nous avons réalisé un guide d'entretien composé de 6 questions ouvertes (ANNEXE 2).

IV. RECUEIL DES DONNÉES

Nous avons choisi de rassembler environ 6-8 personnes lors de chaque réunion, avec un nombre minimum de participantes de 4 et un maximum de 12 (41). En deçà, l'interactivité dont nous avions besoin aurait été compromise et au-delà il aurait été difficile de permettre à chacune de s'exprimer dans un environnement propice et sécurisant.

Mme ROMARY, médecin généraliste, et Mme BOURGERY, infirmière ASALEE, ont alternativement joué le rôle d'animatrice et modératrice des différents focus groups tandis que nous avions celui de la gestion des enregistrements audios et de l'observation des prises de paroles et du non verbale.

Au début de chacune des sessions, après nous être présentées aux participantes et leur avoir expliqué l'objectif de notre projet, nous leur avons distribué le questionnaire visant à recueillir les données démographiques ainsi que le formulaire de consentement (ANNEXE 3). Une fois ces formalités remplies, la modératrice initiait les échanges à l'aide du guide d'entretien préparé en amont. Elle pouvait ensuite s'en éloigner en fonction de l'orientation prise par la discussion et des thématiques spontanément abordées par les participantes afin de recueillir au mieux leur ressenti. La modératrice avait par ailleurs le devoir de donner la parole à chacune et de permettre aux participantes les plus discrètes de pouvoir également s'exprimer.

Au cours des réunions, l'observatrice avait la tâche de noter l'ordre de prise de parole ainsi que tous les éléments relevant du non verbal pouvant aider à la retranscription au plus juste des idées exprimées par les participantes. La discussion était enregistrée au moyen de deux dictaphones disposés sur la table de manière à couvrir l'ensemble des femmes présentes. Un smartphone était également utilisé afin de disposer d'un enregistrement de secours au cas où l'un des dispositifs principaux aurait présenté une avarie.

Nous avons ensuite réalisé une retranscription mot à mot des différents entretiens à l'aide de l'outil en ligne oTranscribe (42) et du logiciel de traitement de texte Microsoft ® WORD, avec anonymisation des données. Ces dernières ont été analysées progressivement et le recueil s'est poursuivi jusqu'à saturation des données.

V. ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse des données s'est faite au travers de la méthode inductive et a tout d'abord consisté en une lecture « verticale » (43) des retranscriptions afin de nous imprégner des grandes idées qui avaient été abordées au cours des différentes réunions.

Nous avons ensuite procédé à une lecture dite « horizontale » ayant pour but de découper les différents verbatims afin de faire émerger des unités de sens (44) ou codes et de les classer en différentes catégories.

Au fur et à mesure des lectures de chaque retranscription, les catégories étaient affinées et les plus prometteuses pour répondre à notre question de recherche étaient mises en avant.

Les retranscriptions ainsi que les différents encodages ont été analysées de manière indépendante par un médecin extérieur au projet, Dr Karine DRELLER afin de renforcer la validité interne de notre étude.

RÉSULTATS

I. Caractéristiques de la population étudiée

Trois focus groups ont été réalisés entre novembre 2022 et mai 2023 au sein de la MSP.

Le FG A a eu lieu le 18 novembre 2022 en fin d'après-midi et était composé de six femmes âgées de 54 à 71 ans. L'enregistrement a duré environ 1 heure et 40 minutes.

Tableau 1 : caractéristiques des participantes du Focus group A

	Age	**CSP**	**Grossesse**	**SGR**	**Imagerie mammaire (< 50 ans)***	**MD**	**AP**	**AF**
A1	63 ans	Retraité	Oui	Oui	/	Oui	Oui	Non
A2	66 ans	Retraité	Oui	Oui	/	Oui	Non	Non
A3	58 ans	Retraité	Oui	Oui	/	Non	Oui	Oui
A4	61 ans	Retraité	Oui	Non	/	Oui	Oui	Oui
A5	71 ans	Retraité	Oui	Non	/	Oui	Non	Non
A6	54 ans	Sans activité	Oui	Oui	/	Oui	Oui	Oui

***question uniquement posée pour les femmes de moins de 50 ans**

***CSP** : catégorie socio-professionnelle ; **SGR** : suivi gynécologique régulier ; **MD** : mammographie de dépistage ; **AP** : antécédent personnel de cancer du sein ; **AF** : antécédents familiaux de cancer du sein ; un signe « / » correspond à une absence de réponse*

Le FG B a été réalisé dans l'après-midi du 24 janvier 2023. Les six participantes étaient âgées de 40 à 81 ans. Les échanges ont duré environ 50 minutes.

Tableau 2 : caractéristiques des participantes du Focus group B

	Age	CSP	Grossesse	SGR	Imagerie mammaire (<50ans)*	MD	AP	AF
B1	79 ans	Retraité	Oui	Non	/	Oui	Non	Non
B2	80 ans	Retraité	Oui	Oui	/	Non	Oui	Non
B3	81 ans	Retraité	Oui	Oui	/	Oui	Non	Non
B4	77 ans	Retraité	Oui	/	/	Non	Non	Non
B5	40 ans	Employé	Oui	Oui	Oui	/	Oui	Oui
B6	62 ans	Employé	Oui	Oui	/	Oui	Non	Non

***question uniquement posée pour les femmes de moins de 50 ans**

***CSP** : catégorie socio-professionnelle ; **SGR** : suivi gynécologique régulier ; **MD** : mammographie de dépistage ; **AP** : antécédent personnel de cancer du sein ; **AF** : antécédents familiaux de cancer du sein ; un signe « / » correspond à une absence de réponse*

Le focus group C s'est déroulé le 12 mai 2023 en début d'après-midi. Il a regroupé sept femmes âgées de 41 à 79 ans. L'enregistrement a duré environ 1 heure et 15 minutes.

Tableau 3 : caractéristiques des participantes du Focus group C

	Age	CSP	Grossesse	SGR	Imagerie mammaire (<50ans)*	MD	AP	AF
C1	73 ans	Retraité	Oui	Non	/	Oui	Non	Non
C2	70 ans	Retraité	Oui	Oui	/	Oui	Non	Non
C3	79 ans	Retraité	Oui	Non	/	Oui	Non	Non
C4	41 ans	Employé	Oui	Oui	Oui	/	Non	Oui
C5	70 ans	Retraité	Oui	Oui	/	Oui	Non	Oui
C6	62 ans	Retraité	Oui	Oui	/	Oui	Non	Non
C7	65 ans	Retraité	Oui	Oui	/	Non	Non	Non

***question uniquement posée pour les femmes de moins de 50 ans**

***CSP** : catégorie socio-professionnelle ; **SGR** : suivi gynécologique régulier ; **MD** : mammographie de dépistage ; **AP** : antécédent personnel de cancer du sein ; **AF** : antécédents familiaux de cancer du sein ; un signe « / » correspond à une absence de réponse*

II. Résultats de l'analyse des données

1) Le suivi gynécologique, entre nécessité et crainte

(a) Cadre du suivi gynécologique

Les participantes ont abordé les différentes raisons qui les poussaient à demander un suivi gynécologique.

Le premier point cité a été le dépistage du cancer du col de l'utérus et de celui du sein.

« mammographie c'est bien pour le sein ***(rit)***, mais le frottis est important ***(approbation des autres femmes, certaines répètent le mot frottis***), la palpation du gynécologue par rapport aux ovaires, à l'utérus » (A2 ; 192-194) ; (B6 ; 41-42)

Les patientes ont ensuite cité certains moments clés émaillant la vie d'une femme : la nécessité d'une contraception, le suivi des grossesses et la ménopause :

« Par rapport à une grossesse on est hyper suivies de toute façon » (C4 ; 114)

« on est plus suivi quand on a une contraception. » (C6 ; 111-112)

(b) Le début du suivi gynécologique, à quel moment ?

Au cours des échanges les participantes ont parlé essentiellement de trois moments charnières où le suivi gynécologique peut se mettre en place dans la vie d'une femme.

L'adolescence en premier est citée comme un moment opportun à l'instauration de ce suivi (B5 ;142) ; (B6; 140).

Cette première consultation semble être ainsi un moment privilégié pour que les jeunes filles puissent s'exprimer librement et aborder des questions en lien avec la découverte de leur corps et de leur sexualité :

« parler plus librement avec un... une personne autre » (B5 ; 163)

Pour d'autres femmes, les premières grossesses ou la nécessité d'une contraception vont les conduire à se rapprocher du milieu médical (C2 ; 243) ; (C6 ; 239).

Le rôle d'accompagnement de la mère envers ses filles a également été mis en avant :

« je pense que c'était pour moi en tant que mère le premier... ça faisait partie de mon rôle de ... de la faire voir par un médecin pour qu'elle puisse avoir un premier contact en tant que gynécologie » (B6 ; 148-150) ; (A1 : 1010-1011) (C7 ; 263-264)

(c) Plusieurs professionnels de santé peuvent assurer le suivi gynécologique

Le gynécologue a rapidement été cité comme étant un acteur important du suivi gynécologique (B5 ;66).

D'autres professionnels de santé de premier recours ont également été mentionnés comme des interlocuteurs privilégiés pour ce type de consultation. Il s'agit du médecin généraliste et de la sage-femme :

« Bah disons que ça n'est pas toujours agré… moi je préfère aller voir un médecin généraliste qu'aller voir le gynécologue » (A1 ; 61-62)

« Bah moi j'ai une super sage-femme, super ! » (A2 ; 759)

Le ressenti face au sexe du professionnel de santé qui prend en charge les patientes pour ce type de consultation est ambivalent. La majorité d'entre elles préfèrent rencontrer une femme car elles se sentent plus à l'aise :

« Bah quand il y a une femme en face c'est mieux qu'un homme je trouve ***(plusieurs femmes approuvent)***. On est moins gênée » (A6 ; 242-243)

Toutefois ce sentiment n'est pas partagé par toutes, et pour certaines, le sexe du médecin n'a pas d'importance :

« je ne voulais voir que des hommes au départ et puis bon maintenant je suis suivie par une femme gynécologue mais ça me gênait pas d'avoir un homme, franchement non. » (A1 ; 74-76)

Enfin, une femme a souligné le fait que la pudeur pouvait être difficile voire impossible à dépasser pour certaines :

« Elles n'y vont pas parce qu'il y a une question de pudeur aussi » (A2 ; 88)

(d) Le suivi gynécologique est estimé comme essentiel

Parmi les participantes des différents groupes, plusieurs femmes reconnaissent que le suivi gynécologique est capital :

« c'est un incontournable. » (A1 ; 62)

Dans ce sens, avoir un suivi gynécologique régulier amène un sentiment de sécurité pour certaines patientes, au travers notamment des dépistages :

« Bah y aller déjà justement pour pas se retrouver avec un cancer euh... grave ***(rires)***, qu'on pourra plus traiter enfin bon je... […] Je crois que c'est primordial d'être suivi si on veut pas avoir un pépin. » (B2 ; 173-174 ; 181)

« ça rassure de se dire euh c'est bon voilà... j'suis suivie » (C4 ; 81)

Plusieurs personnes soulignent l'importance de la régularité de ce suivi :

« ça fait partie de l'entretien du corps donc faut aller faire une visite de routine une fois par an si y a rien d'anormal. C'est normal. » (B6 ; 113-114)

(e) Le suivi gynécologique n'est pas toujours effectué

Au contraire, dans chacun des groupes de discussion, plusieurs participantes ont déclaré ne pas avoir de suivi gynécologique régulier (A5 ; 175) ; (B1 ; 130-131) ; (C3 ; 190)

Certaines femmes ne se sentent pas concernées par cette problématique tandis que d'autres sont conscientes de leur manque de vigilance :

« J'ai surement tort, je ne sais pas mais bon. J'ai été opérée d'une opération, euh, ablation des ovaires et de l'utérus et de ce jour-là, j'ai… laissé tomber ce côté-là. Pas de consultation pour ça. […] je me dis que j'ai rien, qu'il ne se passe rien et pis … Je dis pas que c'est une bonne idée ***(rit) »*** (A5 ; 175-179)

« Peut-être par négligence ou bien parce que... j'ai la chance de pas avoir de problèmes de santé alors j'y pense moins à tout ça. » (B4 ; 193-194)

Pour d'autres, le suivi peut être générateur d'angoisses qui semblent devenir de plus en plus prégnantes avec l'avancée en âge, pouvant même amener à décaler les rendez-vous de suivi :

« Parce que justement on a peur ! […] Et en vieillissant j'trouve, c'est de pire en pire. » (C6 ; 106 ; 109)

Un dernier frein évoqué par les participantes est celui de la problématique de la démographie médicale avec parfois des difficultés à trouver un professionnel de santé qui puisse assurer leur suivi, notamment lors du départ en retraite du précédent :

« Bin le frein moi j'ai eu le cas en l'occurrence, c'est que mon gynéco a arrêté » (B6 ; 185)

(f) Le suivi gynécologique doit-il s'arrêter après un certain âge ?

Certaines patientes considèrent qu'à leur âge le suivi gynécologique n'est plus nécessaire :

« J'ai eu 2 enfants, c'est fini c'est derrière. Ça s'est bien passé hein. Voilà » (A5 ; 309)

« Bah chez moi y en a qui disait que c'était plus la peine d'aller voir un gynécologue hein vu l'âge qu'on a. » (B1 ; 74-75)

D'autres femmes insistent sur la nécessité de poursuivre la surveillance jusqu'à la fin de sa vie :

« Faut aller jusqu'au bout ! Pas juste de... du moment qu'on est euh... encore en vie faut faire un suivi euh... entre guillemets jusqu'à la fin quoi. » (B2 ; 79-80)

2) Le cancer du sein, un sujet au cœur des échanges

(a) Le cancer du sein, une maladie fréquente ?

