

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
le 7 septembre 2017 à Poitiers
par **Monsieur Victor Hérin**

Polémique actuelle sur l'intérêt du dépistage du cancer du sein.
Actualisation des données sur les représentations des femmes de 50 à
74 ans : Revue narrative de la littérature

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José Gomes

Membres : Madame le Professeur Virginie Migeot

Docteur Stéphanie Mignot-Grandcolin

Docteur Cédric Nadeau

Directeur de thèse : Docteur Bernard Freche

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(Décret du 16 janvier 2004)

Présentée et soutenue publiquement
le 7 septembre 2017 à Poitiers
par **Monsieur Victor Hérin**

Polémique actuelle sur l'intérêt du dépistage du cancer du sein.
Actualisation des données sur les représentations des femmes de 50 à
74 ans : Revue narrative de la littérature

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur José Gomes

Membres : Madame le Professeur Virginie Migeot

Docteur Stéphanie Mignot-Grandcolin

Docteur Cédric Nadeau

Directeur de thèse : Docteur Bernard Freche

Le Doyen,

Année universitaire 2016 - 2017

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (**surnombre jusqu'en 08/2019**)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOU Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy

Professeur associé des disciplines médicales

- ROULLET Bernard, radiothérapie

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARRILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements :

A Monsieur le Professeur Gomes qui me fait l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je vous adresse l'expression de mon profond respect.

A Madame le Professeur Migeot, Docteur Mignot-Grandcolin et Docteur Nadeau qui ont accepté de juger mon travail. Je vous exprime mes plus sincères remerciements.

Au Docteur Freche à qui j'adresse toute ma gratitude pour ses conseils, son aide et sa disponibilité. Merci d'avoir encadré ma thèse.

A mes enseignants de médecine qui ont su partager leur passion et leur savoir tout au long de ces années de formation.

A ma femme pour son travail de relecture, son soutien et sa patience durant toutes ces années.

A ma famille sans qui je ne serai pas là aujourd'hui.

A mes amis qui me permettent de partager de grands moments de joie.

Sommaire

Introduction	7
Matériel et méthode.....	8
Résultats	8
Discussion	11
Conclusion.....	13
Diagramme de flux.....	21
Bibliographie	22
Résumé	25
Serment.....	26

Introduction :

Le cancer du sein est le premier cancer dans le monde chez les femmes avec une incidence en 2012 de 25% sur l'ensemble des cancers féminins et de 11,9% tous cancers confondus (1). En France en 2015 on retrouvait une incidence estimée de 31,2% soit 14% tous cancers confondus et une mortalité estimée de 18,2% soit 8% tous cancers et sexes confondus selon les données de l'Institut national du cancer (INCa).

Actuellement, le dépistage en France est nationalement organisé depuis 2004 et consiste à réaliser une mammographie tous les deux ans, pour les femmes entre 50 et 74 ans n'ayant aucun symptôme ni aucun autre facteur de risques que l'âge, chez un radiologue agréé après un examen des seins. La radiographie bénéficie d'une double lecture réalisée par des radiologues formés à cet examen (2). Cependant, ce dépistage est actuellement discuté sur trois points : l'appréciation de l'efficacité du dépistage du cancer du sein pour réduire la mortalité, la sécurité du dépistage et les modalités et le contenu de l'information des femmes concernées par le dépistage selon le rapport de la Concertation Citoyenne de cancer du sein réalisée par l'INCa à la demande du ministère de la santé en septembre 2016 (3). Pour cela il se base sur différentes études dont certaines assez récentes (4,5,6,7). Ce dépistage n'est pas d'un coût négligeable. En 2004 l'Institut national du cancer l'estimait à 194,2 millions d'euros par an soit 133,75 euros par femme dépistée (8). Le rapport de la Concertation Citoyenne de cancer du sein (3) rapportait une stagnation du dépistage autour de 52% depuis 2008 malgré des politiques de santé incitatives. Les chiffres de l'année 2016 sont de 50,7% selon l'InVS (9).

L'information est, selon la définition du dictionnaire « Trésor de la langue française informatisé », l'action de s'informer, de recueillir des renseignements sur quelqu'un ou quelque chose, l'ensemble des activités qui ont pour objet la collecte, le traitement et la diffusion des nouvelles auprès du public. Il est du devoir du médecin de soins primaires d'informer le patient des risques encourus avec une information claire, loyale et appropriée à son interlocuteur afin de l'inclure dans « son » projet de soin (10). La médecine actuelle tend de plus en plus vers cela ces dernières années et notamment avec le développement du concept de décision médicale partagée dans les années 90. Ce concept comprend 2 étapes : l'échange d'informations de manière bilatérale entre le patient et le professionnel de santé avec apport d'éléments ayant une preuve scientifique (support) et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant la santé individuelle entre le patient et son médecin. Le patient reçoit le soutien nécessaire pour aborder les différentes options et exprimer ses préférences y compris ne rien faire. Le choix définitif est accepté mutuellement (11). La France a inscrit ce concept dans sa législation avec la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 (12). Cependant ces pratiques restent perfectibles comme le montre certaines études de 2008 (13) et 2011 (14). Le rapport de la concertation de cancer du sein va dans ce sens. Les différents moyens d'informations auxquels les patientes ont accès ne contiennent qu'une information lacunaire et ne mentionne en aucune façon la controverse actuelle (3). Afin d'améliorer notre pratique, ne vaudrait-il pas mieux informer et inclure les patientes dans une démarche décisionnelle ?

Cette étude a pour but de réaliser un état des lieux des connaissances et représentations des femmes sur le dépistage du cancer du sein à travers les différents moyens d'informations à leur disposition afin de déterminer si elles peuvent actuellement prendre des décisions dans ce domaine.

Matériel et méthode :

Nous avons réalisé une revue systématique de la littérature en accord avec les recommandations Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (15). Les bases de données suivantes ont été interrogées afin de réaliser ce travail : *Medline et Cochrane*. Les articles étaient rédigés en anglais ou français sur une période allant du 01/01/1990 au 01/08/2016. Pour ce faire, il a été demandé l'aide d'une bibliothécaire de la faculté de médecine de Poitiers afin de réaliser les équations de recherche à partir de termes MESH. Il en est ressorti des équations avec les termes suivants : « Breast Neoplasms », « Mammography », « Risk Assessment », « Mass Screening », « Primary Health Care ». Le terme « information » a été associé aux précédents mots dans les équations de recherche mais ce dernier n'a pas été retrouvé dans les mots MESH. Il n'y a pas eu d'échange avec les auteurs pour identifier de potentielles études complémentaires.

Les critères d'inclusion comprenaient des articles originaux ou des revues de la littérature. Ils devaient contenir une information donnée (par support écrit, oral, internet etc...) ou recherchée auprès de femmes âgées de 50 à 75 ans et en rapport avec le dépistage du cancer du sein en soins primaires. Les critères d'exclusion comprenaient des femmes âgées de moins de 50 ans ou de plus de 75 ans ayant déjà un cancer du sein (découvert ou en cours de traitement avant l'inclusion) ou des antécédents familiaux de cancer du sein, les articles écrits avant le 01/01/1990 ou après le 01/08/2016 et les informations fournies en dehors des soins primaires.

