



UNIVERSITÉ MOULOUD MAMMERIDE TIZI OUZOU
FACULTÉ DES SCIENCES ÉCONOMIQUES, COMMERCIALES
ET DES SCIENCES DE GESTION
DÉPARTEMENT DES SCIENCES ÉCONOMIQUES



MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES

**En vue de l'obtention du Diplôme de Master en Sciences
Économiques**

Option : Economie de la Santé

Sujet :

**Rôle de l'éducation thérapeutique dans l'amélioration de
la qualité de vie chez les personnes atteintes de maladies
chroniques « cas de cancer du sein unité de BELLOUA,
CHU Tizi-Ouzou »**

Réalisé par :

Mr.Nabil ZERIGUI

Mr.Lounes MEZAGUER

Encadré par :

Mr.Madjid SALMI

Membres du jury composé de:

Présidente : Mme BENAMARA Karima, Maitre Assistante classe A, UMMTO

Rapporteur : Mr SALMI Madjid, Maitres de conférences classe A, UMMTO

Examinatrice : Mme SALMI Samiya Maitre Assistante classe A, UMMTO

Année universitaire : 2019 / 2020

Remerciements

*En préambule à ce mémoire nous remercions **ALLAH** qui nous a aidé et nous a donné la patience et le courage durant ces longues années d'étude.*

Nous souhaitons adresser nos remerciements les plus sincères à ceux qui aux contribués à l'élaboration de ce mémoire.

*Nos remerciements vont également à notre encadreur **Mr SALMI Madjid** pour l'orientation, la confiance, la patience, et son précieux conseil et son aide durant toute la période du travail.*

Nous exprimons notre profonde et respectueuse gratitude aux membres de jury ayant accepté d'évaluer ce travail, Et de l'enrichir par leurs propositions

*Nos vifs remerciements vont également à la psychologue madame **hedjaz**, pour sa sympathie, sa disponibilité, ses idées et conseils, ainsi que pour son aide précieuse durant notre stage. et également à tous l'effectif de service d'oncologie (médecins, infirmiers)*

Enfin, nous tenons également à remercier toutes les personnes qui d'une façon ou d'une autre nous ont aidées à la réalisation de ce travail.

Dédicaces

Toutes les lettres ne seraient trouver les mots qu'il faut...

*Tous les mots ne seraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect et la
reconnaissance...*

Aussi tout simplement que je dédie ce travail à...

A mon très cher père

J'ai vécu dans l'administration de ta grande personnalité et de ta bonté.

Tu es pour moi l'exemple de la réussite et du grand cœur.

*Puisse ce travail symboliser le fruit de tes longues années de sacrifices consenties
pour mon éducation et mes études, j'espère, cher père que j'ai gagné ta confiance,
ta satisfaction, et ta fierté. Que dieu te protège.*

A ma très chère mère

*Je dédie ce travail à ma très chère mère. Aucune dédicace ne pourrait exprimer
toute l'estime et toute la reconnaissance que j'éprouve à ton égard. Je prie Dieu
qu'il te protège,*

A mon grand-père « alahyarahmo »

Que Dieu tout puissant l'accueille dans son vaste paradis.

*A mon frère, mes sœurs, ma nièce, mon beau-frère, ma belle-sœur ainsi que mes
petits cousins : Amirouche, Kahina, Karima, Fasnime, Allal et Nedjma, Ali,*

Yacine et Nassim, Yanis, Aghiles, Ilyes et Rayane

Je prie Dieu à vous apporter bonheur et vous aide à réaliser tous vos vœux.

A tous mes oncles et tantes, ma grand-mère, cousins et cousines.

Ce travail et aussi le fruit de vos encouragements et de vos bénédictions.

A tous mes amis et mes camarades de la promotion économie de la santé.

Lounes MEZAGUER

Dédicaces

Toutes les lettres ne seraient trouver les mots qu'il faut...

Tous les mots ne seraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect et la reconnaissance...

Aussi c'est tout simplement que je dédie ce travail à...

Allah

Le tout miséricordieux, le tout puissant qui ma inespéré, qui m'a guidé sur le droit chemin.

Soumissions, louange et remerciements pour votre clémence et miséricordes.

A mon très cher père

J'ai vécu dans l'administration de ta grande personnalité et de ta bonté.

Tu es pour moi l'exemple de la réussite et du grand cœur.

Puisse ce travail symbolisé le fruit de tes longues années de sacrifices consenties pour mes études et mon éducation.

A ma mère

Ta noblesse et ta bonté sont sans limites

Que ce travail soit un hommage aux énormes sacrifices que tu t'es imposées afin d'assurer mon bien être

A la personne la plus idéale dans ce monde, ma grand-mère

Tu as guetté mes pas, et m'a couvé de tendresse, ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études.

A mon grand-père

Que Dieu tout puissant préserve ton sourire et t'assure une bonne santé et une longue vie

A mon frère

J'importe Dieu à t'apporter bonheur et t'aide à réaliser tes vœux

A tous mes oncles et tantes

Ce travail et aussi le fruit de vos encouragements et de vos bénédictions

A mon épouse

Pour la patience et le soutien dont t'a fait preuve pendant toute la durée de ce travail

** Nabil ZERJOU **

Liste des abbreviations

Abréviation	Signification
ANES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARS	Agence Régionale de Santé
CHU	Centre Hôpitalo- Universitaire
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CAC	Centre Anti Cancer
CPMC	Centre Pier et Marie Curie
ETP	Education Thérapeutique de Patient
FIR	Fonds d'Intervention Régional
FNEIP	Fonds National de Prévention et d'Education en Information Sanitaire
HER	Protéine Réceptrice pour les facteurs de croissance Epidermique Humaine
HPST	Hôpital, Patient, Santé, Territoire
HAS	Haute Autorité de Santé
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
IGH	Insulin-Likgrowth Factor
INSP	Institut National de Santé Public
IREPS	Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
MC	Maladie Chronique
OMS	Organisation Mondial de la Santé
PAI	Projet d'Accueil Individualisé
PCM	Panel Communautaire des Ménages
RCA	Registre de Cancer Algérie
RCO	Registre de Cancer Oran
RCS	Registre de Cancer Sétif
SROS	Schéma Régionale de Santé
TIC	Technologie de l'Information et de la Communication
UTEP	Unité Transversale d'Education Thérapeutique du Patient

Liste des définitions des termes médicaux

- 1- Ablation** : Acte chirurgical qui consiste à enlever un tissu ou un organe.
- 2- Antécédent familial** : Information sur des troubles dont ont souffert des parents directs du patient.
- 3- Biopsie** : Prélever un bout de tissu suspect afin de l'analyser.
- 4-Palpation** : Toucher avec les mains pour reconnaître.
- 5-Symptôme** : Signe observable chez un patient qui est une manifestation d'une maladie
- 6- Diagnostic** : Action d'identifier un état pathologique ou une maladie.
- 7- Facteur de risque** : Attribut ou caractéristique propre à un individu qui augmente le risque de développer une maladie donnée.
- 8- Incidence** : Nombre de nouveaux cas d'une maladie donnée dans une population donnée.
- 9- Mammographie** : Examen radiologique du sein.
- 10- Métastase** : Des cellules cancéreuses qui se localisent à distance du site initial du cancer.
- 11- Morbidité** : Nombre de malades dans une population donnée et une période donnée.
- 12- Mortalité** : Apport entre le nombre annuel de décès et la population totale moyenne sur une période donnée dans un territoire donné.

Liste des Figures

Figure 1 : Structure du sein	10
Figure 2 : Incidence standardise du cancer du sein dans le monde pour 100 000 femmes	11
Figure 3 : répartition par tranche d'âges du cancer du sein pour 100 000 femmes, année 2014. 13	
Figure 4 : cancer homme : incidence pour 100 000 répartitions par tranche d'âges année 2015	13
Figure 5 : cancer femmes : incidence pour 100 000 répartitions par tranches d'âges année 2015	14
Figure 6 : pourcentage des cancers les plus fréquents chez les hommes en Algérie :2015	16
Figure 7 : pourcentage des cancers les plus fréquents chez les femmes en Algérie : année 2015	17
Figure 8 : Facteurs de risques liés au cancer du sein	26
Figure 9 : Représentation de l'éducation pour la santé, de l'éducation du patient à sa maladie et l'éducation thérapeutique du patient	44
Figure 10 : Organigramme de l'ETP	49
Figure 11 : les étapes de planification de L'ETP	51

Liste des tableaux

Tableau 1: bénéfices et risques potentiels du dépistage	29
Tableau 2 les services de l'unité belloua	63
Tableau 3 personnels sanitaire de service oncologie.....	65
Tableau 4 les caractéristiques socioprofessionnelles des femmes enquêtes	68

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE.....	01
Chapitre I: Diagnostique et prise en charge de cancer du sein	
Introduction	06
I. Présentation et disposition générale de cancer du sein	07
II. Facteurs de risque et facteurs protecteur de cancer du sein	17
III. La prise en charge de cancer du sein	26
Conclusion.....	38
Chapitre II : Présentation, organisation et mise en œuvre de l'éducation thérapeutique	
Introduction	39
I. Présentation générale de L'ETP.....	40
II. Population intervenant et bénéficiaire de L'ETP.....	45
III. Organisation et mise en œuvre de L'ETP	48
IV. Le financement d'un programme d'ETP	57
Conclusion.....	60
Chapitre III : l'utilisation de L'ETP chez les femmes atteintes de cancer du sein au sein a l'unité BALLOUA, TIZI OUZOU	
Introduction	62
I. Présentation de l'unité BELLOUA	63
II. Présentation du cadre méthodologique de la recherche	65
III. Présentation de la population d'enquête	67
IV. L'application de L'ETP comme moyen d'amélioration de la qualité de vie des femmes atteintes du cancer de sein au service d'oncologie à l'unité de BELLOUA.....	72
Conclusion.....	76
CONCLUSION GENERALE	77
Bibliographie	
Annexes	
Table des matières	

INTRODUCTION GENERALE

Introduction générale

Au cours de ces dernières années les maladies chroniques (MC) constituent une répercussion sur notre mode de vie au quotidien. Elles représentent un problème majeur de santé publique. Tout autant qu'un enjeu lourd en termes d'impact économique et financier. Ces maladies sont en grande partie responsables de la diminution de la qualité de vie des personnes malades. Le caractère évolutif de ses maladies représente un véritable défi à relever dans les années à venir.

D'après l'OMS les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement. Responsables de 63% des décès annuels ce qui représente la première cause de mortalité dans le monde¹.

L'Algérie traverse depuis quelques années, une période assez difficile dans la lutte contre les maladies chroniques, elle compte plus de 3 millions de malades avec un taux de 63% de décès en 2008. L'ensemble des décès est dû à des maladies chroniques non transmissibles telles que le diabète, maladies cardio-neuro-vasculaires, Insuffisance rénale chronique terminale, Maladies respiratoires chroniques et les cancers.

Ces dernières années le cancer du sein féminin est parmi les maladies chroniques les plus fréquentes et qui représente la première cause en termes d'incidence et de mortalité. Il s'agit d'une tumeur maligne qui se développe au niveau du sein, atteint des femmes à des âges déferents, mais il se développe le plus souvent autour de 60 ans, les causes de ce cancer ne sont pas connues mais il existe certains facteurs qui peuvent favoriser son déclenchement qui correspondent aux :

- Caractéristiques de l'individu : l'âge, ou les caractéristiques héréditaires,
- Comportements individuels et mode de vie : tabac, alcool, alimentation, activité physique...
- Substances et situations à risque auxquelles un individu peut être exposé en milieu professionnel ou dans son environnement général.

Ces différents facteurs peuvent interagir entre eux, une personne qui possède un ou plusieurs facteurs de risque peut ne jamais développer un cancer. Inversement, il est possible qu'une personne n'ayant aucun facteur de risque soit atteinte d'un cancer au cours de sa vie.

Il existe des différents types de traitement qui peuvent être utilisés pour lutter contre le cancer du sein, à titre d'exemple on peut citer la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie, l'hormonothérapie et les thérapies ciblées. Ces types de traitement sont personnalisés, c'est-à-

¹ Site web de l'organisation mondial de la santé consulte le 12/01/2021

INTRODUCTION GENERALE

dire chaque patient reçoit une thérapie adaptée à son état de santé, il arrive parfois qu'un seul type de traitement soit nécessaire. Dans d'autres cas, une association de traitement est utile pour mieux maîtriser la maladie. On peut ainsi, par exemple, réaliser une chirurgie et compléter ensuite le traitement uniquement par une chimiothérapie, ou uniquement par une radiothérapie. Le traitement complémentaire est appelé traitement adjuvant, son objectif est de compléter l'action de la chirurgie et de renforcer son efficacité².

En 2012, plus de 6.3 millions de femmes vivaient avec un cancer du sein ; en 2010 l'organisation mondiale de la santé (OMS) a fait des projections à l'avenir et a estimé qu'en 2030 le nombre total de cas de cancer du sein s'élèvera à environ 21.4 millions³. L'Algérie ne sera pas épargnée par ce cancer, durant ces dernières années elle a connu une explosion épidémiologique, les situations recensées à travers le territoire national ont confirmé la survenue de 43 920 nouveaux cas en 2017⁴.

La lutte contre le cancer du sein ne peut négliger aucun chemin et aucune arme. Il est possible d'agir pour diminuer l'incidence et la mortalité grâce au dépistage précoce, celui-ci permet de détecter la maladie à son stade précoce dans une population supposée saine, ce qui résulte une prise en charge efficace et moins coûteuse pour assurer au patient une meilleure qualité de vie. Le dépistage repose sur un programme associé à une mammographie, examen clinique réalisé par un professionnel de santé et l'auto-examen des seins réalisé par la femme elle-même, ce programme permet d'éviter entre 15 % et 21 % des décès par cancer du sein.

Aujourd'hui, les progrès thérapeutiques ont permis l'allongement de la durée de vie des personnes atteintes des maladies autrefois toujours mortelles. Des efforts importants ont été faits en termes de nouvelles méthodes de diagnostics et nouvelles approches thérapeutiques. Cependant, la spécificité de la médecine chronique est étroitement liée avec le patient en tant qu'individu, qui doit vivre avec sa maladie et pendant tout le reste de sa vie. Le patient chroniquement malade doit être activement impliqué dans le suivi de sa maladie⁵.

Dans ce sens, l'éducation thérapeutique consiste à permettre au patient d'apprendre un nombre de connaissances et de compétences, d'adapter certains comportements, ce qui peut l'aider à améliorer certains indicateurs de santé, la qualité de vie, et diminuer d'éventuelles

²Institut national du cancer disponible sur www.e-cancer.fr consulté le 12/01/2021

³ Site de L'organisation mondiale de sante cosulte le 12/01/2021

⁴ Liberté-Algérie .com. par hanafi hattou le 24/10/2019

⁵Assal JP, Agostino A. Lorsque la pédagogie du malade Contrôle la maladie. Bérénice XI 2003 ; p27- p96-p107.

INTRODUCTION GENERALE

complications médicales⁶. L'ETP du patient permet par exemple de soulager ses symptômes, de prendre en compte les résultats d'une auto-surveillance, d'une auto-mesure, de réaliser des gestes techniques (injection d'insuline), d'adapter des doses médicamenteuses. Elle contribue également à permettre au patient de mieux se connaître, de gagner la confiance en lui, de prendre des décisions et de résoudre des problèmes, de se fixer des buts à atteindre et de faire des choix⁷.

Objectif de la recherche :

Ce thème porte un intérêt majeur puisqu'il s'agit d'un sujet scientifique jeune, évolutif, qui trouve un ancrage à la fois dans la médecine, la pédagogie de santé et les sciences humaines et sociales, il repose de manière fondamentale sur une relation de soin et une approche structurée, inscrite dans la durée, accorde une place prépondérante au patient en tant qu'acteur de sa maladie. C'est aussi une philosophie de santé, une manière de penser et d'agir novatrice et porteuse d'espoir pour toutes les personnes malades.

Notre premier intérêt en traitant ce sujet, est d'attirer l'attention des économistes de la santé sur le rôle de L'ETP dans la prise en charge des patients cancéreux après l'annonce de la maladie, notamment le cancer du sein et de permettre aussi aux patients de trouver leurs propres aménagements, de façon à vivre le mieux possible avec cette maladie.

Ce travail permet aux lecteurs de prendre conscience de l'importance de L'ETP dans la vie des patients, ainsi servir comme source de documentation pour les autres chercheurs qui viendront après nous, ainsi faciliter la procuration des informations pouvant se révéler indispensables pour effectuer des recherches ultérieures dans le domaine.

Avant d'entre dans le vif de notre sujet il est nécessaire de préciser les motifs de choix de celui-ci.

Motifs objectifs :

Le choix de sujet traité dans ce travail a été motivé par le fait que :

- L'éducation thérapeutique est un processus continu dont le but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leurs vies avec un cancer du sein.
- L'éducation thérapeutique fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.
- Education thérapeutique joue un rôle primordial dans le soulagement des symptômes.

⁶Lagger G, Giordan A, Chambouleyron M, Lasserre Moutet A, Golay A. L'éducation thérapeutique. Partie 2 : mise en pratique des modèles en 5 dimensions. Médecine, 2008, vol 4.n06, p 269-273.

⁷ Haute autorité de santé (HAS) ITP en 15 questions- réponses (p2)

INTRODUCTION GENERALE

- Education thérapeutique prend en compte les résultats d'une auto-surveillance, d'une auto-mesure.
- Elle aide le patient à gagner la confiance en lui, de prendre des décisions et de résoudre des problèmes.

Motifs subjectifs :

- Nous avons fait le choix de ce sujet parce qu'il est d'une grande importance pour la vie du patient et son entourage ou il explique les méthodes de la prise en charge de la maladie.
- Nous aide à mieux comprendre la manière de gérer une maladie chronique notamment le cancer du sein à long terme.
- Ce sujet nous permet d'enrichir nos connaissances dans l'éducation thérapeutique.
- La prise en charge du cancer du sein est un sujet lié directement à notre spécialité.
- Pour des raisons personnelles : ayant fait face à cette maladie dans notre entourage plus ou moins proche.
- C'est un sujet rarement traité au niveau de notre faculté, alors que c'est un sujet d'actualité qui peut toucher n'importe qui et personne n'est à l'abri.

A cet effet nous avons posé la problématique de recherche :

Dans certains pays que nous pouvons qualifier de développés, il est noté que la caractéristique principale de ce cancer, est qu'il est en nette augmentation en termes d'incidence, du fait de plusieurs facteurs sociaux, environnementaux et démographiques.

Néanmoins, il faut noter aussi qu'une diminution de la mortalité et la gravité des maladies dans ces pays revient à la stratégie de prévention basée sur le dépistage, le traitement précoce, l'éducation thérapeutique. Ces dernières restent un moyen de prolonger l'espérance de vie des patients.

C'est l'idée que nous remettons en question dans ce travail, cherchant à répondre à la problématique suivante : **Comment L'ETP contribue-elle à l'amélioration de la qualité de vie chez les femmes atteintes de cancer du sein ?**

La réponse à cette question principale nécessite de passer par les questions subsidiaires suivantes :

- Quels sont les moyens alloués dans la prévention de cancer du sein ?
- Comment mettre en œuvre une éducation thérapeutique ?
- Comment L'ETP impacte-t-elle la qualité de vie chez les femmes atteintes du cancer du sein ?

INTRODUCTION GENERALE

Méthodologie de la recherche :

Pour effectuer ce travail, nous avons adopté une démarche descriptive basée sur des notions théoriques et fondée sur des recherches bibliographiques portant essentiellement sur :

- L'exploitation des travaux qui traitent les questions liées au cancer du sein, et la présentation de L'ETP,
- Des articles, des chiffres et des statistiques de l'OMS ;
- La réalisation de ce travail s'est effectuée dans un premier temps, à travers une recherche exploratoire (documentaire) contenant des ouvrages, des études médicales, des revues, des articles scientifiques et des sites web. Notons que cette étude a exigé l'utilisation de quelques outils comme : **l'enquête du terrain**

Plan de Rédaction :

Notre travail de recherche est structuré en trois chapitres, le premier est consacré au cancer du sein : diagnostique et prise en charge, nous structurons le présent chapitre de la façon suivante : la première section traitera la **Présentation et disposition générale du cancer du sein**. La deuxième section sera consacrée **aux Facteurs de risque et facteurs protecteurs de cancer du sein**. La troisième section sera consacrée pour **la prise en charge de cancer du sein**.

Le deuxième chapitre est consacré aux généralités sur l'ETP. Il est subdivisé en quatre sections, la première sera consacrée à la **présentation générale de L'ETP**, la deuxième sur la **Population intervenant et bénéficiaires de l'ETP**, la troisième sur **l'organisation et la mise en œuvre de l'ETP** et en fin la quatrième sur **le financement d'un programme d'ETP**.

Tant dis que le troisième chapitre sera consacré à la partie pratique du mémoire, il portera sur la présentation de la méthode de prise en charge des patientes atteintes de cancer du sein et l'impact de l'éducation thérapeutique sur l'amélioration de leurs qualité de vie. Le CHU de Tizi-Ouzou nous a ouvert ces portes pour un stage pratique au sein du service d'oncologie de l'unité BALLOUA

Chapitre I : Diagnostique et prise en charge de cancer du sein

Introduction

Le cancer n'est pas vraiment une maladie mais une famille de maladies qui se caractérisent par une prolifération anormale d'une cellule dans un tissu de l'organisme. Il constitue la deuxième cause de mortalité en Algérie et dans le monde. D'ailleurs, il est considéré comme une maladie de siècle. Parmi ces cancers on trouve le cancer du sein.

Le cancer du sein est le cancer le plus connu chez la femme dans les pays développés mais aussi dans les pays en voie de développement, il atteint des femmes à des âges déferents mais il se développe le plus souvent autour de l'âge de 60 ans, il faut noter qu'il peut aussi apparaître chez l'homme mais c'est extrêmement rare (moins de 1 % des cancer du sein). L'incidence de cette maladie ne cesse d'augmenter et cette augmentation revient aux facteurs qui favorisent la survenue de cancer du sein tels que le tabagisme, l'alcool, l'âge et la diminution du nombre d'enfants ...etc. mais aussi les indicateurs de santé tels que la morbidité, la mortalité et le cout de prise en charge. Il est possible d'agir pour diminuer l'incidence de cette maladie par la réduction ou l'élimination des expositions aux facteurs de risque de cancer, il est aussi possible d'en diminuer sa gravité, et d'améliorer la qualité de vie ou la durée de survie par le repérage des facteurs de susceptibilité, le dépistage ou le diagnostic précoce.

En Algérie le dépistage constitue une priorité en matière de lutte contre le cancer du sein, il est essentiel de promouvoir une prise de conscience publique pour ce qu'est de la gravité de ce cancer et l'intérêt de le détecter précocement.

Ce premier chapitre dans sa première section, nous allons faire la présentation et les dispositions générales de cancer du sein, la deuxième section se focalisera sur les facteurs de risque de cancer du sein, et pour ce qu'est de la fin du chapitre nous allons le consacrer à la prise en charge globale de cancer du sein en faisant la lumière sur le dépistage, le diagnostic et en fin le traitement.

I. Présentation et disposition générale de cancer du sein

I.1. Historique de cancer du sein

Le cancer du sein est une maladie redoutée depuis longtemps, connu depuis 1600 avant J.-C. Les Egyptiens antiques étaient les premiers à noter la maladie il y a plus de 3500 ans, la condition a été décrite assez exactement en papyrus d'Edwin Smith et de George Ebers, l'une des descriptions se rapporte à des tumeurs ronflantes du sein qui n'a aucun remède. En 460 BC, Hippocrate, le père du médicament occidental a décrit le cancer comme maladie humorale, il a proposé que le cancer a été provoqué par l'excès de bile noire. Ensuite Galen a donné d'autre explication sur le cancer du sein suivi le modèle d'Hippocrate proposant l'excès de bile noire comme principale cause mais à la différence d'Hippocrate, il a constaté que quelques tumeurs étaient plus dangereuses que d'autres, parmi les médicaments que Galen a proposé, nous trouvons l'opium, l'huile de ricin, la réglisse, le soufre, les onguents...etc. Pour le traitement médicinal de cancer du sein, ces deux théories de Galen et Hippocrate, sont les seules à être acceptées jusqu'au XVII. Mais en 1680, le médecin Français François de la Boë Sylvius a commencé à contester la théorie humorale de cancer. Il a présumé que le cancer n'est pas venu d'un excès de bile noire, mais qu'elle soit venue d'un procédé chimique ayant transformé les liquides lymphatiques en acide à âcre. En 1730 le médecin Claude-Deshais Gendron de Paris a également rejeté la théorie systémique de Galen et a indiqué que le cancer s'est développé quand le nerf et le tissu glandulaire se sont mélangés aux récipients de lymphe, d'autre théorie ont été progressées pour bien expliquer cette maladie et ce n'est qu'au XIX siècle qu'on démontre que le cancer n'est pas seulement une maladie de l'organisme, une maladie de tissu, mais aussi une maladie de la cellule, une maladie de noyau cellulaire⁸.

1.1.1. Sur le plan biologique (anatomo-pathologique)

Comme tous les cancers le cancer du sein dérive d'une cellule anormale qui a subi des modifications. Cependant, on peut individualiser le cancer du sein en deux entités distinctes :

Cancer in situ : La prolifération épithéliale maligne est dans la lumière soit du canal galactophorique (entité anatomo-fonctionnelles fondamentale de la glande mammaire), il s'agit alors d'un carcinome intra-canalair. Soit des acini situés dans les lobules, il s'agit alors d'un carcinome intra lobulaire. Mais la membrane basale est toujours respectée donc absence d'infiltration.

⁸Neues-medical.net histoire de cancer de sein

Chapitre I : Diagnostique et prise en charge de cancer du sein

Cancer infiltrant : est un cancer envahissant le tissu mammaire, évoluant localement puis métastasant (premier relais : ganglions axillaires).

I.1.2. Sur le plan thérapeutique

En matière de traitement, après des siècles sans avancées majeures, les découvertes se sont emballées à partir du milieu du XIX^{ème}. Outre l'anesthésie et l'asepsie qui ont augmenté le taux de réussite de la chirurgie. La découverte de la cellule par Rudolph Virchow grâce au microscope a constitué une avancée de taille. Peu après, un chirurgien écossais, George Beat son a obtenu une régression du cancer du sein chez deux femmes auxquelles il avait retiré les ovaires, mettant ainsi en avant le rôle des hormones (œstrogènes) dans la maladie. La radiothérapie et la chimiothérapie, traitements substitutifs ou complémentaires à la chirurgie, elles, appartiennent à ces découvertes dues au hasard et qui font la légende de la science. En 1895, Wilhelm Röntgen, le physicien allemand inventeur des rayons X, a découvert que ces derniers provoquent des altérations cutanées sur les mains. À peine un an plus tard, ces rayons sont utilisés pour traiter le cancer (de l'estomac d'abord, et ensuite le cancer du sein).

La découverte de la chimiothérapie était encore plus insolite, elle a d'abord été utilisée dans le traitement des leucémies avant de l'être pour le cancer du sein au début des années 1960. L'histoire ne s'arrête pas là, puisque de nouvelles stratégies, comme l'immunothérapie qui bloque les récepteurs de croissance des cellules, sont en permanence testées pour faire reculer la maladie⁹.