Au cours des échanges, la fréquence du cancer du sein a soulevé des interrogations :

« Mais c'est moins ? ou quoi ? c'est beaucoup moins ou quoi ? Le cancer du sein ? c'est ce qui est le plus important … pour les femmes ou pas ? » (A1 ; 637-638)

Pour certaines participantes, le cancer du sein est bien reconnu comme étant celui qui touche actuellement le plus les femmes (B2 ; 339) ; (C4 ; 383)

Pour d'autres, l'incidence de cette maladie semble sous-estimée, rendant ce cancer moins inquiétant que d'autres :

« Voilà, on n'a pas peur de la même chose tout le temps. Y a des choses… Cette chose-là ne m'effraie pas, cette autre-là me fait peur... » (A5 ; 303-304)

L'universalité de cette pathologie a enfin été évoquée, celle-ci pouvant aussi toucher l'autre sexe (A4 ; 800).

(b) Un sujet angoissant dont il est difficile de parler

A plusieurs moments, les participantes ont mentionné le sentiment d'angoisse que fait naître en elles cette notion de cancer :

« Moi quand ma sœur m'a annoncé son... son cancer euh... j'ai dit c'est... c'est la merde quoi c'est... je suis pas très optimiste pour les cancers du sein. » (C5 ; 411-412)

« Le mot cancer fait peur, que ce soit un cancer du sein ou même un autre. » (C4 ; 423)

Une femme a cependant pondéré cette idée en soulignant que du fait de l'avancée des recherches ce cancer était mieux soigné et donc l'inquiétait moins :

« Parce que je vois qu'autour de moi y a beaucoup de cancers qui se soignent. Donc ça me voilà... j'suis plus rassérénée. » (C7 ; 131-132)

Par ailleurs, la maladie fait craindre des conséquences physiques, notamment avec l'ablation du sein :

« C'est l'image de soi aussi qui... qui en prend un coup hein. » (B6 ; 636)

La peur d'être moins bien soignée au-delà d'un certain âge a également été exprimée lors des discussions :

« des fois que les gens quand ils sont très âgés pis qu'ils sont seuls, bin des fois ils sont un peu... laissés » (B4 ; 307-308)

(c) Un sujet de moins en moins tabou

Les participantes évoquent le tabou entourant le cancer en général et le cancer du sein en particulier. Cependant, cette notion semble plutôt se rapporter aux générations plus anciennes et les femmes semblent pouvoir en parler de plus en plus librement :

« je dis après la notion de cancer je trouve que c'était très tabou avant […] maintenant je crois qu'on en parle peut-être plus facilement de dire « cancer »» (A2 : 153 ; 155-156; 543) ; (B4 ; 221-222)

3) Se dépister soi-même, quid de l'autopalpation ?

(a) Une circonstance de découverte

Plusieurs patientes ont mis en avant le fait que la palpation avait pu ou pouvait être l'occasion de découvrir une anomalie :

« en posant ma main j'ai senti bah le kyste qui ressortait, bah qui était vraiment au contact, qui était vraiment évident » (A3 ; 367-368)

« Moi je... moi je pense que la palpation c'est très important. ***(Silence).*** Personnellement. Parce qu'elle a dit si... si je ne m'étais pas palpée, j'aurai vu ma gynéco euh mettons dans un mois... » (C5 ; 843-845)

(b) Un acte pratiqué par les patientes

Pour certaines patientes, la pratique de l'autopalpation fait partie des habitudes et est effectué régulièrement :

« Moi j'le fais à peu près tous les mois, tous les mois et demi. » (C5 ; 793)

D'autres femmes s'y emploie de façon plus irrégulière :

« Oh pas souvent. Des fois quand ... ouais...Oui ça m'est arrivé mais pas souvent. » (B4 ; 421)

La toilette semble être un moment privilégié pour s'examiner :

« quand on prend la douche généralement de toute façon on sent un petit peu si y a quelque chose d'un petit peu bizarre on va se rendre compte j'pense. » (C4 ; 767-769)

(c) Une pratique mise de côté

Dans les différents groupes, quelques femmes ont signalé ne pas pratiquer l'autopalpation, essentiellement par manque d'expérience ou peur de mal faire.

« Moi j'me suis jamais palpée... » (B6 ; 383) ; (C7 ; 741)

Pour une des patientes du premier groupe de discussion, ce geste est trop oppressant, ne sachant pas si ce qu'elle palpe est normal ou non :

« j'ai commencé mais voilà j'ai trop de kystes ***(plusieurs femmes se sentent concernées également)*** donc euh… voilà ça m'angoissait énormément… je … voilà. Et j'ai arrêté parce que ça me… » (A3 ; 730-732) ; (A1 ; 733) ; (C4 ; 756)

L'une des femmes signale d'autre part une modification de sa perception de cet examen depuis la ménopause car, avec l'arrêt des cycles hormonaux, sa glande mammaire ne se modifie plus. Elle est donc plus rassurée pour le réaliser :

« Mais depuis la ménopause... après euh... non c'est fini quoi. Donc ça me fait pas peur. De me tâter. » (C6 ; 830-831)

Enfin, d'autres participantes disent ne pas penser à la pratiquer (B6 ; 388) ; (C2 ; 772)

(d) Un auto-examen jugé difficile

Dans tous les groupes de discussion, plusieurs femmes ont exprimé leurs difficultés à réaliser l'autopalpation, notamment du fait d'un manque de connaissance sur la façon de procéder, mais aussi parce qu'il leur est parfois difficile de distinguer une glande normale d'un nodule pathologique :

« Pis c'est pas facile fin... la palpation soi-même, surtout si on a des seins un peu noduleux, c'est... c'est pas facile de savoir. Et pis... et pis... bin c'est pas toujours palpable. Donc c'est pas quelque chose de sûr. » (B2 ; 402-404)

« Comment on doit faire pour se palper ? » (B6 ; 747)

(e) Un examen à compléter

Enfin, il est ressorti des discussions que l'autopalpation n'était pas ressentie comme suffisante en elle-même et qu'il était nécessaire de réaliser d'autres examens pour s'assurer de l'absence d'anomalies :

« On passe quand même une mammographie et tout ça hein. » (B1 ; 431)

« Et puis la gynéco tous les ans vérifie de toute façon. » (C4 ; 811-812)

4) Le dépistage organisé, une avancée au service des patientes

(a) Le dépistage organisé d'après les patientes

La cible du DO n'est pas toujours bien connue des patientes. Pour certaines femmes, les âges concernés par le dépistage organisé sont bien connus (A3 ; 96) ; (C4 ; 73). Pour d'autres il existe une certaine confusion à ce sujet :

« Oui moi je ne savais pas que ça s'arrêtait. » (A1 ; 103)

Quelques patientes signalent également avoir bénéficié d'une mammographie avant l'âge de 50 ans :

« Une première mammo à 41 ans parce que y a des antécédents familiaux. » (C4 ; 72- 73)

Le rythme de réalisation du dépistage semble également être floue. Certaines femmes bénéficient d'une mammographie tous les deux ans (B1 ; 442) tandis que d'autres signalent avoir une surveillance annuelle avec imagerie (A3 ; 343)

(b) Un examen bien vécu par certaines femmes

Au cours des différents échanges plusieurs femmes ont dit avoir un bon vécu du dépistage et de la mammographie en elle-même :

« Moi j'y vais sereinement. » (C2 ; 611) ; (C5 ; 32)

L'examen semble par ailleurs moins douloureux qu'il y a plusieurs années :

« Moi je pense que ça a changé. Hein ça fait moins mal hein. » (C5 ; 1335)

(c) La réception de l'invitation, une source de motivation et un rappel

La réception de l'invitation joue également un rôle important car il permet aux femmes de se souvenir qu'il est temps de se faire à nouveau dépister :

« Je le fais toujours pour le sein hein, quand ils envoyaient les feuilles, maintenant bon bin... Quand ils envoient la feuille on y va. » (B1 ; 82-83)

d) Le dépistage organisé peut être ressenti comme une opportunité

Il a également été évoqué le fait que nous avions la chance d'avoir en France ce type de dépistage, accessible et pris en charge :

« Moi j'trouve qu'en France on a quand même un système de prévention qui est... qui est bien quoi, parce que tous les 2 ans j'trouve que c'est... Et puis, et puis si on a un autre soucis le médecin est là pour nous prescrire et... et on est quand même remboursés. Je trouve que... c'est pas mal. » (C5 ; 1206-1209)

L'absence d'avance de frais lors de la réalisation de la mammographie dans le cadre du dépistage organisé est en faveur de son accessibilité à toutes les femmes, quelques soit leurs revenus :

« Bah oui, parce qu'on ne paye pas la mammographie. » (A2 ; 918)

Plusieurs participantes appuient également sur le gage de qualité que représente la double lecture. Cette dernière permet une plus grande réassurance que si l'examen n'est lu que par un seul médecin :

« Moi j'aime bien parce qu'y a une deuxième lecture oui. » (C2 ; 559)

(e) La mammographie a permis le dépistage d'un cancer

Ensuite, quelques patientes ont insisté sur l'importance qu'avait eu le dépistage dans leur vie, ayant permis de découvrir le cancer à un stade précoce :

« c'est grâce quand même au dépistage » (A1 ; 183) ; (B1 ; 361)

(f) Un examen normal signe une réassurance pour deux ans

Pour les autres femmes qui sont indemne de la maladie, le fait de ressortir avec un examen normal signe une délivrance et une réassurance jusqu'au prochain examen :

« je l'ai fait c'est bon j'suis rassurée. C'est repartie pour une année. » (B5 ; 487) ; (A2 ; 321)

(g) L'arrêt du dépistage à 75 ans est accepté par les patientes

Enfin, certaines participantes disent avoir bien vécu la fin du DO et ne pas avoir d'appréhension particulière pour l'avenir :

« Non mais j'me suis dit qu'sans doute euh c'était moins fréquent une fois un certain âge euh peut-être euh voilà. C'était rassurant. » (B3 ; 545-546)

5) Le dépistage organisé, une épreuve à passer

(a) La mammographie, un examen vécu difficilement par les patientes

La discussion autour du vécu du dépistage a essentiellement tourné autour de celui de la mammographie en elle-même. En effet, de nombreuses femmes considèrent que cet examen est douloureux au-delà d'être désagréable :

« moi c'est un calvaire ***(insiste sur ce mot)*** la mammographie et je trouve que c'est quand même… On n'a rien trouvé de moins douloureux c'est fou ça. » (A1 ; 197-199) ; (C5 ; 1320)

Des craintes peuvent également émerger avant même le premier examen du fait d'échos entendus par les patientes :

« J'suis arrivée avec une certaine appréhension quand même parce que forcément on entend tout et n'importe quoi sur la mammographie » (C4 ; 596-598)

Certaines femmes ressentent un manque de confiance dans la technique et dans ses conclusions :

« Donc là, moins bien à l'image, ça m'a … interloquée. Je me suis dit, on voit moins bien … on me rassure comme quoi il n'y a rien mais en même temps on ne voit pas trop donc euh… » (A3 ; 360-362)

Devoir refaire les images peut également être mal vécu et plusieurs femmes ont souligné leur désarroi lorsqu'on leur annonce qu'il est nécessaire de recommencer :

«Des fois ils... ils ont raté les clichés alors ils me redemandent et là j'suis verte quoi. ***(Rires)*** Je suis tranquille dans la salle d'attente "Madame ***(cite son nom)*** on va refaire un cliché. » (C7 ; 583-584)

Enfin, la mammographie est vécue comme une obligation, un impératif par quelques participantes :

« On n'a pas le choix » (A2 ; 249)

(b) La mammographie, un examen intime déshumanisé

La pénibilité de cette imagerie résulte aussi de ce qu'elle touche à l'intimité même des patientes, la poitrine n'étant pas une zone du corps comme une autre pour les femmes :

« déjà se mettre torse nu, c'est pas si évident » (A2 ; 240)

Plusieurs participantes dénoncent par ailleurs un manque d'humanité de la part des équipes soignantes :

« on ne peut pas dire qu'ils sont délicats, ils s'en foutent, je pense qu'ils connaissent, ils voient même pas notre tête » (A2 ; 217-218)

« j'ai des trucs qui m'ont pas plu du tout, des façons d'examiner, des façons de passer les mammographies, des façons de donner les résultats qui ne m'ont pas plu du tout non plus. » (C6 ; 135-137)

(c) Les examens complémentaires, un nouvel obstacle

L'un des freins majeurs évoqué par une grande partie des femmes est la crainte que les résultats ne soient pas bons et qu'une maladie soit effectivement découverte par cette imagerie :

« moi je stresse d'y aller parce que j'ai peur du résultat » (A1 ; 253)

C'est pourquoi la demande d'examens complémentaires peut être mal vécue et exacerber les angoisses :

« Là j'me décompose. » (C7 ; 586)

« On se dit "Ils ont vu un truc... Ils ont vu... Y a quelque chose..." » (C3 ; 587)

Les délais de ces nouveaux bilans représentent un temps d'attente difficile à supporter :

« quand on dit patient c'est vraiment le terme ***(A5 valide)***, parce même dans l'attente des examens, dans l'attente des scanners, dans l'attente des IRM » (A2 ; 482-483)

De même, leur coût peut être un obstacle pour certaines patientes :

« j'ai entendu que ceux qui payaient bin c'était 65 euros l'échographie bin faut les sortir hein » (A6 ; 907-908)

Plusieurs participantes évoquent ces étapes et la suite de la prise en charge comme étant un véritable parcours du combattant, qui peut en lui-même effrayer les patientes :

« Nan mais je veux dire c'est vrai que c'est tout un parcours » (A2 ; 514)

(d) Tant qu'on n'est pas dépistée, on n'est pas malade

Le dépistage permettant de révéler une anomalie avant qu'elle ne soit symptomatique, plusieurs femmes ont mis en avant le fait que se faire dépister c'était prendre le risque de passer dans la catégorie des personnes malades alors que rien ne le laissait présager :

« Des fois on n'a pas trop envie de savoir non plus et puis on se dit que tout va bien et puis c'est tout. » (A5 ; 181-182)

« Se faire dépister c'est aller au-devant des ennuis quelque part finalement. » (A3 ; 1199)