Le tri des documents recherchés sur Medline et Cochrane s'est fait sur la lecture du titre de l'article. Si ce dernier semblait en rapport avec l'étude il était alors éligible. La lecture du résumé permettait de le confirmer. N'ont été inclus que les articles semblant pertinents par les auteurs de l'étude. Les articles sélectionnés ont été lus entièrement. Les données extraites ont été recensées dans le tableau 1 selon le titre, les caractéristiques de l'article, le type méthodologique, le niveau de preuve, les objectifs, la période, les caractéristiques de la population, la mesure des critères et les résultats du critère principal. Le risque de biais a été évalué dans chaque étude avec l'outil « Risk of Bias Toll » (16) de la collaboration Cochrane. Le tout est résumé dans les tableaux 2 à 7. Aucune méthode de calcul n'a été utilisée.

Résultats :

Ont été identifiés 259 articles comme relevant de la thématique à la date du 01/08/2016. Après lecture du titre, du résumé et du texte intégral, 5 articles ont été inclus. Le processus est décrit dans le diagramme de flux fourni en annexe. Les données extraites et les différents biais rencontrés ont été résumés sous forme de tableau. Les différentes études ont été rapportées séparément car aucune ne traitait le sujet de la même façon.

L'étude de Wegwarth O et Gigerenzer G (17) abordait l'information fournie dans le cadre du dépistage du cancer du sein par des gynécologues lors d'une consultation téléphonique simulée. D'après ces résultats, une majorité de gynécologues conseillaient la mammographie (17/20) mais très peu quantifiaient le bénéfice (7/17) ou les risques (8/20) par des chiffres. De même, le risque de développer un cancer du sein en fonction de l'âge était donné dans un peu moins de la moitié des cas (9/20). Seuls 6 gynécologues sur 9 l'avaient quantifié. Aucun des gynécologues n'avaient abordé le sur-diagnostic ou le sur-traitement lié au dépistage.

Les chiffres communiqués étaient souvent différents d'un gynécologue à l'autre et incorrects selon les chiffres retrouvés dans les études préalables. Les gynécologues donnaient le chiffre de l'incidence au lieu de celui du risque d'avoir un cancer du sein. Des nombres élevés avaient été utilisés pour informer des bénéfiques et des nombres moins importants pour les risques.

Dans l'étude de Østerlie W et Solbjør M (18) ; il était exploré comment l'invitation et le choix de la participation pour la première fois à un programme de dépistage étaient vécus par des femmes norvégiennes. L'expérience de ces femmes était consignée lors de groupe de parole ayant lieux après la réception de la brochure de dépistage et avant la rencontre avec un médecin. Cinq questions ouvertes étaient posées. Il en ressortait que la plupart des femmes rapportaient une incertitude quant à l'étiologie du cancer du sein et décrivaient la maladie comme effrayante et terrible. Le cancer du sein était pour elles l'un des plus létales, avec une forte incidence chez les femmes norvégiennes. La mammographie était perçue comme une mesure importante pour le dépistage précoce. Les femmes exprimaient leur confiance en une guérison complète après un diagnostic précoce. Elles s'attendaient à ce que les résultats de la mammographie soient clairs et sans ambiguïté, bien qu'elles admettaient que des erreurs puissent se produire lors de l'interprétation. La plupart d'entre elles avaient confiance dans une mammographie normale. D'autres options, comme l'auto-examen des seins ou la palpation du sein par un médecin semblaient être moins fiables que la mammographie. Dans l'ensemble, leur point de vue semblait être en accord avec les informations contenues dans les brochures. Elles reconnaissaient également que le fait d'avoir été invitées à la mammographie avec toutes les démarches effectuées au préalable, comme l'organisation des rendez-vous, favorisait leur participation.

L'étude de Jane G. Zapka et Berta M. Geller (19) avait analysé le contenu d'outils de communication écrits de 16 pays ayant un dépistage organisé. Une revue de la littérature avait été faite afin d'évaluer les informations importantes à fournir dans les brochures car il n'y avait pas de consensus international. Par la suite, un outil de mesure avait été créé à partir de ces données. Tous les pays mentionnaient l'âge auquel débute le dépistage. 75% ou plus donnaient l'âge de fin, l'intervalle entre chaque mammographie, le coût, la qualité, l'incidence, les faux positifs et faux négatifs, le taux de mammographie de rappel, la notion de diagnostic précoce et de découverte de tumeur précoce, la notion de radiation et d'inconfort/douleur. Plus de la moitié abordaient l'examen clinique et l'auto palpation (CBE et BSE), le risque de cancer et la possibilité d'un traitement conservateur en cas de diagnostic précoce. Plus de 25% écrivaient sur les droits des patients, la morbidité, les retentissements psychologiques et la découverte de tumeurs bénignes. Moins de 25% donnaient des explications sur la mortalité, les traitements précoces et la possibilité de tests complémentaires. Plus les programmes de dépistage avaient débuté tard moins il y avait d'informations fournies (63% avant 1990, 45% après et 38% après 1992). Les documents de 8 pays avaient été jugés très ou moyennement explicites et 9 classés comme très ou moyennement équilibrés.

L'étude de L. Giordano, M. Rowinski (20) tentait de décrire quelles informations étaient fournies par les brochures et dépliants du programme de dépistage italien. 47 programmes sur 60 ont envoyé le matériel nécessaire. Plus de 75% donnaient les modalités pour prendre ou changer un RDV, quels documents apporter, le coût financier du test, quelle était la population ciblée et les bénéfices, ce qu'était la mammographie, l'intervalle entre deux examens et la durée du test.

Dans 50 à 75% des brochures on retrouvait des explications sur comment récupérer les résultats du test, la nécessité d'explorations plus poussées si la mammographie revenait anormale sans jamais préciser en quoi cela consistait et dans environ 50% des cas il y était rappelé l'intérêt de faire le test en l'absence de symptômes. Dans 25 à 50% des brochures il y était expliqué ce qu'était un programme de dépistage, la possibilité d'avoir un traitement moins invasif, le déroulement d'une mammographie, les possibles inconvénients pouvant en résulter et la qualification du radiologue dans la lecture de l'examen. Moins de 25% fournissaient une information sur quand récupérer les résultats, la notion de données privées et confidentielles, les procédures de contrôle et de vérification des appareils, le risque d'irradiation sans donner de chiffres, la procédure de double lecture, la réduction de mortalité avec un risque relatif à 30%, l'incidence nationale ou régionale du cancer du sein, le risque d'avoir un cancer, la survie dans le cancer du sein et la précision du test.