I.2. Etymologie du cancer

Le mot « cancer » apparaît pour la première fois sous la plume d'Hippocrate, le père grec de la médecine entre 400 et 300 av. J.c

Les premiers traitements dans l'Antiquité, étaient déjà à base de chirurgie. Les actes d'amputation étaient très larges et incluait les ganglions. Tout cela sans anesthésie. La suite était très souvent effroyable, avec des infections et des hémorragies mortelles. Une pratique qui a duré jusqu'à fin XVIII (18^{ème}), début XIX (19^{ème}) siècle. Mais à cette époque, les chirurgiens parvenaient à opérer en deux ou trois minutes.

Il n'y avait pas vraiment de médicaments. Ce qui était utilisé, c'étaient la cautérisation au fer rouge ou des onguents. Il y avait aussi des emplâtres, dont le plus tristement célèbre est celui à la viande crue. On pensait qu'il fallait traiter le mal par le mal et attirer le « crabe » dans

⁹Junod B., Massé R., Quélier C. « Cancer du sein : danger des certitudes prétendues », Santé publique, (2004), vol 16 p 21 à 26

Chapitre I : Diagnostique et prise en charge de cancer du sein

la viande pour qu'il s'y nourrisse et soit extrait du corps de la patiente. On imagine sans peine les résultats d'un tel traitement, qui dans certaines campagnes françaises a été utilisé jusqu'au début du XX (20 ème) siècle. Il faut bien savoir qu'au début du XXe siècle encore, le cancer ne représentait que 3 % de la mortalité, alors qu'elle est de 25 % aujourd'hui.

Dès le XVIIIe siècle, on savait que sentir quelque chose de dur dans son sein était problématique. On raconte qu'un chirurgien de Besançon qui avait pratiqué une ablation réussie d'une tumeur était-elle ou non cancéreuse du sein d'une de ses patientes, était devenue la coqueluche de ces dames, qui se bouscuaient dans son cabinet.

Il y a eu heureusement de nombreux progrès dans tous les domaines d'intervention. Ils concernent bien sûr l'anesthésie et l'asepsie. La chirurgie est devenue moins mutilante. Le tout début du traitement par les rayons remonte à la découverte des rayons X, utilisés dès le début du XXème siècle. Ont suivi l'hormonothérapie, la chimiothérapie et depuis 2000, l'immunothérapie, cette dernière ne concernant qu'un quart des cancers du sein. L'hormonothérapie est devenue moins destructrice, les médicaments sont mieux tolérés, la chimiothérapie reste un traitement lourd mais apporte un gain en espérance de vie. Il y a, bien-sûr, l'allongement de la durée de vie, plus de cas qu'il y a un siècle, mais moins de morts. Les durées d'hospitalisation sont passées de plusieurs semaines à seulement quelques jours¹⁰. Enfin, il y a eu la mise au point de ce véritable outil de dépistage, la mammographie. Avec ses perfectionnements. Dans les années 1970, on détectait des tumeurs de 3 cm de taille moyenne. Aujourd'hui, cette taille moyenne au diagnostic est de 15 mm. Bien du chemin a été fait, mais il en reste encore à parcourir.

I.3.Définition de cancer du sein

Un cancer du sein est une maladie des cellules qui constituent la glande mammaire. Il se développe à partir d'une cellule initialement normale qui se transforme et se multiplie de façon anarchique pour former une masse, appelée tumeur maligne. Avec le temps et en l'absence de traitement, la tumeur se développe. Des cellules cancéreuses peuvent s'en détacher et migrer vers d'autres tissus ou organes où elles forment de nouvelles tumeurs appelées métastases¹¹.

¹⁰ Abid L (2005) La lutte anticancéreuse en Algérie. In www.santemaghreb.com rubrique « Histoire de l'Algérie médicale »

¹¹ La haute autorité de santé La prise en charge du cancer du sein Juin 2010

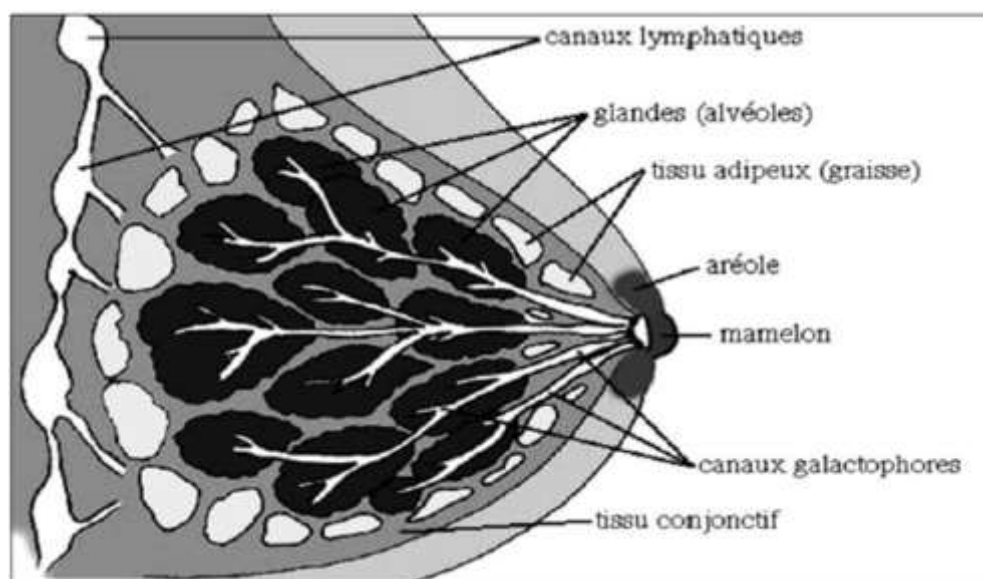


Figure 1: structure du sein (Source : dessin original réalisé par Eric Walravens)

I.4. Les symptômes de cancer du sein

La palpation du sein doit faire partie de l'examen gynécologique annuel que doit faire pratiquer toute femme dès le début de l'activité sexuelle. En raison de sa situation anatomique, le sein est facile à palper, surtout s'il est de volume moyen ou petit. Dans la plupart des cas, le cancer se manifeste cliniquement par un nodule que l'on peut découvrir à partir de 1 cm de diamètre environ, nodule plus ou moins profond, dur, habituellement non douloureux. Mais toute anomalie récente doit également attirer l'attention :

- Une fossette ou une ride creusant la surface du sein,
- Un aspect de « peau d'orange »,
- Une déformation du mamelon le rétractant vers l'intérieur,
- Un aspect eczémateux du mamelon, qui devient rouge, croûteux ou érodé,

I.5. Incidence et évolution de cancer du sein

I.5.1. Dans le monde

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) pour la recherche sur le cancer, la tumeur du sein figure parmi les cancers les plus fréquemment diagnostiqués. Il représente 11,6% de nouveaux cas rapportés dans la population mondiale en 2018, nettement devant le cancer du côlon-rectum et le cancer du poumon.

Cette maladie est classée la cinquième cause de mortalité par cancer dans le monde avec 627.000 décès ou 6.6% du total, son pronostic étant relativement favorable, du moins dans les pays développés. Chez les femmes le cancer du sein représente un cas de cancer sur

Chapitre I : Diagnostique et prise en charge de cancer du sein

quatre et un décès sur six, et il est classé au premier rang en termes d'incidence et de mortalité dans la plupart des pays du monde, dans 159 et 110 pays respectivement.

L'incidence du cancer du sein est élevée dans les pays développés contrairement aux pays moins développés. Il est lié à l'âge seulement de 5% et il se produit chez les femmes au-dessus de 40 ans.

L'annuaire des taux d'incidence âge normalisés selon 100.000 femmes sont représentés dans la figure 2. Les taux annuels les plus bas (inférieur à 30 pour 100.000 femmes) sont enregistrés en Asie (centrale du sud, orientale et de sud-est) Afrique et en Amérique centrale ; les taux intermédiaires (entre 40 à 70 pour 100.000 femmes) sont observés en Europe du sud, Asie du nord, et en Amérique du sud ; les taux les plus élevés (plus de 70 pour 100.000 femmes) affectent l'Europe du Nord et Occidentale, l'Océanie et l'Amérique du Nord.¹²

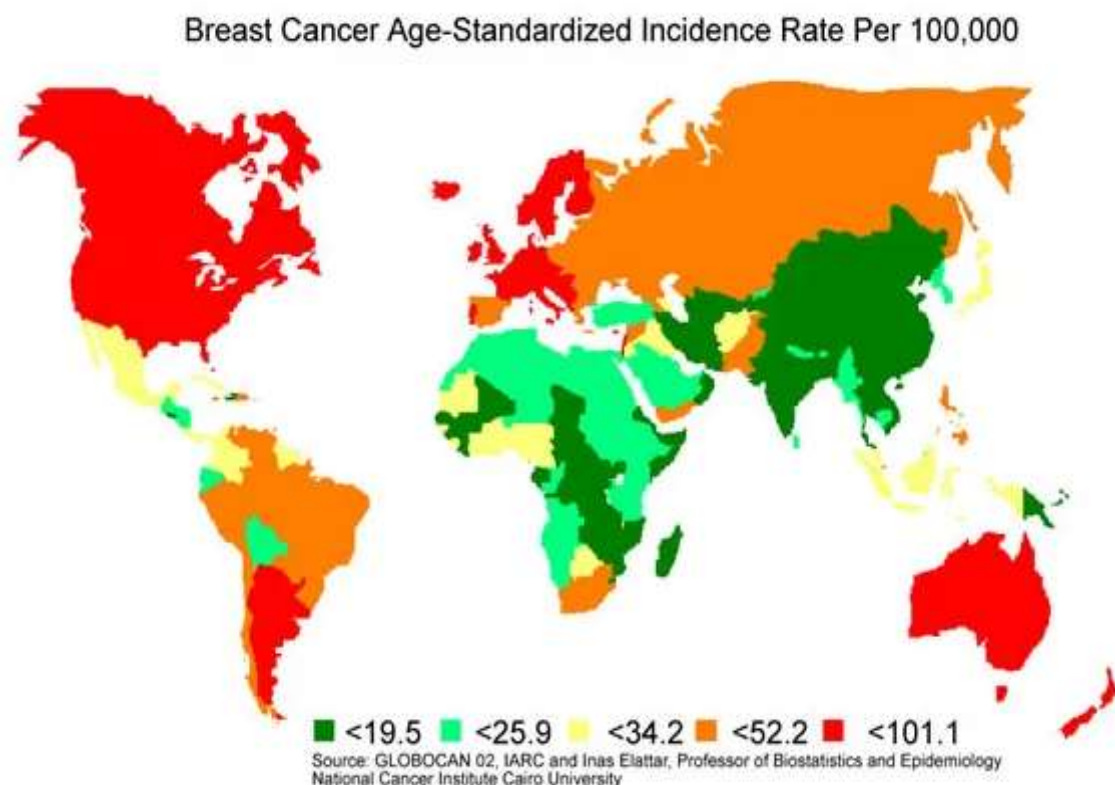


Figure 2 : incidence standardise de cancer du sein dans le monde pour 100 000 femmes

¹² Centre international de recherche sur le cancer : 2018, titre de communiqué de presse N°263

Chapitre I : Diagnostique et prise en charge de cancer du sein

I.5.2. En Algérie

Le cancer du sein est considéré comme étant le premier cancer de la femme, et même la première cause de mortalité par cancer avec 11847 nouveaux cas enregistrés annuellement, et 3367 décès, un taux d'incidence standardisé estimé à 55,6/100 000 femmes et une mortalité de 16,2/100 000 femmes.¹³

Il garde sa première place parmi les différentes localisations chez la femme dans tous les registres de cancer (celui d'Oran, de Sétif, Alger et Tizi-Ouzou) les incidences varient selon les registres des cancers, celui d'Alger a enregistré une incidence standardisée de 69,7/100 000 femmes en 2014 [RCA –Hamouda et al], celui d'Oran, le taux d'incidence est passé de 26/100 000 femmes en 2000 à 40/100 000 femmes en 2004 63/100 000 femmes en 2015 [RCO Mokhtari et al], Sétif l'incidence avoisine les 49,2/100 000 femmes en 2010 [RCS, Hamdi cherif et al].

La wilaya de Tizi-Ouzou a enregistré 1808 cas de cancer durant l'année 2015, toutes localisations confondues chez les deux sexes, soit une incidence de 155,0 pcm/habitants. Chez les hommes, 825 nouveaux cas ont été enregistrés avec une incidence brute de 138,5 pcm hommes, ou le cancer colorectal occupe la première position (21,03 pcmh) suivi par le cancer pulmonaire (21,03 pcmh).

Chez les femmes, 983 nouveaux cas ont été enregistrés avec une incidence brute de 165,13 pcm femmes, dont le cancer du sein occupe la première position (60,2 pcmf) suivi par le cancer colorectal (19,3 pcmf).

On constate que l'incidence chez la femme est plus élevée par rapport à l'homme.¹⁴

¹³Wild.c centre international de recherche sur le cancer (CIRC) « incidence et mortalité du cancer du sein dans le monde »

¹⁴ Service d'épidémiologie du CHU de Tizi-Ouzou, Algérie. avr 2019;

➤ **Incidence de cancer du sein :**

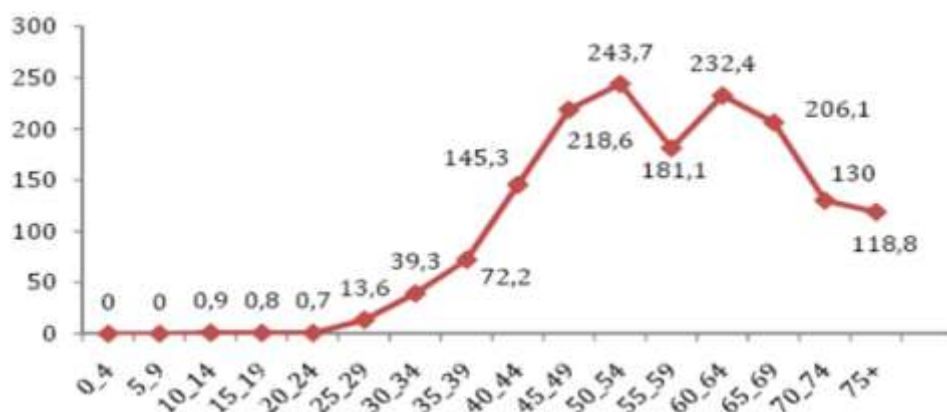


Figure 3 : répartition par tranche d'âges de cancer du sein pour 100 00 femmes, année 2014

(Source : Epidémiologie de cancer du sein en Algérie)

La figure 3 représente la répartition par tranches d'âges de cancer du sein pour chaque 100 000 femmes, selon la courbe, nous remarquons que l'incidence de ce cancer est en nette évolution, il faut d'ailleurs bien souligner la tendance observée à savoir, l'ascension de l'incidence de cancer du sein qui commence dès la tranche d'âge 30-34, mais à partir de la tranche d'âge 40- jusqu'à 65 ans on distingue une augmentation considérable, les deux pics à 50-54ans et 60-69 ans nous indique qu'à ces tranches d'âge la probabilité d'être atteint d'un cancer du sein est trop élevée. La courbe ensuite prend une allure à tendance descendante au-delà de cet âge les risques restent grands par exemple à l'âge de 74 ans il y a plus de 130 malades du cancer, mais qui restent au-dessous des pics enregistrés précédemment.

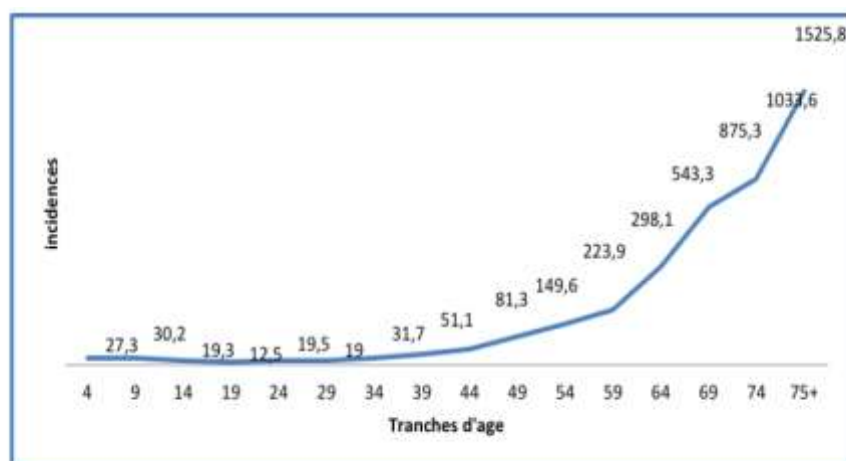


Figure 4 : cancer homme : incidence pour 100 000 répartition par tranche d'âge année 2015

(Source : institut national de santé publique (INSP))

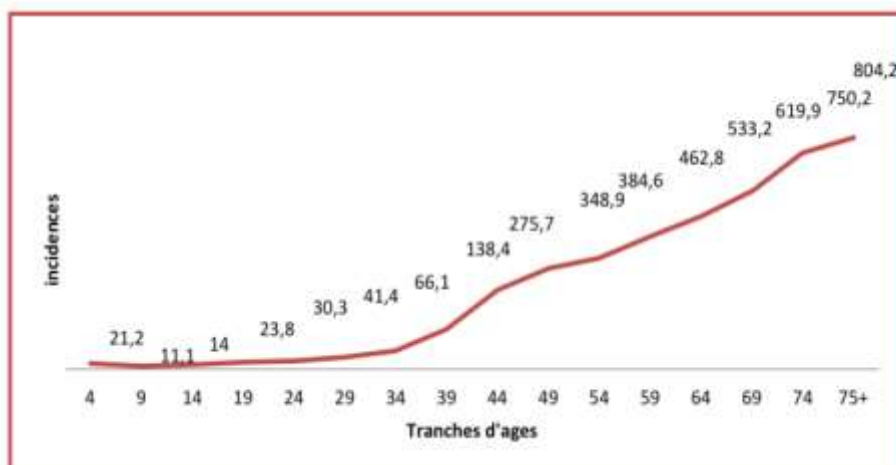


Figure 5 : cancer femmes : incidence pour 100 000 répartition par tranche d'âge année 2015
(Source : institut national de santé publique (INSP))

L'aspect général de ces courbes montre bien que, contrairement à une idée reçue, il n'y a pas moins de cancer dans les pays en développement que dans les pays développés. C'est l'effectif de population susceptible de développer cette maladie qui est moins important dans la pyramide des âges de ces pays. Ainsi, les plus de 60 ans sont moins de 7% de la population générale dans notre pays alors qu'il est proche des 20% dans les pays développés. De plus, l'espérance de vie de la population occidentale étant plus élevée, l'exposition aux risques est plus longue et le nombre de cancers est plus élevé. Les modes de vie, l'environnement, notamment industriel, exposent beaucoup plus ces populations aux agents cancérogènes. Enfin, dernier argument, majeur : la plupart des pays occidentaux, pratiquent le dépistage de 4 cancers (sein, prostate, colon, col), ce qui augmente de façon très significative leur incidence. Par ailleurs, les localisations cancéreuses les plus importantes sont sensiblement les mêmes, indiquant que ce sont les mêmes expositions qui sont à l'origine de cette pathologie¹⁵.

I.6. Données épidémiologiques sur le cancer du sein

Au cours des trois dernières décennies le nombre de personnes atteintes de cancers du sein, auraient connu une nette augmentation. Son incidence est en forte augmentation dans toutes les régions du monde, « elle a connu une hausse de 3,1% par an, et ce dans toutes les régions du monde. Sur les 1,6 millions de cas recensés en 2010, la moitié est ainsi survenue dans des pays en voie de développement. Par ailleurs, la hausse s'est principalement manifestée chez les femmes de 15 à 49 ans», plusieurs rapports et études qui référencient des registres nationaux du cancer démontrent cette tendance ascendante « plus de 300 registres du

¹⁵ Rapport du professeur ZITOUNI à la présidence mai 2015

Chapitre I : Diagnostique et prise en charge de cancer du sein

cancer dans 187 pays a montré que le nombre de cancer du sein serait passé de quelque 640.000 cas en 1980 à 1,6 millions en 2010, soit une augmentation de près de 250%»¹⁶.

Le cancer du sein est devenu un fléau national qui pèse considérablement sur la situation financière, sanitaire et démographique des nations, d'ailleurs, il est considéré comme cause majeure des décès dans le monde, «Il a été à l'origine de 7,6 millions de décès en 2008, soit environ 13% de la mortalité mondiale. Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes et représente 16% de l'ensemble des cancers féminins. Il y a chaque année près de 1,38 million de nouveaux cas et 458000 décès dus au cancer du sein »¹⁷. Le niveau d'accès au soin, le manque d'informations sur le dépistage, la prise en charge tardive et le suivi inefficace de la maladie, dans les pays dit en voie de développement, sont les causes majeures de l'augmentation de l'incidence ainsi que le nombre des décès enregistrés annuellement « La majorité des décès qui ont eu lieu dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où la plupart des femmes atteintes d'un cancer du sein sont diagnostiquées très tardivement. Du fait essentiellement de l'absence d'information sur le dépistage précoce et de l'accès insuffisant aux services de santé »¹⁸. Toutefois, « il faut noter que la hausse des décès a été plus lente comparée à celle des cas enregistrés, (1,8% par an) que celle des cas, passant de 250.000 en 1980 à 425.000 en 2010, dont 68.000 femmes de 15 à 49 ans dans les pays en développement »¹⁹.

L'Algérie, vit la même situation épidémiologique que d'autres pays, puisqu'on dénombre plus de nouveaux cas référenciés atteints de cancer du sein que tout autre cancer. D'ailleurs, c'est le premier cancer de la femme et prend des proportions épidémiques renseignant sur les obligations en matière de diagnostic, de prise en charge et de suivi tant sur le plan préventif que curatif « Le cancer du sein vient en tête des cas de cancer recensés avec 6625 nouveaux cas diagnostiqués en 2012 »²⁰... « Son incidence connaît une progression exponentielle alarmante depuis environ 25 ans. A partir des années 1990, il est devenu plus

¹⁶Forouzanfar MH, Foreman KJ, Delossantos AM, et al. Breast and cervical cancer in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. *Lancet* 2011.

¹⁷IARC Globocan. Estimated cancer incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2008. Disponible sur <http://globocan.iarc.fr/>

¹⁸OMS, rapport sur le cancer du sein, Organisation Mondiale de la Santé. 2012. Disponible sur http://www.who.int/cancer/events/breast_cancer_month/fr/index.html consulte le 20/01/2021

¹⁹Forouzanfar MH, Foreman KJ, Delossantos AM, et al. Breast and cervical cancer in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. *Lancet* 2011.

²⁰Terki. N et col. Incidence annuelle du cancer du sein dans la population Algérienne diagnostiquée au niveau des centres de référence d'anatomopathologie en Algérie. Le fascicule de la santé n°19- Avril 2015

Chapitre I : Diagnostique et prise en charge de cancer du sein

fréquent que le cancer du col de l'utérus. Les données du registre d'Alger illustrent bien cette augmentation réelle et régulière. En effet, l'incidence est passée de 14,5 nouveaux cas par 105 habitants en 1993 à 70,2 par 105 en 2012 »²¹.

Le cancer du sein peut toucher les femmes à différents âges, en n'épargnant personne et aucune couche sociale n'est exclue, d'ailleurs l'âge n'a jamais été un indicateur permettant de référencer ou de classer les femmes les plus susceptibles d'être atteintes, il affecte habituellement les femmes de plus de 50 ans. Cependant les femmes de tout âge peuvent avoir un cancer du sein et dans de rares cas, le cancer du sein peut aussi affecter les hommes. C'est ce qui démontre sa dangerosité et sa gravité « Le cancer du sein affecte de manière relativement importante la femme jeune. L'âge médian est à 47 ans selon les données du registre d'Alger de 2012. Les premiers cas de cancer du sein surviennent dès l'âge de 15 ans » « Cette caractéristique épidémiologique constitue une différence fondamentale avec le cancer du sein en occident où il survient vers 60 ans »¹⁴

Cette pathologie reste la principale cause de mortalité féminine en Algérie et demeure donc un problème majeur de santé publique. Le manque de données permettant de faire une évaluation précise de la situation régnante en Algérie pour estimer la mortalité par cancer du sein est le plus grand défi dont nous pouvons faire face pendant ce travail « Les données sont insuffisantes pour estimer la mortalité par cancer du sein en Algérie. Les résultats de l'étude Concord à laquelle n'avait participé que le registre de Sétif avec 300 cas, a conclu à un taux de survie à 5 ans bas, de l'ordre de 30% »¹⁰.

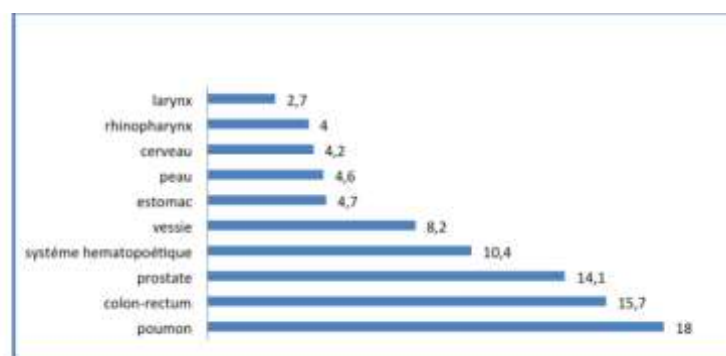


Figure 6 : pourcentage des cancers les plus fréquents chez les hommes en Algérie : 2015

(Source : Institut National de Santé Publique (INSP))

²¹ Registre du cancer d'Alger. Année 2012.

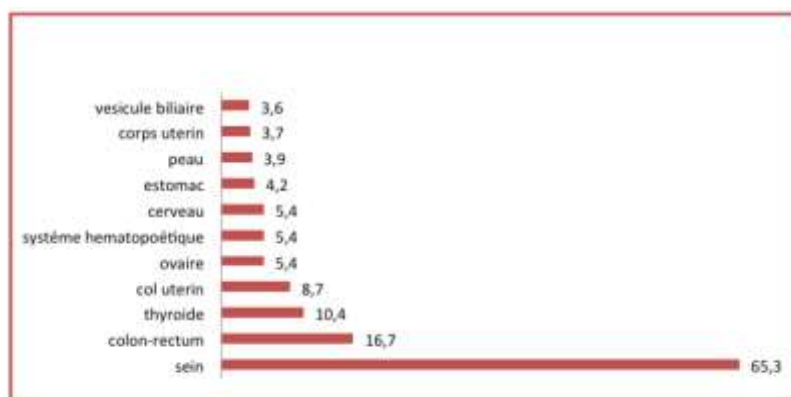


Figure 7 : pourcentage des cancers les plus fréquents chez les femmes en Algérie: année 2015
(Source : institut national de santé publique (INSP))

Les formes de cancer les plus fréquentes chez l'homme sont ceux du poumon, du colo-rectum, la vessie, la prostate et l'estomac. Ils constituent 52,5% de tous les cancers masculins. Pendant que ceux du sein, du col de l'utérus, de la thyroïde, du colon rectum et de l'ovaire. Sont les formes de cancer les plus fréquentes chez la femme. Ils constituent 68,2% de tous les cancers féminins. Les cancers du sein (40,45%) et du col de l'utérus (12,5%) qui totalisent, à eux deux, 52,95% de tous les cancers féminins.