(e) L'étendue de l'âge du dépistage organisé est ressentie comme trop étroite

Pour plusieurs patientes, l'arrêt du dépistage organisé entraine une incompréhension voire de la colère en cas de découverte d'un cancer au-delà des âges concernés par le DO :

« Ce qui est dommage, c'est ce que je disais, c'est que l'ADECA s'arrête au bout de 75 ans. » (A2 ; 80-81)

« Ah si ça arriverait alors là je serais pas contente hein j'vous assure, ça. » (B1; 558)

D'autre part, avant l'âge de 50 ans, certaines femmes ne se sentent pas légitimes à se faire dépister :

« On y a pas droit » (A6 ; 113)

(f) Le fait d'avoir un membre de sa famille atteint peut conduire à l'évitement

Une des patientes a par ailleurs exposé qu'avoir un membre de sa famille atteint par le cancer peut quelque fois entrainer un rejet du dépistage :

« Moi j'ai ma nièce, vous lui parlez pas de, d'aller passer une mammographie ! Elle a 40 ans, elle veut pas, elle veut pas en entendre parler et pourtant sa maman est dedans hein » (A3 ; 971-973)

(g) Une remise en question de la balance bénéfice-risque du dépistage organisé

Lors des discussions, la problématique de la balance bénéfice-risque a également été mise en exergue avec une interrogation sur l'innocuité de la technique :

« y a une question qui se pose sur l'utilité de les faire aussi souvent, parce qu'y a la question qui se pose est-ce que les radiations elles vont pas à un moment donné dégrader les cellules et provoquer un cancer qui finalement se serait peut-être pas déclaré... » (C4 ; 714-716)

6) Octobre Rose, une manifestation appréciée mais dont l'utilité est remise en question

(a) La campagne Octobre Rose, une manifestation ressentie comme positive

Pour plusieurs patientes, cette opération exerce une influence positive sur leurs ressentis vis-à-vis du cancer du sein et de son dépistage :

« Ca peut influencer les gens. » (C6 ; 964)

« Ca peut être l'occasion d'en discuter peut-être avec l'entourage. » (C4 ; 987)

Pour certaines femmes, cette campagne est même vécue comme une avancée (FGA ; 1069)

Octobre Rose joue par ailleurs un rôle de rappel à se faire dépister :

« Oui ça fait un rappel et pis ça nous boost quoi » (A6 ; 573)

En outre, cette campagne s'adresse à tout le monde, non seulement aux patientes qui sont suivies mais dont le médecin ne pense pas systématiquement à vérifier si les dépistages sont à jour, mais aussi aux femmes qui ne se font pas dépister régulièrement ou qui n'ont pas de suivi médical (FGA ; 1318)

« J'pense qu'octobre rose peut avoir euh un grand intérêt pour rappeler justement aux personnes un peu négligentes que bin il faudrait peut-être le faire quoi. » (B2 ; 632-633)

Les différentes manifestations organisées par les villes et les associations sont également appréciées (A1 ; 624 ; 627)

Enfin, une patiente a fait remarquer que cet événement était également l'occasion de récolter de l'argent pour la recherche scientifique :

« Bah disons que la publicité ça fait récupérer des sous. Pour la recherche hein je parle » (A2 ; 1272)

(b) Une campagne dont l'utilité est discutée

Pour plusieurs participantes la campagne Octobre Rose n'a pas d'influence sur leurs perceptions du DO (B6 ; 644)

Pour l'une d'elle, craignant que les centres d'imagerie ne soient surchargés, ce mois-là serait même à éviter :

« Non… non…. Bah je me dis, je ne vois pas pourquoi j'irai plus en octobre, va y a voir plus de monde. Donc moi à la limite ça serait le mois que j'éviterai vous voyez » (A5 ; 779 - 780)

En outre, il semblerait que les manifestations sportives en elles-mêmes prennent le pas sur les idées qu'elles sont censées sous-tendre :

« Bah peut-être oui. Et puis ça devient peut-être tellement systématique que les gens se disent bah on va faire la marche et, y a plus que ce côté-là » (A3 ; 569-570)

La campagne serait par ailleurs trop générale pour que chaque femme se sentent concernée individuellement :

« J'ai l'impression que c'est un peu trop généralisé » (A3 ; 574)

D'autres participantes s'interrogent sur cette hyper-exposition du cancer du sein par rapport aux autres maladies :

« Alors je trouve que c'est bien hein, je ne remets pas ça en question mais finalement moi je trouve que les autres cancers qui touchent aussi beaucoup les femmes hein, sans … bah on en parle pas, on en parle quand même pas trop hein » (A2 ; 633-636)

Pour certaines patientes ayant été atteintes par le cancer du sein, cette période de l'année est difficile à vivre du fait des rappels incessants sur cette maladie qu'elles ont à supporter :

« Le mois d'octobre je le vois noir dans le sens où… fin le cancer avait été détecté au mois d'octobre et moi je voyais tout en noir et je me souviens j'étais dans le centre-ville quand j'avais eu l'annonce et je voyais passer les trains… fin tout était rose... je voyais des personnes avec le fl… et en fait j'ai… j'ai mémorisé et c'est vrai que dès que je vois Octobre Rose ou… j'ai… j'ai des angoisses qui reviennent… fin je … je me reprojette… dans… dans le passé donc je … je revis un peu… » (A3 ; 1352-1357) ; (A1 ; 1238)

Pour finir il a été dit signalé que les informations transmises par la campagne étaient accessibles par d'autres biais :

« je crois qu'on est quand même plus sensibilisés par les médias, par les gens qui parlent beaucoup plus facilement. » (A2 ; 1089-1090)

7) Des pistes d'améliorations souhaitées par les participantes

(a) Le médecin généraliste joue un rôle central

Au cours des échanges, le rôle central du médecin généraliste a été évoqué à plusieurs reprises.

Le médecin traitant est vu comme le pivot de la coordination du parcours de soins des patientes, en faisant les premiers examens puis en les orientant vers les centres d'imagerie et les spécialistes :

« Moi c'est le Dr ***(nom de son généraliste),*** et c'est lui qui a pris tous les rendez-vous auprès de ***(nom de son oncologue),*** auprès de… de tout le monde ! ***(Brouhaha, les femmes approuvent)***. » (A4 ; 700-702)

Il est vu comme un vecteur d'information sur les dépistages :

« Alors c'est bien d'être informé mais je trouve que ça serait mieux si c'était le médecin traitant par exemple » (A5 ; 1265-1266)

(b) Une incitation au dépistage et au suivi dans certaines situations déterminantes

Certaines patientes ont proposé que des courriers soient envoyés à toutes les femmes avant l'âge de 50 ans pour leur transmettre des informations sur le cancer du sein et le dépistage, ainsi que leur conseiller de se rapprocher des professionnels de santé en cas d'antécédents familiaux (C4 ; 1013-1014)

Il a également été suggéré que ces thèmes soient abordés au cours de la scolarité afin de sensibiliser les plus jeunes :

« ça peut être une porte d'entrée sur des choses qui concernent bah notamment le dépistage du cancer du sein pour les femmes. Pourquoi pas voilà ça peut être euh... Et sur le suivi gynéco parce que ça peut être... Voilà le lycée c'est le moment où ça peut être la période à laquelle elles vont peut-être commencer à consulter un gynéco donc euh ça peut permettre d'ouvrir plus tôt la porte à ce genre d'informations. » (C4 ; 1453-1458)

Enfin, pour d'autres patientes, le dépistage pourrait s'inscrire au cours de consultations de prévention plus globales :

« La médecine préventive ! Voilà faire un test pour euh… un petit peu voilà pour faire le point sur la santé d'un individu. » (A5 ; 862-863)

(c) La relation soignant-soigné, un point crucial dans l'accompagnement thérapeutique

Dans chacun des groupes de discussion des femmes ont partagé des expériences difficiles avec des soignants, que ce soit au cours des consultations de gynécologie, des moments de dépistage ou dans le parcours de soin du cancer :

« j'avais l'impression d'être un bout de viande sur sa table ***(les autres femmes sont horrifiées)***. Alors ça par contre je ne remettrais plus les pieds. (A5 ; 466-467)

A plusieurs reprises les participantes ont souligné l'importance d'avoir été reçu par des équipes attentives et bienveillantes dans leurs vécus de ces événements :

« c'est justement la façon dont est reçu qui est hyper importante » (A5 ; 462) ; (C3 ; 1352-1353)

L'accent a également été mis sur l'intérêt des explications données aux patientes sur les différents gestes et examens qui sont effectués, ce qui les aide à diminuer leurs appréhensions :

« elle était patiente, elle m'a bien expliqué euh tout ce qu'elle faisait au fur et à mesure et euh... donc ça c'était euh... ça m'a rassuré quelque part. » (C4 ; 599- 600)

(d) Perspectives du dépistage génétique, entre incertitudes et réassurance

Concernant les patientes qui avaient déjà entendu parler de la question de la génétique autour du dépistage, les sentiments exprimés étaient mitigés. Pour certaines savoir que l'on a plus de risque d'être malade est vécu comme une épée de Damoclès au-dessus de leur tête :

« Bah j'pense que madame peut nous dire mais j'pense que... savoir qu'on a un gène euh... qui nous expose à une maladie ça doit être très anxiogène. » (B2 ; 513-514)

D'autres femmes se sentent plus rassurées de savoir quel est leur risque et d'avoir un dépistage adapté à celui-ci :

« Sécurisant parce que j'ai un suivi plus ... plus poussé » (B5 ; 519)

(e) La discussion avec l'entourage, un tremplin au dépistage

Les participantes ont également évoqué le pouvoir incitatif que pouvait avoir les discussions avec leurs proches sur la réalisation des dépistages :

« Bin il suffit juste déjà d'en parler autour de soi hein, toutes les femmes qu'on fréquente euh... fin qu'on fréquente... qu'on voit tout... dans notre vie de tous les jours, lui dire "Est-ce que t'as fait ta mammo ? Est-ce que tu as fait euh ... » (B5 ; 595-597)

(f) Le dépistage, un sujet qui dépasse les cercles proches

Au cours des discussions, lorsqu'il a été évoqué l'intérêt de discuter du sujet du dépistage avec des personnes extérieurs à la famille, le rôle du médecin généraliste a à nouveau été mis en avant (A1 ; 1125)

Une patiente a insisté sur la portée que peut avoir le partage d'expérience :

« Le bouche-à-oreille c'est ce qui marche le mieux. Les témoignages, le partage c'est toujours quelque chose qui a toujours fonctionné hein. » (A1 ; 1225-1226)

Enfin, l'influence que peut avoir des groupes de discussion comme ceux que nous avons organisés a été souligné par les participantes :

« le fait d'être comme ça avec justement des gens qui ont traversé des épreuves on peut en parler sans problème, parce que je vois, moi dans ma famille mes enfants, bah ils ont pas du tout envie de parler » (A5 ; 1467-1469)

DISCUSSION

I. Forces de l'étude

L'objectif de notre étude était d'explorer les représentations et les ressentis des femmes majeures au travers de la réalisation de focus groups au sein d'un Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Meurthe-et-Moselle.

Au cours des différents temps d'échange, les débats ont été constructifs et dynamiques, ce qui était le but recherché par cette méthode afin de faire émerger des idées nouvelles. Lors des différents focus groups, les patientes ont pu s'exprimer librement sur les différents sujets abordés, sans autocensure perceptible par les investigateurs. Malgré la prise de lead par certaines patientes, notamment celles touchées par la maladie de façon personnelle ou à travers leurs proches et celles qui étaient le plus à l'aise avec l'expression orale devant des inconnues, les modératrices ont assuré leurs rôles en animant les discussions et en permettant aux femmes les plus discrètes de participer et de donner leurs avis.

Ainsi, le choix de la méthode de travail par focus group était approprié pour répondre à la question de recherche.

Par ailleurs, du fait de sa nature même, la recherche qualitative peut être sujette à la subjectivité des investigateurs au moment de l'analyse des données. Afin de limiter au mieux le risque de surinterprétation des paroles et des idées des patientes les différentes retranscriptions ont été analysées par un médecin extérieur à l'étude, le Dr Karine DRELLER. Cette seconde analyse a été faite en aveugle de la première, le relecteur n'ayant pas accès en parallèle à notre propre tableau d'encodage. Cependant, en cas de divergence dans les unités de sens émergentes, nous nous réservions le droit de trancher sur la pertinence de chaque interprétation.

Pour finir, ces focus groups ont été menés en coordination avec l'un des médecins et l'infirmière ASALEE de la MSP, inscrivant ce travail dans les actions de santé publique et de prévention qui font partie des rôles de ce type de structure. Ces moments d'échange et d'expression de différents points de vue ont ainsi permis à certaines femmes de remettre en question leur refus de se faire dépister.

II. Limitations et biais

Lors de la préparation et de la réalisation des différents focus groups nous avons été confrontées à de certaines difficultés.

Le recrutement des participantes a déjà été assez ardu. En premier lieu, le sujet de notre thèse est particulièrement délicat à aborder, notamment en groupe, car il touche à l'intimité et à la maladie. Ainsi le recrutement actif, c'est-à-dire en proposant directement aux patientes venant consulter à la MSP de s'inscrire à nos groupes a été plus efficace que celui passif au travers d'un affichage dans les salles d'attente. Nous pouvions alors leur expliquer le but de notre travail et les rassurer sur les craintes qu'elles pouvaient avoir.

Nous avons également été confrontées à un biais de sélection du fait que le recrutement et les séances de FG avaient lieu lors de jours différents. En effet, certaines femmes peu mobiles ne pouvaient se déplacer aux dates convenues à la MSP, notamment les plus âgées. D'autres patientes, ayant personnellement des problèmes de santé ou s'occupant de personnes dans cette situation, nous répondaient qu'elles avaient beaucoup de rendez-vous médicaux à honorer et qu'elles avaient d'autres problématiques en tête que les dépistages organisés. Pour les femmes plus jeunes, la question de la garde des enfants se posait. Ensuite certaines patientes nous ont fait remarquer qu'elles étaient en bonne santé et bien suivies et qu'elles ne voyaient donc pas ce qu'elles pourraient apporter aux débats. Enfin, les personnes qui n'étaient pas sensibilisées à ces enjeux ne se sont pas inscrites. Il est également à noter que le recrutement se faisant au sein d'une MSP, les personnes ne s'y rendant pas ne pouvaient donc pas être recrutés.