L'étude de Karsten J Jørgensen et Peter C Gøtzsche (21) recherchait si l'information sur le dépistage par mammographie, présentée sur internet par des groupes d'intérêt, était équilibrée, indépendante de la source de financement et reflétait des résultats récents. De plus, les auteurs de l'étude ont comparé les sites aux différentes données contenues dans les brochures de l'étude de Slaytor EK, Ward JE datant de 1998 (22). Ils ont utilisé une grille de lecture comportant 10 items ayant servi dans cette étude et ils y ont ajouté 7 autres items recommandés par le conseil éthique. 27 sites avaient été retrouvés dont 13 de groupes professionnels de défense des intérêts professionnels, 11 d'organisations gouvernementales et 3 d'organisations de consommateurs. Les 13 groupes de défense étaient sponsorisés par l'industrie sans restriction, les 3 de consommateurs reconnaissaient des biais potentiels avec les financements. Hormis les 3 sites de consommateurs qui se questionnaient sur les valeurs du dépistage, tous les autres le recommandait ($P = 0,0007$). Il a été retrouvé une médiane de 3 items sur 17 avec un score le plus haut à 13. 5 sites n'ont eu aucun point abordant principalement des questions de pratique de l'examen. Le nombre médian était de 9/17 pour les sites d'organisation de consommateurs, 3/17 pour les autres ($P = 0,03$). Les informations les plus communes dans cette étude et celle de 1998 étaient les mêmes avec cependant plus de sites internet donnant le risque absolu et relatif de mort par cancer du sein (respectivement $P = 0,006$ et $P = 0,005$), la proportion de femmes rappelées ($P = 0,006$) et la valeur prédictive positive de la mammographie ($P = 0,02$). Concernant les sept nouveaux items, le risque relatif de la réduction de mortalité (2 sites sur 27) et le risque lié à la radiothérapie (4 sur 27) étaient rarement fournis. L'information des autres items était retrouvée sur 25 à 50% des sites. Les trois sites de consommateurs abordaient le surdiagnostic et le sur-traitement contre 4 sur les 24 autres ($P = 0,02$). La plupart des sites Web omettaient l'information sur les préjudices importants et mettaient l'accent sur les avantages possibles de manière à accroître l'adhésion au dépistage.

Discussion :

Les différents articles sélectionnés dans cette revue de la littérature avaient tendance, selon leurs critères, à fournir de nombreuses informations aux femmes dans le cadre du dépistage. Néanmoins, ces informations variaient aussi bien en termes de contenu que de qualité selon les différents supports ou protagonistes et elles tendaient à majorer les bénéfices tout en minorant les risques du dépistage. Ils mettaient également en lumière le fait que les médecins ont tendance à peu donner de chiffres sur les bénéfices et risques (sans que l'on en connaisse la raison) afin de développer leur argumentation. Lorsque des chiffres étaient donnés, ils variaient d'un médecin à l'autre. On remarquait également que la réduction de la mortalité était abordée dans moins de 25% des cas selon les différents articles et le sur-diagnostic et sur-traitement étaient abordés dans moins de 50% des cas.

Dans l'étude de Wegwarth O et Gigerenzer G la plupart des médecins se prononçaient pour la mammographie et dans l'étude de Østerlie W et Solbjør M la majorité des femmes adhéraient au dépistage bien qu'il puisse y avoir des biais importants comme par exemple un biais de sélection des personnes participantes. Les informations les plus souvent retrouvées sur les supports papier étaient le coût du test, la population ciblée et l'intervalle entre deux tests. Concernant le support internet, il y a été retrouvé une information souvent biaisée et peu informative sur le dépistage. Les sites gérés par des organisations de consommateurs étaient les plus informatifs. Concernant plus particulièrement la France, on remarque dans l'étude de Jane G. Zapka et Berta M. Geller que l'on ne retrouve sur la brochure que neuf items sur les vingt-quatre recherchés. En nous basant uniquement sur ces items, la France se classe en avant dernière position avec cette méthode d'information.

Ces études présentent cependant des biais non négligeables avec un grade C selon l'évaluation de l'échelle scientifique fournie par l'HAS. De plus, notre recherche s'est focalisée volontairement sur des articles compris sur le moteur de recherche PubMed de la base de données MEDLINE et Cochrane ce qui a pu induire un biais quant à la sélection des articles. Les équations de recherches ont été choisies en fonction de leur précision par rapport au nombre d'articles rapportés ce qui a également pu induire un biais. De nombreux articles étaient payants donc d'un accès limité dans le cadre de ce travail non subventionné. Ils n'ont alors pas été sélectionnés dans le processus d'inclusion induisant également un biais. Quatre des cinq articles n'incluaient pas la France dans leur étude. Les résultats ont été considérés comme étant similaires dans la revue de littérature car ils provenaient de pays européens mais il n'est pas exclu qu'il existe des différences entre ces pays et la France.

Plusieurs articles non pas été retenus car ils incluaient des femmes plus jeunes ou plus âgées. Sachant que le programme de dépistage organisé du cancer du sein a débuté en 2004, il pourrait être intéressant de faire une étude en les incluant pour voir si des patientes plus jeunes sont mieux informées. Il est regrettable de ne pas avoir eu plus d'articles traitant des représentations des femmes concernant le cancer du sein et la mammographie. En effet, l'étude de Black W. C., Nease R.F., et Tosteson A.N. (23) concluait que les femmes de moins de 50 ans surestimaient leur risque de mourir de cancer du sein en 10 ans de plus de 20 fois, la réduction du risque relatif de mourir d'un cancer du sein, alors qu'elles se font dépister, d'environ six fois et la réduction absolue du risque de mourir d'un cancer du sein, alors qu'elles font le dépistage organisé, de plus de cent fois. L'étude de Fehniger J et Livaudais-Toman J (24) retrouvait un risque perçu de manière correcte chez 72% des patientes avec un risque modéré contre 18% chez celles avec un risque élevé.

Mais peu de femmes se sentaient concernées par rapport au cancer du sein (24% pour les femmes avec un risque modéré et 26% pour les femmes avec un risque élevé). Ces bons résultats sur la perception du risque peuvent s'expliquer par le type de questions posées aux femmes. L'étude de Gianfranco Domenighetti (25) concluait que les femmes surestimaient les bénéfices de la mammographie notamment au Royaume-Uni ou en Italie, pays ayant un système de santé public national ou régional, contrairement aux USA et la Suisse ayant un système de santé privé. Sur les 3 questions fermées abordant la mammographie, 59% des femmes n'avaient donné aucune bonne réponse. En ce sens on peut donc se demander si les informations concernant les avantages et bénéfices de la mammographie sont suffisamment explicites et transparentes pour que les femmes puissent choisir d'adhérer ou non au dépistage. Dans l'étude de Gigerenzer G, Jutta M et Ronald F (26) qui étudiait les connaissances du public concernant le dépistage du cancer du sein et de la prostate, il était retrouvé majoritairement une surestimation du bénéfice. Une question sur la réduction de mortalité et une sur la fréquence d'utilisation des sources d'informations utilisées avaient été posées. Seules 1,5% des femmes avaient choisi la bonne estimation et 92,1% l'avait surestimée. Les plus grandes surestimations étaient en France, aux Pays bas et au Royaume-Uni et étaient faites par les femmes entre 50 et 65 ans soit celles ciblées par le dépistage. Les sources d'informations en France étaient principalement le médecin généraliste, le pharmacien, la famille et les amis et la télévision. De plus, consulter fréquemment les médecins généralistes et les brochures de santé augmentait la surestimation (respectivement ($r = .07$, 95% CI = 0.05 to 0.09) et ($r = .06$, 95% CI = 0.04 to 0.08)).