Le cancer du sein dont la progression de l'incidence est préoccupant. Avec plus de 9000 nouveaux cas en 2009, soit 54 nouveaux cas pour 100.000 femmes, l'Algérie se situe encore à un niveau d'incidence qui reste en dessous de la moyenne mondiale telle que donnée par l'OMS (88.9 nouveaux cas pour 100.000 femmes) ; à ce rythme, elle rejoindra les taux d'incidences de l'Europe du sud dans les 5 ans qui viennent. De plus, le cancer du sein, en Algérie touche autant la femme jeune (l'âge médian est de 47 ans), que la femme ménopausée²²

II. Facteurs de risque et facteurs protecteur de cancer du sein

Le cancer du sein constitue une préoccupation majeure de santé publique en raison de l'augmentation de son incidence, les causes impactant l'apparition de cette pathologie ne sont pas connues. Mais nous avons pu identifier quelques facteurs associés à un risque accru de cancer du sein tel que l'âge avancé, l'âge précoce lors des premières menstruations, la ménopause tardive, la grande taille à l'âge adulte, les maladies bénignes du sein, la densité élevée du tissu mammaire en mammographie, l'obésité après la ménopause, l'histoire familiale de cancer du sein, les radiations ionisantes, certaines mutations génétiques, la consommation importante d'alcool, l'utilisation des contraceptifs oraux et du traitement

²²Rapport du professeur ZITOUNI à la présidence mai 2015

hormonal substitutif, l'exposition à des facteurs environnementaux et à des facteurs liés au style de vie jouent un rôle important dans l'étiologie de cette maladie. Nous trouvons aussi d'autres facteurs qui réduisent le risque de cette pathologie tel que la maternité précoce, la multiparité, l'activité physique régulière, l'allaitement et le maintien de l'équilibre énergétique²³.

II.1. Facteurs hormonaux endogènes

II.1.1. Âge précoce des premières menstruations

Dès les premières règles précoces augmentent le risque de cancer du sein, autrement dit, l'atteinte de la puberté avant l'âge de 12 ans peut augmenter considérablement le risque de voir apparaître le cancer du sein, « de nombreuses études montrent que la survenue des premières règles avant l'âge de 12 ans augmente le risque de cancer du sein »²⁴. Cela s'explique par l'exposition récurrente et prolongée des années durant aux hormones dégagées pendant l'activité ovarienne, « Le fondement biologique de cette association correspond à l'exposition précoce et prolongée à l'imprégnation hormonale qui existe durant la période d'activité des ovaires. Cette exposition est considérable lorsque les cycles menstruels sont réguliers. Une telle hypothèse concorde avec les taux d'œstrogènes élevés après les règles, que l'on observe chez les femmes qui ont eu leurs menstruations précocement »²⁵

II.1.2. Ménopause tardive

La ménopause tardive augmente sensiblement le risque de développer un cancer du sein de 3 à 4 % par année de retard. Après 50 ans, le corps est plus longuement exposé aux hormones ovariennes, surtout aux œstrogènes, qui stimulent la prolifération du tissu mammaire. « Les femmes qui ont leur ménopause après 50 ans, présentent un risque accru de cancer de sein qui augmente d'environ 3 %, pour chaque année supplémentaire, à partir de l'âge présumé de la ménopause » . . . « Cette association entre l'âge et le risque de cancer de sein est similaire, que la ménopause soit survenue naturellement, ou qu'elle résulte d'une ovariectomie bilatérale »²⁶. En d'autres termes, le mécanisme par lequel la ménopause tardive

²³Nkondjock, A. & Ghadirian, P. (2005). Facteurs de risque du cancer du sein. *M/S: médecine sciences*, 21 (2), 175–180.

²⁴World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Expert report. Food, nutrition and the prevention of cancer : a global perspective. Washington, DC : American Institute for Cancer Research, 1997.

²⁵Key TJ, Verkasalo PK, Banks E. Epidemiology of breast cancer. *Lancet Oncol* 2001

²⁶Collaborative group on hormonal factors in breast cancer. Breast cancer and hormonal replacement therapy : collaborative reanalysis of individual data from 51 epidemiological studies of 52,705 women with breast cancer and 108,411 women without breast cancer. *Lancet* 1997

Chapitre I : Diagnostique et prise en charge de cancer du sein

augmente le risque de cancer du sein semble le fait d'une production prolongée des hormones ovariennes.

II.2. Facteur hormonaux exogènes

II.2.1. Contraceptifs oraux

Les femmes qui prennent des contraceptifs oraux sont exposées plus conséquemment au risque d'avoir un cancer du sein à un moment ou un autre de leur vie « Le risque de cancer du sein est augmenté d'environ 25 % chez les femmes utilisant couramment les contraceptifs, de sorte que, 10 ans après l'arrêt de l'utilisation, aucune augmentation significative de risque ne se manifeste »...« Le risque de cancer du sein ne change pas de manière significative avec la durée d'utilisation et est indépendant du type d'œstrogène ou la combinaison des préparations utilisées. Le cancer du sein est rare chez les jeunes femmes en âge de procréer qui utilisent les contraceptifs oraux, et une utilisation importante de ces produits n'entraîne pas un nombre supplémentaire de cas. En revanche, l'utilisation de ces médicaments, tard dans la vie reproductive, entraîne une augmentation relative du risque de cancer du sein au moment où le risque naturel devient appréciable. Ainsi, plus les contraceptifs oraux seront utilisés, plus le nombre de cas de cancer du sein qui en résulteront sera important »²⁷

II.2.2. Traitement hormonal substitutif (THS)

Le THS de la ménopause est prescrit pour pallier la diminution du niveau des hormones ovariennes circulantes. Les femmes sous ce traitement présentent un risque augmenté de cancer du sein, du coup La décision d'utilisation du THS doit se faire conjointement entre la femme et son médecin traitant, et de préférence réserver l'usage sur une courte durée et uniquement dans l'objectif de lutter contre les troubles climatiques (période des changements endocriniens, physiques et psychologiques qui surviennent à la ménopause) durant la période de ménopause « Le THS de la ménopause est prescrit pour pallier la diminution du niveau des hormones ovariennes circulantes. Les femmes sous THS présentent un risque augmenté de cancer du sein, si on les compare aux femmes qui ne l'ont jamais utilisé, et le risque de cancer du sein augmente avec la durée d'utilisation, pour les femmes ayant suivi un THS pendant cinq ans ou plus, le risque est augmenté de 26 % à 35 %.

²⁷Collaborative group on hormonal factors in breast cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53,297 women with breast cancer and 100,239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet* 1996

Cependant, le risque attribuable (effet réel du THS) diminue dès l'arrêt du traitement. IL a également été montré que, chez les femmes ayant eu recours au THS à l'âge de 50 ans, et qui l'ont poursuivi durant 5, 10 et 15 ans, l'accroissement de risque est respectivement de 2, 6 et 12 cas pour 1000. Par ailleurs, l'effet du THS varie selon la composition des produits. Le risque relatif est de deux chez les femmes utilisant une association oestro-progestative, tandis qu'il n'est augmenté que de 30 % chez les femmes recevant un traitement ostrogénique seul. Un des mécanismes par lesquels le THS influence le risque de cancer du sein est qu'il retarde les effets de la ménopause »²⁸.

II.3. Facteurs liés à la reproduction

II.3.1. Multiparité et âge précoce à la première maternité

Plus une femme a d'enfants, plus son risque d'avoir un cancer du sein diminue. Il se réduit de 10 % après chaque accouchement. Les femmes n'ayant pas eu d'enfant ou ayant eu une grossesse multipare, (ayant eu plusieurs grossesses). En revanche, un âge de première grossesse tardif augmente ce risque, Une femme ayant son premier enfant après 30 ans aurait un risque 5 fois plus élevé de faire ce cancer. Les femmes qui ont mené au moins une grossesse à terme avant l'âge de 30 ans présentent en moyenne un risque de cancer du sein diminué de 25 % par rapport aux femmes nullipares. L'effet protecteur de la multiparité semble augmenter proportionnellement au nombre d'accouchements. Les femmes qui ont eu de huit à neuf accouchements présentent des risques réduits d'environ 30 %, en comparaison avec celles qui ont eu cinq accouchements²⁹. Plusieurs mécanismes, par lesquels la multiparité influence le risque de cancer du sein, sont connus ou supposés. Certes, la multiparité a pour avantage de protéger les femmes contre le cancer du sein. Toutefois, la période reproductive semble avoir un double effet : le risque est accru immédiatement après l'accouchement, puis diminue graduellement »³⁰.

II.3.2. Allaitement naturel

L'effet de l'allaitement sur le risque de cancer du sein est controversé, probablement parce que la modification du risque, compte tenu de la durée moyenne de l'allaitement naturel est faible. « Les femmes qui ont allaité pendant une durée totale d'au moins 25 mois

²⁸ Writing group for the Women's Health Initiative investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002

²⁹ Hinkula M, Pukkala E, Kyyronen P, Kauppila A. Grand multiparity and the risk of breast cancer: population-based study in Finland. *Cancer Causes Control* 2001

³⁰ Layde PM, Webster LA, Baughman AL, et al. The independent associations of parity, age at first full term pregnancy, and duration of breastfeeding with the risk of breast cancer. Cancer and steroid hormone study group. *J Clin Epidemiol* 1989

présentent un risque réduit de 33 %, par rapport à celles qui n'ont jamais allaité » ... « Une diminution significative du risque de cancer du sein de plus de 4 % a été rapportée pour chaque période d'allaitement de 12 mois »³¹. D'une manière générale. Plus la durée de l'allaitement est longue, plus les femmes sont protégées contre le cancer du sein. Le fondement biologique d'une association, en résumé chaque période d'allaitement de 12 mois réduit le risque d'avoir un cancer du sein. « L'effet protecteur de l'allaitement de 12 mois réduit le risque d'avoir un cancer du sein. « L'effet protecteur de l'allaitement sur le risque de cancer du sein semble plus important chez les femmes jeunes que chez les femmes plus âgées »³². Cette protection serait due à la production de la prolactine, l'hormone de l'allaitement, réduisant l'exposition aux œstrogènes.³³

II.4. Facteurs génétique, environnementaux, démographiques et sanitaires

II.4.1. Histoire familiale et mutations génétiques

Un âge d'apparition jeune (avant 40 ans) est lié généralement à un cancer du sein héréditaire. Un antécédent familial de cancer du sein. De l'ovaire ou du colon, surtout avec un degré de parenté proche, comme avec une mère ou sœur, prédispose du sein d'origine génétique, « L'histoire familiale est associée, de manière régulière, à un risque accru de cancer du sein. Le risque relatif pour toute forme de parenté est d'environ 1,9 et l'excès de risque est plus marqué chez les femmes plus jeunes et lorsque la maladie s'est développée chez une proche parente (mère, fille ou sœur), avant l'âge de 50 ans »³⁴. «Par ailleurs, certaines mutations sont susceptibles d'augmenter le risque de cancer du sein, Deux gènes, BRCA1 et BRCA2, semblent les plus impliqués. Par rapport à la population générale, les femmes porteuses des mutations sur ces gènes présentent un risque accru de cancer du sein »³⁵ Ce qui veut dire, c'est l'altération de ces gènes qui est incriminée, donc il y a un risque plus précoce et plus élevé chez les femmes porteuses de la mutation de ces gènes.

³¹ Collaborative group on hormonal factors in breast cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50,302 women with breast cancer and 96,973 women without the disease. *Lancet* 2002

³² Key TJ, Verkasalo PK, Banks E. Epidemiology of breast cancer. *Lancet Oncol* 2001

³³ Ben Abdallah M, Zehani S, Maalej M, Hsairi M, Hechiche M, Ben Romdhane K, et al. Cancer du sein en Tunisie : caractéristiques épidémiologiques et tendance évolutive de l'incidence.

³⁴ Pharoah PD, Day NE, Duffy S, et al. Family history and the risk of breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Int J Cancer* 1997

³⁵ Ford D, Easton DF, Stratton M, et al. Genetic heterogeneity and penetrance analysis of the BRCA1 and BRCA2 genes in breast cancer families. The Breast Cancer Linkage Consortium. *Am J Hum Genet* 1998.

II.4.2. Radiation ionisante

Plusieurs études ont démontré que le risque de cancer du sein est multiplié par trois chez les femmes de moins de 40 ans ayant déjà eu des rayons à haute dose au cours de leur vie. « Un suivi intensif de plusieurs groupes de population a montré que le sein est l'un des organes les plus sensibles aux effets des radiation »³⁶. « L'exposition du tissu mammaire aux radiations ionisantes, avant l'âge de 40 ans, est susceptible de provoquer un cancer du sein dans les années ultérieures. Il a également été montré que l'effet des radiations ionisantes, chez les femmes exposées avant l'âge de 40 ans, est à un risque de cancer du sein multiplié par trois. Le risque de cancer du sein est similaire pour une exposition unique ou pour des expositions multiples à intensité totale égale »³⁷. Du coup, une surveillance accrue et constante est conseillée après la fin de l'irradiation.

II.4.3. Âge

Le nombre de nouveaux cas observés est faible avant 30 ans, mais il augmente rapidement dès l'âge de 40 ans, pour se stabiliser entre 50 et 75 ans qui représente près des deux tiers des cancers du sein. Donc « L'âge est un facteur de risque le plus important vis-à-vis du cancer du sein »³⁸.

II.4.4. Sexe

Le sexe est un facteur de risque très important pour le cancer du sein. Statistiquement, 78 % des cancers du sein surviennent chez les femmes de plus de 50 ans, et moins de 1 % de tous les cancers du sein sont diagnostiqués chez l'homme.³⁹

II.4.5. Maladies bénignes du sein

Les maladies bénignes du sein constituent un facteur de risque de cancer du sein. Elles sont histologiquement divisées en deux groupes : les lésions prolifératives et les lésions non prolifératives avec ou sans atypie. Les lésions non prolifératives ne sont généralement pas associées à un risque accru de cancer du sein ou, si elles le sont, le risque est très faible. Les lésions prolifératives sans atypie multiplient le risque par deux, tandis que les lésions hyperplasiques avec atypie augmentent ce risque d'au moins quatre fois⁴⁰.

³⁶Key TJ, Verkasalo PK, Banks E. Epidemiology of breast cancer. *Lancet Oncol* 2001.

³⁷Boice JD. Cancer following irradiation in childhood and adolescence. *Med Pediatr Oncol* 1996.

³⁸Kelsey JL, Bernstein L. Epidemiology and prevention of breast cancer. *Annu Rev Publ Health* 1996.

³⁹Caractéristiques épidémiologiques et tendance évolutive des facteurs de risques. Disponible sur <https://cancerdu-sein.ooreka.fr/comprendre/causes-cancer-sein>. Consulté le 22/01/2021

⁴⁰ Key TJ, Verkasalo PK, Banks E. Epidemiology of breast cancer. *Lancet Oncol* 2001 ;

II.4.6. Densité mammographique

La densité mammaire intervient aussi dans les facteurs de risques, autrement dit. La taille du tissu mammaire peut être un facteur de risque, c'est-à-dire à chaque fois que celui-ci est grand et imposant, plus on est exposé au risque d'avoir un cancer du sein, Le risque de cancer du sein augmente avec le niveau de densité des tissus mammaires en mammographie. Pour les femmes ayant des seins denses en mammographie, le risque est multiplié de deux à six fois.⁴¹

II.5. Facteurs liés aux habitudes de vie et nutrition

II.5.1. Causes liées aux habitudes de vie

Outre les facteurs de risques génétiques ou biologiques, certains comportements ou habitudes de vie peuvent augmenter les risques de cancer du sein. Parce qu'il est possible de changer ces habitudes, ces facteurs de risque sont considérés comme modifiables.

La réduction du risque nécessite ainsi d'adopter une nouvelle habitude de vie. Toutefois, dans certains cas, il peut être difficile de renoncer à certaines pratiques pour diminuer le risque de cancer du sein. Par exemple, l'hormonothérapie peut être souhaitable pour une femme aux prises avec des symptômes sévères de ménopause. Il est préférable de discuter de vos facteurs de risque avec un médecin pour que vous puissiez prendre les meilleures décisions pour votre santé.⁴²

II.5.2. Obésité et prise de poids

L'excès ou la prise de poids à l'âge adulte pourrait être facteur important qui augmente les risques de développer plusieurs maladies comme le cancer du sein. Par ailleurs l'obésité élevée augmenterait le risque de cancer du sein considérablement chez les femmes ménopausées. Toutefois, des études sont nécessaires pour déterminer si une perte de poids peut réduire ce risque. Après la ménopause, les tissus graisseux produisent un peu d'œstrogène. « L'excès de tissu adipeux entraîne l'augmentation de la production et du temps d'exposition aux hormones stéroïdiennes »⁴³. Il faut noter que tissu adipeux est également un site de stockage et de métabolisme des stéroïdes sexuels. Une augmentation du taux de cette hormone est associée au cancer du sein. « L'obésité est associée à un profil hormonal soupçonné de favoriser le développement du cancer du sein.

⁴¹ Boyd NF, Lockwood GA, Byng JW, et al. Mammographic densities and breast cancer risk. *Cancer EpidemiolBiomarkersPrev* 1998

⁴²Association Lalla Salma de lutte contre le cancer (ALSC). Rapport d'activité 2006. Disponible sur <https://rubanrose.org/cancer-du-sein/facteurs-de-risque/modifiables> .consulte le 22/01/2021

⁴³Kirschner MA, Samojlik E, Drejka M, et al. Androgen-estrogen metabolism in women with upper body versus lower body obesity. *J ClinEndocrinolMetab*1990; 70 : 473-9.

Chapitre I : Diagnostique et prise en charge de cancer du sein

L'obésité augmente d'environ 50 % le risque de cancer du sein chez les femmes ménopausées, probablement en raison de l'augmentation des concentrations sériques d'œstradiol libre »⁴⁴. Cependant l'obésité n'augmente pas le risque chez les femmes avant la ménopause parce qu'elle donne souvent lieu à des cycles menstruels anovulatoires durant lequel aucun ovocyte n'est libéré par les ovaires

Donc nous pouvons dire que l'obésité apparaît comme un facteur de risque important après la ménopause. Par ailleurs, « les femmes ayant un surpoids de plus de 20 kg à partir de l'âge de 18 ans, présentent, après la ménopause, un risque de cancer du sein multiplié par deux »⁴⁵.

II.5.3. Activité physique

L'activité physique modérée, qu'elle soit professionnelle, domestique ou de loisirs joue un rôle protecteur reconnu dans la survenue du cancer du sein chez les femmes ménopausées, ainsi il y a forte chances de voir le risque du cancer du sein diminuer avec l'intensité de l'activité physique « L'activité physique (30 à 60 minutes au moins 4 fois par semaine) diminue le risque de cancer du sein d'environ 35 %, en particulier chez les femmes ménopausées ». ¹⁸Un bénéfice conséquent est tiré d'une activité physique intense et soutenue tout au long de la vie. Puisque celle-ci influence également le risque de cancer du sein en diminuant la prise de poids.

II.5.4. Alcool

La consommation d'alcool, même en faible quantité, augmente le risque de cancer du sein. De plus, ce risque augmente proportionnellement avec la quantité consommée, « L'alcool est le seul facteur nutritionnel établi de risque de cancer du sein. Ce risque augmente d'environ 7 % pour une consommation moyenne d'une boisson alcoolique par jour »⁴⁶. Par ailleurs, les femmes qui s'abstiennent de prendre des boissons alcoolisées ont une durée de vie plus longue par rapport à celle qui en prennent, « Les femmes ayant un cancer du sein, et consommant au moins une boisson alcoolique par jour, ont une durée de survie diminuée de 15 % à 40 %, comparativement à celles qui ne boivent pas d'alcool »⁴⁷. Deux raisons peuvent expliquer ce risque : l'alcool pourrait faire augmenter le taux d'œstrogène « L'alcool

⁴⁴ Key TJ, Verkasalo PK, Banks E. Epidemiology of breast cancer. *Lancet Oncol* 2001 ; 2 : 133-40.

⁴⁵Wentzen M, Gilliland FD, Baumgartner K, Samet JM. Associations of weight, weight change, and body mass with breast cancer risk in Hispanic and non-Hispanic white women. *Ann Epidemiol* 2002 ; 12 : 435-44.

⁴⁶Collaborative group on hormonal factors in breast cancer. Alcohol, tobacco and breast cancer : collaborative reanalysis of individual data from 64 epidemiological studies, including 64,534 women with breast cancer and 131,348 women without breast cancer. *Br J Cancer* 2002.

⁴⁷Feigelson HS, Calle EE, Robertson AS, et al. Alcohol consumption increases the risk of fatal breast cancer (United States). *Cancer Causes Control* 2001 ; 12 : 895-902.

Chapitre I : Diagnostique et prise en charge de cancer du sein

provoque une augmentation du niveau des hormones dans le sérum et une production accrue de facteurs de croissance IGF (insuline-like growth factor). Les IGF agissent comme des mitogènes, inhibent l'apoptose et interagissent avec les œstrogènes. Une production accrue d'IGF augmente le risque de cancer du sein, surtout avant la ménopause »⁴⁸, une hormone associée au cancer du sein ; « l'alcool risque aussi de réduire des éléments nutritifs essentiels qui protègent contre les lésions cellulaires, comme l'acide folique, un type de vitamine B, et les vitamines A et C. il est donc recommandé de limiter sa consommation d'alcool à une consommation par jour pour un maximum de cinq jours par semaine »⁴⁹

II.5.5. Tabagisme

La fumée du tabac est une importante source de substances carcinogènes, les connaissances scientifiques actuelles ont démontrées que le tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire pourraient augmenter le risque de développer un cancer du sein. Ainsi, d'après de récentes études. Fumer augmenterait le risque de cancer du sein chez les femmes pré-ménopausées ou post-ménopausées ; il existerait un lien entre la fumée secondaire et le cancer du sein, particulièrement chez les jeunes femmes pré-ménopausées n'ayant jamais fumé. « La cigarette n'est pas considérée comme un facteur de risque établi du cancer du sein. Certains investigateurs ont trouvé que les fumeuses présentent un risque réduit, d'autres aucun risque, d'autres ont rapporté une augmentation de risque associé au tabagisme. Le tabagisme passif semble associé à un risque augmenté d'environ 60 % ; ce risque est multiplié par trois chez les femmes après la ménopause »⁵⁰. Cependant, d'autres recherches seront nécessaires pour déterminer l'effet réel du tabagisme actif (fumer) et de l'exposition à la fumée secondaire sur le nombre de cas de cancer du sein et les taux de mortalité de cette maladie.

II.5.6 Taille

Une grande taille à l'âge adulte est associée à un risque accru de cancer du sein. Le risque augmente de 10 %, par tranche de 10 cm supérieure à la taille moyenne, chez les femmes ménopausées » ... « Cette relation serait en partie expliquée par la nutrition pendant l'enfance et l'adolescence. Durant ces périodes, il a été montré que la nutrition détermine la taille et influence le risque de cancer du sein. Par ailleurs, l'effet de la taille sur le risque de cancer du sein implique un mécanisme hormonal. Les hormones et les facteurs de croissance,

⁴⁸ Yu H. Alcohol consumption and breast cancer risk. JAMA 1998.

⁴⁹ Ramirez AJ, Westcombe AM, Burgess CC, Sutton S, Littlejohns P, Richards MA. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. Lancet. 1999.

⁵⁰ Johnson KC, Hu J, Mao Y. Passive and active smoking and breast cancer risk in Canada, 1994-97. The Canadian Cancer Registries Epidemiology Research Group. Cancer Causes Control 2000 ; 11 : 211-21

Chapitre I : Diagnostique et prise en charge de cancer du sein

déterminants de la taille, affectent la fermeture de l'épiphyse et contribuent à la promotion de la cancérogenèse mammaire, en particulier durant la puberté, période pendant laquelle le sein se développe rapidement.¹⁸

Nous constatons que la densité mammographique est l'un des facteurs à risque qui favorise l'apparition du cancer du sein, les femmes ayant des seins denses en mammographie, le risque est multiplié de deux à six fois

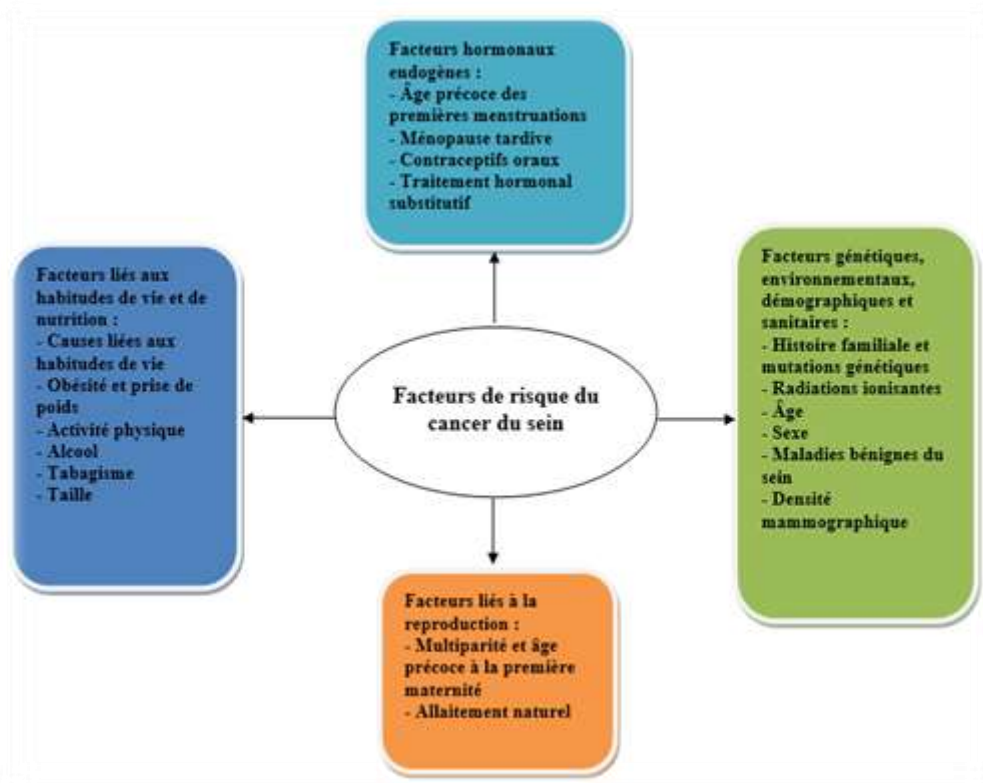


Figure 8 : Facteurs de risques liés au cancer du sein

III. La prise en charge de cancer du sein

Depuis plusieurs années, les femmes atteintes de cancer de sein bénéficient de traitements de plus en plus efficaces. De plus en plus personnalisée, elle dépend du stade d'évolution de la tumeur, de ses caractéristiques, de l'âge de l'état de santé de la patiente, découvrez les étapes du traitement et du suivi des patients atteintes de cancer du sein

III.1. Généralité sur le dépistage

III.1.1. Bref historique

Il n'est pas indifférent de savoir que le terme « dépister » est originellement un terme de chasse qui désigne l'action de découvrir le gibier en suivant sa trace. Sachant que « Dépister a des dérivés à partir de 1850 : dépisteur, ou dépisteuse (1855), dépistage (1922) et

Chapitre I : Diagnostique et prise en charge de cancer du sein

dépistable (1928) », et qu'il est entré, à la toute fin du XIXe siècle, dans celui de la médecine. Ainsi que l'a montré Patrice Pinell, ce passage dans le langage médical d'un terme renvoyant l'idée d'une traque est le produit de la série de transformations qui, avec l'émergence de la bactériologie et de l'immunologie, vont faire évoluer les politiques hygiénistes. Par exemple, les premières campagnes de dépistage en population pour la tuberculose ont été introduites dans les années 1945.