Ensuite, même si le but des FG n'est pas d'être complétement représentatif d'une population, nos échantillons recrutés au sein d'une même MSP manquaient sans doute de diversité dans les profils des participantes. Comme pour toutes les études faisant appel à cette méthode, il convient de garder une grande prudence quant à la potentielle généralisation de nos résultats.

Du fait de leur nature même, les études qualitatives sont par ailleurs exposées à un biais d'interprétation, d'une part dans la compréhension par les patientes des questions et relances du guide d'entretien que nous avons élaboré, mais aussi dans notre lecture des retranscriptions. En effet, même si nous avons essayé de rester le plus objectif possible, en tant qu'humain, nous pouvons avoir tendance à interpréter les propos des autres selon nos propres représentations et

ressentis. Toutefois, nous avons tenté de limiter au maximum ce biais en comparant notre travail à une seconde lecture réalisée en aveugle par un médecin extérieur à l'étude.

D'autre part, parmi les trois FG qui ont eu lieu, un a été animé par l'infirmière ASALEE de la maison de santé, Mme BOURGERY, les deux autres par le Dr ROMARY, médecin généraliste. Même si la trame de travail était la même, les façons de conduire les échanges a pu être différente entre les deux modératrices avec par exemple la création d'une charte de confiance dans le premier groupe afin de favoriser une ambiance propice à l'expression libre. De plus les participantes ont parfois posé des questions directement aux animatrices, notamment au médecin, pour qui il était difficile ne pas répondre à ces interrogations légitimes de la part de personnes venues également s'informer lors de ces réunions. Ces explications données au cours des FG ont pu exercer une influence sur la suite des débats.

Notre neutralité en tant qu'observateur a été aussi à quelques reprises mise à mal car nous avons été parfois interpelées par les patientes ou les modératrices pour répondre à des questions ou apporter des précisions. Cependant, ces interventions de notre part restent anecdotiques et n'ont sans doute eu que peu d'influence dans les échanges.

Enfin, certaines participantes ont parfois eu tendance à couper la parole aux autres, parlant parfois à plusieurs en même temps, ce qui a pu rendre certains passages enregistrés difficilement audibles. Cela a pu conduire à une perte d'information. De même, lors de la retranscription, nous nous sommes rendu compte que certaines patientes avaient fait des commentaires à voix basse qui ont été enregistrés mais qui n'ont pas été entendus par la modératrice et donc n'ont pas été explorés.

Pour conclure, comme dans toutes les études faisant appel à des groupes, il est possible que notre travail ait été impacté par un biais de désirabilité, certaines patientes ayant pu avoir tendance à cacher leurs réels sentiments afin d'être au diapason de ceux exprimés par la majorité.

III. Comparaison à la littérature

1) Constats

(a) Des sentiments ambivalents autour du suivi gynécologique

Pour la majorité des participantes, le suivi gynécologique est temps essentiel du parcours de vie d'une femme. Elles le débutent souvent pour rechercher une contraception ou pour suivre une grossesse. Toutefois, quelques patientes ont déclaré ne pas en avoir régulièrement, pour certaines parce qu'elles ne se sentent pas concernées, pour d'autres du fait de la crainte de voir une maladie mise en évidence par le professionnel de santé. Enfin les difficultés à trouver un praticien du fait de la démographie médicale actuelle est également décrite comme un frein.

Dans la littérature le principal moteur du suivi gynécologique semble être la crainte de la maladie. Paradoxalement celle-ci est également cité par les patientes comme étant l'un des freins les plus importants à sa réalisation (45,46). D'autres obstacles sont cités par les auteurs notamment un manque de connaissances, une négligence ou un manque de responsabilisation de la part des patientes et pour finir, des éléments en lien avec l'examen en lui-même comme la peur de la douleur.

Un travail de thèse de 2016 (47) souligne par ailleurs qu'au-delà d'un certain âge, de nombreuses femmes n'ont pas conscience qu'il est nécessaire de poursuivre le suivi gynécologique. D'autres ont cette connaissance mais ne souhaitent pas se faire dépister. Ensuite le sexe du médecin pratiquant l'examen gynécologique semble également être un facteur important pris en compte par les patientes. En effet, beaucoup se sentent mieux comprises par un praticien de sexe féminin. Ceci est également ressorti lors de nos échanges.

La baisse du nombre de gynécologues, notamment en zone rural, est un enjeu majeur de santé publique. Les acteurs de soins de premier recours et notamment les sage-femmes prennent ainsi de plus de place dans ce paysage. Leurs compétences concernant le suivi gynécologique se sont d'ailleurs élargies afin d'améliorer l'accès aux soins des patientes (48). Dans notre travail également, cette profession a été cité plusieurs fois par les patientes parmi les acteurs essentiels pouvant assurer le suivi gynécologique.

(b) Dépistage organisé versus dépistage individuel, une source de quiproquo

Au cours de notre étude il est ressorti une certaine confusion chez les participantes entre le dépistage individuel et le dépistage organisé. Par exemple, plusieurs patientes ont indiqué participer tous les ans au dépistage organisé. Or comme nous l'avons vu cette fréquence ne correspond pas à la définition du DO.

Cette méprise est également retrouvée dans la littérature. Dans une étude de 2012 (49), les auteurs ont interrogé des patientes au sein de centres d'imagerie au travers de questionnaires dans lesquels ils demandaient aux femmes si elles pensaient venir dans le cadre du DI ou du DO. Or les résultats ont montré que 55% des femmes venant pour un DI pensaient être dans un contexte de DO.

Cette idée se retrouve également dans les critiques émises par les patientes concernant l'étroitesse de la tranche d'âge à laquelle s'adresse le DO. Certaines participantes ne se sentent pas légitimes à bénéficier d'une mammographie avant 50 ans quand d'autres peuvent se sentir abandonner par le système de soins après 75 ans. Or c'est dans ces contextes que le dépistage individuel prend tout son sens, les médecins suivant habituellement la patiente étant à même, en fonction de ses facteurs de risque et de son état de santé de lui proposer une mammographie dans le cadre du DI sur les tranches d'âges qui sont extérieures au DO.

(c) Les moteurs à la réalisation du dépistage organisé

Une étude qualitative de 2014 (50) a mis en évidence les deux principales raisons de réalisation du dépistage du cancer du sein, que ce soit dans le cadre du DI ou du DO. La première est la crainte de la maladie. Ainsi l'examen permet de rassurer la patiente qui se sent en sécurité jusqu'à la prochaine invitation. Au contraire, si la mammographie retrouve une anomalie dans le cadre du dépistage, les patientes ont l'espoir que la maladie soit prise suffisamment tôt pour être curable. La seconde cause évoquée dans ce travail de recherche est la volonté des patientes de prendre le contrôle de leur santé.

Au cours des discussions entre les participantes de notre étude, nous avons également retrouvé cette notion de réassurance importante à la suite de l'examen, qui sonnait comme une libération du poids de la crainte de la maladie pour certaines d'entre elles.

D’autre part, la double lecture est citée comme un facteur influençant de façon positive l’adhésion au DO car elle augmente la confiance des patientes dans les résultats (50). Enfin d’autres travaux soulignent (51) le rôle moteur que peut avoir l’entourage familial et amical. Ces derniers points sont également ressortis lors des différents FG.

Enfin, les autres facteurs influençant favorablement les femmes à participer au DO cités dans la littérature sont les conseils du professionnel de santé suivant la patiente, que ce soit son médecin généraliste ou son gynécologue et le fait de recevoir la lettre d’invitation (49).

(d) Le dépistage organisé, un examen qui reste difficile

Les principales craintes concernant la réalisation d’un examen de dépistage exprimées par les patientes restent la peur d’un mauvais résultat et celle de la douleur inhérente à la mammographie. Ensuite vient la question du caractère irradiant de cette technique (50). Ces deux premiers éléments ont effectivement été décrit par nos participantes, le second avec une intensité particulière. En effet, l’examen en lui-même est source de beaucoup d’appréhension pour les patientes. La crainte de l’issu de l’examen peut ensuite induire un sentiment de fatalité qui peut conduire à de la négligence ou au fait que la patiente se persuade d’être en bonne santé. Le troisième point n’a été évoqué que par une seule femme. Enfin, d’autres freins retrouvés dans la littérature sont le manque de temps pour prendre soin de soi du fait d’impératifs familiaux, sociaux ou médicaux concernant d’autres pathologies que le cancer du sein (52).

Au cours des échanges, les participantes ont souligné l’intérêt d’une prise en charge totale par l’assurance maladie de ce dépistage. Mais elles ont également évoqué la question du coût que peuvent avoir les examens complémentaires et les consultations spécialisées.

Ces éléments sont également retrouvés dans une étude de 2014 (53) où l’avance de frais par les patients pour les examens complémentaires peut être vu comme une difficulté supplémentaire et un frein au dépistage. Un retour d’expérience sur ce dépistage datant de 2020 (54) revient également sur cette question éthique, relevant que, bien que la prise en charge à 100% de cet acte de prévention en garanti l’accessibilité à toutes les femmes, certaines d’entre elles peuvent avoir des difficultés à assumer financièrement les investigations supplémentaires.

Ensuite l'absence d'orientation dans le parcours du DO par le médecin traitant, la sage-femme ou le gynécologue peut être un obstacle à sa réalisation (50). Les auteurs mettent en avant l'importance de la relation de confiance et d'estime entre le professionnel de premier recours et la patiente, étant plus à même de promouvoir les actes de prévention et la femme ne se sentant pas comme un numéro anonyme au milieu de tant d'autres.

Lors de notre travail, certaines participantes ont également évoqué le vécu de la mammographie de dépistage comme une obligation, une absence de choix. Certains auteurs (54) soulignent même que la réception de l'invitation peut être ressenti comme une agression. Ce dernier point n'est toutefois pas ressorti lors des échanges.

(e) Cultiver l'esprit critique autour du dépistage organisé

Au cours des différents groupes de discussion, aucune participante n'a remis en question le bénéfice et l'efficacité de la réalisation du dépistage organisé. Cependant, une patiente s'est interrogée sur les dangers de l'irradiation reçue lors de la mammographie.

Une étude de 2014 (53) rappelle les différents points de vue qui se sont succédés concernant la balance bénéfice-risque du DO. Initialement prôné depuis les années 60 devant la mise en évidence d'une baisse de la mortalité, une controverse concernant l'efficacité de la mammographie a fait son apparition au début des années 2000 à la suite d'une méta-analyse pointant les faiblesses des études antérieures en faveur du dépistage. Ces nouvelles données retrouvaient des résultats moins encourageant sur la réduction de la mortalité et soulignaient par ailleurs les risques de surdiagnostic et de surtraitement. Dans ce contexte de polémique la France a toutefois fait le choix de conserver sa politique pro-dépistage. Cependant, des travaux plus récents (55,56) ainsi que l'Institut National du Cancer (57) soulignent le bénéfice important sur la mortalité d'une détection précoce du cancer au prix effectivement d'un surdiagnostic, inhérent au dépistage. Actuellement, ces cancers, qui n'auraient eu aucun impact sur la vie de la patiente et sont alors sur-traités, seraient de l'ordre de 10% de la totalité des cancers dépistés par le DO (58). Toutefois ces situations de surdiagnostic et de surtraitement peuvent avoir un impact psychologique lourd sur les patientes (59). Pour pallier cette problématique, les auteurs se tournent vers d'autres méthodes de détection en cours d'évaluation comme le dépistage génomique, qui permettrait de cibler de façon plus précise les patientes nécessitant une imagerie rapprochée. Toutefois cette dernière technique soulève elle aussi des questionnements éthiques.

Par ailleurs, dans ce retour d'expérience de 2020 (54), les auteurs soulignent que les principaux freins exprimés par les patientes sont plus en lien avec leurs ressentis de l'examen (douleur, crainte des résultats, difficultés d'accès au système de soin…) plutôt que sur la question de la balance bénéfice-risque du DO. Ce résultat est concordant avec celui de notre travail où une seule femme a soulevé cette problématique au cours des discussions alors que les autres obstacles ont été cités à plusieurs reprises.

En ce qui concerne le risque de cancer radio-induit dans le cadre du dépistage organisé, il semble être très faible (60) et la balance bénéfice-risque du DO penche fortement en faveur de sa réalisation.

Enfin, un autre inconvénient du DO est le risque de faux positifs, c'est-à-dire la découverte de lésions suspectes qui après des examens plus approfondis se révèlent bénignes. Ces résultats, en dehors du fait qu'ils déclenchent des biopsies inutiles et donc un cout en matière de santé publique, sont également responsable d'une anxiété importante pour les patientes (61).

(f) Une remise en question de la communication autour de la campagne de dépistage

Les ressentis concernant la campagne de dépistage Octobre Rose ont été mitigés. Si pour certaines femmes cette manifestation constitue un rappel qui peut exercer une influence positive sur leur volonté de se faire dépister, pour d'autres son impact est très faible, voire se limite au plaisir de la participation aux activités organisées par les villes et les associations.

Du fait d'une stagnation du taux de participation au DO au cours de la dernière décennie, nous pouvons nous interroger sur l'influence d'Octobre Rose sur le dépistage. Cependant dans une étude de 2022 (59), des chercheurs américains se sont intéressés aux tendances de recherches google concernant le cancer du sein au cours de l'année et force est de constater l'existence d'un pic important chaque octobre sur la période de l'étude (2012-2021). De même, une étude brésilienne de 2022 (62) retrouvait une augmentation du nombre de mammographie réalisées sur le dernier trimestre de l'année. Cependant ces résultats sont à nuancer car même si la campagne semble avoir un impact positif à travers le monde, nous n'avons pas trouvé d'études similaires s'intéressant spécifiquement à la population française.