Dans l'étude de Haggstrom D et Schapira M (27) il était mis en évidence une différence de perception entre femmes blanches et noires concernant le bénéfice du dépistage par mammographie. Les femmes noires percevaient plus précisément les bénéfices de la mammographie que les blanches (39 vs 15 ; $P < 0,001$) et étaient plus pessimistes quant aux bénéfices attendus (47 vs 15 ; $P < 0,001$). Mais là encore 76% des patientes, noires et blanches confondues, surestimaient les bénéfices. Des résultats similaires étaient retrouvés dans les analyses multivariées.

Les résultats de ces études, à relativiser car réalisés dans des systèmes de santé différents du modèle français, tendent à démontrer que la surestimation du risque ne se limite pas à certaines cultures et qu'il y a une nette tendance à la surestimation des bénéfices du dépistage. Cependant mieux informer les patientes sur leur propre risque ne veut pas dire que l'on va améliorer la participation au dépistage comme tend à le démontrer l'étude de Bodurtha J (28). Après avoir renseigné un groupe de patientes sur leur risque personnel, comparativement à un groupe contrôle qui avait reçu une information générale, ils n'avaient pas constaté de majoration significative de participation au dépistage.

L'étude de Webster P et Austoker J (29) a étudié l'amélioration des connaissances du dépistage du cancer du sein en Angleterre après lecture d'une brochure portant sur ce thème. Il a été constaté une meilleure connaissance des données numériques mais des difficultés à interpréter ces chiffres. Cela laisse suggérer qu'un simple support ne suffit pas pour fournir une information appropriée à nos patientes et que le discours du soignant doit accompagner ces données pour mieux les interpréter. Il serait idéal d'adapter son discours à la personne en face de nous en fonction de ce qu'elle sait, souhaite savoir et doit savoir.

Conclusion :

Selon notre revue de la littérature, les patientes ne peuvent pas à l'heure actuelle choisir de façon libre et éclairée d'adhérer ou non au dépistage du cancer du sein par mammographie. Notre étude retrouve en effet un état de l'information faite aux patientes similaire à celui constaté par la concertation citoyenne réalisée en septembre 2016. Dans ce contexte et en y associant la polémique autour du dépistage organisé du cancer du sein, il pourrait être sage d'envisager un dépistage rentrant dans le cadre d'une décision médicale partagée plutôt que de le promouvoir de manière unilatérale aux patientes. Selon l'étude de Edwards et Adrian GK (30), une estimation du risque personnalisé incluse dans le cadre d'une communication sur le dépistage permettrait d'améliorer la prise de décision. Il pourrait être utile d'envisager un outil accessible et fiable lors de consultation orientée sur le dépistage en soins primaires afin de nourrir l'échange durant la décision médicale partagée et d'aboutir à une prise de décision libre et éclairée sur le modèle de ce qui se fait au Canada et dans d'autres pays.

Tableau 1 : Résumé des articles sélectionnés.

Titre de l'étude	« There is nothing to worry about » : gynecologists' counseling on mammography.	Challenges of informed choice in organised screening.	Print information to inform decisions about mammography screening participation in 16 countries with population-based programs
Le nom des auteurs/date de publication/la revue de publication/le pays où l'étude a été réalisée/base de données de recrutement	Wegwarth O, Gigerenzer G./Août 2011/Patient Education and Counseling Volume 84 Numéro 2 Page 251-256/Allemagne/Pubmed	Østerlie W, Solbjør M, Skolbekken JA, Hofvind S, Saetnan AR, Forsmo S./Septembre 2008/Journal of Medical Ethics volume 84 Numéro 9 Page e5/Norvège/Pubmed	Jane G. Zapka correspondenc, Berta M. Geller, Jean-Luc Bulliard, Jacques Fracheboud, Helene Sancho-Garnier, Rachel Ballard-Barbash, The IBSN Communications Working Group/Octobre 2006/Patient education and counseling Volume 63 Numéro 1-2 Page 12-137/USA, Suisse, Pays bas, France/Pubmed
Le type méthodologique de l'étude	Etude transversale	Etude transversale	Etude transversale
La ou les échelle(s) d'évaluation de l'étude et son niveau de preuve scientifique et gradation selon les guidelines de la HAS	Grade C (HAS 2013)	Grade C (HAS 2013)	Grade C (HAS 2013)
L'(les) objectif(s) de l'étude	Quelles informations donnent les gynécologues sur les bénéfices et risques de la mammographie ?	Comment sont vécus l'invitation et le choix de la participation au Programme de dépistage du cancer du sein ?	Dresser un profil et comparer le contenu des communications écrites liées au dépistage du cancer du sein.
La période de recrutement et de suivi des patients (durée de l'étude)	Information non donnée	En 2003	En 2003
Les caractéristiques de la population à l'étude avec identification des critères d'éligibilité	Gynécologues pratiquant à l'hôpital ou y enseignant et exerçant dans différentes grandes villes (> 500 000 habitants)	Femmes vivant dans les comtés de Sør- et de Nord-Trøndelag, ayant reçu pour la première fois une brochure pour le dépistage organisé du cancer du sein 1 à 2 semaines avant le RDV	Outils de communication de 2003 destinés aux femmes de plus de 50 ans dans le cadre du dépistage du cancer du sein dans des pays ayant un programme de dépistage organisé