Les tests mis au point permettront dans un premier temps d'organiser le dépistage de masse des porteurs de germes, celui de la tuberculose et celui de la syphilis sur le modèle de l'hygiène sociale. Puis, dans un second temps, le dépistage concernera de nouvelles pathologies, celles des maladies chroniques et dégénératives pour lesquelles la nature des traces recherchées n'est plus la même. Il s'agit de repérer la présence de cellules anormales, de tumeurs infra cliniques, de gènes défectueux, d'anomalies physiologiques, métaboliques ou chromosomiques, sachant que de manière parallèle, la palette des méthodes de dépistage s'enrichit au fil des innovations technologiques.

III.1.2. Vue d'ensemble sur le dépistage

Les cancers sont des maladies silencieuses qui n'ont presque pas de symptôme ce qui permet l'augmentation des coûts de prise en charge des patients, pour maîtriser ses maladies cancéreuses, la mise en place des méthodes qui peuvent faciliter l'identification de ces cancers est primordiale. Dans ce contexte, le dépistage et une méthode qui permet de détecter les cellules précancéreuses et réduire les coûts de prise en charge.

III.1.3. Définition de concept du dépistage

A l'heure actuelle, nous ne pouvons pas empêcher la survenue d'un cancer du sein, en revanche nous pouvons le détecter lorsque qu'il est de très petite taille grâce au dépistage réalisé d'une manière régulière. Ce qui permet d'accroître les chances de guérison et éviter les traitements lourds (chirurgie et chimiothérapie)

Généralement, ce concept peut être présenté comme suite :

Selon l'OMS, le dépistage consiste à détecter à un stade précoce infra-clinique (asymptomatique) une maladie pour permettre un diagnostic et une thérapie précoces dans le but d'améliorer le pronostic de la maladie et identifier de manière présomptive à l'aide de tests, d'examen ou d'autres techniques susceptibles d'une application rapide, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue.

Chapitre I : Diagnostique et prise en charge de cancer du sein

Les tests de dépistage doivent permettre de faire le partage entre les personnes apparemment en bonne santé mais qui sont probablement atteintes d'une maladie donnée et celles qui sont probablement exemptes. Ils n'ont pas pour objet de poser un diagnostic.

Les personnes pour lesquelles les résultats sont positifs ou douteux doivent être orientées vers leur médecin pour vérification du diagnostic et si besoin pour la mise en place d'un traitement.⁵¹

III.2. Les modalités du dépistage

Le dépistage du cancer du sein est organisé au niveau national par les autorités de santé, la mise en place de programme doit présenter un choix stratégique fondé sur des arguments scientifiques et sociaux.

Pour que le dépistage ait un effet globalement positif sur la santé d'une population, au moins trois conditions sont nécessaires : une volonté politique, financement, une organisation adéquate.

Afin d'éviter l'induction de couts non compensés par les bénéfiques de santé, la décision de mettre en place une campagne de dépistage devrait reposer sur les éléments suivants :

- 1- L'amélioration des connaissances scientifiques sur le cancer du sein et la réalisation d'une évaluation ambitieuse des stratégies en place ou à venir par :
 - ✓ La mise en place de projets de recherche permettant d'étudier l'histoire naturelle des cancers du sein et leur nature.
 - ✓ La mise en place d'un système d'information et de monitoring ambitieux afin de permettre une évolution permanente des dispositifs.
- 2- L'évolution du dépistage du cancer du sein en permettant systématiquement :
 - ✓ L'intégration du médecin traitant dans la démarche de dépistage en tenant également compte des autres acteurs de santé comme la sage-femme et le gynécologue.
 - ✓ L'évaluation de la pratique d'échographie comme acte complémentaire à la mammographie.
 - ✓ L'évaluation des couts financiers directs et indirects.
 - ✓ L'absence des meilleures possibilités (prévention primaire) pour améliorer les résultats.

Au total, les effets positifs attendus du dépistage doivent l'emporter sur les effets négatifs qui doivent rester acceptables, et qui peuvent être présenté dans le Tableau suivant :

⁵¹International agency for research on cancer. Estimated incidence, mortality and 5 years prevalence: breast. Lyon (France): International agency for research on cancer ;2008.

Tableau I: Bénéfices et risques potentiels du dépistage

Effets positifs	Effets négatifs
Meilleures chances de guérison pour les malades dépistés.	Détection et traitement inutiles de cancers qui auraient évolué très lentement sans danger pour le patient (c'est ce que l'on appelle le «sur diagnostic»)
Traitements moins lourds et moins invalidants	Inquiétude et examens inutiles pour les personnes dont le Test de dépistage est positif mais qui n'ont finalement rien
Diminution de la mortalité	Réassurance à tort dans les cas où le test n'a pas permis de Déceler une anomalie
Réduction du coût total de la prise en charge de la maladie	Coût du dépistage

(Source : Institut National Du Cancer)

III.2.1 Dépistage individuel ou dépistage opportuniste

Le dépistage opportuniste est une démarche individuelle et non collective, à l'occasion d'un contact avec un professionnel de santé, des mammographies sont également pratiquées soit c'est la patiente qui le demande, soit par ordre du médecin s'il estime que la situation de cette dernière le nécessite. Cette mammographie est également prise en charge par l'Assurance Maladie.

Nous pouvons distinguer trois situations :

- Mammographie justifiée par une anomalie clinique (il ne s'agit plus alors d'une procédure de dépistage mais d'un acte à visée diagnostique) ;
- Mammographie proposée du fait d'un contexte personnel ou familial laissant considérer un risque plus élevé de cancer du sein que pour la population générale
- Mammographie réalisée sur proposition du professionnel ou à la demande de la femme concernée, mais sans indication clinique ni facteur de risque aggravé. Souvent initié avant 50 ans,⁵²

III.2.2. Dépistage organisé

Le dépistage organisé du cancer du sein s'adresse à des personnes en bonne santé. Totalemment différente de la situation où la personne sollicite un médecin parce qu'elle s'estime malade, cette situation se caractérise par la proposition faite à des femmes dans une certaine tranche d'âge de se faire dépister. Aussi la question de sa légitimité se pose-t-elle, du fait que la proposition de démasquer une éventuelle lésion est destinée à des femmes qui n'ont rien

⁵² Le Groupe de réflexion sur l'éthique du dépistage (GRED), mis en place par l'INCa, avait préconisé de l'appeler « démarche de détection individuelle » (DDI) afin de bien faire la distinction entre les deux démarches ; toutefois, le changement d'appellation ne saurait résoudre par lui-même la difficulté.

demandé pour « identifier les sujets à très haut risque d'être atteints d'un cancer à un stade initial ou d'une lésion précancéreuse n'ayant pas donné lieu, jusque-là, à des symptômes ou à des traitements », si bien que « le dépistage pour obtenir un bénéfice qui s'exprime en années de vie gagnées en bonne santé, doit être proposé à l'ensemble des sujets susceptibles d'obtenir ce gain de vie, sujets non discernables a priori du reste de la population »⁵³.

III.2.3. Le programme de dépistage organisé

III.2.3.1. La population ciblée du dépistage organisé

➤ **Les critères d'éligibilité pour le dépistage organisé du cancer du sein :**

Le programme national de dépistage organisé du cancer du sein cible les femmes âgées de 50 à 74 ans, asymptomatiques, sans facteur de risque élevé ou très élevé de cancer du sein

Les caractéristiques suivantes ne sont pas une cause d'exclusion définitive ou temporaire du programme national de dépistage organisé du cancer du sein :

- Être porteuse de prothèses mammaires ;
- Avoir un antécédent de chirurgie plastique mammaire pour une lésion bénigne ou une demande esthétique ;
- Avoir un antécédent de traumatisme mammaire ;
- Avoir des seins denses à la mammographie ;
- Avoir ou avoir eu un traitement hormonal substitutif ;

Par ailleurs, l'existence d'un symptôme clinique suspect découvert au moment du dépistage par le radiologue ne justifie pas d'exclure la femme du programme de dépistage. Ces cas rentrent dans le cadre des dépistages positifs, et une procédure de diagnostic est effectuée immédiatement.

➤ **Les critères de non éligibilité pour le dépistage organisé de cancer du sein :**

- Femmes, ayant eu une mammographie dans les deux ans, âgées de 50 à 74 ans, asymptomatiques, et sans facteur de risque
- Femmes ayant un risque élevé de cancer du sein, ces femmes à risque élevé de cancer du sein doivent bénéficier d'une surveillance spécifique hors procédure de dépistage.
- Femmes ayant un risque très élevé de cancer du sein :
En cas de risque très élevé de cancer du sein Une surveillance spécifique est mise en place si le risque très élevé est avéré (mammographie, échographie, IRM annuelle)
- Femmes âgées de moins de 50 ans asymptomatiques et sans facteur de risque :

⁵³Cf. Sancho-Garnier H. Principes généraux du dépistage du cancer : application au cancer du sein, in Le dépistage du cancer du sein. Un enjeu de santé publique, B. Séradour (dir.), Springer, 2^o éd. 2007, 53-62.

Les femmes âgées de moins de 50 ans (40 à 49) le dépistage n'est pas recommandé.

- Femmes âgées de plus de 74 ans asymptomatiques et sans facteur de risque :
Pour les femmes âgées de plus de 74 ans le dépistage radiologique n'est pas recommandé de manière systématique. La décision d'une mammographie est faite en fonction de l'examen clinique.⁵⁴

III.2.3.2. Les étapes de dépistage organisé

Les étapes de la procédure de dépistage organisé, sont les suivantes :

Étape 1 : l'invitation :

Tous les 2 ans à la date anniversaire de la précédente mammographie, Les femmes sont invitées à se rendre chez un radiologue agréé de leur choix (proche de leur lieu d'habitation) dont les coordonnées figurent dans la liste jointe au courrier d'invitation. Si une femme n'a pas d'invitation et souhaite se faire dépister elle peut se rendre dans un cabinet de radiologie agréé qui lui enverra une prise en charge.

Étape 2 : l'interrogatoire :

C'est un questionnaire médical qui permettrait au radiologue de récolté des données précises sur le patient, connaître tous les antécédents familiaux et personnels servent à mieux cerner le patient.⁵⁵

Étape 3 : la mammographie de dépistage :

Est un test de dépistage auquel nous avons recours pour les femmes qui ne présente aucun symptôme du cancer de sein ou de troubles de sein. Lors de cette mammographie nous examinons les deux seins.

Étape 4 : l'examen clinique :

Le radiologue pratique un examen clinique pour confirmer l'absence de symptôme et éviter certaines erreurs de diagnostic évidentes.

Étape 5 : la lecture des images :

La lecture de la mammographie fait l'objet d'une interprétation donnant lieu pour chaque sein à une classification permettant d'organiser et d'harmoniser les décisions de prise en charge.

Étape 6 : le rendu des résultats :

A la suite de cet examen, le radiologue donnera oralement une première interprétation de l'examen. Si cette première interprétation ne révèle aucune anomalie, elle sera vérifiée

⁵⁴ HAUTE AUTORITE DE SANTE, Dépistage et prévention du cancer du sein Février 2015

⁵⁵ Académie Nationale de Médecine. Cancer du sein, incidence et prévention. Paris : ANM ; 2008.

systématiquement par un second lecteur. Les résultats définitifs sont transmis sous une quinzaine de jours à la femme et à son médecin traitant. En cas d'anomalie à la première lecture, le radiologue procédera immédiatement à des examens complémentaires (clichés supplémentaires agrandis, échographie...)

III.3. Diagnostic de cancer du sein

Le diagnostic est un processus qui permet d'identifier la cause d'un problème de santé, le processus de diagnostic de cancer du sein débute habituellement quand vous trouvez une masse dans l'un de vos seins ou quand une mammographie de dépistage semble indiquer un trouble mammaire.

III.3.1. La mammographie

La mammographie est une radiographie à faible dose, L'image obtenue par la mammographie est appelée cliché mammaire, elle peut aider à détecter des tumeurs cancéreuses (maligne) et des tumeurs (bénignes) dans le sein, Cette radiographie, associée à une échographie, permet en particulier de reconnaître immédiatement les kystes liquides. Il existe deux types de mammographie

a. La mammographie de dépistage

C'est un test de dépistage auquel on a recours pour les femmes qui ne présentent aucun symptôme du cancer du sein ou de troubles du sein, lors de cette mammographie on examine les deux sein, ce test peut aider à déceler des bosses (masses) ou des région de tissus mammaire anormale qui pourraient être trop petites pour être détectées par palpation, la mammographie de dépistage permet de surveiller les changements qui surviennent dans le sein au fil du temps et facilite la détection d'un cancer du sein à un stade précoce.

b. La mammographie diagnostic

Visé à diagnostiquer un trouble du sein, comme une masse ou une région suspecte, il est possible que vous observiez ce problème par vous-même et que vous le mentionniez à votre médecin, ou qu'on détecte le trouble du sein l'ors d'un examens clinique des seins ou d'une mammographie de dépistage, la mammographie diagnostic dur un peu plus longtemps que la mammographie de dépistage, elle permet d'obtenir des images plus détaillées et des clichés du sein qui sont pris sous différents auquel, pour qu'on puisse examiner plus précisément une région du sein, on fait habituellement une mammographie diagnostic des deux sein afin que médecin puisse comparer le tissus de chacun d'eux.⁵⁶

⁵⁶ Diagnostic du cancer de sein, société canadienne du cancer

III.3.2.L'échographie

L'échographie est la technique complémentaire de la mammographie dans la précision des caractéristiques tumorales. Elle peut aider à localiser l'anomalie pour faciliter un prélèvement, ou à reconnaître un kyste liquidien, lorsqu'il s'agit d'un kyste, une ponction à l'aiguille fine peut permettre d'en vider le contenu et assurer ainsi sa régression. Il s'agit d'un geste simple, non douloureux, ne nécessitant pas d'anesthésie locale. Si le nodule perçu est solide, l'aiguille peut ramener des cellules qui seront examinées au microscope. Il s'agit d'un cytodiagnostics.

Si l'ensemble de ces examens ne permet pas de s'assurer que l'anomalie est parfaitement bénigne, il est nécessaire d'envisager un prélèvement par Cytobiopsie, le plus souvent par une grosse aiguille (trocart). Ces prélèvements peuvent être réalisés sous anesthésie locale, sans hospitalisation. Les techniques de prélèvement à visée diagnostique d'une tumeur se sont perfectionnées avec les prélèvements par mammectomie : biopsies dirigées et réalisées par aspiration. Quelquefois, devant une petite tumeur solide, l'ablation chirurgicale s'impose, au cours de laquelle un examen histologique (microscopique) sera réalisé pour établir le diagnostic⁵⁷

III.3.3. Stade du cancer du sein lors du diagnostic

Le stade de cancer (le système de stadification) est déterminé grâce aux examens cliniques et radiologiques (voire une biopsie). Ces examens nous révèlent la taille et l'infiltration de la tumeur, la présence de métastases, quelle partie du sein est atteinte par le cancer et son emplacement lors du diagnostic initial, l'atteinte éventuelle de ganglions, ainsi être en mesure d'estimer le degré et l'avancée du cancer.⁵⁸

III.4. Traitement de cancer du sein

De nombreuses options thérapeutiques sont disponibles pour traiter un cancer du sein. Elles dépendent de la taille et de la localisation de la tumeur. Le traitement des cancers comporte l'ensemble des soins médicaux destinés à combattre la maladie pour en limiter les conséquences, éviter la mort, rétablir la santé et entraîner la guérison. Cependant, il faut noter que les traitements anticancéreux doivent être souvent combinés, en associations thérapeutiques, pour renforcer leur efficacité ou réduire leur toxicité.

Le choix des différentes méthodes de traitement tient compte de nombreux facteurs pour s'adapter à chaque patiente. Il n'existe pas un cancer du sein mais des cancers du sein. Les facteurs de pronostics sont :

⁵⁷Yaker A (1980) Profil de la morbidité cancéreuse en Algérie 1966–1975. Ed SNED, Algérie page 23

⁵⁸ TUBIANA- MATHIEU, Nicol. *Cancers : prévention et dépistage*. Paris : Edition MASSON.2002.

Chapitre I : Diagnostique et prise en charge de cancer du sein

Cliniques : âge de la patiente, taille et localisation de la tumeur, état inflammatoire

Histologiques : taille de la tumeur, aspect et agressivité des cellules, état des ganglions

Biologiques : présence de récepteurs hormonaux, qui sont aussi des facteurs prédictifs de la réponse au traitement hormonal et récepteur HER2 qui est également un facteur prédictif de réponse à certaines thérapeutiques⁵⁹.

III.4.1. Les traitements locorégionaux

III.4.1.1. La chirurgie

La chirurgie demeure l'acte principal pour traiter le cancer du sein. Dans un grand nombre de cas, l'ablation du sein mastectomie peut être évitée car de nos jours elle devient de plus en plus conservatrice. Dès lors qu'on enlève largement la tumeur en gardant le reste de la glande mammaire.

Le choix entre la chirurgie et la mastectomie peut être fondé sur les circonstances particulières et les préférences de la patiente avec laquelle le médecin aura un échange approfondi ensuite la décision de la sauvegarde et de l'ablation sera prise par la patiente. Mais dans de rares cas cette possibilité ou ce choix demeurent impossibles, du coup l'ablation du sein est nécessaire parce qu'il s'agit d'une tumeur trop volumineuse pour être retirée en conservant le sein ou de tumeurs multiples. « La nécessité de la mastectomie n'est pas forcément en relation avec la gravité de la maladie mais le plus souvent avec la situation du cancer, son type histologique ou son étendue dans les différents canaux galactophores »⁶⁰

L'ablation du sein est devenue beaucoup moins mutilante car elle conserve les muscles pectoraux. Elle pourra être suivie par une reconstruction. Le fait qu'on utilise de plus en plus la chirurgie mammaire conservatrice, démontre donc que tout est mis en œuvre pour sauver les seins dans la mesure du possible, constitue une motivation supplémentaire pour les femmes (surtout les plus jeunes) en faveur de la détection précoce.

Dans certaines conditions (petite tumeur, absence de ganglion palpable), une autre forme de chirurgie mammaire conservatrice est utilisée pour limiter certaines complications et leurs conséquences, c'est la technique ou la biopsie du ganglion sentinelle, Elle permet d'éviter l'ablation inutile de tous les ganglions axillaires et prévient donc également le risque de douleur, de troubles de la sensibilité et de gonflement du bras opéré. Cette technique consiste à ce que « Le chirurgien repère le premier ganglion lymphatique qui draine la région de la

⁵⁹ Impact sur la qualité de vie, prévention, dépistage, soins, recherche. Boulogne Billancourt [en ligne] : INCa;2007.

⁶⁰ Gilbert M, Thimus D, Roger-France FH. Validité des données hospitalières pour leur exploitation en épidémiologie. Brussels: 2004.

Chapitre I : Diagnostique et prise en charge de cancer du sein

tumeur (ganglion sentinelle) par un examen préalable (marquage par colorant ou corps faiblement radioactif) et procède à l'ablation de ce seul ganglion »⁶¹. Si l'examen histologique trouve des cellules cancéreuses dans ce ganglion, un curage ganglionnaire axillaire sera pratiqué. Si au contraire ce ganglion est indemne de cellules cancéreuses, le curage axillaire ne sera pas nécessaire.

Elle se pratique dans :

- Les Etablissements Hospitaliers Spécialisés (CPMC, CAC Blida) essentiellement la chirurgie du sein et gynécologique (Col utérin et ovaires)
- Dans les services de spécialité des Centres Hospitalo-universitaires
- Dans le secteur privé à titre d'exemple Hôpital Chahid MAHMOUDI.

III.4.1.2. La radiothérapie

Avec la chirurgie, la radiothérapie est le traitement le plus répandu pour le cancer du sein. Elle est appliquée généralement après la chirurgie pour détruire d'éventuelles cellules tumorales résiduelles et pour diminuer le risque de récurrence locale. D'ailleurs, en cas de traitement conservateur, la radiothérapie post-opératoire est obligatoire.

La radiothérapie est un traitement loco-régional utilisant les rayons à haute dose énergétique pour détruire les cellules tumorales et les empêchant de se multiplier. On définit la dose d'irradiation par la quantité de rayons émis, à rapporter à la durée de leur administration : une dose donnée est d'autant plus active qu'elle est concentrée sur une faible durée. La plupart des irradiations sont fractionnées en séances courtes quotidiennes sur plusieurs semaines pour permettre aux tissus normaux de se réparer entre deux séances, ce qu'ils font mieux que les tissus cancéreux.⁶²

On distingue deux types de radiothérapie :

- **La radiothérapie externe** : la plus courante, par un accélérateur linéaire générateur de rayons pour détruire les cellules à travers la peau dans le volume tumoral à irradier.
- **La curiethérapie** : utilisant des sources radioactives placées dans la tumeur et à son voisinage pour des tumeurs accessibles et de petit volume. Toutes ces techniques nécessitent des mesures préalables concernant le champ d'irradiation. Pour être le plus efficace sur les tissus cancéreux tout en respectant le plus possible les tissus sains avoisinants.⁶³

⁶¹H.S.Cody III. Changing concepts in breast cancer surgery. Eur J Cancer 2004.

⁶²Programme de dépistage du Cancer du sein Période 1999-2002. 6-6-2004. Agence Inter-mutualiste.

⁶³ ARNAUD, Catherine. Cours *évaluation des procédures de dépistage*. Faculté de Médecine de Toulouse Purpan et Toulouse Rangueil. P.28

III.4.2. Les traitements généraux

III.4.2.1.L'hormonothérapie

L'hormonothérapie représente tous les traitements basés sur l'action des hormones. Elle peut être substitutive : c'est-à-dire substitué une hormone par une autre quand il y a un déficit en une certaine hormone, et nous pouvons compenser ce manque par un apport extérieur. Ou bien on souhaite contrer ou arrêter les effets négatifs d'une hormone antagoniste : par exemple dans l'hormonothérapie des cancers.

Elle est indiquée si le cancer du sein est hormono-dépendant, c'est-à-dire que les cellules tumorales sont stimulées par les œstrogènes. Cette action est vérifiée par l'analyse histochemique des cellules cancéreuses qui révèle des récepteurs hormonaux. Plusieurs méthodes d'hormonothérapie sont possibles:

Soit par un médicament anti-œstrogène bloquant les récepteurs aux œstrogènes sur les cellules tumorales ;

Soit par un médicament diminuant la synthèse des œstrogènes,

- En post ménopause : traitement par anti-aromatase ;
- En pré-ménopause : suppression de la production d'œstrogènes des ovaires soit par ablation chirurgicale sous cœlioscopie ou par radiothérapie, soit actuellement et le plus souvent par traitement chimique.⁶⁴

L'hormonothérapie a des effets indésirables variables suivant le protocole utilisé :

- Symptômes de ménopause liés au blocage de la fonction hormonale (bouffées de chaleur, sécheresse vaginale, diminution de la libido, prise de poids) ;
- Augmentation du risque d'accidents thromboemboliques ;
- Cancers de l'endomètre (avec le tamoxifène) ;
- Ostéoporose et douleurs articulaires (avec les inhibiteurs de l'aromatase).⁶⁵

III.4.2.2. La chimiothérapie

La chimiothérapie fait appel à des médicaments qui visent à empêcher les cellules cancéreuses de se multiplier ou qui détruisent celles déjà présentes dans l'organisme. Elle tente ainsi d'inhiber la croissance de la maladie et d'obtenir une régression de la tumeur cancéreuse qui peut se traduire par une rémission partielle de quelques mois à plusieurs années. Plus deux tiers des personnes atteintes de cancer peuvent maintenant bénéficier d'une rémission complète et d'une guérison éventuelle de leur maladie. Plusieurs cancers, comme la

⁶⁴ DELEHEDDE, Maryse. *Que sait-on du cancer ?* France : Edition EDP sciences, 2006, p.166

⁶⁵Institut National du Cancer. Cancer du sein non métastatique 2010. Disponible sur : www.e-cancer.fr

Chapitre I : Diagnostique et prise en charge de cancer du sein

maladie de Hodgkin, la leucémie, les lymphomes, le chorio-carcinome, les tumeurs testiculaires et certains sarcomes, peuvent être guéris grâce à la chimiothérapie. D'autres cancers que l'on croyait incurables, tel le cancer du sein, répondent très bien au traitement par chimiothérapie, surtout s'il est administré tôt dans le processus de la maladie.⁶⁶

Dans le traitement du cancer, la chimiothérapie peut correspondre à différents objectifs :

- Dans le cas de la chimiothérapie dite adjuvant, elle est associée à la chirurgie ou à la radiothérapie pour aider à la guérison de la personne malade. Dans ce contexte, on parle d'une thérapie multidisciplinaire, c'est-à-dire un traitement local combiné à un traitement systémique. Cette thérapie permet d'améliorer les chances de survie obtenues par la chirurgie ou par la radiothérapie seule.
- Dans la majorité des cas de cancer local avancé ou de cancer avec des métastases disséminées dans l'organisme, la chimiothérapie est dite palliative, car elle freine la progression de la maladie et en atténue les effets sans toutefois réussir à éliminer complètement la maladie.
- Dans certains cas plus rares, comme le chorio-carcinome et les tumeurs testiculaires, la chimiothérapie est, par contre, le plus souvent à visée curative et ce même s'il y a présence de métastase.⁶⁷

La chimiothérapie se pratique dans des services d'oncologie médicale spécialisés (CPMC, CAC Blida, CHU Oran, CHU Constantine, CHU Tlemcen, CHU Annaba et CHU Tizi-Ouzou) et dans certains services de spécialité.

III.4.2.3. L'immunothérapie

Le traitement des tumeurs par immunothérapie consiste à mobiliser nos propres défenses contre les cellules cancéreuses. Un tournant majeur a été franchi avec l'arrivée de nouvelles molécules agissant sur le système immunitaire (système de défense d'un organisme Vis-à-vis d'un agent pathogène) et efficaces dans certains cancers. L'utilisation de ces nouvelles molécules a permis d'observer une régression tumorale chez certains patients atteints de mélanome cutané. L'immunothérapie aura donc une place de plus en plus importante aux cotés des traitements classiques, chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie.⁶⁸

⁶⁶TUBIANA, Maurice. Le cancer, Ce qu'il faut savoir sur la chimiothérapie, Paris : Presses universitaires de France, 2003.