D'autre part, la Ligue contre le cancer met en garde contre le « Pinkwashing » (63), c'est-à-dire le fait que certaines entreprises détournent le ruban rose et ses valeurs à des fins de marketing. Dans cet article de 2009 (64) , l'auteur s'interroge sur ce concept de marketing social. Si d'un côté ces marques mettent en avant le dépistage et les actions de la campagne, l'argent récolté provient généralement des consommateurs qui achètent les articles aux couleurs d'Octobre Rose. L'image d'une société peut ainsi être valorisée sans que cette dernière n'ait réellement fait des dons en faveur de la recherche et du soin.

2) Perspectives

(a) Vers une évolution des représentations autour du cancer du sein

Au cours des échanges, les participantes ont évoqué l'évolution des représentations autour du cancer du sein. Pour plusieurs d'entre elles, l'image de cette maladie a changé et il est plus facile aujourd'hui d'aborder ce sujet avec son entourage que lors des décennies précédentes.

Cette question de l'évolution de la perception du cancer du sein est très peu étudiée dans la littérature. Lors de nos recherches, elle a surtout été abordée pour des ethnies particulières, où la question du rapport des femmes à leur corps est plus mise en avant. Nous n'avons pas trouvé d'études s'intéressant spécifiquement à cette problématique dans une population de femmes françaises. Cependant, un article de 2021 d'une association de patientes (65) évoque les modifications des représentations du cancer du sein avec une levée du tabou entourant cette maladie. En effet, depuis plusieurs années, des personnalités publiques révèlent au grand jour être atteints de cancer. Le fait que cette pathologie soit de mieux en mieux soignée y est pour beaucoup, la maladie n'étant plus synonyme de mort assurée. Mais cette notion est à nuancer. Malgré cet élan positif, beaucoup de personnes cachent encore cette maladie qui pour certains reste un aveu de faiblesse.

Du « Breast self-examination » vers le « Breast awareness » ?

Lors de notre travail les patientes ont exprimé leurs difficultés concernant la réalisation de l'autopalpation. Si pour certaines cet examen est pratiqué régulièrement, notamment au moment de la toilette et a parfois permis la découverte d'une anomalie, pour d'autres il est synonyme d'angoisses et de questionnements sur la normalité de la glande mammaire palpée.

Ces éléments de craintes sont également retrouvés dans un travail de mémoire de sage-femme de 2017 (66) où les principaux freins à la réalisation de cette technique sont le fait de ne pas y penser, de ne pas savoir comment faire, d'avoir peur de ne pas la faire correctement, de passer à côté d'une anomalie ou au contraire d'en découvrir une.

D'autre part nous avons vu en introduction que, malgré le fait que de nombreux professionnels de santé la promeuvent, l'autopalpation mammaire n'était pas recommandée par la HAS car cette technique n'aurait pas démontré son efficacité en terme de réduction de la mortalité du cancer du sein (13). Or, comme l'ont décrit plusieurs participantes à nos groupes de discussion, de nombreux cancers sont découvert lors d'une palpation.

Sans aller vers un examen systématique des seins par autopalpation, une autre approche dans la littérature (67) amène la question de la sensibilisation des femmes à leurs seins, « breast awareness » en anglais. Cette notion s'attache à ce que les femmes se familiarisent avec l'aspect de leur poitrine et son évolution au cours de la vie, que ce soient au cours des cycles menstruels, des grossesses ou de l'arrivée de la ménopause. Ainsi cette méthode viserait à ce que les femmes prennent davantage confiance dans la connaissance de leur corps et soient plus à même de détecter l'apparition d'une anomalie. Cependant l'efficacité de cette approche n'a pas été démontrée à ce jour.

Enfin, d'autres auteurs (68) mettent en avant l'importance de la sensibilisation des femmes sur les facteurs de risque du cancer du sein. Une amélioration de leurs connaissances conduirait à une meilleure adhésion au dépistage.

(b) Le rôle central des acteurs de soins primaires dans l'information et l'accompagnement des patientes

Dans notre étude, les femmes regrettent un manque d'information quant au déroulé des différents examens et à l'annonce des résultats avec parfois un manque d'humanité de la part des équipes soignantes. Elles mettent également en avant le rôle pivot du gynécologue médical, du médecin généraliste et de la sage-femme dans leur prise en charge.

Au cœur du système de soin primaires, le médecin généraliste joue un rôle primordial dans la promotion de la santé et la prévention des maladies (69). C'est un interlocuteur privilégié face au patient dont il connait des aspects de la vie qui dépasse la santé. Il est le plus à même de comprendre les patients dans leur globalité, dans leurs craintes et leurs questionnements, et non seulement au travers de notion de chiffres et de santé publique. Ainsi, la relation de confiance nouée au cours des années de suivi permet au patient de se livrer quant à ses doutes et ses représentations sur la maladie et les examens nécessaires. Ce lien prend par ailleurs une dimension particulière, si en cas de positivité du dépistage, le statut du patient bascule de sujet sain se faisant dépister à celui d'une personne malade devant maintenant affronter un cancer.

De même, comme nous l'avons vu plus haut, les sage-femmes prennent de plus en plus de place dans le suivi gynécologique des patientes.

Toutefois ces situations centrales de professionnels de premier recours est mise à mal dans le cas de certains dépistages, notamment celui du cancer du sein En effet les invitations que reçoivent les femmes par voie postale tiennent lieu d'ordonnance et elles peuvent donc se présenter dans les centres d'imagerie sans avoir consulté un médecin ou une sage-femme au préalable. Or pouvoir échanger avec un référent en la matière dans une démarche d'approche centrée patient serait judicieux. L'envoi systématique peut parfois court-circuiter ces échanges et occasionner une mauvaise communication.

Dans cette étude de 2014 (53) les auteurs soulignent les inconvénients d'une telle organisation du DO, dissociée du parcours de soin usuel avec une absence de professionnel de santé référent chargé de coordonner ce suivi. Ce procédé peut entraîner plusieurs conséquences négatives. D'une part il ne tient pas compte du ressenti personnel des femmes par rapport à la maladie et à son dépistage et d'autre part, il ne favorise pas la transmission d'une information claire et loyale sur son principe. Ainsi on ne peut pas dire que le consentement des patientes soit réellement éclairé car elles n'ont pas eu d'interlocuteur en face d'elles pour échanger et

répondre à leurs questions. Le refus de certaines patientes d'effectuer les examens complémentaires en sont un exemple et on peut légitimement se poser la question des informations sur le parcours de soin en cas de résultat positif qu'elles ont reçu au préalable et au décours du dépistage.

Pour les auteurs, ce système ne crée pas un climat de confiance vis-à-vis du DO et rend la fidélisation des femmes au programme difficile. Ils mettent au contraire en avant d'autres moyens d'entrée dans le DO, comme notamment les blocs d'ordonnance pour mammographie de dépistage qui sont mis à disposition des professionnels de santé.

De surcroit, cette étude questionne sur le rôle des radiologues dans l'annonce des résultats et dans l'organisation des examens complémentaires, ces médecins ayant un statut particulier, en dehors des professionnels qui accompagnent habituellement la patiente lors de son suivi. De la même manière, le fait que les patientes aient le choix de communiquer ou non les coordonnées de leur gynécologue, médecin traitant ou sage-femme pose la question du suivi post-dépistage.

Cependant il peut parfois être difficile pour le médecin généraliste, au milieu des multiples motifs qui ont amené le patient à venir le consulter, de trouver le temps d'aborder les questions de prévention. Les auteurs de cet article (69) évoquent l'intérêt de valoriser des consultations dédiées à la prévention.

(c) La tranche d'âge couverte par le dépistage organisé doit-elle être élargie ?

Au cours de notre travail, certaines patientes ont exprimé avoir ressenti un sentiment d'exclusion de la mammographie de dépistage avant l'âge de 50 ans. D'autres participantes, plus âgées ont critiqué l'arrêt du dépistage organisé au-delà de 75 ans.

Ces interrogations sur la tranche d'âge concernée par le dépistage organisé sont également retrouvées dans la littérature (54).

Il peut s'agir dans un premier temps d'un manque d'information de la part des patientes. En effet avant 50 ans, l'absence de dépistage organisé ne dispense pas d'un suivi gynécologique auprès d'un professionnel de santé qui peut décider de prescrire une mammographie en fonction des facteurs de risque de la patiente dans le cadre du dépistage individuel.

Toutefois des études (70,71) ont mis en évidence une baisse de la mortalité du cancer du sein en offrant la possibilité aux femmes de 40 à 49 ans de se faire dépister. Dans ces groupes d'âge, les surdiagnostics et les risques de cancers radio-induits sont minimes. Les auteurs soulignent cependant le risque plus important de faux positifs et de majoration de l'anxiété chez les femmes qui subissent des biopsies pour des lésions bénignes. Ainsi la question d'élargir le dépistage organisé aux femmes plus jeune peut se poser.

D'autre part, la sortie du dépistage organisé ne signifie pas la sortie du suivi gynécologique et de même les praticiens peuvent poursuivre les mammographies de dépistage en fonction des patientes, de leurs facteurs de risque et de leur état de santé.

Ainsi certains auteurs (72) recommandent la mise à disposition d'informations au sortir du dépistage organisé, notamment au travers d'un courrier, insistant sur la nécessité de poursuivre le suivi clinique auprès d'un professionnel de santé avec palpation mammaire annuelle, même après 75 ans.

(d) L'apport de la génétique pour un dépistage individualisé

Dans notre étude, un résultat normal de la mammographie était interprété par les participantes des FG comme une réassurance pour deux ans, c'est-à-dire jusqu'à la prochaine invitation au dépistage. La question des cancers d'intervalle n'a pas été soulevée. De même, les connaissances des patientes concernant les risques génétiques des cancers du sein semblaient faibles.

Actuellement les femmes présentant des facteurs de risques particuliers peuvent se voir proposer des dépistages plus fréquents, entrant dans le cadre du dépistage individuel. Des études récentes (73) ont mis en évidence la sur-représentation de certains sous-types de tumeurs dans les cancers dit d'intervalle, c'est-à-dire survenant entre deux mammographies de dépistage. Les auteurs soulignent ainsi l'importance d'améliorer nos connaissances dans la génétique de ces catégories particulières de cancer afin d'affiner le dépistage pour les patientes les plus à risque tout en limitant l'irradiation de celles qui le sont moins. Des travaux sont en cours pour établir l'efficience de tels dépistages basés sur la génétique. Par exemple l'étude MyPeBS (My Personal Breast Screening) (74) propose la réalisation d'une mammographie tous les un à quatre ans en fonction du risque établi à la suite de l'analyse d'un échantillon salivaire.

Pour certaines femmes, le fait de se savoir porteuses d'un gène à très haut risque de cancer du sein comme le BRCA 1 ou 2 peut-être source d'anxiété (75). Cependant le fait de connaitre ce statut peut aussi avoir des conséquences positives comme le fait de bénéficier d'un suivi médical plus attentif, ce qui peut rassurer les patientes. Nous avons pu retrouver ces deux points de vue exprimés par les patientes lors des échanges. De plus, connaitre les probabilités de risque de transmission de ces gènes à ses descendants est aussi une source de motivation à établir son statut génétique, notamment chez les patientes qui ont déjà eu un cancer du sein. Au contraire, les craintes du retentissement des résultats de ces tests sur soi ou sa famille peut être un frein. Enfin, se savoir à haut risque de développer un cancer n'est pas anodin dans notre société, notamment en ce qui concerne les assurances. Au contraire, le fait de ne pas être porteur de ce type de gène peut être perçu comme rassurant. Il n'est cependant pas synonyme pour autant de ne jamais avoir de cancer du sein mais d'avoir le même risque de développer cette maladie que la population générale. (76). Il s'agit ici de considérations sur des gènes à haut risque du cancer du sein et on peut se poser la question du retentissement psychologique et sociétal de se savoir porteuses de gènes à pénétrance plus variable. Or nous n'avons pas trouvé d'étude qui explorerait cet aspect.

(e) Vers une consultation dédiée ?

Lors des temps d'échange, certaines patientes ont soulevé l'idée de proposer le dépistage lors de consultations plus globales. Elles ont alors cité les consultations de médecine préventive. D'autres participantes ont évoqué l'intérêt de distribuer les informations relatives au cancer du sein avant l'âge de participation au DO. Ainsi la question d'une consultation dédiée à la prévention et délivrant des informations relatives aux facteurs de risque et au DO pourrait être intéressante.

En 2020 des chercheurs ont publié un article dans lequel ils offraient aux patientes la possibilité de réaliser une consultation dédiée afin d'évaluer leurs facteurs de risques en fonction de différents modèles et scores d'oncogénétique afin de leur proposer un plan personnel de surveillance. A l'issu de ces rencontres, les femmes étaient en majorité satisfaites par celles-ci. Cependant cette étude est à nuancer car les participantes étaient particulièrement sensibilisées au cancer du sein, ayant pour les trois quarts d'entre elles un antécédent familial de cette pathologie. Les auteurs soulignent ici l'importance d'un accompagnement personnalisé dans l'annonce d'un risque de maladie (77).

CONCLUSION

Actuellement le cancer du sein reste le plus fréquent chez les femmes. Du fait d'une détection plus précoce et d'une amélioration des techniques de prise en charge, la mortalité liée à cette maladie est en recul depuis plusieurs années. Bien qu'il s'inscrive pleinement dans cette problématique, le dépistage organisé du cancer du sein n'a pas atteint ses objectifs en ce qui concerne le taux de participation des patientes. Or cet examen qui n'a rien d'anodin peut être difficilement vécu par les patientes.

Notre étude avait pour objectif de redonner la parole aux femmes en recueillant leurs ressentis et représentations concernant le cancer du sein et son dépistage. Au travers de leurs échanges, il est ressorti une évolution des représentations de cette maladie qui devient de moins en moins tabou au fils des générations. Le dépistage organisé est quant à lui source d'ambivalence : même si les patientes en voient clairement l'utilité elles reprochent surtout, outre le fait que la mammographie soit en elle-même douloureuse, un manque d'information et d'accompagnement autour de cet examen.