Titre de l'étude	« There is nothing to worry about » : gynecologists' counseling on mammography.	Challenges of informed choice in organised screening.	Print information to inform decisions about mammography screening participation in 16 countries with population-based programs
La méthode de mesures et les mesures (critère principal d'évaluation et critères secondaires le cas échéant)	Questionnaire par téléphone, autour de trois questions précises et d'un scénario, après réalisation d'une étude pilote avec 3 gynécologues. Recueil des données sur formulaires codés.	Groupe de parole avec enregistrement audio et vidéo autour de 5 questions définies préalablement. Transcription des données par chaque membre de l'équipe dans des catégories trouvées de façon inductive. Recherche de consensus en cas de désaccord	Création d'un outil de mesure après recherche à partir d'une revue de la littérature. Chaque pièce a reçu un numéro d'identification et une liste de vérification a été remplie pour chacune. Un auditeur principal a codé des informations. Les contrôles de fiabilité ont été effectués par un deuxième auditeur. Les résultats ont été envoyés aux représentants pour vérifier les interprétations
Les principaux résultats sur le critère principal, et sur le(s) critère(s) secondaire(s) le cas échéant	17/20 conseillaient la mammographie dont 7/17 qui utilisaient des données quantitatives, 8/20 la qualifiait de pratiquement sans danger. 5 autres gynécologues abordaient le risque de radiation dont 2 avec des données quantitatives. 8/20 abordaient le risque de faux résultats. Aucun n'avait abordé le surdiagnostic ou le surtraitement. Les chiffres communiqués étaient souvent différents et incorrects. De gros chiffres avaient été utilisés pour informer des bénéfices et de petits chiffres pour les risques.	Elles rapportaient une incertitude sur l'étiologie du cancer du sein et décrivaient la maladie comme effrayante et terrible, et le cancer du sein comme l'un des plus létales, avec une forte incidence chez les femmes. La mammographie était perçue comme une mesure importante pour le dépistage précoce, et les femmes exprimaient leur confiance en une guérison complète après un diagnostic précoce. Elles s'attendaient à ce que les résultats de la mammographie soient clairs, bien qu'elles admettaient que des erreurs puissent se produire. La plupart d'entre elles avaient confiance dans une mammographie normale. D'autres options, comme l'auto-examen des seins ou la palpation du sein par un médecin semblaient être en deçà de la mammographie. Dans l'ensemble, leurs points de vue semblaient être en accord avec les informations contenues dans les brochures.	Les documents de huit pays sur seize ont été jugés très ou moyennement explicites. Les matériaux de neuf pays ont été classés comme très ou moyennement équilibrés.
La ou les conclusion(s)	Les gynécologues de l'étude n'étaient pas préparés pour donner une information correcte et transparente	La prise de décision autonome est difficile à réaliser dans sa forme idéaliste tant que la lettre d'invitation encourage fortement le dépistage	Les pays participant à l'étude fournissent aux femmes des informations pertinentes sur les risques et les avantages, mais le font avec une grande variabilité des éléments et de présentation.

Titre de l'étude	What information do breast cancer screening programmes provide to Italian women?	Presentation on websites of possible benefits and harms from screening for breast cancer : cross sectional study
Le nom des auteurs/date de publication/la revue de publication/le pays où l'étude a été réalisée/base de données de recrutement	Livia Giordano, Maria Rowinski, Giuseppe Gaudenzi, Nereo Segnan/Février 2005/The European Journal of Public Health Volume 15 Numéro 1 Page 66-69/Italie/Pubmed	Karsten Juhl Jørgensen, Peter C Gøtzsche/17 janvier 2004/BMJ Volume 328 numéro 7432 page 148/Danemark/Pubmed
Le type méthodologique de l'étude	Etude transversale	Etude transversale
La ou les échelle(s) d'évaluation de l'étude et son niveau de preuve scientifique et gradation selon les guidelines de la HAS	Grade C (HAS 2013)	Grade C (HAS 2013)
L'(les) objectif(s) de l'étude	Quelles informations sont fournies par les programmes de dépistage du cancer du sein en Italie à travers les documents écrits ?	Est-ce que l'information sur le dépistage du cancer du sein présentée sur internet est fiable ?
La période de recrutement et de suivi des patients (durée de l'étude)	Printemps 2001	De Septembre à Octobre 2002
Les caractéristiques de la population à l'étude avec identification des critères d'éligibilité	Brochures et lettres d'invitation provenant de programmes de dépistage italien incluent dans le GISMa	Sites internet adressés au public produits par différents organismes de différents pays. Recherche par mot clé sur moteur de recherche : mammographie + cancer du sein + dépistage + un des pays inclus
La méthode de mesures et les mesures (critère principal d'évaluation et critères secondaires le cas échéant)	Tous les documents ont été évalués au moyen d'une feuille de pointage conçue à cet effet avec le consensus d'experts. Les documents ont été structurés en quatre sections d'enquêtes : « information logistique et organisationnelle », « objectifs », « information sur le dépistage », « données épidémiologiques et quantitatives »	Chaque mesure s'est faite indépendamment. Utilisation d'une fiche technique de 10 items utilisés dans une étude précédente et 7 nouveaux items recommandés par le conseil éthique. Divisions des sites Web en trois groupes, en fonction de l'organisme responsable du site. Comparaison du nombre d'informations fournies avec un test de Mann-Whitney et des items individuels avec Fisher Test exact.

Titre de l'étude	What information do breast cancer screening programmes provide to Italian women?	Presentation on websites of possible benefits and harms from screening for breast cancer : cross sectional study
Les principaux résultats sur le critère principal, et sur le(s) critère(s) secondaire(s) le cas échéant	La partie « information logistique et organisationnelle » était plutôt bien documenté excepté quand récupérer les résultats (17%), l'information sur la confidentialité (6%) et les procédures de contrôle des appareils (10,6%). La section « objectif » était moins bien détaillée avec une partie population cible et bénéfice bien expliquée mais une autre sur ce qu'était un programme de dépistage, l'intérêt de faire le test en l'absence de symptômes, la possibilité d'un traitement moins invasif expliquée dans moins de 50% des cas. Concernant la partie « information », les modalités de l'examen étaient souvent présentes mais la réalisation, les risques et la lecture de l'examen étaient notés dans moins de 35% des brochures. 68% abordaient la nécessité d'exploration plus poussées sans précision. Dans la dernière partie, les informations manquaient très souvent en abordant la réduction de mortalité (23,4%), l'incidence (14,9%), le risque de contracter un cancer dans la vie (8,5%), la survie (2,1%), et la sensibilité du test (2,1%). Aucune des autres données n'étaient retrouvées.	27 sites ont été retrouvés dont 13 de groupes professionnels, 11 d'organisations gouvernementales et 3 d'organisations de consommateurs. Les 13 groupes professionnels étaient sponsorisés par l'industrie sans restriction, les 3 de consommateurs reconnaissaient des biais potentiels avec les financements. Médiane de 3 items retrouvés sur 17 avec un score le plus haut à 13. 5 sites n'ont eu aucun point, abordant surtout des questions de pratique de l'examen. Le nombre médian était de 9/17 pour les sites d'organisation de consommateurs, 3/17 pour les autres ($P = 0,03$). L'essentiel du message variait d'un site à l'autre. La plupart des sites Web omettaient l'information sur les préjudices importants et mettaient l'accent sur les avantages possibles.
La ou les conclusion(s)	Bien que divulguant de manière satisfaisante certaines informations pratiques, les lettres d'invitation et les dépliants restent inadéquats dans la gestion des effets secondaires et des risques.	Le matériel d'information fourni par les groupes de défense des intérêts professionnels et les organisations gouvernementales est pauvre en information et sévèrement biaisé en faveur du dépistage. Peu de sites Web respectent les normes acceptées en matière de consentement éclairé.

Tableau 2 : Résumé simplifié des biais dans chaque article.