⁶⁷Boissonnat V. (2004), « Fausses évidences et vrais dilemmes en santé publique : le dépistage radiologique des cancers du sein », *Santé publique*, disponible sur <http://kce.fgov.be/Download.aspx?ID=1302>

⁶⁸ Abid L, Ouchfoun A, Naceur D, Benabadji R (1985) Plaidoyer pour la mise en place d'un registre régional du cancer. Press Med Chir Constantine

Chapitre I : Diagnostique et prise en charge de cancer du sein

Conclusion

Le cancer du sein est un problème de santé publique tant par le nombre de patientes diagnostiquées que par le nombre qui sont déjà prises en charge, mais aussi le niveau de mortalité et de morbidité liées à la maladie. La lutte contre ce cancer constitue un défi majeur dans la politique nationale de prise en charge, le dépistage précoce, l'accès à une bonne prise en charge et le coût des traitements qui reste assez élevés et parfois inaccessible pour certaines catégories ou couches sociales, cela s'en ressent par le constat des fortes inégalités existantes dans le monde. Ces inégalités semblent liées au niveau de développement des pays. On remarque ainsi que l'influence du niveau de développement du pays joue un rôle important dans l'espérance de vie du patient.

La prévention omniprésente constitue l'un des axes majeurs dans la lutte contre cette maladie, jouant un rôle prédominant à travers notamment, la diffusion de l'information, la mise en place de campagnes de sensibilisation et de renseignement de la population concernée et le rapprochement des structures et des infrastructures médicales équipées pour répondre aux demandes de dépistage des individus et en nombre et à des stades précoces.

Concernant la prise en charge du patient à travers, l'association entre la participation au dépistage "organisé" ou "orienté", le diagnostic et le traitement jugé approprié (la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie...), constituent le meilleur moyen pour une lutte efficace pouvant donner des résultats satisfaisant en termes de curabilité. Cependant. Il ne faut pas oublier le risque de rechute qui reste important du coup le suivi gynécologique régulier est plus que primordiale pour une nouvelle détection précoce et un suivi en cas de besoin.

La persistance des femmes en se prenant en charge individuellement et en participant au programme collectif et répété de dépistage du cancer du sein, peuvent sans aucun doute être le meilleur moyen de se prendre en charge ainsi de voir ses chances de guérison grandir considérablement car à chaque fois que la maladie est détectée précocement, à chaque fois que le taux de guérison est élevé.

Chapitre II : Présentation, organisation et mise en œuvre de l'éducation thérapeutique

Introduction

L'éducation thérapeutique du patient est une pratique et un domaine scientifique en pleine évolution, qui trouve un ancrage à la fois dans la médecine, la pédagogie de la santé et les sciences humaines et sociales (psychologie de la santé, sociologie, anthropologie, etc.). Cette démarche éducative, qui repose de manière fondamentale sur la relation de soin et sur une approche structurée, inscrite dans la durée, accorde une place prépondérante au patient en tant qu'acteur de sa santé.⁶⁹

Selon l'OMS : « L'éducation thérapeutique s'entend comme un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement, à l'occasion d'évènements majeurs de la prise en charge (initiation du traitement, modification du traitement, évènements intercurrents), mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable par lui ».

Elle a pour objectif d'adapter le patient aux traitements prescrits et améliorer sa qualité de vie. Elle peut être proposée dès l'annonce du diagnostic ou à tout autre moment de l'évolution de la maladie en fonction des besoins éducatifs du patient et de son acceptation.

L'éducation thérapeutique vise à faire acquérir au patient (en lien avec son entourage) des compétences lui permettant de gérer sa maladie, de réaliser lui-même les gestes liés aux soins, de prévenir les complications évitables et de s'adapter à sa situation.⁷⁰

Dans ce chapitre on essaiera d'apporter la lumière sur L'ETP à travers le premier volet nous ferons la distinction entre L'ETP et l'éducation pour la santé et une présentation générale de L'ETP.

En second lieu nous verrons l'organisation, en dernier lieu la mise en œuvre et le financement de l'ETP.

⁶⁹ Haute Autorité de santé. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Juin 2007

⁷⁰ Haute Autorité de Santé. Guide parcours de soins « Bronchopneumopathie chronique obstructive ». Juin 2014

Chapitre II : Présentation, organisation et mise en œuvre de l'éducation thérapeutique

I. Présentation générale de L'ETP

I.1. Définition de L'ETP

L'ETP est définie de façon plus ou moins différente selon les auteurs. La définition la plus communément adoptée est celle d'Alain Deccache, professeur en santé publique à l'université de Louvain, en Belgique : « L'Éducation du Patient est un processus continu, par étapes, intégré à la démarche de soins, comprenant un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, les traitements, les soins, l'organisation et les procédures de soins, les comportements de santé et ceux liés à la maladie, et destinées à aider le patient (et sa famille) à comprendre la maladie et les traitements, participer aux soins, prendre en charge son état de santé et favoriser un retour aux activités normales. Ce processus s'effectue entre des acteurs de santé (institutions, soignants, patients et familles), vise des objectifs de santé définis à partir de demandes et de besoins, se réalise dans un contexte institutionnel et organisationnel impliquant certaines ressources et contraintes, utilise des méthodes et moyens éducatifs et nécessite des compétences et des structures de coordination.»⁷¹

Ce qui peut être retenu de cette définition est que :

- L'ETP est centrée sur le patient atteint de maladie chronique ;
- C'est une démarche structurée, organisée et planifiée en étapes ;
- C'est une démarche volontaire d'acquisition de compétences, visant à développer l'autonomie et améliorer la qualité de vie du patient ;
- Le programme d'ETP est élaboré avec le patient, pour le patient et adapté à ses besoins.

I.2. Bref historique de L'ETP

Hippocrate, quatre cents ans environ avant notre ère, préconise au début de son livre « Des affections » de « savoir se secourir dans les maladies par son propre jugement... de discerner ce que les médecins lui disent et lui administrent »⁷². Il considère la santé comme un bien si précieux que chacun doit s'intéresser à la sienne. Par ces propos, il évoque déjà à l'époque l'idée que le médecin et le malade participent ensemble à la prise en charge de la maladie.

⁷¹Deccache A, Lavendhomme E. Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes. Bruxelles : De Boeck-Wesmael; 1989.

⁷²BenardHoerni. La relation médecin-malade, l'évolution des échanges patients soignants. Editions ImotheP. 2008

Chapitre II : Présentation, organisation et mise en œuvre de l'éducation thérapeutique

L'ETP est née progressivement, parallèlement aux progrès médicaux, et à la reconnaissance de son impact en termes de bienfaits cliniques et d'économie de santé. C'est pourquoi, nous avons trouvé qu'un historique est intéressant à mettre.

En 1921, apparition de l'insuline en tant que médication pour le diabète, révolutionnant la prise en charge de cette pathologie (découverte qui recevra le prix Nobel de physiologie et de médecine en 1923). L'éducation thérapeutique va naître de l'insulinothérapie et de la prise en charge de cette maladie chronique et en devenir un instrument indispensable.

En 1972, Miller L.V. et Goldstein J⁷³ publient une étude référence réalisée sur 2 ans sur une population de 6000 patients diabétiques d'un service hospitalier et démontrant l'impact positive de l'éducation téléphonique en termes de nombre d'admissions hospitalières et donc de coûts, ainsi que la baisse de l'incidence des comas diabétiques.

A partir de 1980, les publications vont se multiplier, renforçant ce résultat et s'étendant à d'autres pathologies chroniques, comme l'asthme. Dans le même temps, des changements sont apparus dans la société d'après-guerre, favorisés par le courant existentialiste, avec la notion de libre détermination de l'individu vis-à-vis de son corps, de sa vie et de sa mort. D'autre part, la santé est passée à un statut de service dont les usagers réclament une meilleure connaissance des finalités et des modalités. Ainsi sommes-nous passé du stade du patient qui reçoit et accepte un traitement, à celui du consentement éclairé puis à celui du patient qui participe activement à sa prise en charge.⁷⁴

EN 1986 déclaration d'Ottawa sur la promotion de la santé, donne un rôle prépondérant au patient. Cette charte indique : « afin de parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, le patient doit pouvoir s'identifier par rapport à la maladie et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'adapter »⁷⁵.

De nombreuses études ont en effet démontré le bénéfice de l'ETP sur la qualité de vie du patient.⁷⁶

⁷³Miller LV, Goldstein J. More efficient care of diabetic patients in a county hospital. *N Engl J Med* ; 286 : 1388-1391 June 29, 1972.

⁷⁴ Boris Godenir. L'éducation thérapeutique du patient atteint de bronchopneumopathie chronique obstructive dans le bassin chambérien : évaluation des pratiques en médecine générale et propositions pour l'avenir. Médecine humaine et pathologie. 2011.

⁷⁵ OMS. Organisation mondiale de la santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. 1986

⁷⁶Guevara JP, Wolf FM, Grum CM, Clark NM. Effects of educational interventions for self-management of asthma in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003. Jun 14;326 (7402): 1308-9

Chapitre II : Présentation, organisation et mise en œuvre de l'éducation thérapeutique

En 2001, l'ANAES a publié des recommandations de bonnes pratiques pour l'éducation mais leur mise en œuvre dans le système de santé se heurte à des difficultés ; organisationnelles, de financement et de mobilisation des patients.⁷⁷

I.3. Les finalités de l'ETP

La Haute Autorité de Santé (HAS) publie en 2007 des recommandations concernant l'ETP. Elle rappelle la définition de l'OMS et apporte quelques précisions, notamment en énonçant les finalités de l'ETP que sont l'acquisition et le maintien par le patient de compétences d'auto-soins et la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation.

Un programme d'ETP quel qu'il soit, doit prendre en compte ces deux dimensions dans ses différentes étapes :

- Analyse des besoins, de la motivation et de la réceptivité du patient à la proposition d'un ETP ;
- Négociation des compétences à acquérir et à soutenir dans le temps ;
- Choix des contenus, des méthodes pédagogiques ;
- Évaluation des effets.

Selon l'OMS, l'auto-soin représente « les décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé ». Ces compétences doivent être adaptées à chaque patient et à ses besoins spécifiques.

Elles sont mises en œuvre dans diverses situations :

- Soulager les symptômes ;
- Prendre en compte les résultats d'une auto-surveillance, d'une auto-mesure ;
- Adapter des doses de médicaments, initier un auto-traitement ;
- Réaliser des gestes techniques et des soins ;
- Mettre en œuvre des modifications à son mode de vie (équilibre diététique, activité physique, etc.) ;
- Prévenir des complications évitables ;
- Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie ;
- Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.

⁷⁷ANAES, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé. Education thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent. Juin 2001

Chapitre II : Présentation, organisation et mise en œuvre de l'éducation thérapeutique

Les compétences d'adaptation elles regroupent « les compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent aux personnes de maîtriser et de diriger leur existence, et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci ».

Elles concernent les situations suivantes :

- Se connaître soi-même, avoir confiance en soi ;
- Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress ;
- Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique ;
- Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles ;
- Prendre des décisions et résoudre un problème ;
- Se fixer des buts à atteindre et faire des choix ;
- S'observer, s'évaluer et se renforcer.

L'ETP doit être complémentaire et indissociable de la prise en charge du patient (traitements, soins, soulagement des symptômes, prévention des complications), et doit être adaptée spécifiquement à chaque patient (besoins spécifiques, co-morbidités, psychologie, contexte social, priorités définies avec le patient). Ainsi elle fait partie intégrante de la prise en charge thérapeutique du patient. ⁷⁸

Il s'agit donc de favoriser l'autonomisation du patient tant que celle-ci est acceptable et bénéfique pour sa santé. La personne peut ainsi apprendre à reconnaître et interpréter certains symptômes, pratiquer une mesure physiologique, y répondre par un comportement adapté à l'urgence ou en prévention, se faire accompagner pour changer un comportement, etc. En résumé, la finalité essentielle de l'éducation thérapeutique est l'amélioration de la qualité de vie et le contrôle de la maladie.

I.4. Distinction entre éducation thérapeutique et éducation pour la santé

L'éducation pour la Santé, ou Promotion de la Santé, a été définie en 1986 par l'OMS dans la Charte d'Ottawa : « La Promotion de la Santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son

⁷⁸Maëlle Lonné | Thèse d'exercice | Université de Limoges | 2019 p[23,24]

Chapitre II : Présentation, organisation et mise en œuvre de l'éducation thérapeutique

milieu ou s'y adapter. La Santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la Santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. »⁷⁹

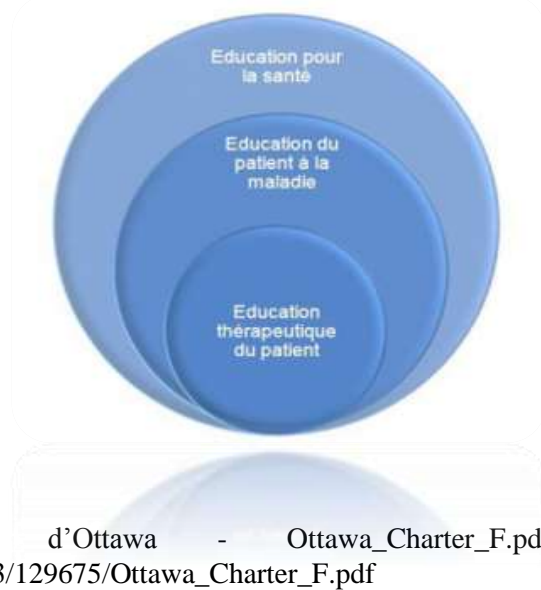
Ainsi l'ETP s'inscrit dans l'Éducation pour la Santé.

Néanmoins, les auteurs s'intéressant à l'ETP et en donnant une (leur) définition, s'attachent souvent à préciser les différences avec l'Éducation pour la Santé, s'adresse plutôt à une population, présumée saine, et peut être réalisée par des personnes non soignantes, l'ETP s'adresse à des individus, malades, et ne peut être réalisée que par des soignants.

Il est également possible de citer ici la notion d'Éducation du Patient à sa Maladie, moins souvent évoquée par les auteurs. Elle s'intéresse aux comportements liés à la maladie et à sa prise en charge (traitement et prévention des complications et des rechutes), et notamment à l'impact que la maladie peut avoir sur d'autres aspects de la vie. Les échanges avec d'autres patients, les groupes d'entraide, l'intervention d'éducateurs sont souvent indispensables à ce type d'éducation.⁸⁰

Ainsi l'ETP s'inscrit plus précisément dans l'Éducation du Patient à sa Maladie, elle-même inscrite dans l'Éducation pour la Santé (Figure 9).

Figure 9 : Représentation de l'éducation pour la santé, de l'éducation du patient à sa maladie et l'éducation thérapeutique du patient



(Source : Karen Denis Rudelle, l'éducation thérapeutique du patient en médecine générale : analyse des résultats de l'étude ECOGEN. Université de Limoges. Faculté de médecine).

⁷⁹Promotion de la Santé - Charte d'Ottawa - Ottawa_Charter_F.pdf
n.d.http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

⁸⁰Denis Rudelle K, Université de Limoges. Faculté de Médecine. Limoges. FRA / com. L'éducation thérapeutique du patient en médecine générale : analyse des résultats de l'étude ECOGEN. 2014.

Chapitre II : Présentation, organisation et mise en œuvre de l'éducation thérapeutique

II. Population intervenant et bénéficiaire de L'ETP

II.1 Populations bénéficiaires de l'éducation thérapeutique

Dans une maladie chronique, la nécessité d'éduquer le patient n'est plus à démontrer. La démarche d'éducation proposée par J.F.d'Ivernois et R. Gagnayre indique que les soignants doivent se centrer sur le patient et sa famille, négocier avec lui son contrat d'éducation, intégrer l'éducation dans les soins à dispenser au patient, et agir en équipe multi-professionnelle tout en inscrivant l'éducation dans les projets de service.⁸¹

II.1.1. Patients

Une proposition d'ETP doit être présentée à toute personne, enfant et ses parents, adolescent, adulte ayant une maladie chronique, quels que soient son âge, le type, le stade et l'évolution de sa maladie. Si cette proposition est acceptée par le patient, elle doit s'adapter à ses besoins et à ses demandes, que l'étape de « diagnostic éducatif » doit identifier. Le patient a toute liberté de participer ou non à une ETP. Si le patient accepte une ETP, il peut en négocier les buts et les modalités de mise en œuvre, et les redéfinir avec le professionnel de santé après avoir fait l'expérience de l'ETP.⁸²

II.1.2. Entourage du patient

Les proches (parents d'enfants ayant une maladie chronique, conjoint ou compagnon, fratrie, enfants de parents malades, amis, personne de confiance, etc.) peuvent être associés à la démarche d'ETP, s'ils le souhaitent, Le rôle de soutien des familles et des proches est important.

Sont concernés également les professionnels et les aides-soignants qui prennent soin des personnes âgées et dépendantes ou en situation de handicap moteur, sensoriel ou mental, dans les établissements médico-sociaux ou à domicile.

À la demande des parents, les compétences acquises dans le cadre de l'ETP par l'enfant peuvent être portées à la connaissance des enseignants, et écrites dans un projet d'accueil

⁸¹Ivernois JF, Gagnayre R : Apprendre à éduquer le patient : Approche pédagogique, Paris, 2ème édition, Maloine 2004

⁸¹Iguenane J : Accompagner le patient dans ses apprentissages, Education du patient et ses enjeux de santé. 2002

Chapitre II : Présentation, organisation et mise en œuvre de l'éducation thérapeutique

individualisé (PAI). Il en est de même pour les personnels d'encadrement du temps périscolaire et de la restauration scolaire.⁷¹

Les recommandations de l'OMS soulignent comme essentiels la compréhension de la situation du patient par l'entourage ainsi que le rôle des proches pour le bien-être des patients.⁸³

II.2 Intervenants concernés par l'éducation thérapeutique du patient

II.2.1. Professionnels de santé

II.2.1.1 Informer, proposer une ETP, suivre le patient

Tout professionnel de santé, impliqué dans la prise en charge usuelle d'un patient ayant une maladie chronique, doit informer le patient de la possibilité de bénéficier d'une ETP, il doit la lui expliquer la démarche en lui décrivant les ressources locales.

Toute rencontre du patient avec un professionnel de santé, notamment avec celui qui a initié l'ETP, est une occasion d'aborder le vécu de sa maladie et de sa gestion, et de s'assurer du maintien des compétences, en particulier de celles de sécurité.

II.2.1.2. Réaliser l'ETP

Dans le champ de la maladie chronique, la mise en œuvre de l'ETP requiert souvent l'intervention de plus d'un professionnel de santé, voire d'emblée le recours à une équipe multidisciplinaire. La composition de l'équipe qui réalise l'ETP dépend du public-cible, en particulier de son âge, du type, du stade et de l'évolution de la maladie, de la nature des compétences à acquérir par le patient.

L'ETP (élaboration du diagnostic éducatif, formulation avec le patient des compétences à acquérir, conduite des séances d'ETP individuelles ou de groupe, évaluation individuelle de l'acquisition ou du maintien des compétences) est réalisée :

- Soit par le professionnel de santé lui-même s'il est formé à l'ETP, lorsque l'apprentissage des compétences par le patient ne nécessite pas l'intervention d'emblée d'autres professionnels de santé

⁸³World Health Organization. Therapeutic patient education: continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Copenhagen: WHO; 1998

Chapitre II : Présentation, organisation et mise en œuvre de l'éducation thérapeutique

- Soit par une équipe formée à l'ETP, comprenant ce professionnel, lorsque l'apprentissage des compétences par le patient nécessite l'intervention d'emblée d'autres professionnels de santé
- Soit par une équipe multi-professionnelle formée à l'ETP, à laquelle le patient est adressé par le professionnel qui lui a proposé une ETP pour sa mise en œuvre, en lien avec le médecin traitant du patient⁷¹

II.2.1.3. Être formé pour mettre en œuvre l'ETP

L'ETP est mise en œuvre par des professionnels de santé formés à la démarche d'ETP, aux techniques de communication et aux techniques pédagogiques qui permettent d'aider le patient à acquérir des compétences d'auto-soins et d'adaptation, au travail en équipe et à la coordination des actions. Plusieurs études confirment que l'éducation du patient est plus efficace lorsqu'elle est dispensée par un personnel ayant reçu une formation spécifique.⁸⁴

Trois niveaux d'enseignement sont communément décrits, selon la volonté d'implication du professionnel :

- Niveau 1 : Une sensibilisation à l'ETP, insistant sur l'intérêt de la démarche et

Les structures existantes.

- Niveau 2 : Une formation complémentaire destinée au professionnel

Souhaitant réaliser ou participer à un programme d'ETP.

- Niveau3: Une formation spécialisée afin de coordonner des programmes

Ou assurer la formation d'autres professionnels⁷⁶

II.3 Autres professionnels pouvant être impliqués :

L'éducation thérapeutique est l'affaire de tous. D'autres professionnels peuvent intervenir soit en contribuant directement à la démarche éducative, soit en proposant une réponse adaptée aux difficultés du patient ou de son entourage ou des professionnels de santé qui mettent en œuvre l'ETP : psychologue, travailleur social, éducateur en activité physique adaptée, pédagogue de la santé, etc.

L'intervention d'autres professionnels nécessite une coordination des interventions et une transmission systématique d'informations au médecin traitant, et au professionnel ressource telle que définie dans la section sur la coordination.

⁸⁴D'Ivernois JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient – Approchepédagogique. 2e édition.Coll « Education du patient ».Maloine.ISBN : 2-224- 02803-2. 2004

Chapitre II : Présentation, organisation et mise en œuvre de l'éducation thérapeutique

II.4 Patients et associations

Les patients, individuellement ou leurs associations, sont sollicités dans les phases de conception, de mise en œuvre et d'évaluation d'un programme d'ETP spécifique à une ou des pathologies chroniques.

L'intervention de patients dans les séances collectives d'éducation thérapeutique peut être complémentaire de l'intervention des professionnels de santé. Elle contribue à la démarche éducative par :

- Un partage d'expériences de la maladie ou des traitements ;
- Un relais des messages délivrés par les professionnels de santé ;
- Un échange sur les préoccupations quotidiennes, la résolution de problèmes et les ressources disponibles.

L'implication des associations de malades dans la conception des programmes d'éducation thérapeutique permet d'envisager une approche plus précise des besoins du patient.⁸⁵

III. Organisation et mise en œuvre de L'ETP

III.1. Organisation de L'ETP

III.1.1. Intégration de l'éducation thérapeutique à la stratégie thérapeutique

Les recommandations internationales et nationales dans le champ de la maladie chronique soulignent l'importance d'intégrer l'ETP à la stratégie thérapeutique (figure 10). L'ETP peut être considérée comme intégrée à la prise en charge thérapeutique si elle est réellement complémentaire et indissociable des traitements et des soins, du soulagement des symptômes (en particulier de la douleur), de la prévention des complications, et si elle tient compte des besoins spécifiques, des comorbidités, des vulnérabilités psychologiques et sociales et des priorités définies avec le patient.⁸⁶

⁸⁵ François Bourdillon. Jean-François Collin. Une politique pour l'éducation thérapeutique du patient. Presse Med. 2009 ; 38 : 1770-1773

⁸⁶Ministère de l'emploi et de la solidarité. Secrétariat d'Etat à la sante et aux Handicapés. Plan national d'éducation pour la santé. 2001 Janv

Chapitre II : Présentation, organisation et mise en œuvre de l'éducation thérapeutique

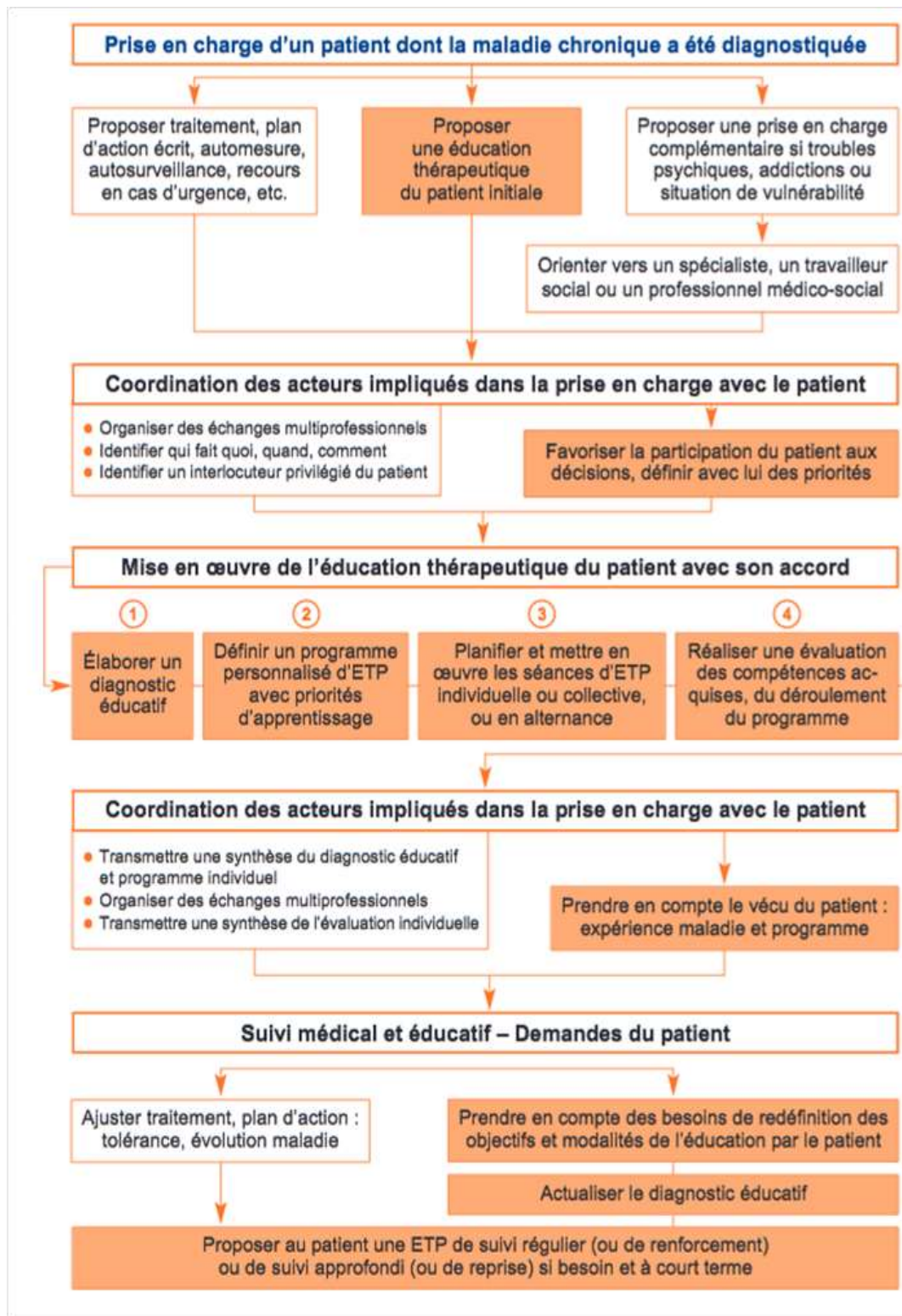


Figure 10 : Organigramme de l'ETP (Source : HAS – INPES/Juin 2007)

Chapitre II : Présentation, organisation et mise en œuvre de l'éducation thérapeutique

III.1.2. Planification d'un programme personnalisé de L'ETP

Indépendamment de la maladie chronique et des compétences à développer, une ETP structurée doit être mise en œuvre à partir d'un programme et d'une planification par étapes.

Un programme structuré d'ETP représente un cadre de référence pour la mise en œuvre du programme personnalisé de chaque patient. Il définit, dans un contexte donné, Qui fait Quoi, pour Qui, Où, Quand, Comment et Pourquoi réaliser et évaluer une ETP.