Ainsi il est important de replacer la patiente au centre de la démarche, d'être davantage à l'écoute de ses interrogations et de ses craintes afin de lui apporter toutes les informations nécessaires à la compréhension des enjeux autour de cet aspect de la prévention.

Les acteurs de premier recours et notamment le médecin généraliste apparaissent comme des interlocuteurs privilégiés. Ils sont pourtant mis de côté par la construction actuelle du dépistage organisé. Pivot de la coordination du parcours de soin, ces professionnels de santé prennent une réelle importance en tant que vecteur d'informations claires et loyales sur les questions entourant le dépistage afin que la patiente puisse donner un consentement qui soit le plus éclairé possible. Ainsi il pourrait être intéressant de mettre en place une consultation qui soit à la fois dédiée à la prévention du cancer du sein mais aussi prise en charge comme c'est le cas pour la première consultation de contraception, de prévention et de santé sexuelle.

D'autre part, la génétique prend de plus en plus de place dans notre monde moderne. Elle pourrait à l'avenir jouer un grand rôle dans le schéma de réalisation des dépistages en individualisant le suivi aux facteurs de risques de chaque patiente. Des essais sont en cours notamment à l'échelle européenne pour évaluer la pertinence d'une telle approche.

Enfin au cours des échanges l'utilité de la campagne Octobre Rose a été remise en question. Si pour certaines elle reste synonyme de rappel et de sensibilisation au cancer du sein, pour d'autre les messages clés diffusés passent au second plan derrière les manifestations sportives et les rassemblements qui ont pour but initiaux de la sous-tendre. Ainsi il pourrait être intéressant d'évaluer quel est le réel impact en France sur la réalisation de mammographies de dépistage d'une telle campagne de prévention.

BIBLIOGRAPHIE

1. Cancer du sein [Internet]. [cité 15 nov 2022]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein

2. Le cancer du sein - Les cancers les plus fréquents [Internet]. [cité 15 nov 2022]. 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

3. Définitions : cancer - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 4 févr 2024]. Disponible sur: https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/cancer/12634

4. Item 309 - Tumeurs du sein [Internet]. [cité 4 févr 2024]. Disponible sur: http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/27-ch20-213-230-9782294715518-T-sein.html

5. Frikha N, Chlif M. Un aperçu des facteurs de risque du cancer du sein. Bull Académie Natl Médecine. 1 mai 2021;205(5):519-27.

6. Panorama des cancers en France - édition 2023 [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Panorama-des-cancers-en-France-edition-2023

7. Inserm [Internet]. [cité 7 avr 2024]. Travail de nuit et cancer du sein : de nouveaux arguments en faveur d'un lien · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: https://www.inserm.fr/actualite/travail-nuit-et-cancer-sein-nouveaux-arguments-en-faveur-lien/

8. Cancers du sein: les facteurs de risque | Fondation ARC pour la recherche sur le cancer [Internet]. [cité 31 janv 2024]. Disponible sur: https://www.fondation-arc.org/cancer/cancer-sein/facteurs-risque-cancer

9. Le diagnostic de cancer du sein [Internet]. [cité 4 févr 2024]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/meurthe-et-moselle/assure/sante/themes/cancer-sein/symptomes-diagnostic

10. Bekhouche A, Tardivon A. Statut ganglionnaire axillaire chez les patientes prises en charge pour un cancer du sein : évaluation préopératoire et évolution de la prise en charge. Imag Femme. 1 mars 2017;27(1):25-40.

11. LA PREVENTION : définition, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationales [Internet]. [cité 15 avr 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf

12. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 5 déc 2022]. Dépistage : objectif et conditions. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2632453/fr/depistage-objectif-et-conditions

13. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé Dépistage et prévention du cancer du sein (HAS) [Internet]. 2015 [cité 13 juin 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf

14. Cancer du sein : quels examens et à quel âge ? | Santé.fr [Internet]. 2018 [cité 5 févr 2024]. Disponible sur: https://cancersdusein.e-cancer.fr/infos/quels-examens-et-a-quel-age/

15. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 5 févr 2024]. Cancer du sein : modalités spécifiques de dépistage pour les femmes à haut risque. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974673/fr/cancer-du-sein-modalites-specifiques-de-depistage-pour-les-femmes-a-haut-risque

16. Baxter N. Preventive health care, 2001 update: Should women be routinely taught breast self-examination to screen for breast cancer? CMAJ Can Med Assoc J. 26 juin 2001;164(13):1837-46.

17. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. [Internet]. [cité 5 févr 2024]. Disponible sur: https://www.cochrane.org/CD003373/BREASTCA_regular-self-examination-or-clinical-examination-for-early-detection-of-breast-cancer.

18. Cancerdusein.org - L'auto-examen des seins [Internet]. [cité 5 févr 2024]. Disponible sur: https://www.cancerdusein.org/les-cancers-du-sein/le-depistage-precoce/lauto-examen-des-seins

19. Evaluation du programme de dépistage du cancer du sein [Internet]. [cité 5 déc 2022]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein

20. Le programme de dépistage organisé des cancers du sein - Dépistage du cancer du sein [Internet]. [cité 13 févr 2024]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise

21. Dépistage organisé du cancer du sein [Internet]. [cité 3 mars 2024]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/meurthe-et-moselle/medecin/sante-prevention/pathologies/cancers/depistage-organise-du-cancer-du-sein

22. Qui sommes-nous ? [Internet]. CRCDC Grand Est. [cité 5 déc 2022]. Disponible sur: https://depistagecancer-ge.fr/le-reseau/qui-sommes-nous/

23. Moins d'une femme sur deux ont fait une mammographie de dépistage organisé du cancer du sein en 2021-2022 [Internet]. [cité 3 mars 2024]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2023/moins-d-une-femme-sur-deux-ont-fait-une-mammographie-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-en-2021-2022

24. questions_reponses_depistage_sein.pdf [Internet]. [cité 3 mars 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-02/questions_reponses_depistage_sein.pdf

25. Dupays S, Leost H, Guen YL. Le dépistage organisé des cancers en France. Disponible sur: https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2021-059r.pdf

26. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 3 mars 2024]. Dépistage du cancer du sein. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1501534/fr/depistage-du-cancer-du-sein

27. Haute Autorité de Santé - Cancer du sein : quel dépistage selon vos facteurs de risque ? - questions / réponses [Internet]. [cité 7 avr 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1741602/fr/cancer-du-sein-quel-depistage-selon-vos-facteurs-de-risque-questions-/-reponses

28. Estée Lauder & the Pink Ribbon - ESTEE LAUDER PINK RIBBON PHOTO AWARD [Internet]. [cité 6 févr 2024]. Disponible sur: https://pinkribbonaward.fr/en/the-origin-the-pink-ribbon

29. Breast Cancer Awareness Month | Description, Prevention, & History | Britannica [Internet]. 2024 [cité 6 févr 2024]. Disponible sur: https://www.britannica.com/topic/Breast-Cancer-Awareness-Month

30. Cancerdusein.org - Historique de la campagne [Internet]. [cité 6 févr 2024]. Disponible sur: https://www.cancerdusein.org/association/l-histoire-de-l-association/historique-de-la-campagne

31. Octobre rose | Mon Parcours Handicap [Internet]. [cité 5 févr 2024]. Disponible sur: https://www.monparcourshandicap.gouv.fr/actualite/octobre-rose-faites-vous-depister-contre-le-cancer-du-sein

32. Breast Cancer Awareness Month 2024 [Internet]. [cité 5 févr 2024]. Disponible sur: https://www.breastcancer.org/about-breast-cancer/breast-cancer-awareness-month

33. Octobre Rose - Dépistage du cancer du sein | ICM Montpellier [Internet]. [cité 5 févr 2024]. Disponible sur: https://www.icm.unicancer.fr/fr/linstitut-du-cancer-de-montpellier/la-formation/octobre-rose

34. DGOS_Michel.C. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 12 févr 2024]. Les maisons de santé. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/les-maisons-de-sante-300889

35. Article L6323-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 12 févr 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000044628615

36. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 12 févr 2023]. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage

37. Cancerdusein.org - La campagne d'information [Internet]. [cité 14 févr 2023]. Disponible sur: https://www.cancerdusein.org

38. Les Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) [Internet]. 2022 [cité 12 févr 2023]. Disponible sur: https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-msp

39. Valyi S, Lannes M, Moret L, Paillé C. Comment recueillir l'expérience du patient ? RISQUES Qual. 2021;XVIII(3):171-4.

40. Moreau A, Dedianne MC, Letrilliart L, Le Goaziou MF, Labarère J, Terra JL. S'approprier la méthode du focus group. Rev Prat -Médecine Générale. 2004;18(645):382-4.

41. Baribeau C. Analyse des données des entretiens de groupe. Rech Qual. 2009;28(1):133.

42. oTranscribe [Internet]. [cité 10 mars 2024]. Disponible sur: https://otranscribe.com/

43. Balard F, Kivits J, Schrecker C, Voléry I. Chapitre 9. L'analyse qualitative en santé. In: Les recherches qualitatives en santé [Internet]. Paris: Armand Colin; 2016 [cité 11 févr 2023]. p. 167-85. (Collection U). Disponible sur: https://www.cairn.info/les-recherches-qualitatives-en-sante--9782200611897-p-167.htm

44. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale :description d'une démarche visant à donner un sensà des données brutes. Rech Qual. 2006;26(2):1.

45. Fayolle E, Vallée J. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. Exercer. 2013;(107):114-20.

46. Carles Ferreira K. Mise en évidence des freins et moteurs à la consultation gynécologique chez les femmes de 50 à 65 ans dans les Alpes Maritimes et place du médecin traitant dans ce suivi : enquête qualitative auprès de 43 patientes. FACULTE DE MEDECINE NICE SOPHIA ANTIPOLIS; 2013.

47. CHERON C. Examen gynécologique chez les femmes de plus de 65 ans en médecine générale pour le dépistage des cancers gynécologiques, freins et limites : étude qualitative auprès de 20 praticiens. FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIEDE ROUEN; 2016.

48. Duranthon A, Parayre I. Place de la sage-femme dans le suivi gynécologique de prévention en milieu rural. Sages-Femmes. 1 sept 2021;20(5):51-4.

49. Lançon F, Sannino N, Viguier J. Connaissances, perceptions, attitudes et comportements des femmes et des médecins vis-à-vis du dépistage du cancer du sein, France, 2010. Bull Epidémiologique Hebd. 26 sept 2012;(35-36-37):417-20.

50. Kalecinski J, Régnier-Denois V, Ouédraogo S, Dabakuyo-Yonli TS, Dumas A, Arveux P, et al. Dépistage organisé ou individuel du cancer du sein ? Attitudes et représentations des femmes. Santé Publique. 2015;27(2):213-20.

51. Dujoncquoy S, Migeot V, Gohin-Pério B. Information sur le dépistage organisé du cancer du sein : étude qualitative auprès des femmes et des médecins en Poitou-Charentes. Santé Publique. 2006;18(4):533-47.

52. La participation au dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans en France : Situation actuelle et perspectives d'évolution [Internet]. [cité 7 avr 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-02/argumentaire_-_participation_depistage_cancer_du_sein_2012-02-02_15-27-14_245.pdf

53. Papin-Lefebvre F, Moutel G, Duchange N, de Montgolfier S, Sancho-Garnier H, Jullian O, et al. Dépistage organisé du cancer du sein en France : pour une optimisation de l'information. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 avr 2014;62(2):109-17.

54. Tournoux-Facon C, Ingrand I, Rolland-Lozachmeur G. Retour d'expérience sur le dépistage organisé du cancer du sein : quelles réalités de terrain pour quelles perspectives d'avenir ? Ethics Med Public Health. 1 janv 2020;12:100454.

55. Ceugnart L, Deghaye M, Vennin P, Haber S, Taieb S. Dépistage organisé du cancer du sein : des éléments de réponse aux controverses récurrentes. J Radiol Diagn Interv. 1 avr 2014;95(4):357-62.

56. Marmot MG, Altman DG, Cameron DA, Dewar JA, Thompson SG, Wilcox M. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. Br J Cancer. juin 2013;108(11):2205-40.

57. Dépistage des cancers du sein : bénéfices et limites - Dépistage du cancer du sein [Internet]. [cité 7 avr 2024]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein/Benefices-et-limites

58. Thomassin-Naggara I, Chabbert-Buffet N, Trop I. Du dépistage de masse au dépistage stratifié selon le risque. Imag Femme. 1 mars 2018;28(1):1-5.

59. Nishimura Y, Acoba JD. Impact of Breast Cancer Awareness Month on Public Interest in the United States between 2012 and 2021: A Google Trends Analysis. Cancers. 21 mai 2022;14(10):2534.

60. Hauge IHR, Pedersen K, Olerud HM, Hole EO, Hofvind S. The risk of radiation-induced breast cancers due to biennial mammographic screening in women aged 50–69 years is minimal. Acta Radiol. 1 déc 2014;55(10):1174-9.

61. Sicsic J, Pelletier-Fleury N, Carretier J, Moumjid N. Préférences des femmes vis-à-vis du dépistage du cancer du sein. Santé Publique. 2019;S2(HS2):7-17.

62. Antonini M, Pinheiro DJP da C, Salerno GRF, Matos ABT de MB, Ferraro O, Mattar A, et al. Does Pink October really impact breast cancer screening? Public Health Pract. 9 sept 2022;4:100316.

63. Octobre rose 2016 - La Ligue contre le cancer s'alarme : « Attention au Pinkwashing *» | Ligue contre le cancer [Internet]. 2016 [cité 24 mars 2024]. Disponible sur: https://www.ligue-cancer.net/nos-actualites/octobre-rose-2016-la-ligue-contre-le-cancer-salarme-attention-au-pinkwashing

64. Dominique G. Faut-il courir pour le cancer du sein ? Réflexions sur la culture du ruban rose. Oncomagazine. 1 mai 2009;3:26-30.