<i>Article/Biais</i>	<i>Biais de Sélection</i>	<i>Biais de Performance</i>	<i>Biais de Détection</i>	<i>Biais d'Attrition</i>	<i>Biais de Déclaration</i>
<i>Wegwarth O 2011</i>					
<i>Østerlie W 2008</i>					
<i>Jane G 2006</i>					
<i>Giordano L 2005</i>					
<i>Jørgensen K 2004</i>					

Haut risque de biais
 Risque de biais incertain
 Faible risque de biais
 N/A

Tableau 3 : « There is nothing to worry about » : Gynecologists' counseling on mammography
Wegwarth O 2011

Domaine	Jugement	Support au jugement
Biais de sélection		
Génération de séquence aléatoire	N/A	N/A
Masquage de l'allocation	N/A	N/A
Biais de performance		
Double aveugle (personne)	Haut risque de biais	« we contacted gynecologists' practices and made an appointment for telephone counseling. »
Biais de détection		
Double aveugle (résultats)	Haut risque de biais	« each of the questions were coded during the telephone counseling session »
Biais d'attrition		
Données des résultats incomplètes	Risque de biais incertain	L'étude n'a pas fourni ses résultats
Biais de déclaration		
Rapport sélectif	Risque de biais incertain	Information insuffisante pour conclure

Tableau 4 : Challenges of informed choice in organised screening *Østerlie W 2008*

Domaine	Jugement	Support au jugement
Biais de sélection		
Génération de séquence aléatoire	Risque de biais incertain	« we randomly selected women in two age groups »
Masquage de l'allocation	Risque de biais incertain	Méthode non décrite
Biais de performance		
Double aveugle (personne)	Risque de biais incertain	Résultats non fournis par l'étude
Biais de détection		
Double aveugle (résultats)	Risque de biais incertain	« The analyses were performed collaboratively by the research team »
Biais d'attrition		
Données des résultats incomplètes	Risque de biais incertain	Données non fournies par l'étude
Biais de déclaration		
Rapport sélectif	Haut risque de biais	Aucun résultat rapporté

Tableau 5 : Print information to inform decisions about mammography screening participation in 16 countries with population-based programs *Jane G 2006*

Domaine	Jugement	Support au jugement
Biais de sélection		
Génération de séquence aléatoire	N/A	N/A
Masquage de l'allocation	N/A	N/A
Biais de performance		
Double aveugle (personne)	N/A	N/A
Biais de détection		
Double aveugle (résultats)	Faible risque de biais	« A primary auditor coded information on each item within each domain as present or not » « Reliability checks were done by a second auditor on 15% of the documents. »
Biais d'attrition		
Données des résultats incomplètes	Faible risque de biais	Pas de données manquantes
Biais de déclaration		
Rapport sélectif	Risque de biais incertain	« eight countries' materials were rated as very or moderately explicit » « Materials of nine countries were rated as very or moderately balanced. »

Tableau 6 : What information do breast cancer screening programmes provide to Italian women? *Giordano L 2005*

Domaine	Jugement	Support au jugement
Biais de sélection		
Génération de séquence aléatoire	N/A	N/A
Masquage de l'allocation	N/A	N/A
Biais de performance		
Double aveugle (personne)	N/A	N/A
Biais de détection		
Double aveugle (résultats)	Risque incertain de biais	« All material has been evaluated through a score sheet designed for this purpose with the consensus of national communication experts »
Biais d'attrition		
Données des résultats incomplètes	Faible risque de biais	Pas de données manquantes
Biais de déclaration		
Rapport sélectif	Faible risque de biais	Tous les résultats spécifiés ont été inclus

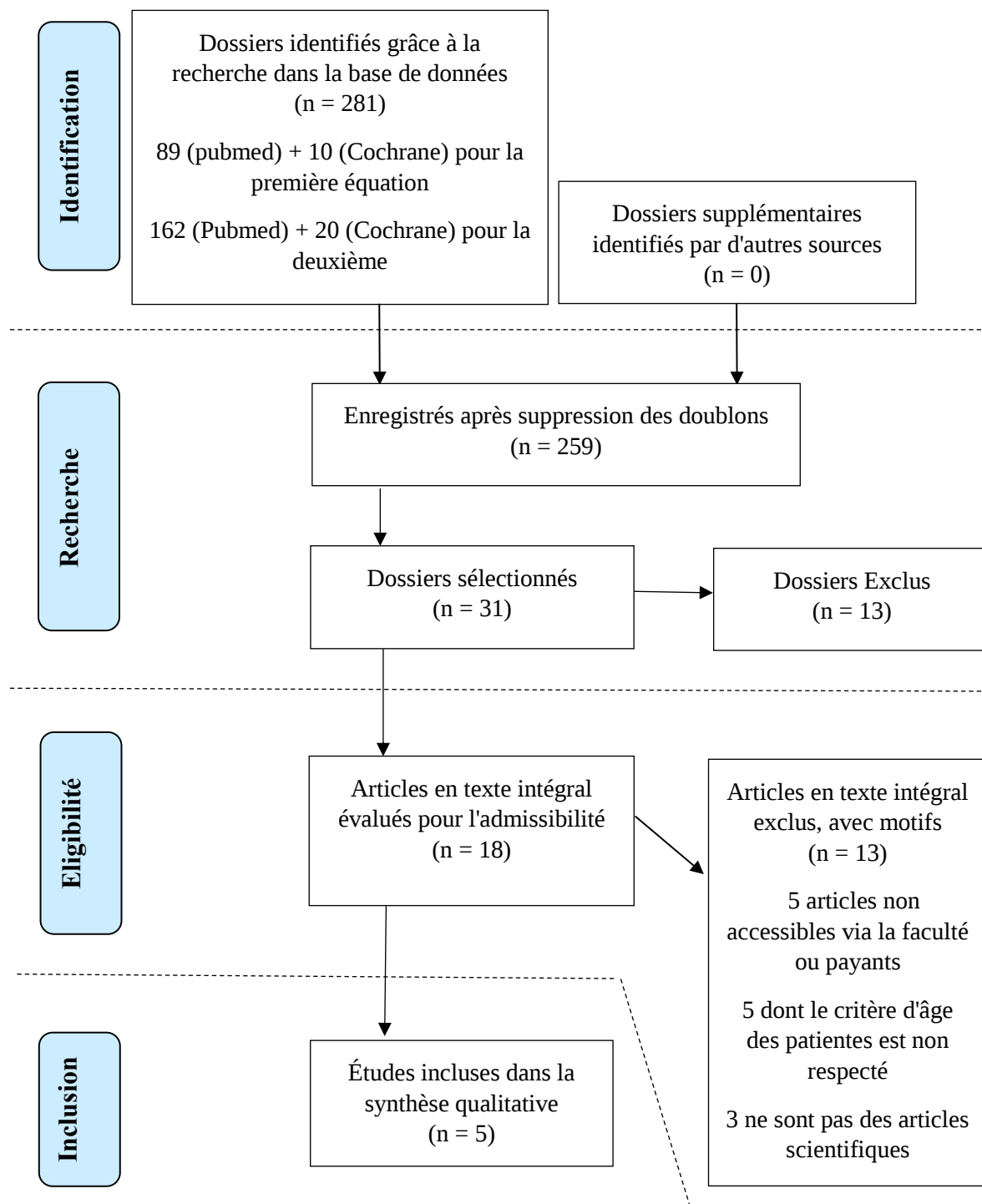
Tableau 7 : Presentation on websites of possible benefits and harms from screening for breast cancer : cross sectional study *Jørgensen K 2004*

Domaine	Jugement	Support au jugement
Biais de sélection		
Génération de séquence aléatoire	N/A	N/A
Masquage de l'allocation	N/A	N/A
Biais de performance		
Double aveugle (personne)	N/A	N/A
Biais de détection		
Double aveugle (résultats)	Haut risque de biais	« One of the authors (KJJ) searched the sites systemat cally and printed all relevant information »
Biais d'attrition		
Données des résultats incomplètes	Haut risque de biais	« We therefore decided to study whether the current information on the internet was balanced and reflected the recent findings » Pas de données sur les découvertes récentes en question.
Biais de déclaration		
Rapport sélectif	Haut risque de biais	Pas de données chiffrées sur la comparaison des sites avec les récentes découvertes.

Diagramme de flux :



PRISMA 2009 Flow Diagram



Bibliographie :

- 1- Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 1 mars 2015 ; 136(5):E359-86.
- 2- France. Ministère de la santé et des solidarités. Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers. JORF n°295 du 21 décembre 2006 page 19240 texte n°49. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/> (consulté le 13/06/2017)
- 3- Concertation citoyenne et scientifique. Rapport du comité d'orientation. Institut national du cancer. Septembre 2016. Disponible sur : <http://www.concertation-depistage.fr/> (consulté le 13/06/2017)
- 4- Autier P, Boniol M, Gavin A, Vatten LJ. Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening but similar access to treatment : trend analysis of WHO mortality database. *BMJ*. 28 juill 2011 ;343 : d4411.
- 5- Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev*. 4 juin 2013;(6) :CD001877.
- 6- Miller AB, Wall C, Baines CJ, Sun P, To T, Narod SA. Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study : randomised screening trial. *BMJ* [Internet]. 11 févr 2014 ;348. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3921437/>
- 7- Autier P, Boniol M, Smans M, Sullivan R, Boyle P. Observed and Predicted Risk of Breast Cancer Death in Randomized Trials on Breast Cancer Screening. *PLoS ONE*. 2016 ;11(4):e0154113
- 8- Institut national du cancer. Analyse économique des coûts du cancer en France. Boulogne-Billancourt : Édité par l'Institut national du cancer. 2007. 146 p.
- 9- Taux de participation au programme de dépistage du cancer du sein 2015-2016. Evaluation du programme de dépistage du cancer du sein. Institut de veille sanitaire. 29 mars 2017. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr> (consulté le 13/06/2017)
- 10- France. Code de santé public. Article R4127-35 Créé par Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V. JORF n°183 du 8 août 2004. Page 37087 texte n° 37086. Disponible sur le site : <https://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 13/06/2017)
- 11- Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med*. Sept 1999 ; 49(5):651-61.
- 12- France. Code de santé public. Article L. 1111-4 Créé par la LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF du 5 mars 2002 page 4118. Texte n°1. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 13/06/2017)
- 13- Schoen C, Osborn R, How SKH, Doty MM, Peugh J. In chronic condition : experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2008. *Health Aff (Millwood)*. févr 2009;28(1):w1-16.
- 14- Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M, Pierson R, Applebaum S. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Aff (Millwood)*. déc 2011;30(12):2437-48.
- 15- Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *J Clin Epidemiol*. oct 2009;62(10):e1-34.
- 16- Higgins JPT, Altman DG, Gøtzsche PC, Jüni P, Moher D, Oxman AD, et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 18 oct 2011 ; 343:d5928.
- 17- Wegwarth O, Gigerenzer G. « There is nothing to worry about » : gynecologists' counseling on mammography. *Patient Educ Couns*. Août 2011 ;84(2) :251-6.

- 18- Østerlie W, Solbjør M, Skolbekken J-A, Hofvind S, Saetnan AR, Forsmo S. Challenges of informed choice in organised screening. *J Med Ethics*. Sept 2008 ;34(9) : e5.
- 19- Zapka JG, Geller BM, Bulliard J-L, Fracheboud J, Sancho-Garnier H, Ballard-Barbash R, et al. Print information to inform decisions about mammography screening participation in 16 countries with population-based programs. *Patient Educ Couns*. oct 2006;63(1-2):126-37.
- 20- Giordano L, Rowinski M, Gaudenzi G, Segnan N. What information do breast cancer screening programmes provide to Italian women? *Eur J Public Health*. févr 2005;15(1):66-9.
- 21- Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Presentation on websites of possible benefits and harms from screening for breast cancer : cross sectional study. *BMJ*. 17 janv 2004 ;328(7432) :148.
- 22- Slaytor EK, Ward JE. How risks of breast cancer and benefits of screening are communicated to women: analysis of 58 pamphlets. *BMJ*. 25 juill 1998 ;317(7153) :263-4.
- 23- Black WC, Nease RF, Tosteson AN. Perceptions of breast cancer risk and screening effectiveness in women younger than 50 years of age. *J Natl Cancer Inst*. 17 mai 1995 ;87(10):720-31.
- 24- Fehniger J, Livaudais-Toman J, Karliner L, Kerlikowske K, Tice JA, Quinn J, et al. Perceived versus objective breast cancer risk in diverse women. *J Womens Health (Larchmt)*. Mai 2014 ; 23(5):420-7.
- 25- Domenighetti G, D'Avanzo B, Egger M, Berrino F, Perneger T, Mosconi P, et al. Women's perception of the benefits of mammography screening : population-based survey in four countries. *Int J Epidemiol*. oct 2003;32(5):816-21.
- 26- Gigerenzer G, Mata J, Frank R. Public Knowledge of Benefits of Breast and Prostate Cancer Screening in Europe. *J Natl Cancer Inst*. 2 sept 2009 ;101(17) : 1216-20.
- 27- Haggstrom DA, Schapira MM. Black-White Differences in Risk Perceptions of Breast Cancer Survival and Screening Mammography Benefit. *J Gen Intern Med*. avr 2006;21(4):371-7.
- 28- Bodurtha J, Quillin JM, Tracy KA, Borzelleca J, McClish D, Wilson DB, et al. Mammography screening after risk-tailored messages : the women improving screening through education and risk assessment (WISER) randomized, controlled trial. *J Womens Health (Larchmt)*. févr 2009;18(1):41-7.
- 29- Webster P, Austoker J. Does the English Breast Screening Programme's information leaflet improve women's knowledge about mammography screening ? A before and after questionnaire survey. *J Public Health*. 1 juin 2007 ; 29(2) :173-7.
- 30- Edwards AG, Naik G, Ahmed H, Elwyn GJ, Pickles T, Hood K, et al. Personalised risk communication for informed decision making about taking screening tests. In : *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd ; 2013 [cité 1 août 2016]. Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001865.pub3/abstract>
- 31- Tan ASL, Moldovan-Johnson M, Gray SW, Hornik RC, Armstrong K. An analysis of the association between cancer-related information seeking and adherence to breast cancer surveillance procedures. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. janv 2013;22(1):167-74.
- 32- Nekhlyudov L, Braddock CH. An approach to enhance communication about screening mammography in primary care. *J Womens Health (Larchmt)*. sept 2009;18(9):1403-12.
- 33- Sabatino SA, McCarthy EP, Phillips RS, Burns RB. Breast cancer risk assessment and management in primary care: provider attitudes, practices, and barriers. *Cancer Detect Prev*. 2007;31(5):375-83.
- 34- Gorin SS, Ashford AR, Lantigua R, Hossain A, Desai M, Troxel A, et al. Effectiveness of academic detailing on breast cancer screening among primary care physicians in an underserved community. *J Am Board Fam Med*. avr 2006;19(2):110-21.
- 35- Greif JM. Mammographic screening for breast cancer: An invited review of the benefits and costs. *Breast*. août 2010;19(4):268-72.
- 36- Graves KD, Huerta E, Cullen J, Kaufman E, Sheppard V, Luta G, et al. Perceived risk of breast cancer among Latinas attending community clinics: risk comprehension and relationship with mammography adherence. *Cancer Causes Control*. déc 2008;19(10):1373-82.

- 37- Haas JS, Kaplan CP, Des Jarlais G, Gildengoin V, Pérez-Stable EJ, Kerlikowske K. Perceived risk of breast cancer among women at average and increased risk. *J Womens Health (Larchmt)*. nov 2005;14(9):845-51.
- 38- Powe BD, Daniels EC, Finnie R, Thompson A. Perceptions about breast cancer among African American women: do selected educational materials challenge them? *Patient Educ Couns*. févr 2005;56(2):197-204.
- 39- Rafferty M. Prevention services in primary care: taking time, setting priorities. *West J Med*. nov 1998;169(5):269-75.
- 40- Miller AB, Wall C, Baines CJ, Sun P, To T, Narod SA. Twenty-five-year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. *BMJ*. 11 févr 2014 ; 348:g366.
- 41- Price JH, Desmond SM, Slenker S, Smith D, Stewart PW. Urban black women's perceptions of breast cancer and mammography. *J Community Health*. Août 1992;17(4):191-204.
- 42- Herman CJ, Hoffman RM, Altobelli KK. Variation in recommendations for cancer screening among primary care physicians in New Mexico. *J Community Health*. août 1999;24(4):253-67.
- 43- Woloshin S, Schwartz LM, Black WC, Welch HG. Women's perceptions of breast cancer risk: how you ask matters. *Med Decis Making*. Sept 1999 ; 19(3):221-9.
- 44- Paskett E, Tatum C, Rushing J, Michielutte R, Bell R, Long Foley K, et al. Randomized trial of an intervention to improve mammography utilization among a triracial rural population of women. *J Natl Cancer Inst*. 6 sept 2006 ; 98(17):1226-37.
- 45- Njah M, Ben Ahmed S, Marzouki M. [Cancer of the breast and uterine cervix: knowledge level and preventive practices in a segment of the Tunisian population]. *Santé*. Août 1994;4(4):299-302.
- 46- Smith BL, Gadd MA, Lawler C, MacDonald DJ, Grudberg SC, Chi FS, et al. Perception of breast cancer risk among women in breast center and primary care settings: correlation with age and family history of breast cancer. *Surgery*. Août 1996;120(2):297-303.
- 47- Thornton H, Edwards A, Baum M. Women need better information about routine mammography. *BMJ*. 12 juill 2003; 327(7406):101-3.
- 48- Croft E, Barratt A, Butow P. Information about tests for breast cancer: what are we telling people? *J Fam Pract*. oct 2002;51(10):858-60.

Résumé :

Introduction : Le cancer du sein est le premier cancer dans le monde chez les femmes. La France bénéficie d'un dépistage organisé depuis 2004. Avec le concept de décision partagée, le patient participe de plus en plus à sa santé. Les moyens d'information au dépistage ne contiennent qu'une information lacunaire. Cette étude a pour but de réaliser un état des lieux des connaissances et représentations des femmes à travers les différents moyens d'information dont elles disposent.

Méthode : Les bases de données Medline et Cochrane ont été consultées. Les critères d'inclusions comprenaient les articles scientifiques datant du 01/01/1990 au 01/08/2016 contenant une information donnée ou recherchée auprès de femmes entre 50 à 75 ans et en rapport avec le dépistage en soins primaires. Les critères d'exclusions comprenaient les femmes âgées de moins de 50 ans ou de plus de 75 ans ayant des antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein.

Résultat : 259 articles ont été identifiés mais seuls 5 ont été inclus. L'un abordait le sujet par le biais des gynécologues, un autre par celui des femmes, deux autres par les brochures et le dernier par internet. Dans ces cinq articles, l'information contenue était variable et biaisée en faveur du dépistage avec les notions de risques minimisés ou absents et des bénéfices surévalués et souvent présents.

Conclusion : Selon cette étude, les patientes ne peuvent pas à l'heure actuelle prendre de décision objective concernant le dépistage du cancer du sein. Il pourrait être utile d'envisager un outil objectif lors de consultations orientées sur le dépistage.

Mots clefs : Cancer, sein, dépistage, information, décision médicale partagée, médecine générale.

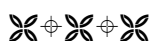


UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



Résumé :

Introduction : Le cancer du sein est le premier cancer dans le monde chez les femmes. La France bénéficie d'un dépistage organisé depuis 2004. Avec le concept de décision partagée, le patient participe de plus en plus à sa santé. Les moyens d'information au dépistage ne contiennent qu'une information lacunaire. Cette étude a pour but de réaliser un état des lieux des connaissances et représentations des femmes à travers les différents moyens d'information dont elles disposent.

Méthode : Les bases de données Medline et Cochrane ont été consultées. Les critères d'inclusions comprenaient les articles scientifiques datant du 01/01/1990 au 01/08/2016 contenant une information donnée ou recherchée auprès de femmes entre 50 à 75 ans et en rapport avec le dépistage en soins primaires. Les critères d'exclusions comprenaient les femmes âgées de moins de 50 ans ou de plus de 75 ans ayant des antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein.

Résultat : 259 articles ont été identifiés mais seuls 5 ont été inclus. L'un abordait le sujet par le biais des gynécologues, un autre par celui des femmes, deux autres par les brochures et le dernier par internet. Dans ces cinq articles, l'information contenue était variable et biaisée en faveur du dépistage avec les notions de risques minimisés ou absents et des bénéfices surévalués et souvent présents.

Conclusion : Selon cette étude, les patientes ne peuvent pas à l'heure actuelle prendre de décision objective concernant le dépistage du cancer du sein. Il pourrait être utile d'envisager un outil objectif lors de consultations orientées sur le dépistage.

Mots clefs : Cancer, sein, dépistage, information, décision médicale partagée, médecine générale.