La planification par étapes propose un cadre logique et cohérent pour l'action des professionnels de santé. Chacune des 4 étapes recommandées s'inscrit dans la continuité de la précédente.

- La première étape est l'identification des besoins de chaque patient, dont ressortiront, au moyen d'un diagnostic éducatif, les composantes pédagogiques, psychosociales et biomédicales.
- La seconde étape consiste à formuler avec le patient les compétences à acquérir ou à mobiliser et à maintenir au regard de son projet, de la stratégie thérapeutique et de ses priorités, et à les négocier avec lui afin de planifier un programme personnalisé d'ETP, de les communiquer sans équivoque au patient et aux professionnels de santé impliqués dans sa mise en œuvre et le suivi du patient, et de concevoir l'évaluation individuelle sur la base des compétences négociées avec le patient.
- La troisième étape, consiste à sélectionner les contenus à proposer lors des séances d'ETP, les méthodes et techniques participatives d'apprentissage qui facilitent les interactions et les médiations avec le patient et ses proches pour l'acquisition de compétences, et à mettre en œuvre le programme d'ETP.
- La quatrième étape est celle de l'évaluation des compétences acquises par le patient (acquisition de compétences, adaptation, changements mis en œuvre dans la vie quotidienne), du déroulement et de la pertinence du programme, indiquant ainsi au patient et aux professionnels de santé ce que le patient sait, ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire et appliquer, ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir, la manière dont il s'adapte à ce qui lui arrive.⁷¹

Chapitre II : Présentation, organisation et mise en œuvre de l'éducation thérapeutique

III.2. Mise en œuvre de L'ETP

La démarche d'ETP se planifie en 4 étapes :

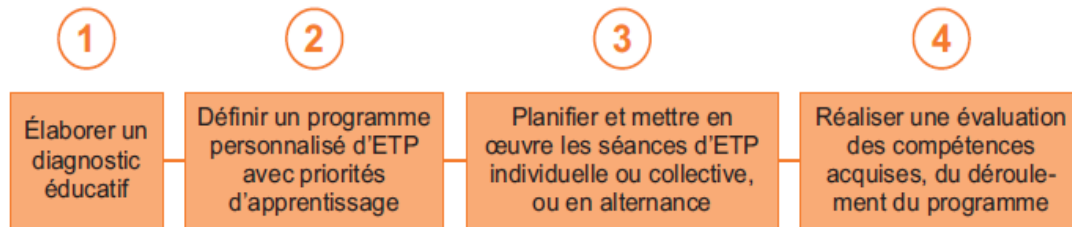


Figure 11 : les étapes de planification de L'ETP (Source : haute autorité de santé(HAS Juin 2007))

III.2.1. Elaborer un diagnostic éducatif

Le diagnostic éducatif doit être la première étape de la démarche d'ETP. Il est élaboré par un professionnel de santé au cours d'une ou plusieurs séances d'ETP individuelle. Il est au mieux le fruit de la collaboration d'une équipe multi professionnelle lorsque cela est possible. Le diagnostic éducatif constitue un temps d'apprentissage pour le patient, en sollicitant sa compréhension, sa réflexion, sa capacité d'anticipation.

Les facteurs liés à la personne et ceux liés à son environnement, et leur interaction mutuelle, sont nécessairement pris en compte tout au long de la démarche éducative. Le diagnostic éducatif est donc évolutif, et doit être actualisé régulièrement, et systématiquement lors de la survenue de tout élément nouveau.⁷¹

III.2.1.1. Les objectifs du diagnostic éducatif

Le diagnostic éducatif est indispensable à l'identification des besoins et des attentes du patient, à la formulation avec lui des compétences à acquérir ou à mobiliser ou à maintenir et à la précision du contenu de l'ETP, en tenant compte des priorités du patient. Il constitue un temps d'apprentissage pour le patient.

En pratique, le diagnostic éducatif permet d'appréhender les différents aspects de la vie et de la personnalité du patient, d'évaluer ses potentialités, de prendre en compte ses demandes et son projet. Il identifie les situations de vulnérabilité psychologique et sociale. Il appréhende également la manière de réagir du patient à sa situation, et ses ressources personnelles et sociales. Il identifie la réceptivité du patient et de ses proches à la proposition d'une ETP.⁷¹

Chapitre II : Présentation, organisation et mise en œuvre de l'éducation thérapeutique

III.2.1.2. Les conditions d'élaboration du diagnostic éducatif

Des conditions de dialogue et des techniques de communication appropriées, favorisant une discussion ouverte et confiante, doivent être utilisées, ces conditions sont :

- Confidentialité de l'entretien.
- Aménagement des locaux.
- Qualité de l'accueil, écoute active, attitude encourageante non culpabilisante, non disqualifiant, empathie
- Temps d'expression suffisamment long du patient, et éventuellement de son entourage.
- Reconnaissance de l'expérience et du savoir-faire du patient.
- Utilisation de questions ouvertes qui permet d'accéder au ressenti du patient, et de tenir compte de sa logique de raisonnement. Les questions fermées sont utilisées pour obtenir une précision.
- Possibilité de s'entretenir un moment avec le patient seul (notamment l'adolescent).
- Progressivité dans la délivrance des informations sur les modalités de mise en œuvre de l'éducation thérapeutique.
- Clarté et adaptation du niveau de langage, en particulier en cas de handicap sensoriel, de faible niveau d'études ou pour personnes venant de pays étrangers
- Information et accord du patient pour la transmission d'informations entre les professionnels de santé impliqués dans la stratégie de soins elles permettent de :
 - Poser des questions adaptées, et d'écouter activement les réponses du patient
 - Favoriser l'expression du patient, et de l'encourager à poser des questions
 - Prendre des décisions en commun
 - Faire face aux émotions du patient
 - Parvenir à une décision prise en commun
 - S'assurer de la compréhension mutuelle des conclusions de la rencontre

Chapitre II : Présentation, organisation et mise en œuvre de l'éducation thérapeutique

III.2.2. Définir un programme personnalisé de L'ETP avec priorité d'apprentissage

À la fin de la séance d'élaboration du diagnostic éducatif, formuler avec le patient les compétences à acquérir au regard de son projet et de la stratégie thérapeutique. Négocier avec lui les compétences, afin de planifier un programme individuel. Les communiqués sans équivoques aux patients et aux professionnels de santé impliqués dans la mise en œuvre et le suivi du patient.

III.2.2.1. Les compétences d'auto soins

- Soulager les symptômes.
- Prendre en compte les résultats d'une auto surveillance, d'une auto mesure adapté des doses de médicaments, initier un auto traitement.
- Réaliser des gestes techniques et des soins.
- Mettre en œuvre des modifications à son mode de vie (équilibre diététique, activité physique, etc.).
- Prévenir des complications évitables.
- Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie.
- Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.

III.2.2.2. Les compétences d'adaptation

- Se connaître soi-même, avoir confiance en soi.
- Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress.
- Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique.
- Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles.
- Prendre des décisions et résoudre un problème.
- Se fixer des buts à atteindre et faire des choix.
- S'observer, s'évaluer et se renforcer.

Le diagnostic éducatif permet par les informations recueillies de préciser la ou les compétences d'adaptation qui semblent importantes à acquérir ou à mobiliser chez le patient, pour soutenir l'acquisition des compétences.⁷¹

Chapitre II : Présentation, organisation et mise en œuvre de l'éducation thérapeutique

III.2.3. Planifier et mettre en œuvre les sciences d'ETP individuelle ou collective, ou en alternance

L'état actuel des connaissances ne permet pas de répondre à la question du bénéfice des séances collectives par rapport aux séances individuelles, de la fréquence, de la durée optimale pour chacune des séances d'ETP, ni à celle de la taille idéale d'un groupe de participants, ni au lieu souhaitable pour le déroulement des séances d'ETP, et pour une offre d'ETP du nombre de séances et de leur rythme.

Les propositions suivantes tiennent compte de l'expérience des professionnels et de la faisabilité de leur mise en œuvre.

L'ETP peut être mise en œuvre dans divers lieux et contextes :

- Dans un lieu ou une structure dédiée aux soins : établissement de soins, réseaux de santé, cabinet libéral médical et paramédical, centre de santé, établissement thermal, etc.
- A domicile ou dans un lieu garantissant confort, sécurité et confidentialité.

Dans ces deux cas les professionnels de santé en charge de l'ETP vont à la rencontre des patients au plus près de leur lieu de vie

- Dans le milieu pénitentiaire, des séances d'ETP devront être aménagées, le plus souvent en individuel, dans un espace dédié au sein de la prison en tenant compte des contraintes des rythmes pénitentiaires. L'utilisation de ressources éducatives variées pourrait compenser les difficultés d'échanges liées à l'impossibilité de réunir les patients partageant le même problème de santé
- Dans les services des urgences, si le motif de la consultation relève d'un incident, d'une complication de la maladie, d'une difficulté de gestion de la maladie chronique, une information sur l'ETP doit être donnée au patient : bénéfices pour lui, accessibilité à des ressources locales⁷¹

III.2.3.1. Types de séances d'éducation thérapeutique

Selon les possibilités locales (accessibilité géographique, disponibilité des professionnels de santé), les besoins du patient et ses préférences, les séances d'ETP seront collectives ou individuelles.

Au cours des séances, le ou les professionnels doivent prendre en compte la santé, le confort et la sécurité des patients.

Chapitre II : Présentation, organisation et mise en œuvre de l'éducation thérapeutique

III.2.3.1.1. Séances individuelles d'ETP

La séance d'ETP individuelle se caractérise par un face-à-face avec un seul patient, et éventuellement son entourage. Le thème de la séance et les objectifs éducatifs sont en relation avec le projet du patient et les compétences à acquérir.

Les séances individuelles facilitent entre autres l'accès aux séances aux patients ayant une dépendance physique, sensorielle ou cognitive ou des difficultés à se trouver en groupe. Elles permettent dans certaines situations une meilleure adaptation à la réalité de vie du patient et à son rythme. La durée d'une séance individuelle d'ETP est en moyenne de 30 à 45 minutes. Elle s'adapte à la complexité de la compétence à acquérir.

L'acquisition d'une ou plusieurs compétences lors des séances d'ETP individuelles doit être possible.

Une séance d'ETP individuelle se structure en 3 temps :

- Un temps de préparation avant la séance
- La conduite de la séance d'ETP comportant plusieurs phases, dont une phase de synthèse de la séance avec la participation du patient
- Un temps d'analyse après la séance pour préparer les autres séances

III.2.3.1.2 Séances collectives d'ETP

La séance d'ETP collective se caractérise par la présence simultanée de plusieurs patients au même moment. Le thème de la séance et les objectifs éducatifs sont en relation avec le projet du patient et les compétences à acquérir.

Les séances collectives ont comme avantages de rassembler en un même lieu des patients qui ont en commun les mêmes objectifs éducatifs, d'optimiser la disponibilité des ressources et des professionnels qui dispensent l'ETP. Elles sont propices au partage d'expériences et à la transmission des savoirs d'expérience.

Elles permettent des échanges entre les participants, et par leur convivialité elles sont susceptibles de rompre l'isolement et d'augmenter la réceptivité du patient à la démarche d'éducation.

Le nombre de participants peut être modulé selon le type proposé d'activité éducative, la complexité de la compétence à acquérir, la participation des proches aux séances.

La taille du groupe doit permettre une bonne connaissance de chaque patient par le soignant qui réalise l'activité d'éducation thérapeutique, afin de personnaliser au cours de la séance le

Chapitre II : Présentation, organisation et mise en œuvre de l'éducation thérapeutique

contenu de l'éducation thérapeutique au projet de chaque patient, et favoriser les échanges entre les participants.

La durée proposée pour une séance est de 45 minutes. Une séance d'ETP collective se structure en 3 temps comme la séance individuelle.

III.2.3.1.3. Séances en alternance

Une alternance de séances individuelles et collectives peut être :

- Soit prévue d'emblée (dès le premier coup) dans la planification d'un programme individualisé d'ETP
- Soit planifiée en cours de réalisation de ce programme, en fonction, Des besoins exprimés par le patient ou sur proposition des professionnels de santé qui mettent en œuvre l'ETP.

Pour l'acquisition de compétences d'auto-soins complexes par exemple, une alternance des séances collectives et individuelles peut avoir un intérêt⁷¹.

III.2.3.2. Autres modalités de mise en œuvre de l'ETP

III.2.3.2.1. Technologies de l'information et de la communication (TIC)

Les technologies de l'information et de la communication désignent ce qui est relatif à l'informatique connectée à Internet, et englobent tous les systèmes multimédias interactifs diffusés sur CD-ROM, les bornes interactives, les encyclopédies multimédias, la vidéoconférence, les forums de discussion.

La généralisation des TIC est néanmoins plus limitée dans le champ de la santé et dans le champ de la maladie chronique dans lequel la pertinence des TIC, en particulier dans l'accompagnement de l'apprentissage, ainsi que leurs effets ont été insuffisamment évalués.

III.2.3.2.2. Séance d'ETP par téléphone

Une séance d'ETP par téléphone représente un type prévu et planifié d'activités dans un programme d'ETP défini. La séance et son coût devrait être à la charge du système de santé.

La séance par téléphone est conduite par un professionnel de santé, et nécessite que le patient et le professionnel de santé se soient déjà rencontrés auparavant.

La séance par téléphone doit faire l'objet d'un compte-rendu dans le dossier du patient.

La séance d'ETP par téléphone doit être distinguée :

- Des appels tout-venant pour obtenir une information

Chapitre II : Présentation, organisation et mise en œuvre de l'éducation thérapeutique

- Des systèmes de rappel de participation à des séances ou à une consultation médicale (par téléphone, par e-mail ou SMS)
- Du télé-monitoring à distance ;
- Des appels en urgence qui visent à aider un patient à prendre la décision de consulter un médecin ou de se rendre au service des urgences.⁷¹

III.2.4. Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme

Lorsque le patient a suivi le programme personnalisé qui lui était proposé, une séance spécifique est organisée pour évaluer les compétences acquises. En fonction de cette évaluation, on pourra proposer au patient d'acquérir de nouvelles compétences ou d'affiner les compétences précédentes (renforcement) ou de revenir sur des compétences pas encore suffisamment maîtrisées (reprise).

Cette étape permet également de faire le point sur le ressenti du patient au cours du programme (sa satisfaction). Cette étape peut aussi être l'occasion de faire le point sur d'autres aspects, sa qualité de vie, ses données biologiques ou cliniques, sa perception de sa maladie et de son traitement.

Et donc, de refaire un bilan plus global qui englobe des aspects médicaux et un diagnostic éducatif renouvelé. Cette étape de l'évaluation des compétences nécessite d'utiliser des outils adaptés. En effet, on n'évalue pas de la même manière des connaissances, des gestes techniques et des comportements au quotidien.⁸⁷

IV. Le financement d'un programme d'ETP

Le financement des programmes d'ETP peut représenter un facteur freinant son déploiement, en particulier dans les maladies rares, d'autant plus que l'autorisation donnée par l'ARS n'est assortie d'aucun financement.

Dans ce contexte, la recherche de subventions et de partenaires pour financer la mise en place d'un programme d'ETP constitue l'une des tâches majeures de tout promoteur qui doit assurer un financement adapté pour soumettre le dossier à l'ARS.

IV.1. Financements publics

Selon le ministère de la santé, il appartient aux pouvoirs publics (ARS et Caisse Primaire d'Assurance Maladie - CPAM), sur la base des financements qui leur sont octroyés, de

⁸⁷<https://fad.univ-lorraine.fr/>

Chapitre II : Présentation, organisation et mise en œuvre de l'éducation thérapeutique

financer les programmes d'ETP qui répondent aux priorités régionales ou ciblées par le cahier des charges national des programmes d'ETP.

Aujourd'hui, les financements publics disponibles pour l'ETP sont majoritairement destinés aux maladies chroniques fréquentes. Cependant, le champ particulier des maladies rares peut constituer un terrain propice à l'innovation, sachant que le nombre limité de patients ne constitue pas un facteur discriminatoire.

IV.1.1. Les Agences Régionales de Santé (ARS)

L'ETP s'inscrit naturellement au sein des programmes régionaux de santé de chaque ARS, soit dans le Schéma Régional d'Offre de Soins (SROS), soit dans le schéma régional de prévention, en tant qu'offre de soins à part entière déployée tant à l'hôpital qu'en ville.

Les fonds qui permettent aux ARS de financer les programmes d'ETP sont fusionnés dans le Fonds d'Intervention Régional(FIR). Ces crédits sont versés quelle que soit la structure qui a reçu l'autorisation, que l'ETP soit délivrée ou non dans un établissement de santé.

Dans la pratique, les financements sont majoritairement dirigés vers des établissements de santé mais également vers des maisons ou pôles de santé, des Unités Transversales d'Education du Patient (UTEP - plateformes de ressources en ETP) ou vers la formation des soignants.

Dans un contexte budgétaire contraint, les ARS orientent leur financement en fonction des priorités régionales fondées sur l'état de santé de la population. Les actions innovantes sont le plus souvent financées via des appels à projets ciblés, notamment lorsque les besoins de la population ne sont pas couverts. Des enveloppes restent possibles pour les maladies rares.

IV.1.2. La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)

La CPAM est un organisme de droit privé exerçant une mission de service public. Elle développe une politique de prévention et de promotion de la santé ainsi qu'une politique d'action sanitaire et sociale, qui peut se traduire par des aides collectives au profit d'associations.

Dans ce cadre, le financement de l'ETP passe essentiellement par le Fonds National de Prévention et d'Education en Information Sanitaire (FNEIPS ; fonds consacré aux projets développés dans le cadre des priorités régionales de prévention). Si, dans la pratique, ses actions sont peu dirigées vers des maladies rares, la CPAM n'en reste pas moins un acteur majeur du développement de l'ETP.

Chapitre II : Présentation, organisation et mise en œuvre de l'éducation thérapeutique

IV.2. Financements privés

IV.2.1. L'industrie pharmaceutique

Si, selon la loi HPST, l'industrie pharmaceutique ne peut ni concevoir ni mettre en œuvre un programme d'ETP, elle est cependant tout à fait autorisée à les financer. C'est d'ailleurs un acteur historique essentiel dans le financement de l'ETP.

Les quelques exemples de programmes d'ETP pour les maladies rares montrent que les laboratoires sont effectivement très présents dans ce domaine. La collaboration est grandement facilitée lorsque la prise en charge de la pathologie nécessite un traitement régulier, dans la mesure bien sûr où il n'y a pas de contact direct avec les malades qui est interdit par la loi.

IV.2.2. Les fondations d'entreprise

Les fondations d'entreprise, en particulier dans l'industrie pharmaceutique ou les assurances, ont bien souvent dans leurs missions le soutien et l'accompagnement de personnes atteintes de maladies chroniques et de maladies rares avec pour objectif de participer à l'amélioration de leur qualité de vie. Des projets liés à l'ETP peuvent y rencontrer un accueil très favorable. Ces fondations sont parfois également à l'origine d'appels à projets.

Cette possibilité représente une piste de réflexion intéressante.

IV.2.3. Les associations de malades

Les associations de malades sont souvent amenées à compléter le financement d'un programme afin qu'il puisse être mis en œuvre. Une stratégie qui se justifie au regard des objectifs poursuivis par les associations puisqu'il s'agit de soutien et d'accompagnement des personnes malades.

IV.3. Autres organismes « ressource » non financeurs

En dehors de la recherche de partenaires pour assurer le financement du programme, les associations peuvent nouer des partenariats avec d'autres organismes ou structures œuvrant dans le champ de l'ETP en s'appuyant sur leurs compétences et leurs ressources.

IV.3.1. UTEP ou UTET : Unités Transversales d'Education du Patient ou d'Education Thérapeutique

Ces unités transversales sont des structures rattachées à des établissements hospitaliers qui ont pour mission d'accompagner les équipes soignantes impliquées dans un programme d'ETP ou porteuses d'un projet en lien avec l'ETP. Elles les aident à développer et à formaliser leurs

Chapitre II : Présentation, organisation et mise en œuvre de l'éducation thérapeutique

activités d'éducation thérapeutique en leur proposant notamment une coordination et des ressources méthodologiques.

IV.3.2. Les IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé

Les IREPS sont des instances régionales récentes, nées de la fusion des Comités départementaux d'éducation pour la santé.

Elles viennent en appui aux acteurs de terrain en proposant des ressources documentaires, diverses prestations d'aide, de conseil ou de formation dans tous les domaines concernant la promotion de la santé. Financé en majorité par les ARS et l'INPES, chaque centre régional définit ses priorités d'action dont l'ETP fait partie.

Bien qu'essentiellement tournées vers les professionnels de la santé, ces instances ont vocation à accompagner et aider toutes les personnes engagées dans le soutien aux malades.

IV.3.3. Réseaux de santé

Inscrits dans la loi depuis 2002, les réseaux de santé sont des regroupements pluridisciplinaires de professionnels de santé (médecins, infirmières) et d'autres professionnels (travailleurs sociaux, personnel administratif, etc.).

Ils ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge, tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Les réseaux constituent également l'un des principaux dispositifs de coordination des acteurs (sanitaire, médico-social et social) intervenant sur le parcours des patients. De nombreux programmes d'ETP s'y déroulent, en particulier pour les maladies chroniques fréquentes.

Centres de santé - Pôles santé - Maisons de santé et centres de santé sont des structures de proximité qui regroupent des professionnels de santé exerçant en ambulatoire (elles représentent environ 5 % des professionnels libéraux). Elles assurent principalement des activités de soins de premier recours, le cas échéant de second recours, et mènent également des actions de santé publique, des actions de prévention, d'éducation pour la santé ainsi que des actions d'éducation thérapeutique.⁸⁸

⁸⁸Guide pratique de l'Éducation Thérapeutique du Patient juin 2017

Chapitre II : Présentation, organisation et mise en œuvre de l'éducation thérapeutique

Conclusion

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) fait aujourd'hui partie de « l'arsenal thérapeutique » à disposition des médecins dans la prise en charge des maladies chroniques. L'ETP est considérée aujourd'hui comme une partie essentielle du traitement des maladies chroniques. Les objectifs de l'éducation thérapeutique sont nombreux. Pour l'essentiel, ils visent à réduire de manière significative et individualisée les facteurs de risque et leurs conséquences, à aider le patient à suivre correctement son traitement et à améliorer sa qualité de vie et son sentiment d'autonomie. Elle doit permettre au patient d'acquérir les compétences utiles pour mettre en place ces objectifs. Le patient s'impliquera d'autant plus dans sa prise en charge qu'il se sentira en accord avec les objectifs retenus et qu'il aura le sentiment que ses besoins personnels auront été pris en compte. L'un des points clés de la réussite d'un programme éducatif résidera donc dans le développement d'un véritable partenariat soignants-patient. Les professionnels de santé, du fait de leur expérience et leur proximité avec le patient sont aptes à assurer le défi de santé publique. Ils sont prêts et motivés à accompagner le patient dans son parcours de soin à devenir acteur de ses soins.

Enfin, l'éducation thérapeutique de patient est avant tout une rencontre humaine fondée sur un dialogue, une recherche d'une compréhension mutuelle et une participation du malade aux décisions et aux soins pour s'inscrire dans un projet de vie et améliorer sa qualité de vie.

Chapitre III : L'utilisation de L'ETP chez les femmes atteintes de cancer du sein au sein à l'unité BALLOUA, Tizi-Ouzou

Introduction

La santé est un déterminant primordial du développement au non des pays ainsi que de la qualité de vie de ses habitants. Vivre avec sa propre maladie ou vivre avec la maladie d'un proche est aujourd'hui un enjeu de société. En effet, des maladies autrefois mortelles sont devenues des maladies chroniques, c'est-à-dire, des maladies caractérisées par leur durée, par la gestion qu'elles exigent et par l'incertitude qu'elles provoquent. Parmi ces maladies on cite les maladies cancéreuses, en particulier le cancer du sein.

Le cancer du sein est le cancer dont le diagnostic est le plus fréquent chez les femmes, comme c'est un cancer qui se traite assez bien s'il est dépisté au début. Une maladie qui induit tant de perturbation que ce soit sur le côté physique, psychologique et sociale.

Aujourd'hui les femmes atteintes du cancer du sein sont devenues autonomes grâce à l'éducation thérapeutique qui permet aux patientes d'acquérir ou de maintenir des compétences d'auto-soins et d'adaptation correspondant à des savoirs, savoir-faire, savoir être qui doivent les aider à s'adapter à la maladie et l'utilisation des thérapeutiques. L'ETP permet par exemple aux patientes d'acquérir des savoirs en les aidant à soulager leurs symptômes, à prendre en compte les résultats d'une auto-surveillance, de réaliser des gestes techniques voire d'adapter des doses de médicament. Elle contribue également à permettre aux patientes à mieux se connaître, à gagner la confiance en elles, à prendre des décisions et à résoudre des problèmes et fixer des buts à atteindre.

En cancérologie, L'ETP est une démarche encore émergente. Bien que le terme soit largement employé, son concept et ses principes nécessitent d'être précisés et son efficacité rigoureusement évaluée. Complémentaire de la démarche de soins, elle vise à renforcer l'implication du patient dans la gestion de sa maladie et de ses traitements. Discipline initialement développée dans le domaine des maladies chroniques (cancer du sein), elle se situe à l'intersection de la médecine et des sciences humaines et sociales. Elle part du principe que les comportements nécessaires pour vivre le mieux possible avec une maladie chronique.

Dans notre recherche, portée sur « l'utilisation de L'ETP comme moyen d'améliorer la qualité de vie chez les femmes atteintes d'un cancer du sein », nous avons choisi comme terrain d'étude le service d'oncologie à l'unité de BELLOUA CHU Nadir Mohamed, Tizi-Ouzou.

Chapitre III : L'utilisation de L'ETP chez les femmes atteintes de cancer du sein au sein à l'unité BALLOUA, Tizi-Ouzou

I. Présentation de l'unité BELLOUA

L'unité sidi BELLOUA “ Ex sanatorium” a été construite au début des années 1950.C'est une structure qui est située à quatre kilomètres de l'unité mère Nadir Mohamed, au village Redjouana. La superficie du site est de 62500 m², elle est constituée de quatre bâtiments R+3 reliés par de grands couloirs. La capacité d'accueil est de 400 lits englobant 10 spécialités et 465 employés.

I.1. Plan de circulation de l'unité BELLOUA CHU de Tizi-Ouzou

Tableau II : les services de l'unité BELLOUA (Source : document interne du CHU unité BELLOUA)

Bloc	Service	Nombre de lits réels
Bo0	Administration, medico–technique Réanimation, bloc ORL, services généraux Chirurgie thoracique et vasculaire Consultation thoracique	Total 32
Bo1	Service d'oncologie Service ORL Service ophtalmologie Service dermatologie	28 22 22 15
Bo2	Service Rhumatologie Service Neurologie Service Gynécologie Service consultation orl +rhumatologie +dmo	24 26 34
Bo3	Service endocrinologie femmes Service endocrinologie homme Service rééducation homme Service rééducation femme Service consultation Gynécologie	Total 36 Total 34
Bo4	Service pneumologie femme Service pneumologie homme Service pneumologie astreinte +fibroscopie bronchique Service Urgence ORL	Total 58

Chapitre III : L'utilisation de L'ETP chez les femmes atteintes de cancer du sein au sein à l'unité BALLOUA, Tizi-Ouzou

I.2. Service d'Oncologie

Le service d'oncologie médicale (cancérologie) prend en charge les patients ayant un cancer nécessitant un traitement médical tel que la chimiothérapie, l'hormonothérapie ou l'immunothérapie. Le service dispose d'une expertise particulière dans le domaine des cancers d'origine digestive (œsophage, estomac, intestin, côlon, rectum, anus, pancréas, voies biliaires), urologique (vessie, prostate, testicules) ainsi que les cancers du sein. Le service d'oncologie médicale dispose de lits d'hospitalisation, l'objectif est d'accompagner les patients ainsi que leurs entourages, tout au long de leurs soins, en leur offrant une médecine à la fois de pointe et humaine.

L'accès au service est totalement libre, il n'y a aucune contrainte pour le patient, il doit juste se munir d'un bilan médical.

Durant notre période de stage, nous étions rattachés à ce service en travaillant directement avec la psychologue du service.

1) Infrastructure et matériels

Le service d'oncologie dispose d'une unité d'hospitalisation

- Coté hommes 15 lits.
- Coté femmes 13 lits -Pour prendre en charge ces patients, elle dispose aussi autres salles de consultations :
- Une salle (01) pour les femmes enceintes et consultations enfants
- Une salle (01) pour consulter
- Une salle (01) d'urgence
- Les bureaux des médecins et paramédicaux

La prise en charge de l'ensemble des patients carcéraux se fait par le service oncologie grâce au personnel sanitaire suivant :

- Quinze (15) médecins
- vingt (20) médecins résidentes
- Un (01) psychologue ;
- Vingt-cinq (25) infirmiers
- Quatorze (14) paramédicaux.
- Deux (02) contractuels

Chapitre III : L'utilisation de L'ETP chez les femmes atteintes de cancer du sein au sein à l'unité BALLOUA, Tizi-Ouzou

Tableau III : personnels sanitaire de service oncologie

Catégorie	Effectif
médecins	15
résidents	20
paramédicaux	14
contractuels	02
Infirmiers	25
Psychologue	01

2) Les pathologies qui sont pris en charge (au niveau de service) :

Au niveau de l'unité de BELLOUA, le service d'oncologie traite plusieurs types de cancer:

- Cancer du sein.
- Cancer de la prostate.
- Cancer colorectal (du gros intestin)
- Cancer du poumon.
- Cancer de la zone tête.
- Cancer de la vessie.
- Cancer de la peau (mélanome)
- Cancer du col de l'utérus.
- Cancer bronche –pulmonaire.

On présentera dans la partie qui suit les caractéristiques générales de la population d'enquête ainsi que l'impact de L'ETP sur l'amélioration de la qualité de vie des femmes atteinte de cancre du sien et sur le mode de vie de des proches.

II. Présentation du cadre méthodologique de la recherche

La présente section portera sur la présentation du cadre méthodologie de la recherche. De ce fait, nous allons rappeler la problématique centrale de notre travail et ses objectifs. Ainsi, une présentation des méthodes de l'enquête qui se basera sur service d'oncologie Au niveau de l'unité de BELLOUA de Tizi-Ouzou dont son organisation et ses effectifs.

Chapitre III : L'utilisation de L'ETP chez les femmes atteintes de cancer du sein au sein à l'unité BALLOUA, Tizi-Ouzou

II.1. Objectifs de la recherche

L'objectif général de la présente recherche est de montrer et faire comprendre quel est le rôle de l'éducation thérapeutique, comment peut-elle aider les patientes atteintes de cancer du sein et à améliorer leurs qualité de vie. L'étude se fait au niveau de l'unité oncologie de BELLOUA, CHU de Tizi-Ouzou.

Nous nous sommes fixés trois objectifs spécifiques, à savoir :

- Démontrer le rôle de L'ETP sur les femmes atteintes de cancer du sein.
- L'influence de L'ETP sur l'amélioration de la qualité de vie chez les femmes atteintes de cancer du sein.
- L'influence de L'ETP sur le rôle des proches dans l'amélioration de la qualité de vie des femmes atteintes de cancer du sein.

II.2. Méthodologie de l'enquête

Pour mieux appréhender et expliquer le rôle de L'ETP dans l'amélioration de la qualité de vie chez les femmes atteintes de cancer du sein ; nous avons utilisé la méthode qualitative de recueil et d'analyse des données, dont la définition est la suivante : « La recherche qualitative est parfois définie en référence ou en opposition à la recherche quantitative. Elle ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales (plus rarement des images ou de la musique) permettant une démarche interprétative. C'est un terme générique qui regroupe des perspectives diverses entre les bases théoriques, méthodes, techniques de recueil et analyse des données »⁸⁹

Notre recherche est de nature qualitative, elle se base sur des notions théoriques fondées sur des recherches bibliographiques, ainsi que des données collectées sur le terrain par la méthode d'étude de cas au sein de l'unité de BELLOUA CHU de Tizi-Ouzou. Dans cette recherche nous avons adopté une visée compréhensive et descriptive, dans le but d'atteindre notre objectif de recherche.

⁸⁹ AUBIN-AUGER, Isabelle. MERCIER, Alain et al. *Introduction à la recherche qualitative*. La revue française de médecine générale, 2008, Vol. 19, N° 84, p143.

Chapitre III : L'utilisation de L'ETP chez les femmes atteintes de cancer du sein au sein à l'unité BALLOUA, Tizi-Ouzou

II.3. Le choix de l'outil

□ L'entretien

Pour nos besoins, nous avons utilisé l'entretien, cette technique est définie selon Sylvain Giroux et Ginette Tremblay comme « l'entrevue de recherche s'inscrit dans un projet de nature scientifique visant à mettre en évidence l'existence de relation entre un phénomène et ses déterminants »⁹⁰.

Cette technique a permis d'adapter l'individu ou l'ensemble du groupe interviewé dans un débat bien déterminé : selon François Singly « l'entretien convient à l'étude de l'individu et des groupes restreints, mais il est peu adapté et trop coûteux lorsqu'il est nécessaire d'interroger un grand nombre de personnes. Un problème de représentativité se pose ».

III. Présentation de la population d'enquête

III.1. La description de la population enquêtée

Nous avons sélectionné plusieurs indicateurs pour mener notre étude afin d'identifier la population concernée. Nous avons retenu un certain nombre de variables notamment : l'âge, niveau d'instruction, la profession, l'état matrimonial, nombre d'enfants, lieu d'habitation, le nombre de séances effectués et le niveau socio-économique.

Tous ces indicateurs sont représentés dans le tableau suivant :

⁹⁰ GIROUX Sylvain et TREMBLAY Ginette, *Méthodologie des sciences humaines : La recherche une action*, 3^{ème} édition, Canada, 2009, P186. SINGLY François, *L'enquête et ses méthodes l'entretien*, 2^{ème} édition, Paris, 2007, P 37.

Chapitre III : L'utilisation de L'ETP chez les femmes atteintes de cancer du sein au sein à l'unité BALLOUA, Tizi-Ouzou

Tableau IV : les caractéristiques socioprofessionnelles des femmes enquêtes (Source : Enquête a l'unité de BELLOUA, service d'oncologie 2021)

Les enquêtes	Cod e	Nom	Age	Niveau d'instruction	Profession	L'état matrimonial	Nombre des enfants	Lieu d'habitant	Le nombre des séances effectués	Niveau Socio-économique
Enquête n°1	A1	Yasmina	50 ans	Secondaire	Femme au Foyer	Mariée	0 Enfants	Draa ben kheda	06Séances	Moyen
Enquête n°2	A2	Noria	35 ans	Universitaire	Administratrice	Mariée	3 enfants	Azzazga	06Séances	Moyen
Enquête n°3	A3	Saliha	40ans	Secondaire	Femme au Foyer	Mariée	3 enfants	Friha	06Séances	Moyen
Enquête n°4	A4	Farida	52 ans	Moyen	Femme au Foyer	Mariée	3 enfants	Draa ben kheda	06Séances	Moyen
Enquête n°5	A5	Sonia	35 ans	Secondaire	Femme au Foyer	Mariée	2 enfants	Ath Wasif	06Séances	Moyen
Enquête n°6	A6	Saliha	48 ans	Moyen	Femme au Foyer	Mariée	1 enfants	Azzazga	06Séances	Moyen
Enquête n°7	A7	Tensia	38 ans	Universitaire	Enseignante de Math	Mariée	1 enfants	Draa el Mizane	06Séances	Moyen
Enquête n°8	A8	Dalila	44 ans	Universitaire	Enseignante de la langue française	Mariée	3 enfants	Boghni	06Séances	Moyen
Enquête n°9	A9	Nedjma	29 ans	3AS	Femme au Foyer	Mariée	0 enfants	Draa el Mizane	06Séances	Moyen
Enquête n°10	A10	Naima	35 ans	2AS	Femme au Foyer	Mariée	0 enfants	Maâtkas	06Séances	Moyen

La lecture de tableau tracer nous permet de relever ce qui suit :

- L'âge de la plupart des femmes de notre étude se situe dans la tranche [29-52] ans, avec un âge moyen de 40 ans. Toutes ces femmes sont touchées par le cancer du sein.

Chapitre III : L'utilisation de L'ETP chez les femmes atteintes de cancer du sein au sein à l'unité BALLOUA, Tizi-Ouzou

- Elles sont mariées, 03 d'entre elles sans enfants, et les autres ont des enfants dans le nombre variant entre [1.3].
- Toutes nos participantes sont originaires des différentes régions de Tizi-Ouzou.
- Pour ce qui est du niveau d'instruction nous observons que, la moitié des femmes malade sont un niveau secondaire, deux patientes ont un niveau moyen, par contre 03 sur 10 possède un niveau universitaire.
- La majeure partie de nos interviewées sont d'emblées sans profession, mais leur niveau socio-économique reste moyen, alors qu'uniquement trois femmes préservent toujours leur emploi.
- L'ensemble des malades interviewées manifeste un état de santé nécessitant d'effectuer 06 séances de chimiothérapie selon la décision de l'oncologue de ce service.

III.2. Information liée à la découverte de la maladie

La découverte de la maladie reste comme une phase indispensable pour un diagnostic thérapeutique, afin de détecter un nouvel état de santé et éviter la dégradation de l'état de santé de l'individu

Dans notre enquête, la découverte de la maladie, ressort de manière générale de la manifestation de certains symptômes organiques, qui ont fait l'objet d'investigation médicale par la suite, est à l'origine de l'apparition de la maladie chez nos interviewées. Comme nous le déclare Madame Yasmina : « *Un jour, j'étais dans la chambre en train de voir la télévision, j'ai senti des douleurs au niveau de mon sein, et quand j'ai fait une palpation, j'ai remarqué qu'il y a un nodule au niveau de mon sein. Je suis allée chez un médecin généraliste, il m'a demandé de faire une mammographie, ensuite je suis allée chez la gynécologue, elle m'a demandé de faire la biopsie, puis le résultat final nous a confirmé que je suis atteinte du cancer du sein* ». [A1, Yasmina, 50ans, Femme au foyer, Draa ben Kheda, cancer du sein gauche].

Encore, les déclarations de l'autre malade nous révèle ce qui suit « *Un jour j'ai senti une boule à l'intérieur du mon sein, j'ai remarqué le changement de la peau et le volume de mamelon, en ce moment j'ai été enceinte. Après, je suis allée voir la gynécologue, elle m'a demandé de faire l'ensemble de l'examen radiologique (mammographie) et l'examen biologique (biopsie et l'analyse médicale). Le résultat des analyses nous montre que je suis*

Chapitre III : L'utilisation de L'ETP chez les femmes atteintes de cancer du sein au sein à l'unité BALLOUA, Tizi-Ouzou

atteinte du cancer du sein » [A2, Noria, 35ans, Administratrice, Azzazga, cancer du sein gauche].

En outre Madame Saliha nous a informés préalablement sur les signes de la maladie cancer du sein: « *Un jour, en lisant un livre portant sur les maladies des femmes, je me suis informée de l'ensemble des symptômes des maladies du sein. Après cette lecture et en un moment de réflexion, j'ai remarqué que je suis atteinte des mêmes signes que ceux lus dans le livre (vertige, douleur de la main droite, trouble de sommeil), et cette inquiétude s'est accentuée quand j'ai senti une boule au niveau de mon sein. A ce moment-là, pendant l'année 2011, j'ai consulté un médecin généraliste qui m'a demandé ensuite de faire une mammographie et après il m'a dit que c'est une Kyste. Jour après jour, j'ai constaté que ce Kyste grandit et au cours de l'année 2015, j'ai consulté une chirurgienne spécialiste des maladies du sein, il m'a demandé de faire la mammographie et la biopsie. A la lecture des résultats, il s'est avéré que je suis atteinte d'un cancer du sein » [A3, Saliha, 40ans, Femme au foyer, Friha, cancer du sein droit].*

A travers ces déclarations, on peut dire que la découverte de la maladie reste la même pour l'ensemble de nos interviewées, c'est la palpation qui a poussé nos interviewées vers l'investigation médicale suite à la première consultation avec le médecin.

III.3. L'expérience des femmes qui ont subi une ablation du sein

L'ablation du sein est un acte chirurgical, réalisé suite à la découverte d'un cancer, nécessitant de prendre en charge cet organe via l'utilisation d'une méthode bien déterminée. Subir l'intervention de l'ablation du sein expose les femmes atteintes d'un cancer du sein à un choc émotionnel. Le chirurgien doit faire cet acte de manière progressive en tant compte des caractéristiques socio-sanitaires, culturelles et psychologiques faces l'éducation thérapeutique. Dans notre cas d'étude, nous relevons que le recours de la majorité de nos patientes à l'ablation du sein, était suite à une décision et à une programmation du chirurgien, selon la disponibilité du temps et du lieu, comme nous explique madame Noria qui a réalisé cette chirurgie dans un établissement étatique. Écoutons-la : « *Le cancer du sein diagnostiqué pendant la période de la grossesse et ablation de mon sein gauche a été réalisée aux 5ème mois de ma grossesse, le 11/10/2015, au niveau du CHU Mustapha bacha d'Alger» [A2, Noria, 35ans, Administratrice, Azzazga, cancer du sein gauche].*

Chapitre III : L'utilisation de L'ETP chez les femmes atteintes de cancer du sein au sein à l'unité BALLOUA, Tizi-Ouzou

Toujours dans l'établissement étatique. Examinons le discours de Madame Tensia, qui a effectué son intervention à la willaya de Tizi Ouzou: « *j'ai réalisé l'ablation du sein au niveau de la willaya de Tiziouzhou, le 03/08/2014* ». [A7, Tensia, 38ans, Enseignante de math, Draa el Mizane, Cancer du sein gauche]

Aussi, le cas de madame Farida, qui est un état d'urgence elle s'est fait opérer au niveau de la capitale 'Alger' au CHU Moustafa Bacha. Examinons son discours: « *Suite aux résultats positifs des analyses effectuées, lendemain, le chirurgien a décidé en urgence que je sois opérée, au niveau du CHU Moustafa Bacha d'Alger pendant l'année 2006* » [A4, Farida, 52ans, Femme au foyer, DBK, Cancer du sein droit].

L'ablation du sein est une phase réalisée suite au développement progressif des cellules cancéreuses à l'intérieur de l'organisme humain. L'arrêt de l'évolution rapide de ces cellules nécessite de prendre la partie corporelle touchée par la chirurgie. Dans le cas de notre étude, et d'après les discours de nos interviewées, nous pouvons avancer que la réalisation de l'ablation du sein était dans les établissements public suivant, Alger et Tizi-Ouzou, afin de soulager la douleur et la souffrance.

○ **L'état émotionnel des patientes après l'ablation du sein**

L'ablation du sein et une mastectomie chirurgicale, cette expérience génère plusieurs sensations et différentes perceptions, dans cette phase nous allons exposer les différents sentiments de nos interviewées vis-à-vis de l'ablation de leurs seins.

Dans notre cas de recherche, l'ensemble des patientes interviewées manifestent des sentiments divers tels que la stigmatisation, la marginalisation, le manque, le dysfonctionnement organique et l'angoisse de la mort, etc. Dans leurs discours, elles situent le manque corporel. La perte du sein, symbole de féminité et de sexualité, est très significative et bouleversant pour elles.

Observons le témoignage de madame Sonia, qui nous parle de sentiment de manque qui se transforme en d'handicap à cause de l'ablation de son sein : « *Malgré que mon mari me soutient, mais je sens toujours un manque ; depuis que j'ai perdu mon sein, je me sens comme une handicapée* ». [A5, Sonia, 35 ans, Femme au foyer, Ath wasif, Cancer du sein droit]

Par ailleurs, écoutons le témoignage de madame Saliha, angoissée par la mort: «*Pour moi, le cancer c'est la mort inévitable. Je n'ai pas imaginé que je serai atteinte d'un cancer du sein,*

Chapitre III : L'utilisation de L'ETP chez les femmes atteintes de cancer du sein au sein à l'unité BALLOUA, Tizi-Ouzou

parce que je suis mère de trois petites filles, en plus je suis femme jeune, mais en fin c'est mon destin ». [A3, Saliha, 40ans, Femme au foyer, Friha, cancer du sein droit].

IV. L'application de L'ETP comme moyen d'amélioration de la qualité de vie des femmes atteintes du cancer de sein au service d'oncologie à l'unité de BELLOUA

IV.1. Le déroulement de l'ETP au service d'oncologie a l'unité de BELLOUA

Dans notre enquête, après un entretien avec madame Gharbi infirmière et madame Hedjaz psychologue au service d'oncologie au sein de BALOUA, le déroulement d'un programme d'éducation thérapeutique est réalisé par plusieurs étapes et la coordination de ce programme est assuré par le médecin et d'autre professionnel de santé (infirmiers et psychologues).

a) Annonce du diagnostic et proposition du traitement

La patiente atteinte de cancer du sein bénéficie d'une prise en charge au moment de l'annonce de sa maladie. Le médecin prévoit des temps de discussion et d'explication sur sa maladie et les traitements afin d'apporter à la patiente des informations adaptées sur sa maladie. Ces moments vont conditionner une relation de confiance si importante entre le soigné et le soignant.

b) Prise en charge psychologique des femmes atteintes de cancer du sein

L'intervention du psychologue peut se situer à plusieurs niveaux que ce soit lors de l'annonce de la maladie, durant le traitement ou après la période des soins. La qualité de son écoute et le soutien apporté ont des effets dans les choix et les décisions que la patiente aura à prendre durant la période de sa maladie.

- Le premier contact entre la patiente et le psychologue est lors de la consultation d'annonce de la maladie. Cette première rencontre lui permet de gérer son stress et l'anxiété pour améliorer leur bien-être psychologique et de créer un lien de confiance et ainsi de favoriser une meilleure observance du programme de soins.
- Lors de l'entretien clinique initial

Durant cet entretien le psychologue prend le temps nécessaire pour accéder à la connaissance de la patiente et d'entendre sa souffrance afin de mieux l'appréhender à vivre avec sa maladie ainsi de l'aider à accepter les soins parfois douloureux.

- Mise en place d'un suivi psychologique régulier

Chapitre III : L'utilisation de L'ETP chez les femmes atteintes de cancer du sein au sein à l'unité BALLOUA, Tizi-Ouzou

Les informations issues de cette rencontre permettent de s'entendre avec la patiente et ces proches, sur les modalités de la prise en charge psychologique tout au long de son suivi. Il s'agit d'un accompagnement plus ou moins régulier (quotidien, hebdomadaire, trimestriel...) selon les besoins des patientes.

c) **Prise en charge des femmes atteintes de cancer du sein par infirmiers**

Les infirmiers ont pour missions de soutenir les patientes et leurs proches à chaque étape de la maladie et de les accompagner pour les aider à surmonter les désagréments que provoquent le cancer du sein et ses traitements.

La première étape est de bien connaître la patiente. Selon les infirmiers interrogés, c'est un processus long et complexe. Pour cela, l'équipe utilise un dossier d'éducation. Il reprend les informations essentielles à la connaissance de la patiente :

- Apparition ou suivi de complications.
- Addictions (consommation d'alcool, drogue, tabac,...).
- Volet social (profession, situation familiale, activité physique, ...).
- Volet cognitif (connaissance de la maladie et de son traitement).
- Evaluation des croyances, représentation de la vie avec la maladie.
- Evaluation du ressenti du patient, ses souhaits, ses projets.

C'est le diagnostic éducatif. Après celui-ci, une synthèse est effectuée et elle va permettre d'élaborer un projet éducatif. Les items développés ci-dessus sont en lien avec le concept de représentation de la maladie (croyances du patient), d'acceptation de la maladie (ressenti de la patiente avec la maladie, difficultés) et enfin de l'observance thérapeutique. Tous ces éléments sont la base du programme éducatif.

Ensuite, selon le projet du patient, des compétences sont à acquérir et seront évaluées. Elles sont en lien avec le concept d'éducation thérapeutique et la personnalisation du programme.

Il est important pour l'infirmier de montrer sa présence au patient. Car, en cas de difficultés, cela l'incitera à revenir plus facilement pour en parler.

Dès l'annonce du diagnostic, l'infirmier va accompagner la patiente et sera présent dans les différentes étapes que la patiente aura à vivre : hospitalisation, mises en place et surveillance des traitements.

Chapitre III : L'utilisation de L'ETP chez les femmes atteintes de cancer du sein au sein à l'unité BALLOUA, Tizi-Ouzou

Après l'élaboration du programme de soins, la patiente va être hospitalisée pour les premières étapes de son traitement. L'infirmier aura un rôle important il intervient à la préparation des patientes pour les différents traitements à savoir une prise en charge avant les sciences de chimiothérapie avec un soutien psychologique, l'orientation, et explique à la patiente la conduite à tenir durant les phases du traitement pour pouvoir faire face aux traitements proposés et à leurs principaux effets secondaires

Les hospitalisations peuvent s'étendre sur une durée limitée (une semaine ou quelques jours) et durant ces différentes hospitalisations l'infirmier pourra observer et analyser l'évolution de la patiente par rapport à l'avancée de sa maladie.

IV.2. Impacte de L'ETP sur l'amélioration de la qualité de vie des femmes atteintes de cancer du sein

Durant notre enquête au service d'oncologie de BELLOUA nous pouvons dire que L'ETP a un impact positif sur l'amélioration de la qualité de vie des patientes à travers cette enquête nous avons constaté que les patientes éduquées qui acquièrent plus de connaissances sur leur maladie et reçoivent davantage de recommandations sur la conduite à tenir, L'enquête confirme des résultats encourageants concernant l'amélioration des connaissances des patientes associées à une augmentation de la confiance, une amélioration du degré de certitude des patientes après le suivi d'une ETP pour la prise en charge de leur maladie et plus particulièrement concernant les questions relatives à l'alimentation, à l'observance médicamenteuse, à l'autogestion et à l'activité physique.

Il ressort également de notre enquête que les patientes atteintes de cancer du sein, ayant suivi une ETP ressentent une plus grande proximité avec le médecin. C'est donc qu'une information claire (aisée à comprendre), appropriée, (adaptée aux attentes et aux besoins psychosociaux des patientes, à la gravité de leur maladie, à ses facultés de compréhension).

Les résultats de cette enquête confirment que la communication entre les professionnels de santé et leurs patientes occupe une place essentielle dans le cadre de l'ETP surtout lorsque l'objectif visé est de rendre le patient d'avantage actif dans la prise de décision concernant sa santé

IV.3. Impacte de L'ETP sur le mode de vie des proches

Les résultats de l'enquête montre que l'ETP peut aussi interférer une modification et une évolution dans le mode de vie des proches et plus particulièrement l'alimentation et la pratique d'une activité physique après le suivi d'une ETP

L'enquête nous a permis de dire que l'ETP et à l'origine du changement des habitudes de vie des proches pour s'adapter au nouveau comportement du patient, il constitue un moment clé pour les proches, renforcer ses connaissances relatives à la maladie et aux traitements entraînant une prise de conscience de leur part, modifier ses habitudes de vie et faisant naître chez eux un sentiment de responsabilité.

La prise en charge biopsychosociale permet d'intégrer les proches dans la prise en charge du patient, leurs présences aident le patient à relativiser, à avoir un regard positif sur ce que lui arrive et diminuer les risques de dépression et d'anxiété. L'état mental développées par les patients dépend en partie de l'attitude de son entourage qui vont jusqu'à modifier leurs habitudes de vie pour les soutenir moralement.

Les professionnels de santé voient l'obligation légale d'informer les proches des conséquences que l'ETP peut avoir sur son propre mode de vie, pour leur permettre de prendre des décisions en toute connaissance de cause et en leur laissant penser qu'ils sont les auteurs de leurs propres décisions.

Chapitre III : L'utilisation de L'ETP chez les femmes atteintes de cancer du sein au sein à l'unité BALLOUA, Tizi-Ouzou

Conclusion

Ce travail donne un aperçu de la situation de la prise en charge des patientes atteintes de cancer du sein au niveau de service d'oncologie à l'unité de BELLOUA, Tizi-Ouzou.

Suite à l'analyse et l'interprétation des données de notre enquête dans le service d'oncologie, nous avons constaté que le cancer du sein à des conséquences physique (leur féminité) et psychologique (leur quotidienneté) sur les patientes ce qui nécessite une prise en charge thérapeutique spécifique à travers l'ETP qui leur permet d'avoir un accompagnement par les professionnels de santé (médecin, psychologue et infirmier). Sur cette base, nous estimons que des initiatives doit être prises pour améliorer la qualité de prise en charge de ces patientes.

Pour atteindre cet objectif, il est impératif d'avoir la collaboration de tous les acteurs de la santé (autorités sanitaires, professionnels de la santé et les associations des malades...). La formation médicale continue et la construction d'un programme d'éducation thérapeutique pourraient jouer un rôle déterminant dans le développement de l'éducation thérapeutique ainsi la prise en charge des personnes malades.

CONCLUSION GENERALE

Conclusion générale :

Le cancer du sein est une maladie nécessitant une prise en charge au long cours, que ce soit sur le plan médicamenteux, social au psychologique. Les dispositifs d'accompagnement des patientes et leurs proches mis en place dans les services de cancérologie visent à adapter l'offre de soins à leurs besoins. L'ETP trouve sa place au sein de ces dispositifs afin de permettre aux patientes de mieux s'impliquer dans leur prise en charge et de participer aux décisions qui les concernent.

En Algérie, l'éducation thérapeutique des patients n'est pas encore développée comme c'est le cas dans d'autres pays. Pour cette raison nous espérons par cette démarche, sensibiliser les décideurs de la politique de santé publique en Algérie, afin de comprendre l'utilité de l'ETP et son impact sur la santé des patients plus particulièrement les femmes atteintes de cancer du sein afin de lui donner la place qu'elle mérite et surtout donner aux personnels de la santé les moyens humains et des structures adaptés pour exercer cette discipline au service du citoyen.

Les résultats de notre étude ont montré que la totalité des patientes interrogées a montré que ces dernières n'avaient pas assez d'informations sur leur pathologie et leur traitement, notamment ses effets secondaires, on a peu réalisé grâce à notre stage effectuée que l'objectif principal d'éducation thérapeutique était d'éclairer les patientes vis-à-vis de leur maladie et leur traitement, les aviser des éventuels effets secondaires causés par ces médicaments, mais surtout leur inculquer les bonnes pratiques et les conduites à tenir pour prévenir chaque effet secondaire, ainsi nous recommandons de :

- Programmer plus de séances d'éducation thérapeutique ; les patientes étaient bien satisfaites des séances réalisées ; ça leur a permis de mieux comprendre leur pathologie, mieux l'accepter et vivre avec ;
- Renforcer le nombre des psychologues et/ou des aides-soignants pour les sensibiliser et les accompagner psychologiquement lors des séances de chimiothérapie ;
- Établir un lien patients-oncologues pour plus d'assurance et de réconfort pour les patientes ;
- Mettre en œuvre une politique de sensibilisation des patientes en vue de faire le dépistage précoce ;
- Installation des salles de prélèvement au sein du service d'oncologie afin de réduire les déplacements, faciliter et améliorer la prise en charge des cancéreux ;

CONCLUSION GENERALE

- Codifier les malades pour un meilleur suivi, dématérialiser les dossiers des patients.

Enfin, l'ETP en oncologie, bien que peu développée aujourd'hui, est vouée à se développer dans les années à venir du fait d'un nombre grandissant de patients atteints de cancer, d'une évolution de la prise en charge vers plus d'ambulatoire et d'une prise de conscience des autorités de santé, de l'intérêt de développer de tels programmes qui jouent un rôle très important et central en assurant une meilleure communication entre médecin-patient ; améliore le suivi de traitements, les résultats cliniques et la qualité de vie des patientes. Il améliore également leur satisfaction ainsi que celle des proches. En outre, une plus grande participation des patientes aux décisions médicales diminue leur anxiété et améliore leur santé.

Références Bibliographique

Les Ouvrages

- 1-AUBIN-AUGER, Isabelle. MERCIER, Alain et al. 2008. *Introduction à la recherche qualitative*. La revue française de médecine générale. Vol. 19, N° 84, p143.
- 2-Assal JP et Agostino A. 2003. Lorsque la pédagogie du malade contrôle la maladie. *Bérénice XI ;27: 96-107.*
- 3- Cf. Sancho-Garnier H. 2007. Principes généraux du dépistage du cancer : application au cancer du sein, in *Le dépistage du cancer du sein. Un enjeu de santé publique*, B. Séradour (dir.), Springer, 2° éd, 53-62.
- 4- Ben Abdallah M, Zehani S, Maalej M, Hsairi M, Hechiche M, et Ben Romdhane K. Cancer du sein en Tunisie : caractéristiques épidémiologiques et tendance évolutive de l'incidence
- 5- Boyd NF, Lockwood GA, Byng JW. 1998. Mammographic densities and breast cancer risk. *Cancer Epidemio Biomarkers Prev.*
- 6- Boice JD. 1996. Cancer. Following irradiation in childhood and adolescence. *Med Pediatr On col.*
- 7- Boris Godenir.2011. L'éducation thérapeutique du patient atteint de broncho-pneumopathie chronique obstructive dans le bassin chambérien : évaluation des pratiques en médecine générale et propositions pour l'avenir. *Médecine humaine et pathologie.*
- 8- B., Massé R., Quélier C. 2004. Cancer du sein : danger des certitudes prétendues. *Santé publique, n°41.*
- 9- Benard Hoerni. 2008. La relation médecin-malade, l'évolution des échanges patients soignants. Editions Imothep.
- 10- Deccache A, Lavendhomme E.1989. Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes. Bruxelles: De Boeck-Wesmael.
- 11- D'Ivernois JF, Gagnayre R. 2004. Apprendre à éduquer le patient – Approche pédagogique.2e édition. Coll « Education du patient ».Maloine.ISBN : 2-224- 02803-2.
- 12- Forouzanfar MH, Foreman KJ et Delossantos AM. 2011. Breast and cervical cancer in187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. *Lancet.*
- 13- Feigelson HS, Calle EE et Robertson AS. 2001. Alcohol consumption increases the risk of fatal breast cancer (United States). *Cancer Causes Control; 12: 895-902.*

- 14- Ford D, Easton DF et Stratton M. 1998. Genetic heterogeneity and penetrance analysis of the BRCA1 and BRCA2 genes in breast cancer families. The Breast Cancer Linkage Consortium. *Am J Hum Genet.*
- 15- GIROUX Sylvain et TREMBLAY Ginette. *Méthodologie des sciences humaines : La recherche une action*, 3^{ème} édition, Canada, 2009, P186. SINGLY François, *L'enquête et ses méthodes l'entretien*, 2^{ème} édition, Paris, 2007, P 37.
- 16- Hinkula M, Pukkala E, Kyronen P, Kauppila A. Grand multiparity and the risk of breast cancer : population based study in Finland. *Cancer Causes Control* 2001
- 17- Ivernois JF, Gagnayre R. 2004. Apprendre à éduquer le patient : Approche pédagogique, Paris, 2^{ème} édition, Maloine.
- 18- Iguenane J. 2002. Accompagner le patient dans ses apprentissages, Education du patient et ses enjeux de santé.
- 19- Johnson KC, Hu J et Mao Y. 2000. Passive and active smoking and breast cancer risk in Canada, 1994-97. The Canadian Cancer Registries Epidemiology Research Group. *Cancer Causes Control* ; 11 : 211-21
- 20- Junod B., Massé R., Quélier C. « Cancer du sein : danger des certitudes prétendues », *Santé publique*, (2004), vol 16 p 21 à 26
- 21- Gilbert M, Thimus D et Roger-France FH. 2004. Validité des données hospitalières pour leur exploitation en épidémiologie. Brussels.
- 22- Key TJ, Verkasalo PK et Banks E. 2001. Epidemiology of breast cancer. *Lancet Oncol* ; 2: 133-40.
- 23- Kirschner MA, Samojlik E et Drejka M. 1990. Androgen-estrogen metabolism in women with upper body versus lower body obesity. *J Clin Endocrinol Metab* ; 70 : 473-9.
- 24- Kelsey JL et Bernstein L. 1996. Epidemiology and prevention of breast cancer. *Annu Rev Publ Health*.
- 25- Layde PM, Webster LA et Baughman AL. 1989. The independent associations of parity, age at first full term pregnancy, and duration of breastfeeding with the risk of breast cancer. Cancer and steroid hormone study group. *J Clin Epidemiol*.
- 26- Lagger G, Giordan A, Chambouleyron M, Lasserre Moutet A et Golay A. L'éducation thérapeutique. Partie 2.
- 27- Miller LV et Goldstein J. 1972. More efficient care of diabetic patients in a county hospital. *N Engl J Med*; 286: 1388-1391 June 29.
- 28- Nkondjock, A. et Ghadirian, P. 2005. Facteurs de risque du cancer du sein. *M/S: médecine sciences*, 21 (2), 175-180.

- 29- .Pharoah PD, Day N et Duffy S. 1997. Family history and the risk of breast cancer : a systematic review and meta-analysis. *Int J Cancer*.
- 30- TUBIANA, Maurice. 2003. *Le cancer, Ce qu'il faut savoir sur la chimiothérapie*, Paris : Presses universitaires de France.
- 31- Terki. N et col. 2015. Incidence annuelle du cancer du sein dans la population Algérienne diagnostiquée au niveau des centres de référence d'anatomopathologie en Algérie. *Le fascicule de la santé* n°19.
- 32- SINGLY François. 2007. *L'enquête et ses méthodes l'entretien*, 2ème édition, Paris, P37
- 33- Yaker A .1980. Profil de la morbidité cancéreuse en Algérie 1966–1975. Ed SNED, Algérie page 23
- 34- Wenten M, Gilliland FD, Baumgartner K et Samet JM. 2002. Associations of weight, weight change, and body mass with breast cancer risk in Hispanic and non-Hispanic white women. *Ann Epidemiol*; 12 : 435-44.

Mémoire

- 35- BOUTTENA. Amina ; CHAOUADI. Tassadit. 2016. La gestion du service des urgences comme un critère de la performance hospitalière : Cas du CHU de TIZI-OUZOU. Mémoire de master en économie de santé. TIZIOUZOU : Université Mouloud MAMMERI. Tizi-Ouzou, FSEGC, p :06.
- 36- Nait Bahloul Nacira. 2017. Etude des facteurs de risques de cancer du sein féminin dans la wilaya d'Oran, thèse doctorat en science médical faculté de médecine d'Oran. Anne2018
- 37- Hamidouche Fahima et Hammiche Lamia, mémoire de master en science humains et sociale faculté de Bejaïa.
- 38- MARET, Vanessa. 2007. *Infirmière en oncologie : un huis-clos derrière la porte* [En ligne].Mémoire de master, Domaine santé & social, filière de formation des infirmières et infirmiers : Centre de Sion – Agasse, p.12. format PDF. Disponible sur :https://doc.rero.ch/record/8784/files/Maret_Vanessa.pdf
- 39- NINO, Alfredo et SANDJO, Ndjondo . 2012. Les déterminants du mauvais état de santé auto déclaré au Cameroun: une analyse à partir des données d'ECAM 3[en ligne]. Mémoire de Master en population et santé, CAMEROUN : Université d'Ouagadougou Institut supérieur des sciences de la population. Disponible sur :http://www.memoireonline.com/02/14/8740/m_Les-determinants-dumauvais-etatdesante-auto-declare-au-Cameroun-une-analyse--partirdes4.html
- 40- Bouksil Dyhia, Tachour Sihem. 2019. Etude des effets secondaires lies au capegand« capécitabine » diplôme d'état de docteur en pharmacie faculté de médecine de Tizi Ouzou.

- 41- Denis Rudelle K. 2014. L'éducation thérapeutique du patient en médecine générale : analyse des résultats de l'étude ECOGEN. Université de Limoges. Faculté de Médecine. Limoges.
- 42- Maëlle Lonné. 2019. Thèse d'exercice Université de Limoges. P :23,24.

Rapports et documents administratifs

- 43- Abid L .2005. La lutte anticancéreuse en Algérie. In www.santemaghreb.com rubrique « Histoire de l'Algérie médicale »
- 44- Abid L, Ouchfoun A, Naceur D, Benabadji R .1985. Plaidoyer pour la mise en place d'un registre régional du cancer. Press Med Chir Constantine
- 45- ANAES, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé. 2001. Education thérapeutique du patient asthmatique adulte et adolescent.
- 46- Association Lalla Salma de lutte contre le cancer (ALSC). 2006. Rapport d'activité .Disponible sur <https://rubanrose.org/cancer-du-sein/facteurs-de-risque/modifiables>.
- 47- ARNAUD, Catherine. Cours évaluation des procédures de dépistage .Faculté de Médecine de Toulouse Purpan et Toulouse Rangueil. P.28
- 48- Centre international de recherche sur le cancer. 2018. titre de communiqué de presse N°263.
- 49- DELEHEDDE, Maryse. 2006. *Que sait-on du cancer ?* France : Edition EDP sciences, p.166.
- 50- Haute autorité de santé (HAS) ITP en 15 questions- réponses (p2)
- 51- Haute autorité de santé. 2015. Dépistage et prévention du cancer du sein.
- 52- Haute Autorité de santé. 2007. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques.
- 53- Haute Autorité de Santé. Guide parcours de soins. 2014. Broncho pneumopathie chronique obstructive.
- 54- Haute autorité de santé La prise en charge du cancer du sein Juin 2010 (p2)
- 55- Institut national du cancer disponible sur www.e-cancer.fr
- 56- Institut National du Cancer. 2010. Cancer du sein non métastatique. Disponible sur :www.e-cancer.fr
- 57- Guide pratique de l'Éducation Thérapeutique du Patient *juin 2017*
- 58- Ministère de l'emploi et de la solidarité. 2001. Secrétariat d'Etat à la sante et aux Handicapés. Plan national d'éducation pour la santé.
- 59- Neues-medical.net histoire de cancer de sein

- 60- OMS, rapport sur le cancer du sein, Organisation Mondial de la Santé. 2012. disponible : http://www.who.int/cancer/events/breast_cancer_month/fr/index.html.
- 61- OMS. Organisation mondiale de la santé. 1986. Charte d'ottawa pour la promotion de la santé.
- 62- Rapport du professeur ZITOUNI à la présidence mai 2015
- 63- Registre du cancer d'Alger. Année 2012
- 64- Service d'épidémiologie du CHU de Tizi-Ouzou, Algérie. 2019.
- 65- World Health Organization. Therapeutic patient education: continuing education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases. Copenhague: WHO; 1998.
- 66- Wild. c centre international de recherche sur le cancer (CIRC) « incidence et mortalité du cancer du sein dans le monde »

Sites internet :

- 67- Site web de l'organisation mondial de la santé
- 68- Site de L'organisation mondial de sante
- 69- Liberté-Algérie .com. par hanafi hattou le 24/10/2019
- 70- IARC Globocan. Estimated cancer incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2008. Disponible sur <http://globocan.iarc.fr/>.
- 71- World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Expert report. Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective. Washington, DC: American Institute for Cancer Research, 1997.
- 72- Collaborative group on hormonal factors in breast cancer. Breast cancer and hormonal replacement therapy: collaborative reanalysis of individual data from 51 epidemiological studies of 52,705 women with breast cancer and 108,411 women without breast cancer. *Lancet* 1997
- 73- Collaborative group on hormonal factors in breast cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53,297 women with breast cancer and 100,239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet* 1996
- 74- Writing group for the Women's Health Initiative investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy post-menopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002.
- 75- Collaborative group on hormonal factors in breast cancer. Breast cancer and breast feeding : collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30

countries, including 50,302 women with breast cancer and 96,973 women without the disease. *Lancet* 2002

- 76- Caractéristiques épidémiologiques et tendance évolutive des facteurs de risques. Disponible sur <https://cancerdu-sein.ooreka.fr/comprendre/causes-cancer-sein>.
- 77- Collaborative group on hormonal factors in breast cancer. Alcohol, tobacco and breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 64 epidemiological studies, including 64,534 women with breast cancer and 131,348 women without breast cancer. *Br J Cancer* 2002.
- 78- Yu H. Alcohol consumption and breast cancer risk. *JAMA* 1998.
- 79- Ramirez AJ, West com be AM, Burgess CC, Sutton S, Little johns P, Richards MA. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematicreview. *Lancet*.1999.
- 80- International agency for research on cancer. Estimated incidence, mortality and 5years prevalence: breast. Lyon(France) : International agency for research on cancer;2008.
- 81- Diagnostic du cancer de sein société canadienne du cancer
- 82- Impact sur la qualité de vie, prévention, dépistage, soins, recherche. Boulogne Billancourt[en ligne] : INCa;2007.
- 83- H.S. Cody III. Changing concepts in breast cancer surgery. *Eur J Cancer* 2004.
- 84- Programme de dépistage du Cancer du sein Période 1999-2002. 6-6-2004. Agence Intermutualiste. Disponible en ligne
- 85- Boissonnat V. (2004), « Fausses évidences et vrais dilemmes en santé publique : le dépistage radiologique des cancers du sein », *Santé publique*, disponible sur<http://kce.fgov.be/Download.aspx?ID=1302>
- 86- Promotion de la Santé - Charte d'Ottawa - Ottawa_Charter_F.pdf n.d.http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf.
- 87- François Bourdillon. Jean-François Collin. Une politique pour l'éducation thérapeutique du patient. *Presse Med.* 2009 ; 38 : 1770-1773
- 88- <https://fad.univ-lorraine.fr>.

Annexes

Guide d'entretien des femmes malades

1-Données personnelles :

- Sexe.
- Age.
- L'état matrimonial.
- Nombre de l'enfant.
- Niveau d'instruction.
 - Illettré.
 - Primaire.
 - Moyen.
 - Secondaire.
 - Universitaire.
- Profession.
- Niveau socio-économique.
- Lieu d'habitant.
 - Zone Urbaine.
 - Zone Rurale.
- Nombre des séances de chimiothérapie effectué.

2- Histoire de la maladie.

- Comment avez-vous découvert votre maladie ?
- Parlez- moi de votre expérience d'ablation du sein?
- Qui a décidé d'ablation de votre sein ?
- Quand avez –vous subit de votre sein ?
- Ou avez-vous réaléser l'ablation de votre sein ?
- Qu'avez-vous ressenti suite à l'ablation de votre sein ?

3- L'accès a la prise en charge dans le service d'oncologie.

- Parlez –moi de votre recours au service d'oncologie ?
- Comment avez-vous accédé au service ?
- Qui vous a orienté à ce service ?
- Pour quelles raisons avez-vous était orienter à ce service ?
- Qui vous a accueillis en premier temps ? Pour quelles raisons ?

4-Rôle des professionnels dans la prise en charge et rapports aux femmes malades.

- Etes-vous rentré en contact avec le médecin de service? Quand et pourquoi ?
- Racontez –nous comment cela s’est passé ?
- Comment avez –vous trouvé ce médecin ?
- Avez –vous rencontré le psychologue de ce service? Quand ? Pourquoi ?
- Décrivez nous votre rencontre avec le psychologue du service ?
- Comment étaient vos rapports avec le psychologue ?
- Que pensez-vous de ce psychologue ?__

Table des matières

Sommaire	
Remerciements	
Dédicaces	
Résumé en français	
Résumé en anglais	
Liste des tableaux	
Liste des figures	
Liste des abréviations	

Chapitre I : Diagnostique et prise en charge de cancer du sein

Introduction générale.....	1
Introduction	6
I. Présentation et disposition générale de cancer du sein	7
I.1. Historique de cancer du sein	7
1.1.1. Sur le plan biologique (anatomo-pathologique).....	7
1.1.2. Sur le plan thérapeutique	8
I.2. Etymologie du cancer	8
I.3. Définition de cancer du sein	9
I.4. Les symptômes de cancer du sein	10
I.5. Incidence et évolution de cancer du sein	10
I.5.1. Dans le monde.....	10
I.5.2. En Algérie.....	12
I.6. Données épidémiologiques sur le cancer du sein	14
II. Facteurs de risque et facteurs protecteur de cancer du sein	17
II.1. Facteurs hormonaux endogènes.....	18
II.1.1. Âge précoce des premières menstruations	18
II.1.2. Ménopause tardive	18
II.2. Facteur hormonaux exogènes	19
II.2.1. Contraceptifs oraux	19
II.2.2. Traitement hormonal substitutif (THS)	19
II.3. Facteurs liés à la reproduction	20
II.3.1. Multiparité et âge précoce à la première maternité.....	20
II.3.2. Allaitement naturel.....	20
II.4. Facteurs génétique, environnementaux, démographiques et sanitaires	21
II.4.1. Histoire familiale et mutations génétiques.....	21

II.4.2.	Radiation ionisante.....	22
II.4.3.	Âge.....	22
II.4.4.	Sexe.....	22
II.4.5.	Maladies bénignes du sein	22
II.4.6.	Densité mammographique	23
II.5.	Facteurs liés aux habitudes de vie et nutrition.....	23
II.5.1.	Causes liées aux habitudes de vie.....	23
II.5.2.	Obésité et prise de poids	23
II.5.3.	Activité physique	24
II.5.4.	Alcool.....	24
II.5.5.	Tabagisme	25
II.5.6	Taille.....	25
III.	La prise en charge de cancer du sein	26
III.1.	Généralité sur le dépistage	26
III.1.1.	Bref historique	26
III.1.2.	Vue d'ensemble sur le dépistage.....	27
III.2.	Les modalités du dépistage.....	28
III.2.1	Dépistage individuel ou dépistage opportuniste	29
III.2.2.	Dépistage organisé	29
III.2.3.	Le programme de dépistage organisé	30
III.2.3.1.	La population ciblée du dépistage organisé	30
III.2.3.2.	Les étapes de dépistage organisé.....	31
III.3.	Diagnostic de cancer du sein	32
III.3.1.	La mammographie	32
III.3.2.	L'échographie	33
III.3.3.	Stade du cancer du sein lors du diagnostic.....	33
III.4.	Traitement de cancer du sein	33
III.4.1.	Les traitements locorégionaux	34
III.4.1.1.	La chirurgie	34
III.4.1.2.	La radiothérapie.....	35
III.4.2.	Les traitements généraux.....	36
III.4.2.1.	L'hormonothérapie.....	36
III.4.2.2.	La chimiothérapie.....	36

III.4.2.3. L'immunothérapie.....	37
Conclusion.....	38

Chapitre II: Présentation, organisation et mise en œuvre de l'éducation thérapeutique

Introduction	39
I. Présentation générale de L'ETP	40
I.1. Définition de L'ETP	40
I.2. Bref historique de L'ETP	40
I.3. Les finalités de l'ETP	42
I.4. Distinction entre éducation thérapeutique et éducation pour la santé	43
II. Population intervenant et bénéficiaire de L'ETP	45
II.1 Populations bénéficiaires de l'éducation thérapeutique	45
II.1.1. Patients.....	45
II.1.2. Entourage du patient	45
II.2 Intervenants concernés par l'éducation thérapeutique du patient.....	46
II.2.1. Professionnels de santé	46
II.2.1.1 Informer, proposer une ETP, suivre le patient	46
II.2.1.2. Réaliser l'ETP	46
II.2.1.3. Être formé pour mettre en œuvre l'ETP	47
II.3 Autres professionnels pouvant être impliqués :.....	47
II.4 Patients et associations	48
III. Organisation et mise en œuvre de L'ETP.....	48
III.1. Organisation de L'ETP	48
III.1.1. Intégration de l'éducation thérapeutique à la stratégie thérapeutique	48
III.1.2. Planification d'un programme personnalisé de L'ETP	50
III.2. Mise en œuvre de L'ETP.....	51
III.2.1. Elaborer un diagnostic éducatif	51
III.2.1.1. Les objectifs du diagnostic éducatif.....	51
III.2.1.2. Les conditions d'élaboration du diagnostic éducatif.....	52
III.2.2. Définir un programme personnalisé de L'ETP avec priorité d'apprentissage	53
III.2.2.1. Les compétences d'auto soins	53
III.2.2.2. Les compétences d'adaptation	53

III.2.3. Planifier et mettre en œuvre les sciences d’ETP individuelle ou collective, ou en alternance.....	54
III.2.3.1. Types de séances d’éducation thérapeutique.....	54
III.2.3.1.1. Séances individuelles d’ETP	55
III.2.3.1.2. Séances collectives d’ETP	55
III.2.3.1.3. Séances en alternance	56
III.2.3.2. Autres modalités de mise en œuvre de l’ETP	56
III.2.3.2.1. Technologies de l’information et de la communication (TIC).....	56
III.2.3.2.2. Séance d’ETP par téléphone.....	56
III.2.4. Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme	57
IV. Le financement d’un programme d’ETP	57
IV.1. Financements publics	57
IV.1.1. Les Agences Régionales de Santé (ARS).....	58
IV.1.2. La Caisse Primaire d’Assurance Maladie (CPAM)	58
IV.2. Financements privés.....	59
IV.2.1. L’industrie pharmaceutique.....	59
IV.2.2. Les fondations d’entreprise	59
IV.2.3. Les associations de malades	59
IV.3. Autres organismes « ressource » non financeurs	59
IV.3.1. UTEP ou UTET : Unités Transversales d’Education du Patient ou d’Education Thérapeutique	59
IV.3.2. Les IREPS : Instance Régionale d’Education et de Promotion de la Santé	60
IV.3.3. Réseaux de santé	60
Conclusion.....	61
Chapitre III : L’utilisation de L’ETP chez les femmes atteintes de cancer du sein au sein à l’unité BALLOUA, Tizi-ouzou	
Introduction	62
I. Présentation de l’unité BELLOUA	63
I.1. Plan de circulation de l’unité BELLOUA CHU de Tizi-Ouzou.....	63
I.2. Service d’Oncologie.....	64
II. Présentation du cadre méthodologique de la recherche	65
II.1. Objectifs de la recherche.....	66
II.2. Méthodologie de l’enquête	66

II.3.	Le choix de l'outil.....	67
III.	Présentation de la population d'enquête	67
III.1.	La description de la population enquêtée.....	67
III.2.	Information liée à la découverte de la maladie	69
III.3.	L'expérience des femmes qui ont subi une ablation du sein.....	70
IV.	L'application de L'ETP comme moyen d'amélioration de la qualité de vie des femmes atteintes du cancer de sein au service d'oncologie à l'unité de BELLOUA.....	72
IV.1.	Le déroulement de l'ETP au service d'oncologie a l'unité de BELLOUA.....	72
IV.2.	Impacte de L'ETP sur l'amélioration de la qualité de vie des femmes atteintes de cancer du sein	74
IV.3.	Impacte de L'ETP sur le mode de vie des proches	75
	Conclusion	76
	Conclusion générale :	77

Bibliographie

Annexes

Table des matières

Résumé

La bonne santé est ce qui est de plus cher pour les êtres-humains, c'est pourquoi la préserver est l'une des priorités majeures, à la fois des individus et de l'Etat. Les Etats allouent des sommes importantes pour le développement et l'amélioration de la qualité de santé de leurs populations, c'est pourquoi, ils ont tous adopté et développé le domaine de l'économie de la santé.

La santé peut être définie comme étant un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en absence de maladie ou d'infirmité. Cependant, la santé de l'individu est affectée par un ensemble de facteurs externes qui agissent soit en sa faveur, soit en sa défaveur lui causant ainsi un ensemble de pathologies.

Le cancer est l'une des pathologies qui peut atteindre une personne et nuire à sa santé, cette nuisance pouvant aller jusqu'à le tuer. Il existe une multitude de types de cancer, citant comme exemple le cancer de sein qui a fait l'objet de notre étude.

Un ensemble de facteurs à risque peut engendrer cette maladie et la développer non seulement chez la femme mais aussi chez l'homme (1 cas sur 1000), c'est pourquoi la mise en place d'un processus de prévention et de traitement est rendue obligatoire.

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) a pour finalités l'acquisition et le maintien de comportements d'auto soins ainsi que la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation afin d'améliorer la gestion de la maladie chronique et la qualité de vie des patients.

L'objectif de cette étude est de démontrer le rôle de l'éducation thérapeutique et son impact sur l'amélioration de la qualité de vie des femmes atteintes du cancer du sein.

Pour mieux expliquer cette démarche; nous avons effectué une étude auprès du service d'oncologie de BALLOUA Hôpital Tizi-Ouzou

Mots clés : Economie de la santé, santé, maladies chronique, cancer du sein, éducation thérapeutique, qualité de vie.

Abstract

Good health is most important to human, which is why preserving it is a top priority, both for individuals and for the state. States allocate large sums to the development and improvement of the health quality of their populations, which is why they have all adopted and developed the field of health economics.

Health can be defined as a state of complete physical, mental and social well-being and is not just the absence of disease or infirmity. However, the health of the individual is affected by a set of external factors that act either in his favor or against him, thus causing him a set of pathologies.

Cancer is one of the diseases that can affect a person and adversely affect their health, and this nuisance can go as far as killing them. There are a multitude of types of cancer; we quote for example breast cancer which was the subject of our study.

A set of risk factors can cause this disease and develop it not only in women but also in men (1 in 1000), which is why the implementation of a prevention and treatment process is required. mandatory.

The therapeutic education of the patient (ETP) aims at the acquisition and maintenance of self-care behaviors as well as the mobilization or the acquisition of coping skills in order to improve the management of the chronic disease and the quality of patients lives.

This study aims to demonstrate the role of therapeutic education and its impact on improving the quality of life of women with breast cancer.

To better explain this approach; we carried out a study in the oncology department of BALLOUA Hôpital Tizi-Ouzou.

Keywords: Health economics, health, chronic diseases, breast cancer, therapeutic education, quality of life.