65. Mouchet S. Evolution de la perception des Français sur le cancer : « Un tabou est tombé » [Internet]. RoseUp Association. 2021 [cité 1 avr 2024]. Disponible sur: https://www.rose-up.fr/magazine/enquete-evolution-perception-francais-cancer-tabou/

66. Chanzy C. Évaluation de la pratique de l'autopalpation des seins auprès des femmes du bassin annécien [Internet]. UNIVERSITE GRENOBLE ALPES; 2017 [cité 18 avr 2024]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01556723v1/document

67. Thornton H, Pillarisetti RR. ‘Breast awareness’ and ‘breast self-examination’ are not the same. What do these terms mean? Why are they confused? What can we do? Eur J Cancer. 1 oct 2008;44(15):2118-21.

68. Bao H, Liu L, Cong S, Wang F, Yu L, Fang L, et al. Breast Cancer Awareness and Association with Frequency of Screening Among Women — China, 2020. China CDC Wkly. 14 avr 2023;5(15):327-32.

69. Aïm-Eusébi A, Cussac F, Aubin-Auger I. Place des médecins généralistes dans le dispositif de prévention/dépistage des cancers en France. Bull Cancer (Paris). 1 juill 2019;106(7):707-13.

70. Duffy SW, Vulkan D, Cuckle H, Parmar D, Sheikh S, Smith RA, et al. Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality (UK Age trial): final results of a randomised, controlled trial. Lancet Oncol. 1 sept 2020;21(9):1165-72.

71. Grimm LJ, Avery CS, Hendrick E, Baker JA. Benefits and Risks of Mammography Screening in Women Ages 40 to 49 Years. J Prim Care Community Health. 22 janv 2022;13:21501327211058322.

72. Écomard LM, Malingret N, Asad-Syed M, Dilhuydy MH, Madranges N, Payet C, et al. Diagnostic du cancer du sein après 74 ans : information donnée par les structures de gestion du dépistage organisé à la sortie de la tranche d’âge concernée. Bull Cancer (Paris). 1 juill 2013;100(7):671-8.

73. Cortet M. Sous-types moléculaires de cancers du sein : quels enjeux pour faire évoluer le dépistage en France. Imag Femme. 1 mars 2021;31(1):6-12.

74. MyPeBS [Internet]. [cité 5 avr 2024]. Le projet. Disponible sur: https://www.mypebs.eu/fr/le-projet/

75. Leblond D, Brédart A, Dolbeault S, De Pauw A, Stoppa Lyonnet D, Flahault C, et al. Impact cognitif, émotionnel et comportemental d’un résultat BRCA1/2 incertain : revue de la littérature. Bull Cancer (Paris). 1 févr 2011;98(2):184-98.

76. Joubert LM. Perceptions des bénéfices et des risques des tests génétiques de prédisposition au cancer du sein (BRCAI/2) par les femmes ayant recours à ces tests. [Quebec]: FACULTE DE PHARMACIE UNIVERSITÉ LAVAL; 2006.

77. Uzan C, Ndiaye-Guèye D, Nikpayam M, Oueld es cheikh E, Lebègue G, Canlorbe G, et al. Consultation personnalisée d’évaluation du risque de cancer du sein : premiers résultats. Bull Cancer (Paris). 1 oct 2020;107(10):972-81.

ANNEXE 1 : Questionnaire de recueil des données démographiques

Données démographiques

- Quel âge avez-vous ?

- Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ? (Cf. tableau)

1	Agriculteurs exploitants
2	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise
3	Cadres et professions intellectuelles supérieures
4	Professions intermédiaires
5	Employés
6	Ouvriers
7	Retraités
8	Autres personnes sans activités professionnelles

Tableau des catégories socioprofessionnelles 2003 de l'INSEE (insee.fr)

- Avez-vous déjà eu des grossesses ?

- Avez-vous un suivi gynécologique régulier ?

- Si vous avez moins de 50 ans, avez-vous déjà réalisé une imagerie mammaire ?

- Si vous avez plus de 50 ans, avez-vous déjà réalisé une mammographie entrant dans le cadre du dépistage organisé ?

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

- Avez-vous un ou des antécédents familiaux de cancer du sein ?

ANNEXE 2 : Guide d'entretien

Guide d'entretien

Bonjour à toutes, nous vous remercions d'être venues. Nous souhaitons explorer avec vous vos ressentis et vos représentations concernant le cancer du sein, son dépistage organisé et la campagne Octobre Rose. Vous êtes libres de dire ce que vous voulez, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

1. Qu'est-ce que c'est pour vous le suivi gynécologique ?

    a. Par qui êtes-vous suivi ?

    b. A quelle fréquence faites-vous ce suivi ?

    c. Comment avez-vous débuté le suivi et à quel âge ?

    d. Quels sont pour vous les points important de ce suivi ? *(Frotti ? contrôle visuel du col ? palpation mammaire ? discussion sexualité et contraception ?)*

    e. Quels sont vos freins à ce suivi ?

    f. Avez-vous une idée de quelles sont les recommandations officielles concernant ce suivi ? *(À quelle fréquence voir le gynéco, quand commence les mammo, le frottis, etc.)*

2. Que représente pour vous le cancer du sein ?

    a. (Est-ce que vous vous sentez concerné par le cancer du sein ? Pensez-vous que vous pourriez un jour en être atteinte ?)

    b. Est-ce pour vous un cancer fréquent ?

    c. A quel point vous sentez-vous libre d'aborder ce sujet avec votre entourage ? Avez-vous déjà parlé de ce sujet avec votre famille ou vos amies ? Avec votre compagnon ou votre compagne ?

3. Que pensez-vous de l'autopalpation du sein ?

    a. La pratiquez-vous ? Si oui comment ? Cette pratique vous-a-t-elle été recommandé par un professionnel de santé ?

    b. Quelle est votre « technique » pour la pratiquer ?

    c. Quel est votre sentiment lorsque vous la pratiquez ?

    d. Pensez-vous que cette surveillance peut être suffisante ?

    e. Avez-vous déjà palpé une anomalie ? si oui, comment avez-vous réagit ?

4. Que représente pour vous le dépistage du cancer du sein ? *Pour rappel, le dépistage organisé consiste en la réalisation d'une mammographie tous les 2 ans, entre 50 et 75 ans, avec une double lecture par deux radiologues différents.*

    a. Avez-vous déjà réalisé une mammographie ou une échographie mammaire avant l'âge de 50 ans ? Si oui, pour quelle raison cet examen vous a-t-il été prescrit ?

    b. Comment ressentez-vous la réception de l'invitation ?

    c. Comment vivez-vous la mammographie ? L'échographie ?

    d. Quels sont pour vous les points positifs et négatifs de ce dépistage ?

    e. Pour les femmes de moins de 50 ans, avez-vous déjà réalisé une imagerie mammaire pour une autre raison que la palpation d'une anomalie ? Comment avez-vous ressenti cet examen ?

    f. Pour les femmes de plus de 75 ans, qu'avez-vous ressenti lors de l'arrêt du dépistage organisé ? Comment le vivez-vous actuellement ?

    g. De nouvelles techniques évoluant vers une surveillance personnalisées basées sur les facteurs de risques génétiques sont en cours d'étude. Qu'en pensez-vous ?

5. Que pensez-vous de la campagne octobre rose ?

    a. Que ressentez-vous lorsque le mois d'octobre arrive ?

    b. Modifie-t-elle la façon dont vous percevez votre corps et en particulier vos seins ?

    c. Dans quelle mesure influence-t-elle votre suivi ?

Merci à toute pour votre participation à cette réunion. Nous espérons qu'elle a répondu à vos attentes. Avant de nous quitter, nous avons encore une dernière question.

6. Que pensez-vous de la réunion d'aujourd'hui ?

    a. Quelles ont été vos motivations pour venir ?

    b. Qu'attendiez-vous de cette réunion ?

    c. A-t-elle répondu à ces attentes ?

    d. Avez-vous des questions ?

ANNEXE 3 : Formulaire de consentement

Formulaire de consentement

Titre du projet de thèse : Représentations et ressentis de femmes majeures concernant la sensibilisation et le dépistage primaire du cancer du sein en Meurthe-et-Moselle, à l'occasion d'octobre rose. Étude qualitative en focus groups mené au sein d'une MSP en Meurthe-et-Moselle.

Organisateurs :
- Cindy ELMERICH, Interne de médecine générale
- Dr Hélène ROMARY, Docteur en médecine générale

Collaborateur :
- Magali BOURGERY, Infirmière ASALEE

Objectif de l'étude :
Explorer les représentations actuelles et les ressentis des femmes majeures concernant la sensibilisation autour de la question du cancer du sein et du dépistage organisé.

Recueil des données :
Enregistrements audios lors de la réunion, retranscription anonyme mot à mot puis destruction des enregistrements
Anonymisation complète des données

Utilisation des données :
Les données anonymisées seront analysées par les organisateurs puis relues par une tierce personne, également médecin.
Les données anonymisées seront utilisées dans le cadre d'un travail de thèse.

Refus de participer :
Cette étude et cette réunion sont basées sur le volontariat. Vous avez la possibilité de refuser de participer à l'étude, ainsi que de vous en retirer à tout moment sans justification.

	OUI	NON
J'ai - Lu et compris les informations ci-dessus - Compris que cette étude était basée sur le volontariat, que je pouvais refuser d'y participer et que j'étais libre de la quitter à tout moment		
Je donne mon consentement - Pour participer à la réunion du …….. - Pour que cette réunion soit enregistrée et que les enregistrements soient retranscrits mot à mot de façon anonyme - Pour que ces données anonymisées soient utilisées dans un travail de thèse		

Initiales : Signature :

ANNEXE 4 : tableau d'encodage

Le suivi gynécologique, entre nécessité et craintes

Dans quel cadre

Dépistage	Grossesse	Ménopause	Contraception	permet aux jeunes filles de poser leurs questions
A2 (192-194; 306-308); B6 (41-42;46); B1 (43)	B6 (50); C4 (114); C6 (111-112)	B2 (59); B6(56-58)	B1 (61); B2 (59); B6 (62); C5 (257); C6 (111-112)	B5 (163)

Débute à quel moment

Adolescence	Grossesse	Contraception	Rôle de la mère
B1 (157); B2 (155-156); B3 (138); B5(142); B6(140;143)	C1 (238); C2 (243)	C2 (247); C6 (239)	A1 (1010-1011); B6 (148-150); C6 (1001); C7 (263-264)

Plusieurs professionnels peuvent assurer le suivi

Gynécologue	Médecin généraliste	Sage femme	impact du sexe du médecin
B1 (67); B5 (66)	A1 (61-62); A2 (750); B2 (72); B3(69); C4 (798)	A2 (759); B5 (66); C6 (1048)	A1 (74-76); A2 (70); A6 (242-243); B6 (146-147); pudeur A2 (88)

Le suivi gynécologique est essentiel

A1 (62); A2 (77-79); B2 (181); B5 (375-376); C4 (75); C7 (54)

Le suivi gynécologique n'est pas toujours effectué

A4 (166;168;170-172); A5 (175); B1(130-131); B4 (132); C3 (190)

Y-t-il un âge auquel le suivi devrait être arrêté?

Dépistage des cancers	Rassurant	Régulier
B2(173-174; 176); B6 (178;183)	B2 (181) ; C4 (81;97)	A1 (62-63; 125); A3(345-346); B1 (130); B4 (127); B6 (40-41; 113-114)

Freins au suivi gynécologique

Les patientes pensent avoir le temps	Problématique de l'accès aux soins	Générateur d'angoisses
A3 (554); A5 (175-179) ; B4 (193-194)	A2(753); A3 (747); B6 (185)	A1 (66); A2 (105-106); C1&C2 (110); C3&C5 (104); C4 (102); C6 (101;103;109;122-123;125)

Le suivi s'arrête à un certain âge	Le suivi doit se poursuivre jusqu'au bout
A5 (309); B1 (74-75); B2 (85); B6 (91); C4(114-115); C6 (113)	B2 (77); B6 (81)

Le cancer du sein, un sujet au cœur des échanges

Le cancer du sein, une maladie fréquente ?

Des interrogations	Un cancer fréquent	Un cancer qui n'est pas plus fréquent qu'un autre	Un cancer qui peut toucher tout le monde
A1(637-638); A2 (641); B4 (342); C6 (199;384); C7 (200)	A1 (798); B1&B2&B3&B4&B5 &B6 (332-333); B2 (339; 355-356); C1 (392); C4 (383); C7 (387; 427)	A2 (1005); A5 (296; 298; 303-304)	A1 (801-802); A4 (800); Plusieurs participantes du FG C

Un sujet angoissant dont il est difficile de parler

Une notion angoissante	crainte des conséquences physiques de la maladie	Les personnes âgées sont moins bien soignées
B6 (608); C2 (424); C4 (423); C5 (411-412); C6 (382); C7 (430-431), Toutes les participantes du FG C (426)	B6 (211; 214; 233-234; 636)	B4 (277; 307-308)
Un Cancer mieux soigné donc moins angoissant C7 (131-132; 385)		

Un sujet de moins en moins tabou

Le cancer du sein, un sujet tabou…	… dont les femmes parlent de plus en plus librement
A2 (153; 1087); A3 (976-977; 1044-1045); A6 (157;1085); B2 (231); B6 (218-219); C1 (443-444); C4 (932); C6 (1370-1371; 1375-1376; 1381; 1383; 1388; 1399-1400; 1422)	A1 (66-68; 127; 542; 1094); A2 (155-156;543); A4 (544); B2 (229); B4 (221-222); B6 (217; 224; 335); C1 (400); C4 (455-456); C6 (398); C7 (399)

<table>
<tr><th colspan="7">Se dépister soi-même, quid de l'autopalpation?</th></tr>
<tr><td>Une circonstance de découverte</td><td colspan="3">Un acte pratiqué par les patientes</td><td colspan="2">Une pratique mise de côté</td></tr>
<tr><td rowspan="2">A3 (99; 367-368); A4 (160; 705); C4 (846); C5 (842; 843-845)</td><td>Régulièrement</td><td>Irrégulièrement</td><td>La douche, un moment privilégié</td><td colspan="2">B6 (383); C1 (745; 763; 779); C2 (745; 765); C3 (746; 764); C7 (741; 761)</td></tr>
<tr><td>A1 (725); A4 (707); A5 (723); B1 (424); C5 (747; 793; 815); C6 (740; 794); C7 (751)</td><td>A6 (726); B3 (381-382; 413); B4 (421); C4 (802-803)</td><td>B1 (422); B4 (393-394); C4 (767-769; 807); C6 (770)</td><td>Trop angoissant
A3 (730-732)</td><td>Ne pense pas à le faire
B6 (388); C2 (772); C3 (773)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Un auto-examen difficile</td><td colspan="2">Une source d'angoisse</td><td colspan="2">Un examen à compléter</td></tr>
<tr><td colspan="2">A3 (356-357); A6 (726); B2 (402-404); B3 (372); C5 (373), B6 (747); C1 (786-787); C4 (869-870); C6 (885)</td><td colspan="2">A1 (733); A3 (730); A6 (734); B2 (402); B5 (373-374); C4 (756; 808-810; 821); C6 (796; 825-827; 830); C7 (755; 759; 820)
Moins d'angoisses avec la ménopause
C6 (830-831)</td><td colspan="2">A1 (1180); A6 (742); B1 (427; 431); B2 (116; 291; 403-404; 427); B5 (285) Toutes les participantes du FG B (427); C4 (811-812)</td></tr>
<tr><td colspan="7">Le dépistage organisé d'après les patientes</td></tr>
<tr><td colspan="5">Pour qui et à quelle fréquence?</td><td colspan="2">Le dépistage organisé, un impératif</td></tr>
<tr><td>Bonnes connaissances</td><td>Lacunes</td><td>mammographie avant 50 ans</td><td>Tous les ans</td><td>Tous les deux ans</td><td colspan="2" rowspan="2">A6 (398-399); B2 (358); B3 (463)</td></tr>
<tr><td>A3 (96); B5&B6 (437); C4 (73)</td><td>A1(103); A2 (95); A6 (91)</td><td>B2&B5&B6 (440); C4 (72-73); C5 (524)</td><td>A1 (338); A3 (343); B5 (485-486)</td><td>A2 (336-337); A6 (398); B1 (442); C3 (187); C7 (55)</td></tr>
<tr><td colspan="4">Perspectives du dépistage génétique, entre incertitudes et réassurance</td><td colspan="3">Le dépistage organisé, une opportunité</td></tr>
<tr><td>Non connu</td><td colspan="2">Source d'angoisses</td><td>Rassurant</td><td colspan="3" rowspan="2">A5 (1297-1298); C4 (120-121; 1212); C5 (1206-1210)</td></tr>
<tr><td>Toutes les participantes du FG A (854)</td><td colspan="2">B2 (513-514); B5 (517); C4 (507)</td><td>A3 (1054-1056); B3 (518); B5 (248-249; 519); B6 (532); C4 (504-505)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th colspan="8">Le dépistage organisé, une avancée au service des patientes</th></tr>
<tr><td colspan="2">A permis de détecter un cancer</td><td colspan="2">La double lecture, un gage de qualité</td><td colspan="2" rowspan="2">Un examen bien vécu par certaines femmes</td><td colspan="2">Une mammographie normale signe une réassurance pour deux ans</td></tr>
<tr><td colspan="2">A1 (183); B1 (361)</td><td colspan="2">C1 (558); C2 (559); C6 (557); Toutes les participantes du FG C (565)</td><td colspan="2">A2 (321); A4 (265-266); A5 (320); B3 (48); B5 (487); B6 (532); C7 (626)</td></tr>
<tr><td colspan="2">La prise en charge de l'examen le rend plus accessible</td><td colspan="2">La réception de l'invitation, une source de motivation et un rappel</td><td colspan="2" rowspan="2">B2 (457); B4 (458); B5 (485); C2 (611; 613; 621-622; 623); C3 (639); C4 (1334; 1338); C5 (432)</td><td colspan="2">Arrêt du dépistage à 75 ans bien accepté</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">A2 (918); A6 (919); C7 (649)</td><td colspan="2" rowspan="3">B1 (82-83); B6 (449); C2 (569); C6 (570)</td><td colspan="2" rowspan="3">B2 (565); B3 (545-546; 563-564)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Examen moins douloureux</td></tr>
<tr><td colspan="2">C1 (1332); C3 (1345-1346); C5 (1316-1317; 1335; 1339)</td></tr>
<tr><th colspan="8">Le dépistage organisé, une épreuve à passer</th></tr>
<tr><td colspan="3">La mammographie, un examen difficile pour les patientes</td><td colspan="2">La mammographie, un examen intime déshumanisé</td><td colspan="2">Tant qu'on n'est pas dépisté, on n'est pas malade</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Un examen douloureux</td><td>La mammographie est une contrainte</td><td>Un manque de confiance dans la technique</td><td>Un manque d'humanité de la part du personnel soignant</td><td rowspan="2">A2 (1158-1159; 1194; 1201); A3 (555-556; 1199); A4 (1157); A5 (181-182; 1183-1185; 1195; 1208)</td></tr>
<tr><td>A2 (249); A6 (248)</td><td>A2 (363); A3 (360-362); C5(1211); C6 (681)</td><td>A2 (214; 217-218; 222-223); C1 (150); C3 (1360); C4 (151; 1359); C6 (135-137; 139-140; 168; 177; 183; 603; 1347)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">A1 (197-199; 246); A5 (464); B1 (454; 456); B6 (452; 455); C4 (1328-1329); C5 (1315-1316; 1320; 1330); C6 (130; 178; 1322; 1337)</td><td>Devoir refaire l'examen, une nouvelle épreuve</td><td>Des appréhensions</td><td>Un examen qui touche à l'intime</td><td>Le fait d'avoir un membre de sa famille atteint peut conduire à l'évitement</td></tr>
<tr><td>A6 (202-203); C7 (583-584)</td><td>C4 (596-598)</td><td>A1 (204); A2 (240); C4 (171)</td><td>A4 (135-137; 971-973)</td></tr>
<tr><td colspan="2">L'étendu de l'âge du dépistage est trop étroite</td><td colspan="6">Les examens complémentaires, un nouvel obstacle</td></tr>
<tr><td>L'arrêt du dépistage à 75 ans est une perte de chance pour les patientes</td><td>Les patientes se sentent exclues avant 50 ans</td><td>Les patientes ont peur que les résultats ne soient pas bons</td><td>La demande d'examens complémentaires exacerbe les angoisses</td><td>Le parcours qui suit la découverte d'une anomalie est un nouvel obstacle</td><td>Les délais pour avoir les examens complémentaires peuvent être longs</td></tr>
<tr><td rowspan="2">A2 (80-81; 86); A3 (96-98; 100); A6 (82; 89; 102); B1 (446; 558); C3 (643; 646; 653; 656); C7 (192; 195; 197-198)</td><td rowspan="2">A3 (111-112); A6 (113)</td><td rowspan="4">A1 (253); A2 (219; 313-314; 316-319); A4 (1156); A5 (931-932); A6 (315); B2 (457); B3 (468); B6 (469); C1 (435); C6 (133); C7 (126)</td><td>B3 (473); C4 (591-593); C5 (585); C7 (586; 589)</td><td rowspan="3">A2 (494-495; 514; 1205); A4 (1207)</td><td rowspan="3">A2 (482-483; 494-495); A6 (497)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Une remise en question de la balance bénéfice-risque du dépistage organisé</td><td>Le coût des examens complémentaires peut être un frein</td></tr>
<tr><td colspan="2">C4 (714-716)</td><td>A2 (914); A6 (907-908)</td></tr>
</table>

La campagne Octobre Rose, une manifestation appréciée mais dont l'utilité est remise en question

La campagne Octobre Rose, une manifestation positive

Un événement qui sert de rappel	La campagne Octobre Rose a une influence positive	Une manifestation qui est appréciée	Un campagne qui s'adresse à tous le monde	Un moyen de récolter des fonds pour la recherche
A4 (1333-1334); A5 (1337); A6 (573; 775; 778); B3 (648); B6 (638); C6 (959; 964)	A1 (1071); A6(1070); toutes les participantes du FG A (1069); C4 (987); C6 (964)	A1 (624; 627; 789)	Une partie des participantes du FG A (1318); B2 (632-633)	A2 (1272)

Une campagne dont l'utilité est discutée

La campagne n'a pas d'influence	Une hyper-exposition du cancer du sein qui interroge	Une crainte que les centres d'imagerie ne soient surchargés	La campagne est trop générale pour que les femmes se sentent concernées individuellement
B1&B2 (647); B6 (644); C1 (983); C5 (963); C6 (962); C7 (984)	A1 (787;832); A2 (633-636; 791); A5 (784-786); B4 (619-620)	A5 (779-780)	A2 (820-822; 920-923); A3 (574; 582-584)

Une période qui peut rappeler des moments difficiles	Une campagne appréciée uniquement pour les manifestations sportives et municipales	Les informations sur le cancer du sein sont facilement accessibles autrement
A1 (1238); A3 (639; 1352-1257); A4 (1341-1342); A5 (1262-1265)	A2 (1247); A3 (569-570); C4 (976; 980); C5 (974; 977; 979); C7 (955)	A2 (1072-1073; 1079-1080; 1089-1090); A3 (1091)

Des pistes d'améliorations évoquées par les participantes

Le médecin généraliste joue un rôle central			Une incitation au dépistage et au suivi dans certains situations déterminantes			La relation soignant-soigné, un point crucial de l'accompagnement thérapeutique		
Dans le suivi gynécologique	Dans la coordination du parcours de soin des patientes	Dans les informations qui sont transmises aux patientes	Un courrier pourrait être envoyé avant 50 ans	Le sujet pourrait être abordé au cours de la scolarité	Le dépistage pourrait se faire au cours d'une consultation plus globale	Des comportements négatifs qui viennent fragiliser l'aliance thérapeutique	Une équipe attentive et bienveillante est important pour un accompagnement de qualité	L'explication des examens et de leurs objectifs est essentielle
A1 (61-62); C4 (798; 1014-1015; 1036-1037)	A2 (699); A4 (700-702); A5 (1270-1271); C6 (675-676)	A5 (1265-1266)	C4 (1013-1014; 1019-1020; 1025-1027); C5 (1028); C6 (1021)	C1 (1459); C4 (1453-1458); C6 (1460)	A2 (880-883; 884-885; 889-890; 895-896); A5 (862-863; 879); Plusieurs participantes du FG A (894)	A1 (416-423); A2 (486-488); A5 (466-467); B3 (269); C4 (174; 176); C6 (135-137)	A1 (474-476; 478; 480-481); A2 (212-213; 235; 445-446); A3 (205); A4 (410; 451); A5 (462); C3 (1352-1353); C5 (138; 159); C6 (145-146; 577; 1055-1056; 1072-1074); C7 (577-578)	C4 (594; 596; 599-600); C5 (162-163); C6 (168; 995-996); C7 (602; 605-607)

La discussion avec l'entourage, un tremplin au dépistage	Le dépistage, un sujet qui dépasse les cercles proches		
	Le médecin généraliset, un interlocuteur privilégié	Le groupe de discussion, un lieu d'échange constructif	Le partage d'expérience, une source de motivation
A1 (588-589; 607-610); A2 (130); A3 (133; 564-566); A4 (590-591); A6 (254); B5 (595-597); C4 (115-116; 1003; 1426; 1463); C5 (1429); C6 (999-1000; 1038; 1465); C7 (127-128; 1039)	A1 (1125); A2 (1124)	A1 (1121-1122; 1221-1222; 1530); A2 (292; 1361; 1455-1456; 1505-1506); A3 (615); A5 (1431; 1467-1469); B3 (684); B6 (655; 690-691); C2 (1018; 1120); C6 (1121; 1125-1126; 1129; 1290)	A1 (620; 1225-1226)

RESUMÉ DE LA THÈSE :

Introduction : Le cancer du sein reste le plus fréquent chez la femme en termes de fréquence et de mortalité. Diagnostiqué tôt les chances de survie sont très élevées. En France le dépistage organisé est généralisé depuis 2004. Or il n'a pas atteint ses objectifs en termes de taux de participation.

Objectif : Notre objectif était d'explorer les représentations et les ressentis de femmes de Meurthe-et Moselle concernant le cancer du sein et son dépistage au travers d'une structure mettant en avant les actions de santé publique, la Maison de Santé pluriprofessionnelle.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative par focus groups auprès de patientes consultant au sein d'une maison de santé avec l'aide d'un guide d'entretien préparé en amont. Les retranscriptions ont été ensuite analysées selon la méthode inductive

Résultats : Les ressentis concernant le dépistage du cancer du sein sont mitigés. Même si les femmes en voient clairement l'utilité, elles regrettent un manque d'information et d'accompagnement autour de cet examen. L'impact de la campagne de sensibilisation d'Octobre Rose est également questionnée.

Conclusion : Cette étude souligne l'importance du rôle des acteurs de soins primaires dont fait partie le médecin généraliste. Ces professionnels de santé apparaissent comme des interlocuteurs privilégiés dans ce contexte de recherche d'information par les patientes. Or ils sont mis de côté par la forme actuelle du dépistage organisé.

TITRE EN ANGLAIS: Feelings and representations of women of Meurthe-et-Moselle about breast cancer and its organized screening: a qualitative focus group study in a Multi-professional Health Center.

THÈSE : Médecine générale – Année 2024

MOTS CLÉS : Cancer du sein, dépistage de masse, détection précoce, prévention secondaire, autopalpation du sein, mammographie, sensibilisation, représentations, ressenti

KEYWORDS: breast cancer, mass screening, early detection of cancer, secondary prevention, breast self-examination, mammography, awareness, representation, feeling,

---

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine, Maïeutique et Métiers de la Santé à Nancy

9 Avenue de la foret de Haye

54505 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex