

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 10 novembre 2017 à Poitiers
par **Alexia NOSSEK**

**Enquête auprès des femmes invitées pour la dernière fois au
dépistage organisé du cancer du sein : Quel parcours passé ?
Quel souhait pour l'avenir ?**

COMPOSITION DU JURY

Président : Madame le Professeur Virginie MIGEOT

Membres : Monsieur le Professeur Marc PACCALIN
Monsieur le Professeur Xavier FRITEL
Monsieur le Docteur Patrick BOUCHAERT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Simon VALERO



Le Doyen,

Année universitaire 2017 - 2018

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
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- 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
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- 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**)
- 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 12/2017**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017**)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT 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
- 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
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- 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 (en détachement)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- 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 (disponibilité d'octobre à janvier)

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- LOVELL Brenda Lee, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (émérite à/c du 25/11/2017 – jusqu'au 11/2020)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- 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, oncologie 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
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- 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 Madame le Professeur Virginie MIGEOT, merci de l'honneur que vous me faites en présidant mon jury de thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail.

A Monsieur le Docteur Simon VALERO, merci d'avoir dirigé ma thèse et de m'avoir guidée tout au long de ce travail. Tes remarques et nombreux conseils m'ont beaucoup aidée pour avancer dans mes problématiques et la rédaction de ma thèse. Merci pour ton investissement.

A Messieurs les Professeurs Marc PACCALIN, Xavier FRITEL et Docteur Patrick BOUCHAERT, merci d'avoir accepté de faire partie du jury et de juger cette thèse. Je vous suis reconnaissante de l'intérêt que vous portez à mon travail.

A Madame le Docteur Caroline TOURNOUX-FACON et Madame Caroline TRAN, merci pour votre disponibilité et votre participation à ce projet.

A Monsieur le Docteur Thomas FAUCHIER, merci pour ta disponibilité et ta réactivité. Tu m'as grandement aidée par tes explications pour mes analyses statistiques.

Aux patientes de la Vienne, merci d'avoir pris le temps de répondre au questionnaire.

A mes parents, vous m'avez toujours portée dans les bons et les mauvais moments. Merci pour votre soutien, votre confiance et vos encouragements pendant toutes ces années d'études !

A mes sœurs, dispersées aux « trois » coins du monde !

A Cha' et Milou, même si les kilomètres nous séparent, je sais que vous êtes présentes par la pensée, on va très vite fêter ça ensemble.

Et à Ju', merci d'être venue me soutenir et m'encourager.

A toute ma famille, merci d'être là ! Merci en particulier à Fabienne pour la relecture et les corrections.

A Mémé, tu es venue de loin pour m'encourager, merci pour ta présence.

A Oma, j'aurais voulu que tu sois présente aujourd'hui, j'espère que tu es fière de ta petite fille.

A mes copains bisontins, les premières années de médecine auraient été tellement moins drôles sans vous ! Et à mes copines de voyage, Marion et Pauline, pour tous nos fous rires, et nos moments passés à refaire le monde !

J'espère que l'on partagera encore d'autres bons moments ensemble en continuant notamment nos retrouvailles annuelles !

Merci Lucile d'avoir pris le temps de relire mon travail et d'avoir partagé tes réflexions pour m'aider à avancer quand j'étais bloquée.

A tous mes copains co-internes et colocs rencontrés en Poitou-Charentes, mon internat a été parsemé de fous rires et de complicité, merci pour votre soutien dans mes moments de doute et de stress, et de m'avoir permis de me changer les idées ! Que ces supers moments passés ensemble continuent.

A mes différents maîtres de stages, équipes paramédicales, co-internes et patients, qui m'ont accompagnée tout au long de mon parcours et qui m'ont permis d'être ce que je suis maintenant.

Enfin, à tous ceux que j'oublie, qui ont fait un bout de chemin avec moi. Je vous dis merci !

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	p. 01
INTRODUCTION	p. 02
I. Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du sein	p. 02
II. Quel suivi après 74 ans ?	p. 05
III. Perspectives	p. 06
ETUDE	p. 07
I. Objectifs principal et secondaires	p. 07
1. Objectif principal	p. 07
2. Objectifs secondaires	p. 07
II. Matériel et méthode	p. 07
1. Définition de la population cible	p. 07
<i>a. Critères d'inclusion</i>	p. 07
<i>b. Critères d'exclusion</i>	p. 07
2. Le recueil de données	p. 08
<i>a. La lettre d'invitation</i>	p. 08
<i>b. Le questionnaire</i>	p. 09
<i>c. La lettre d'information</i>	p. 09
<i>d. L'envoi</i>	p. 09
3. Type d'étude, durée et taille de la population	p. 09
4. Déroulement du recueil	p. 10
5. Respect des règles éthiques	p. 10
6. Méthodes d'analyses des données	p. 10
<i>a. Etudes descriptives et comparatives</i>	p. 11
<i>b. Etudes analytiques</i>	p. 11
III. Résultats	p. 13
1. Taille de l'échantillon	p. 13
2. Résultat des analyses descriptives	p. 13
<i>a. Caractéristiques sociodémographiques des femmes ayant renvoyé le questionnaire</i>	p. 13
<i>b. Caractéristiques du parcours de santé des femmes ayant renvoyé le questionnaire</i>	p. 15

c. <i>Habitudes de vie des femmes ayant renvoyé le questionnaire</i>	p. 17
d. <i>Parcours du dépistage des femmes invitées par DOCVie et ayant reçu le questionnaire</i>	p. 17
3. Résultat des analyses univariées des femmes ayant renvoyé le questionnaire	p. 18
a. <i>Comparaison des analyses descriptives entre les répondantes et non répondantes</i>	p. 18
b. <i>Comparaison des analyses descriptives selon le souhait selon le nombre de mammographies effectuées</i>	p. 19
c. <i>Comparaison des analyses descriptives selon le souhait des patientes de poursuivre le dépistage après 74 ans</i>	p. 21
4. Résultat des analyses multivariées des femmes ayant renvoyé le questionnaire	p. 23
a. <i>Etude analytique selon le nombre de mammographies effectuées</i>	p. 23
b. <i>Etude analytique selon le souhait des patientes de poursuivre le dépistage après 74 ans</i>	p. 24
IV. Discussion	p. 26
1. Implication des femmes au dépistage de masse	p. 26
a. <i>Comment sensibiliser les femmes moins impliquées dans une dynamique de santé ?</i>	p. 27
b. <i>Place de l'examen clinique mammaire</i>	p. 27
c. <i>Autres facteurs influençant la participation au dépistage</i>	p. 27
d. <i>Importance du suivi gynécologique</i>	p. 28
2. Que faire après 74 ans ?	p. 29
a. <i>Place du dépistage individuel par mammographie</i>	p. 29
b. <i>Importance du diagnostic précoce</i>	p. 31
3. La sensibilisation à poursuivre la surveillance après 74 ans va de pair avec la participation au dépistage de masse entre 50 et 74 ans	p. 32
a. <i>Poursuite du suivi gynécologique après 74 ans : Par qui ?</i>	p. 32
b. <i>Rôle des structures de dépistage</i>	p. 33
4. Biais et limites	p. 34
CONCLUSION	p. 35
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	p. 37
ANNEXES	p. 42
RESUME ET MOTS CLES	p. 53
SERMENT	p. 54

GLOSSAIRE

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CTP : Comité Technique et de Prospective

DGS : Direction Générale des Soins

DOCS : Dépistage Organisé du Cancer du Sein

DOCVie : Dépistage Organisé du Cancer du sein dans la Vienne

FADO : Facteur d'Adhésion au Dépistage Organisé du cancer du sein

INCa : Institut National du Cancer

InVS : Institut de Veille Sanitaire

UCOG : Unité de Coordination en Onco-Gériatrie

USPSTF : US Preventive Services Task Force

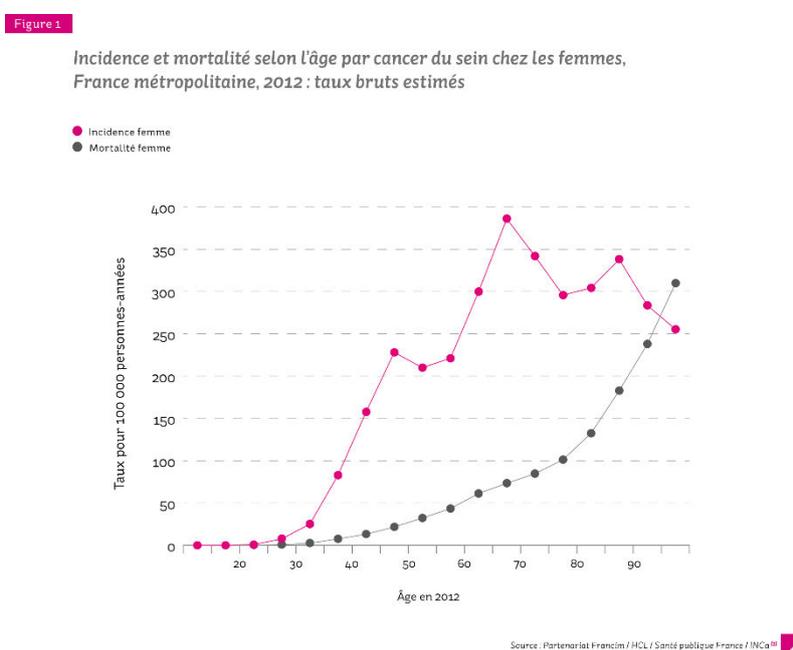
INTRODUCTION

I. Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du sein

Le cancer du sein se situe au premier rang des cancers chez la femme, nettement devant le cancer colorectal et le cancer du poumon. Selon l'INCa (Institut National du Cancer) en 2015, 54 062 nouveaux cas de cancer du sein ont été estimés en France métropolitaine (1). Il représente 31,2% de l'ensemble des cancers féminins (2).

Selon Santé Publique France, 78% des cancers du sein sont diagnostiqués chez les femmes de 50 ans et plus et 24% chez les 75 ans et plus (3).

Les taux d'incidence augmentent rapidement avec l'âge. Ils deviennent importants à partir de 45 ans, avec deux pics d'incidence autour de 45 et 65 ans (4). A partir de 75 ans, il n'existe aucun consensus de dépistage alors que le risque persiste avec un nouveau pic d'incidence après 80 ans (Figure 1) (4).



Source : Partenariat Francim / HCL / Santé publique France / INCa

Le cancer du sein constitue également la principale cause de mortalité par cancer chez les femmes avec 11 913 décès en 2015, soit 18,2% des décès par cancer chez la femme. Près de 50% des décès par cancer du sein surviennent chez les femmes de 75 ans et plus, et 42,5% chez les 50-74 ans (2).

En 2012, l'âge médian au diagnostic était de 63 ans et l'âge médian au décès de 73 ans (2).

La survie nette à 5 ans s'est améliorée au cours du temps, passant de 80% pour les femmes diagnostiquées entre 1989 et 1993 à 87% sur la période de diagnostic 2005-2010. Elle est maximale (92-93%) chez la femme de 45 à 74 ans, légèrement inférieure (90%) chez celles de 15-44 ans et beaucoup plus faible (76%) chez les femmes de 75 ans et plus (5).

La survie nette à 10 ans est à 76%. Elle est de 65% chez les 75 ans et plus, alors qu'elle est de 83% chez les 45-54 ans.

L'objectif du dépistage par mammographie est de réduire la mortalité spécifique par cancer du sein. D'autres bénéfices cliniques indirects sont aussi avancés en faveur du dépistage, notamment la réduction des effets secondaires ou des séquelles du fait de la moindre lourdeur des traitements lorsque les cancers sont détectés à un stade plus précoce (6).

Le programme organisé de dépistage du cancer du sein a été instauré au début de l'année 2004 par les pouvoirs publics et généralisé à l'ensemble du territoire (5).

Il cible l'ensemble des femmes de 50 à 74 ans à risque moyen, c'est-à-dire sans symptôme apparent ni facteur de risque significatif autre que leur âge. C'est en effet dans cette tranche d'âge que les femmes ont le plus de risques de développer un cancer du sein et que le dépistage s'avère le plus efficace (7).

Elles sont ainsi invitées tous les deux ans à réaliser un examen clinique des seins, ainsi qu'une mammographie de dépistage par un radiologue agréé (2).

Dans le cadre de ce programme, les mammographies jugées normales font l'objet d'une seconde lecture systématique, assurée par un autre radiologue expert. Une échographie complémentaire peut être proposée si nécessaire.

Les femmes à risque élevé ou très élevé de cancer du sein ne sont pas éligibles à ce dépistage et doivent bénéficier d'un suivi spécifique.

En 2010, la mammographie était anormale en première lecture (avant bilan) pour 7,4% des femmes dépistées et 6,2% des cancers dépistés ont été détectés par la seconde lecture (6).

En cas de mammographie positive, un bilan de diagnostic immédiat est proposé pour minimiser le délai d'une éventuelle prise en charge et éviter une attente angoissante; en 2010, le bilan de diagnostic immédiat confirmait l'anomalie dans 44,8% des cas (3,1% des femmes dépistées) et 1,3% des femmes ont fait l'objet d'un rappel après la seconde lecture (6).

D'autre part, 17% des cancers pour les femmes participant au dépistage ont été diagnostiqués entre deux mammographies de dépistage organisé (cancers dits « de l'intervalle »), soit environ 1,5‰ (6).

Après une progression régulière depuis 2004 (1 621 000 en 2004, 2 267 000 en 2008, 2,5 millions en 2015 soit plus de 51,5% de femmes dépistées), le taux de participation national au programme de dépistage organisé stagne depuis 2008 (2).

A ce taux de participation s'ajoute un taux estimé à 10 à 15% de femmes de 50 à 74 ans se faisant dépister dans le cadre d'une démarche de détection individuelle (6).

Sur la période 2013-2014, près de 36 889 cancers du sein ont été détectés par le programme au niveau national, soit environ 60% des cas incidents annuels en France (8).

La participation des femmes à ce programme de dépistage reste encore insuffisante, un taux de 70% (objectif Européen) étant estimé nécessaire pour pouvoir, par une prise en charge précoce, réduire la mortalité par cancer du sein.

La participation par âge est observée au niveau national sur les périodes 2005-2006 à 2009-2010. Quelle que soit la période, ce sont les femmes de 60 à 64 ans qui participent le plus au dépistage, puis on observe une diminution régulière après 65 ans alors que l'incidence de ce cancer reste très élevée entre 65 et 74 ans (9).

Les différentes méta-analyses et évaluations des essais randomisés, publiées à ce jour s'accordent sur un effet bénéfique du dépistage sur la mortalité par cancer du sein, avec une réduction de l'ordre de 15 à 21% selon les études (10–14). De 150 à 300 décès par cancer du sein seraient évités pour 100 000 femmes participant régulièrement au programme de dépistage pendant 7 à 10 ans (15–18).

La mortalité par cancer du sein en France a diminué de 1,5% par an entre 2005 et 2012 (2). Cette diminution semble en partie liée à la précocité des diagnostics et aux progrès de la prise en charge thérapeutique.

Dans chaque département, des structures ont été mises en place pour organiser et assurer la gestion du dépistage des maladies aux conséquences mortelles évitables.

Dans la Vienne, DOCVie (Dépistage Organisé du Cancer du Sein dans la Vienne), association créée en juin 2002, est chargée de coordonner au niveau départemental les programmes nationaux de dépistage organisé des cancers placés maintenant sous la responsabilité de la Direction Générale des Soins (DGS), de l'Institut National du Cancer (INCa) et de l'Assurance Maladie.

En 2016, 30 048 femmes ont été invitées dans le cadre du dépistage organisé par DOCVie (19).

16 568 femmes ont été dépistées au total, dont 11 488 après l'invitation et 5 080 suite à la relance.

Le taux de participation global était de 49,8% et était le plus bas dans la tranche d'âge des 70-74 ans (46,6%).

II. Quel suivi après 74 ans ?

Le cancer est surtout une pathologie du sujet âgé, son incidence augmente régulièrement au cours de la vie.

En 2015, 121 936 nouveaux cas de cancer sont estimés chez les personnes âgées de 75 ans et plus en France métropolitaine, soit 31,7% des cancers diagnostiqués tous âges confondus (20).

Selon les estimations 2015, les cancers les plus fréquents dans la population des 75 ans et plus sont, chez les femmes : le cancer du sein (12 106), le cancer colorectal (9 937) et le cancer du poumon (3 899) (2).

Concernant le cancer du sein, il y a une augmentation graduelle de l'incidence à mesure que les femmes vieillissent. Le fait que le diagnostic soit porté à des stades plus tardifs avec l'âge a de multiples impacts en termes de pronostic, de complexité de prise en charge, de qualité de vie et de retentissement psychologique. Chez la femme de plus de 75 ans, le cancer du sein est donc une problématique de santé publique majeure destinée à progresser dans les années à venir.

La plupart des tumeurs détectées chez les femmes plus âgées sont envahissantes plutôt que in situ et ont une probabilité importante d'altérer la qualité ou la durée de vie chez les femmes sans comorbidité majeure (21).

De plus, le dépistage par mammographie est plus précis chez les femmes plus âgées que chez les femmes plus jeunes du fait d'une densité mammaire inférieure. Les tumeurs détectées par mammographie chez les femmes de plus de 70 ans sont plus petites, positives pour les récepteurs hormonaux et plus invasives (21).

En Europe, seuls les Pays-Bas et la France ont étendu leur programme de dépistage jusqu'à 74 ans, tous les autres pays limitant l'inclusion à 70 ans.

Ainsi, à la sortie du dépistage organisé, se pose la question du suivi de ces femmes.

Aux Etats-Unis, deux agences donnent des réponses différentes (22,23).

L'US Preventive Services Task Force (USPSTF) a conclu que les données actuelles étaient insuffisantes pour évaluer la balance des avantages et des inconvénients de la mammographie de dépistage chez les femmes âgées de 75 ans ou plus. De ce fait, elle ne recommande pas de poursuivre la prescription.

Pour l'American Cancer Society, les femmes devraient continuer la mammographie de dépistage aussi longtemps que leur état de santé général est bon et si elles ont une espérance de vie d'au moins 10 ans.

Selon l'INCa, la poursuite d'examens de dépistage du cancer du sein doit faire l'objet d'une discussion avec le médecin. En effet, en l'absence de facteurs de risques justifiant un dépistage spécifique, il est nécessaire de réaliser un examen clinique mammaire annuel et au moindre point d'appel, prescrire une mammographie diagnostique (24).

En octobre 2015, à la demande de la ministre en charge de la Santé, l'INCa a organisé une large concertation citoyenne et scientifique sur le dépistage du cancer du sein. Les citoyens, les professionnels de santé, les associations et les institutions, ont été invités à réfléchir à l'amélioration de la politique de dépistage du cancer du sein (25).

Pour les femmes de plus de 75 ans, la réflexion pourrait porter sur des mesures visant à diagnostiquer le cancer plus précocement et sur une évolution des pratiques concernant les traitements.

Les membres du CTP (Comité Technique et de Prospective) (26) proposent :

- des décisions individuelles, concernant le dépistage, avec informations sur les bénéfices/risques en l'absence de données scientifiques robustes. L'information serait donnée à partir d'un livret d'information qui pourrait être remis par le radiologue lors de la mammographie de 74 ans ou envoyé par la structure de gestion lors du dernier DOCS (Dépistage Organisé du Cancer du Sein).
- la sensibilisation et l'information des femmes au sujet du risque persistant et de l'importance d'un suivi clinique régulier.
- la sensibilisation des médecins généralistes à la palpation annuelle chez les femmes de plus de 75 ans.

III. Perspectives

Depuis 2006, l'oncogériatrie, sous l'égide du premier Plan cancer, travaille pour améliorer la prise en charge des patients âgés de 75 ans et plus atteints d'un cancer. Une coordination étroite entre oncologues et gériatres a permis de garantir aux patients des traitements adaptés et d'optimiser leurs chances de guérison.

Ces chances de guérison après 74 ans passent par l'amélioration du diagnostic précoce, clé de voute d'un possible traitement curatif.

Devant ce constat, l'UCOG (Unité de Coordination en Onco-Gériatrie) Poitou-Charentes a élaboré en collaboration avec DOCVie un projet en trois étapes, dans le cadre de ses missions de recherche et d'amélioration de la prise en charge des patients âgés de 75 ans et plus pour le dépistage du cancer du sein.

- La première étape a consisté à intégrer un message de sensibilisation à la poursuite d'une surveillance régulière, sur la dernière invitation au dépistage de masse organisé. Parallèlement un questionnaire a été envoyé afin d'avoir un état des lieux tant sur leur parcours passé que sur leur souhait pour l'avenir.
- La 2^{ème} étape consistera en une enquête rétrospective auprès des femmes sorties du dépistage organisé 2 ans auparavant et éclairera sur ce qu'aura été leur suivi gynécologique au cours de la période, en l'absence de message de sensibilisation.
- La 3^{ème} étape interrogera les femmes ayant eu le message de sensibilisation 2 ans après la sortie du dépistage de masse organisé.

ETUDE

I. Objectifs : principal et secondaires

1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est de décrire les caractéristiques des femmes, résidant dans la Vienne, amenées à quitter le programme national de dépistage organisé du cancer du sein.

2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires recherchent à déterminer :

- Les facteurs médico-sociaux influençant l'adhésion au dépistage,
- Les facteurs médico-sociaux influençant leur intention de poursuivre le suivi gynécologique au-delà de 74 ans.

II. Matériel et méthode

1. Définition de la population cible

a. Critères d'inclusion :

- Toutes les femmes âgées de 73-74 ans,
- Invitées pour la dernière fois à participer au dépistage de masse organisé du cancer du sein,
- Résidant dans le département de la Vienne,
- Ayant reçu leur invitation entre le 01 mai 2016 et le 31 décembre 2016.

b. Critères d'exclusion :

- Les femmes de moins de 73 ans,
- Envoi des invitations en dehors de la période concernée.

2. Le recueil des données

a. Lettre d'invitation (annexe 1) :

Ce projet a été mené dans la Vienne, par l'UCOG Poitou-Charentes et DOCVie et visait à mieux appréhender les pratiques de suivi gynécologique des femmes de plus de 74 ans.

Les femmes invitées en 2016 pour la dernière fois au dépistage organisé du cancer du sein ont reçu avec leur dernière invitation à passer une mammographie, un message de sensibilisation. Celui-ci insistait sur le risque persistant de survenue du cancer du sein au-delà de 74 ans, sur l'importance de continuer à se faire suivre par son médecin et à consulter rapidement en cas d'anomalie du sein.

b. Le questionnaire (annexe 2) :

Un auto-questionnaire, comprenant un numéro d'identifiant noté par DOCVie pour chaque patiente, a été élaboré.

Il a été retravaillé à plusieurs reprises entre l'équipe de projet de l'UCOG et DOCVie, et validé par des médecins spécialistes en gériatrie et en santé publique.

Le questionnaire les interrogeait sur :

- Leur parcours de soins passé :
 - Nombre de mammographies réalisées,
 - Suivi par un médecin traitant,
 - Suivi gynécologique : par qui, fréquence, examen clinique mammaire,
 - Antécédents de cancer du sein familiaux et/ou personnels,
 - Maladies chroniques.

- Leur intention en termes de suivi futur :
 - Poursuite des mammographies de dépistage,
 - Poursuite du suivi gynécologique.

- Leurs habitudes de vie :
 - Pratique sportive,
 - Activités de loisirs, culturelles,
 - Moyen de transport,
 - Difficultés à organiser ses déplacements.

- Leur situation familiale :
 - Age,
 - Commune de résidence,
 - Lieu de vie,

- Nombre de personnes vivant sous le même toit,
 - Nombre d'enfants.
-
- Leur situation sociale :
 - Diplômes obtenus,
 - Activité professionnelle.

c. La lettre d'information (annexe 3) :

Toutes les femmes répondant aux critères d'inclusion de l'étude ont été informées au travers d'une lettre d'information jointe au courrier d'invitation au dépistage, sur la présence d'un questionnaire et de leur implication dans des travaux de recherche. Ce document stipulait que ce questionnaire s'adressait à toutes les femmes de 73-74 ans invitées à participer au dépistage organisé durant la période concernée, que la mammographie soit réalisée ou non avec DOCVie. Il était précisé également que la participation à cette enquête contribuerait à améliorer le suivi des femmes de plus de 74 ans par une meilleure sensibilisation.

d. L'envoi :

Le questionnaire a été envoyé entre le 1^{er} mai et le 31 décembre 2016, aux femmes invitées pour la dernière fois à participer au dépistage organisé du cancer du sein, avec leur invitation à passer une mammographie. Au total, 994 questionnaires ont été envoyés. Après avoir répondu aux questions, chaque femme devait remettre le questionnaire dans l'enveloppe préaffranchie et la déposer au courrier.

3. Type d'étude, durée et taille de la population

Il s'agissait d'une étude prospective, observationnelle, transversale et descriptive. Elle a été réalisée sur une période de 8 mois entre le 1^{er} mai 2016 et le 31 décembre 2016. Elle concernait uniquement les femmes de 73-74 ans, invitées pour la dernière fois au dépistage organisée du cancer du sein par DOCVie dans la Vienne.

4. Déroulement du recueil

Le recueil de données s'est déroulé sur 1 an de mai 2016 à avril 2017.

Les femmes retournaient le questionnaire à l'UCOG Poitou-Charentes dans une enveloppe pré-remplie et affranchie.

Les femmes ayant renvoyé le questionnaire incomplet étaient appelées par le médecin coordinateur de DOCVie afin de compléter les données manquantes.

Les données du questionnaire, spécifiques à chaque patiente, ont ensuite été retranscrites dans un tableau Excel après avoir été anonymisées.

Parallèlement un tableau descriptif pour chaque femme invitée au cours de l'année 2016 a été fait après récupération de certaines informations auprès de DOCVie :

- Numéro de référence,
- Date de naissance,
- Événement (nombre de fois où la femme a été invitée par DOCVie),
- Rang (nombre de fois où la femme a fait une mammographie avec DOCVie),
- Canton de résidence,
- Date d'invitation,
- Dernier événement connu :
 - o Invitation (la femme n'a pas fait de mammographie et n'a pas renvoyé le questionnaire au verso de l'invitation) ;
 - o Test (elle a fait une mammographie) ;
 - o Réponse postale (la femme a renvoyé le questionnaire au verso de l'invitation pour nous informer d'une mammographie individuelle préalable, d'un antécédent de cancer ou de lésion nécessitant un suivi spécifique...),
- Date de réalisation de la mammographie,
- Situation finale.

5. Respect des règles éthiques

Chaque femme était informée de l'étude et de son déroulement par une lettre explicative en introduction au questionnaire.

Les données-patientes ont été saisies de façon anonyme.

Ce travail a fait l'objet d'une inscription au registre des traitements CNIL le 19 mai 2016.

6. Méthode d'analyse des données

La saisie des données qui correspondait aux réponses du questionnaire ainsi qu'aux données-patientes a été faite de façon anonyme sous la forme d'une feuille de calcul Microsoft Excel.

a. Etudes descriptives et comparatives :

Les variables qualitatives ont été présentées sous la forme d'effectifs et de pourcentages.

La comparaison des pourcentages a été réalisée par un test de Chi 2, ou le test de Fisher en cas d'effectifs théoriques inférieur à 5.

Pour les variables quantitatives de plus de deux groupes, le test non paramétrique de Kruskal-Wallis a été utilisé lorsque la distribution des variables n'était pas paramétrique et l'analyse de variance ANOVA si ces dernières étaient paramétriques. Le seuil de signification statistique retenu était 5%.

Le logiciel utilisé était SAS version 9.4 et le logiciel R studio.

b. Etudes analytiques :

Afin de rechercher les facteurs contributifs du nombre de mammographies effectuées et les facteurs prédictifs du souhait de poursuivre les mammographies après 74 ans, nous avons réalisé les analyses multivariées pas à pas descendant en intégrant dans le modèle, d'abord les p-values au seuil $\alpha < 0,20$ lors des analyses comparatives en univarié, puis en diminuant la p-value seuil jusqu'à 0,05 pour l'analyse multivariée.

Les analyses analytiques ont utilisé des modèles de régression logistique multinomiale avec comme catégorie de référence « aucune mammographie de dépistage effectué » et le souhait de ne pas continuer les mammographies d'autre part.

Etude analytique selon le nombre de mammographies effectuées :

Les variables retenues étaient : le souhait de poursuivre les mammographies après 74 ans ; la palpation des seins ; les activités de loisirs ; les difficultés de déplacement ; la situation familiale ; le nombre d'enfants ; le diplôme.

Seule la loglinéarité des variables quantitatives explicatives dans le modèle a été testée mais n'a pas été intégrée dans le modèle multivarié final ou intermédiaire car non significatif.

La variable « âge au moment de l'invitation » était non loglinéaire. En cas de non loglinéarité, la variable quantitative était catégorisée en quatre classes selon les médianes et intervalles interquartiles, les intervalles de classes respectant la taille des effectifs en sous-groupe dans ce cas.

Le lieu de vie n'a pas pu rentrer dans le modèle multivarié car les effectifs étaient insuffisants pour un grand nombre de classes.

Certaines variables risquant d'interagir ensemble, des tests d'interactions ont été utilisés ainsi que des modèles emboîtés entre la catégorie socio-professionnelle et le niveau de diplôme. L'interaction étant significative, nous avons considéré trois modèles :

- Dans le modèle 1 : la catégorie socio-professionnelle et le niveau de diplôme,
- Dans le modèle 2 : la catégorie socio-professionnelle, le niveau de diplôme, et la catégorie socio-professionnelle croisée avec le niveau de diplôme,
- Et dans le modèle 3 : uniquement le niveau de diplôme.

Ces deux variables n'étant pas significatives dans les modèles 1 et 2, comme la variable croisée dans le modèle 2, le modèle le plus simple comportant uniquement le niveau de diplôme a été utilisé.

La variable « moyen de transport » était ininterprétable (mauvais ciblage de la question), elle n'a donc pas été prise en compte.

Etude analytique selon le souhait de poursuivre les mammographies après 74 ans :

Les variables retenues étaient : le nombre de mammographies effectuées ; le suivi gynécologique ; le souhait de poursuivre le suivi gynécologique de la même manière ; le diplôme ; la situation familiale ; la palpation des seins ; la pratique sportive régulière.

Comme cité précédemment, la loglinéarité des variables quantitatives explicatives dans le modèle a été testée. La variable « délai de relance » était non loglinéaire, elle a donc été catégorisée en quatre classes d'effectifs identiques suivant la distribution de la médiane et des quartiles. Cependant, elle n'apparaissait pas dans le modèle final car non significatif dans le modèle intermédiaire.

III. Résultats

1. Taille de l'échantillon

Durant la période d'inclusion de 8 mois, 994 questionnaires ont été envoyés aux femmes invitées pour la dernière fois à participer au dépistage organisé du cancer du sein, avec leur dernière invitation à passer une mammographie.

Sur ces 994 questionnaires distribués, 233 ont été récupérés soit un taux de réponse de 23,44%.

Les 233 questionnaires possédaient des données exploitables et ont été inclus dans l'étude.

2. Résultats des analyses descriptives

a. Caractéristiques sociodémographiques des femmes ayant renvoyé le questionnaire (Tableau 1) :

L'âge moyen était de 73,72 ans avec un âge minimum retrouvé à 73 ans et un âge maximum à 75 ans.

Du point de vue de la situation personnelle de la patiente : la grande majorité avait au moins un enfant (n=218 ; 94%) et vivait à domicile (n=226 ; 97%). Les patientes vivaient en couple pour 66% (n=152) d'entre elles, 55% (n=128) vivaient en milieu urbain. Peu de patientes avaient des aides à domicile (n= 38 ; 16%).

La majorité des femmes avait un niveau académique faible : 76% (n=168) n'avait pas le BAC ou n'avait pas fait d'études supérieures. La plupart étaient ouvrières ou employées (n=86 ; 39%).

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des femmes ayant renvoyé le questionnaire (n=233)

Commune de résidence n (%)		
Rurale	105	(45,1)
Urbaine	128	(54,9)
Lieu de vie de la patiente n (%)		
Domicile	226	(97,4)
Enfants	2	(0,9)
Foyer logement	3	(1,3)
EHPAD	1	(0,4)
Situation familiale n (%)		
Seule	77	(33,7)
En couple	152	(66,4)
Nombre d'enfants n (%)		
0	15	(6,4)
1	43	(18,6)
2	99	(42,5)
3	48	(20,6)
>3	28	(12,0)
Aides à domicile n (%)		
Oui	38	(16,3)
Non	195	(83,7)
Diplômes n (%)		
Aucun	64	(28,8)
Brevet	49	(22,1)
CAP/BEP	55	(24,8)
BAC	21	(9,5)
Etudes supérieures	33	(14,9)
Activités professionnelles n (%)		
Indépendant/Artisan	25	(11,2)
Employé/Ouvrier	86	(38,6)
Agent de maitrise	5	(2,2)
Cadre/Ingénieur	25	(11,2)
Autre	82	(36,8)
Age (années)		
Moyenne (std)	73	(+/-0,7)
Mini	73	
Maxi	75	

*b. Caractéristiques du parcours de santé des femmes
ayant renvoyé le questionnaire (Tableau 2) :*

Dans notre population, 50% (n=111) des femmes avaient effectué entre six et dix mammographies, et moins de 2% (n=4) n'avaient effectué aucune mammographie. Toutes les patientes étaient suivies par un médecin traitant.

Moins de 2% (n=4) avaient un antécédent personnel de cancer du sein, 23% (n=53) un antécédent familial. Un tiers (n= 73 ; 32%) n'avait aucun problème de santé.

Concernant le suivi gynécologique : 60% (n=140) avaient un suivi par leur médecin traitant ou par un gynécologue, avec une palpation mammaire dans 75% (n=106) des cas. 77% (n=117) pensaient poursuivre un suivi gynécologique après 74 ans, avec la réalisation d'une mammographie pour 67% (n=153) des cas.

Tableau 2 : Caractéristiques du parcours de santé des femmes ayant renvoyé le questionnaire (n=233)

Nombre de mammographies effectuées n (%)		
0	4	(1,8)
Entre 2 et 5	43	(19,2)
Entre 6 et 10	111	(49,6)
Plus de 11	66	(29,5)
Poursuite mammographies après 74 ans n (%)		
Oui	153	(67,1)
Non ou peut-être	75	(32,9)
Suivi par un médecin traitant n (%)		
Oui	233	(100,0)
Suivi gynécologique n (%)		
Aucun	91	(39,4)
Médecin traitant	68	(29,4)
Gynécologue	72	(31,2)
Fréquence du suivi n (%)		
Plus d'une fois par an	61	(51,3)
Moins d'une fois par an	58	(48,7)
Palpation des seins n (%)		
Oui	106	(74,7)
Non	36	(25,4)
Poursuite du suivi gynécologique de la même manière n (%)		
Oui	117	(77,5)
Non	34	(22,5)
Antécédents familiaux de cancer du sein n (%)		
Oui	53	(22,9)
Non	178	(77,1)
Antécédents personnels de cancer du sein n (%)		
Oui	4	(1,7)
Non	226	(77,1)
Pathologies suivies n (%)		
Aucune	73	(31,9)
1	116	(50,7)
2	33	(14,4)
3	5	(2,2)
Plus de 3	2	(0,9)

c. Habitudes de vie des femmes ayant renvoyé le questionnaire (Tableau 3) :

La plupart étaient actives, avec au moins une activité de loisirs pour 91% (n=213), et une activité sportive pour 84% (n=196). Peu de patientes (n=6 ; 3%) ne pouvaient pas se déplacer.

Tableau 3 : Habitudes de vie des femmes ayant renvoyé le questionnaire (n=233)

Pratique sportive régulière n (%)		
Aucune	37	(15,9)
1	119	(51,1)
2	54	(23,2)
3	4	(1,7)
Plus de 3	19	(8,2)
Activités de loisir n (%)		
Aucune	20	(8,6)
1	52	(22,3)
2	75	(32,2)
3	54	(23,2)
Plus de 3	32	(13,7)
Difficultés de déplacement n (%)		
Jamais	182	(80,2)
Quelques fois	39	(17,2)
En permanence	6	(2,6)

d. Parcours du dépistage des femmes invitées par DOCVie et ayant reçu le questionnaire (Tableau 4) :

La plupart des femmes ont été invitées en moyenne sept fois par DOCVie, et cinq (+/- 0,6) mammographies ont été réalisées avec DOCVIE.

Sur les 994 femmes ayant reçu le questionnaire, seulement 32% (n=318) ont réalisé leur mammographie : 73% (n=170) des femmes répondantes ont réalisé leur mammographie contre 19% (n=148) des femmes non répondantes.

Le dernier résultat connu de leur mammographie pour la plupart des femmes était une mammographie normale (n=987 ; 99%).

Tableau 4 : Description du parcours de dépistage des femmes invitées par DOCVie

	Répondantes (n=233)		Non répondantes (n=761)		Effectif total (n=994)	
Événements*						
Moyenne (std)	7	(+/-0,1)	7	(+/-0,0)	7	(+/-0,0)
Mini	1,00		1,00		1,00	
Maxi	10,00		10,00		10,00	
Rang**						
Moyenne (std)	5	(+/-0,8)	5	(+/-0,3)	5	(+/-0,6)
Mini	1,00		1,00		1,00	
Maxi	7,00		7,00		7,00	
Dernier événement connu n (%)						
Invitation	52	(22,3)	595	(78,2)	647	(65,1)
Test	170	(73,0)	148	(19,5)	318	(32,0)
Réponse postale	11	(4,7)	18	(2,4)	29	(2,9)
Situation finale n (%)						
ACR3 surveillance en cours	3	(1,3)	3	(0,4)	6	(0,6)
IRM en attente de résultat			1	(0,1)	1	(0,1)
Mammographie normale	230	(98,7)	757	(99,5)	987	(99,3)

*Nombre de fois où la femme a été invitée par DOCVie

**Nombre de fois où la femme a fait une mammographie avec DOCVie

3. Résultat des analyses univariées des femmes ayant renvoyé le questionnaire

a. Comparaison des analyses descriptives entre les répondantes et non répondantes (Tableau 5) :

La majorité des patientes ayant renvoyé le questionnaire ont été moins invitées (7 fois) par DOCVie que les non répondantes (8 fois) ($p < 0,01$).

Les répondantes participaient plus au dépistage que les non répondantes, de façon significative (7 mammographies versus 6, $p < 0,02$).

De plus parmi les répondantes, 73% ont réalisé leur mammographie de dépistage contre 19% dans le groupe des non répondantes ($p < 0,01$).

Tableau 5 : Analyse univariée entre les femmes ayant renvoyé le questionnaire et les non répondantes sur leur participation au dépistage avec DOCVie

	Répondantes (n=233)		Non répondantes (n=761)		p
Evénements* n (%)					
1	3	(1,3)	23	(3,0)	<0,01
2	3	(1,3)	12	(1,6)	
3	1	(0,4)	13	(1,7)	
4	4	(1,7)	14	(1,8)	
5	6	(2,6)	17	(2,2)	
6	19	(8,2)	45	(5,9)	
7	112	(48,1)	297	(39,0)	
8	65	(27,9)	306	(40,2)	
9	15	(6,4)	26	(3,4)	
10	5	(2,2)	8	(1,1)	
Rang** n (%)					
1	2	(1,2)	4	(2,7)	<0,002
2	2	(1,2)	5	(3,4)	
3	11	(6,5)	8	(5,4)	
4	8	(4,7)	22	(14,9)	
5	28	(16,5)	36	(24,3)	
6	55	(32,4)	40	(27,0)	
7	64	(37,7)	33	(22,3)	
Dernier événement connu n (%)					
Invitation	52	(22,3)	595	(78,2)	<0,01
Test	170	(73,0)	148	(19,5)	
Réponse postale	11	(4,7)	18	(2,4)	
Situation finale n (%)					
ACR 3 surveillance en cours	3	(1,3)	3	(0,4)	0,26
IRM en attente	0	(0,0)	1	(0,1)	
Mammographie normale	230	(98,7)	757	(99,5)	

*Nombre de fois où la femme a été invitée par DOCVie

**Nombre de fois où la femme a fait une mammographie avec DOCVie

b. Comparaison des analyses descriptives selon le nombre de mammographies effectuées (tableau 6 et annexe 4) :

Toutes les variables du questionnaire ont été croisées en analyse univariée avec la variable « nombre de mammographies effectuées ».

Ainsi, le nombre de mammographies réalisées était statistiquement associé au souhait de poursuivre les mammographies après 74 ans ($p = 0,01$).

De plus, le nombre de mammographies effectuées était statistiquement associé à la palpation mammaire ($p=0,02$). En effet, plus les femmes avaient bénéficié d'une palpation mammaire, plus le nombre de mammographies effectuées augmentait (p -for trend $<0,05$).

Les femmes autonomes, actives ($p = 0,01$) et vivant à domicile ($p = 0,01$), étaient associées statistiquement au nombre de mammographies effectuées.

L'annexe 4 regroupe les résultats statistiquement non significatifs avec $p>0,20$.

Tableau 6 : Analyse univariée des analyses descriptives des femmes ayant renvoyé le questionnaire selon le nombre de mammographies effectuées (n=224)

	Nombre de mammographies effectuées								p
	aucune		Entre 2 et 5		Entre 6 et 10		11 et plus		
Effectifs n (%)	4	(1,8)	43	(19,2)	111	(49,6)	66	(29,5)	
Poursuite des mammographies après 74 ans n (%)									
Oui	2	(50,0)	27	(65,9)	69	(63,3)	48	(73,9)	0,01
Non	2	(50,0)	5	(12,2)	8	(7,3)	0	(0,0)	
Peut-être	0	(0,0)	9	(22,0)	32	(29,4)	17	(26,2)	
Palpation des seins n (%)									
Oui	2	(100,0)	15	(53,6)	46	(74,2)	38	(86,4)	0,02
Non	0	(0,0)	13	(46,4)	16	(25,8)	6	(13,6)	<i>p-trend</i> $<0,05$
Activités de loisir n (%)									
Aucune	1	(25,0)	10	(23,3)	7	(6,3)	2	(3,0)	0,01
1	0	(0,0)	12	(27,9)	22	(19,8)	14	(21,2)	
2	1	(25,0)	13	(30,2)	36	(32,4)	24	(36,4)	
3	1	(25,0)	5	(11,6)	26	(23,4)	20	(30,3)	
Plus de 3	1	(25,0)	3	(7,0)	20	(18,0)	6	(9,1)	
Difficultés de déplacement n (%)									
Jamais	2	(50,0)	31	(73,8)	93	(86,1)	49	(76,6)	0,12
Quelquefois	2	(50,0)	9	(21,4)	12	(11,1)	14	(21,9)	
En permanence	0	(0,0)	2	(4,8)	3	(2,8)	1	(1,6)	
Lieu de vie n (%)									
Domicile	3	(75,0)	40	(93,0)	109	(98,2)	66	(100,0)	0,01
Enfants	0	(0,0)	2	(4,7)	0	(0,0)	0	(0,0)	
Foyer logement	0	(0,0)	1	(2,3)	2	(1,8)	0	(0,0)	
EHPAD	1	(25,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	

Situation familiale									
n (%)									
Seule	2	(50,0)	20	(47,6)	31	(28,2)	21	(32,8)	0,11
En couple	2	(50,0)	22	(52,4)	79	(71,8)	43	(67,2)	
Nombre d'enfants									
n (%)									
0	1	(25,0)	5	(11,6)	6	(5,4)	2	(3,0)	0,20
1	1	(25,0)	11	(25,6)	16	(14,4)	11	(16,7)	
2	1	(25,0)	13	(30,2)	51	(46,0)	31	(47,0)	
3	1	(25,0)	5	(11,6)	26	(23,4)	15	(22,7)	
Plus de 3	0	(0,0)	9	(20,9)	12	(10,8)	7	(10,6)	
Diplôme									
n (%)									
Sans diplôme	1	(50,0)	14	(34,2)	32	(30,2)	15	(22,7)	0,19
Brevet et CAP/BEP	0	(0,0)	17	(41,5)	55	(51,9)	28	(42,4)	
BAC	0	(0,0)	4	(9,8)	5	(4,7)	11	(16,7)	
Etudes supérieures	1	(50,0)	6	(14,6)	14	(13,2)	12	(18,2)	
Activité professionnelle									
n (%)									
Travailleur indépendant/artisan	1	(33,3)	2	(5,0)	17	(15,7)	4	(6,2)	0,20
Employé/ouvrier	0	(0,0)	15	(37,5)	39	(36,1)	31	(47,7)	
Agent de maîtrise et cadre/ingénieur	1	(33,3)	8	(20,0)	11	(10,2)	9	(13,9)	
Autres	1	(33,3)	15	(37,5)	41	(38,0)	21	(32,3)	

c. Comparaison des analyses descriptives selon le souhait des patientes de poursuivre le dépistage après 74 ans (tableau 7 et annexe 5):

Toutes les variables du questionnaire ont été croisées en analyse univariée avec la variable « souhait des patientes de poursuivre des mammographies après 74 ans ».

Le souhait d'effectuer des mammographies après 74 ans était statistiquement associé au nombre de mammographies réalisées ($p = 0,01$) et au suivi gynécologique, notamment par un gynécologue ($p < 0,01$).

En effet, plus les patientes avaient un suivi gynécologique par un gynécologue, plus elles souhaitaient poursuivre les mammographies après 74 ans (p -for trend $< 0,05$).

Le souhait des patientes de poursuivre les mammographies après 74 ans était également significativement lié au souhait de poursuivre le suivi gynécologique de la même manière ($p < 0,01$).

Enfin, le souhait des patientes de poursuivre les mammographies après 74 ans était significativement lié aux diplômes obtenus ($p = 0,04$) et à leur activité professionnelle ($p = 0,001$).

L'annexe 5 regroupe les résultats statistiquement non significatifs avec $p > 0,20$.

Tableau 7 : Analyse univariée des analyses descriptives des femmes ayant renvoyé le questionnaire selon le souhait des patientes de poursuivre les mammographies après 74 ans (n= 228)

	Poursuite des mammographies après 74 ans						p
	Oui		Peut-être		Non		
Effectifs n (%)	153	(67,1)	59	(25,9)	16	(7,0)	
Nombre de mammographies n (%)							
Aucune	2	(50,0)	0	(0,0)	2	(50,0)	0,01
Entre 2 et 5	27	(65,9)	9	(22,0)	5	(12,2)	
Entre 6 et 10	69	(63,3)	32	(29,4)	8	(7,3)	
11 et plus	48	(73,9)	17	(26,2)	0	(0,0)	
Palpation des seins n (%)							
Oui	82	(76,6)	20	(69,0)	1	(33,3)	0,15
Non	25	(23,4)	9	(31,0)	2	(66,7)	
Suivi gynécologique n (%)							
Médecin traitant	45	(29,4)	19	(32,8)	2	(12,5)	<0,01
Gynécologue	62	(40,5)	8	(13,8)	0	(0,0)	<i>p-trend</i>
Pas de suivi	46	(30,1)	31	(53,5)	14	(87,5)	<i><0,05</i>
Poursuite du suivi gynécologique de la même manière n (%)							
Oui	94	(87,9)	19	(54,3)	3	(42,9)	<0,01
Non	13	(12,2)	16	(45,7)	4	(57,1)	<i>p-trend</i> <i><0,05</i>
Pratique sportive régulière n (%)							
Aucune	19	(12,4)	13	(22,0)	3	(19,8)	0,18
1	80	(52,3)	27	(45,8)	10	(62,5)	
2	41	(26,8)	11	(18,6)	1	(6,3)	
3	11	(7,2)	7	(11,9)	1	(6,3)	
Plus de 3	2	(1,3)	1	(1,7)	1	(6,3)	
Situation familiale n (%)							
Seule	50	(33,1)	17	(29,3)	9	(56,3)	0,13
En couple	101	(66,9)	41	(70,7)	7	(43,8)	
Diplômes n (%)							
Sans diplôme	42	(29,0)	19	(33,3)	2	(13,3)	0,04

Brevet et CAP/BEP	67	(46,2)	29	(50,9)	5	(33,3)	
BAC	11	(7,6)	6	(10,5)	3	(20,0)	
Etudes supérieures	25	(17,2)	3	(5,3)	5	(33,3)	
Activités professionnelles n (%)							
Travailleur indépendant/artisan	13	(9,0)	10	(17,0)	2	(13,3)	0,001
Employé/ouvrier	51	(35,4)	29	(49,2)	3	(20,0)	
Agent de maîtrise et Cadre/ingénieur	17	(11,8)	5	(8,5)	7	(46,7)	
Autres	63	(43,8)	15	(25,4)	3	(20,0)	

4. Résultat des analyses multivariées des femmes ayant renvoyé le questionnaire

a. Etude analytique selon le nombre de mammographies effectuées (Tableau 8 et annexe 6) :

Les résultats ont été ajustés sur : le souhait de poursuivre les mammographies après 74 ans ; la palpation des seins ; les diplômes ; et les activités de loisirs.

Le modèle multivarié final montrait un lien statistiquement significatif entre le souhait de poursuivre les mammographies après 74 ans selon le nombre de mammographies effectuées. En effet, le fait d'avoir réalisé moins de mammographies de dépistage était associé indépendamment à un souhait moindre de poursuivre les mammographies après 74 ans (ORa=0,02 IC95% [0,01 – 0,76], p = 0,04) (p-for-trend<0,05).

De plus, la palpation des seins était également associée statistiquement au nombre de mammographies réalisées (ORa= 3,35 IC95% [1,37 – 8,15], p = 0,01).

Enfin, avoir deux activités de loisirs était associé au fait d'avoir réalisé des mammographies sans pour autant montrer une association croissante (p-for-trend>0,05).

Nous avons étudié la relation entre les antécédents personnels, les antécédents familiaux, et les pathologies suivies en analyse univariée. Ces variables sont connues dans la littérature pour être des facteurs influençant la volonté de faire des mammographies. Dans notre population, peu de patientes avaient un antécédent personnel ou familial de cancer du sein ; la moitié avait une seule pathologie suivie.

En forçant sur ces variables dans le modèle multivarié final, nous retrouvons les mêmes facteurs influençant la volonté de faire des mammographies. Les résultats sont présentés en annexe 6.

Tableau 8 : Analyse multivariée des données des femmes ayant renvoyé le questionnaire selon le nombre de mammographies effectuées

	Odds Ratios ajustés (ORa)	Intervalle de confiance à 95% de l'Or	p ajusté
Poursuite des mammographies après 74 ans			
Non	0,02	[0,01 – 0,76]	0,04
Peut-être	0,72	[0,32 – 1,66]	0,10
			<i>p-trend</i> <0,05
Palpation des seins			
Oui	3,35	[1,37 – 8,15]	0,01
Diplômes			
Brevet et CAP/BEP	0,97	[0,40 – 2,35]	0,57
BAC	1,84	[0,51 – 6,71]	0,25
Etudes supérieures	0,91	[0,30 – 2,79]	0,55
Loisirs			
1	13,44	[2,72 – 66,48]	0,15
2	17,82	[3,54 – 89,64]	0,02
3	13,79	[2,81 – 67,71]	0,11
Plus de 3	9,02	[0,29 – 1,04]	0,72

b. Etude analytique selon le souhait des patientes de poursuivre le dépistage après 74 ans (Tableau 9 et annexe 7) :

Les résultats ont été ajustés sur : les diplômes ; le suivi gynécologique ; et la poursuite du suivi gynécologique de la même manière.

Le modèle multivarié final retrouvait un lien statistiquement significatif entre le suivi gynécologique selon le souhait de poursuivre les mammographies après 74 ans. En effet, les femmes ayant un suivi gynécologique par un gynécologue souhaitaient poursuivre les mammographies après 74 ans (ORa = 11,48 IC95% [3,30 – 39,96], p < 0,01) et de la même manière que ce qu'elles faisaient jusqu'à présent (ORa=2,85 IC95% [1,02 – 7,92], p = 0,05).

Le souhait de poursuivre le dépistage était associé à la spécialité (p-for-trend<0,05) (plus les femmes étaient suivies par un médecin spécialiste (gynécologue), plus elles souhaitaient poursuivre leur suivi gynécologique après 74 ans).

En forçant sur ces variables (antécédents personnels, les antécédents familiaux, et les pathologies suivies) dans le modèle multivarié final, nous retrouvons les mêmes facteurs influençant la volonté de poursuivre les mammographies. Les résultats sont présentés en annexe 7.

Tableau 9 : Analyse multivariée des données des femmes ayant renvoyé le questionnaire selon le souhait des patientes de poursuivre les mammographies après 74 ans

	Odds Ratios ajustés (ORa)	Intervalle de confiance à 95% de l'ORa	p ajusté
Diplômes			
Brevet et CAP/BEP	0,92	[0,33 – 2,52]	0,63
BAC	0,60	[0,15 – 2,48]	0,23
Etudes supérieures	2,49	[0,54 – 11,44]	0,12
Suivi gynécologique			
Médecin traitant	2,01	[0,67 – 6,03]	0,25
Gynécologue	11,48	[3,30 – 39,96]	<0,01
			<i>p-trend</i> <0,05
Poursuite du suivi gynécologique de la même manière			
Oui	2,85	[1,02 – 7,92]	0,05
			<i>p-trend</i> <0,05

IV. Discussion

1. Implication des femmes au dépistage de masse

a. Comment sensibiliser les femmes moins impliquées dans une dynamique de santé ? :

Les femmes ayant répondu à l'enquête sont en majorité actives et vivent à domicile, en couple, en milieu urbain. Elles ont toutes un médecin traitant et ont significativement plus participé au dépistage de masse organisé que les non répondantes.

Améliorer cette participation doit s'attacher à sensibiliser en particulier la population moins impliquée dans une dynamique de santé. Pour cela, une bonne campagne de communication sur le dépistage organisé est importante.

De plus, la lutte contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage est une question indispensable. Les facteurs de non-participation sont essentiellement liés au niveau socio-économique (27), à la participation à d'autres moyens de prévention mais aussi à l'isolement géographique.

Les données de la littérature internationale montrent que les femmes qui ne font pas l'objet d'un dépistage régulièrement ont tendance à faire partie des populations les plus mal desservies et les plus éloignées des centres radiologiques de dépistage. Des solutions doivent être trouvées pour permettre d'augmenter la participation au dépistage organisé et ainsi atteindre les recommandations européennes.

Des programmes de dépistage mobile appelés « mammobiles » ont été développés dans trois départements français (Hérault, Orne et Aveyron) (28).

Un médecin, formé à la radioprotection, doit être présent dans ces camionnettes pour interroger les femmes et les examiner. La première lecture des clichés est réalisée en différée en centre de lecture par un radiologue.

Ainsi, en se déplaçant directement dans les zones reculées, ces programmes mobiles rendent plus accessibles le dépistage. Il permet de cibler une population plus âgée et moins autonome.

Il a pour effet d'accroître le taux de participation ainsi que d'améliorer l'équité des soins (29).

Par ailleurs, il persiste une méfiance au sein de cette population-cible concernant la communication des résultats ou encore l'observance des recommandations nationales de suivi. C'est pourquoi, leurs taux de participation ne sont pas supérieurs aux moyennes nationales et de nombreux obstacles apparaissent, financiers et techniques notamment examens complémentaires si nécessaire, non réalisables au sein des mammobiles ; nécessité de convocation en cabinet de radiologie.

Le nombre de perdues de vue s'en ressent allant jusqu'à 11,4% alors que celui-ci est seulement de 2,7% pour les sites fixes (28).

Au final, la mammobile peut cibler les communautés mal desservies et éloignées, permettant une plus grande participation et une diminution des inégalités sociales et géographiques (34). Pour cela, il semblerait important de communiquer sur l'intérêt et la fiabilité de ce dépistage organisé afin d'encourager ces femmes à participer.

b. Place de l'examen clinique mammaire :

Dans notre étude, trois-quarts des patientes ont bénéficié d'une palpation mammaire. Elle était significativement reliée à la participation au dépistage organisé par le nombre de mammographies réalisées. Il est donc important de continuer de sensibiliser les patientes et également les professionnels de santé (en particulier les médecins généralistes) à ce dépistage clinique.

La pratique de l'examen clinique mammaire doit être encouragée et poursuivie.

c. Autres facteurs influençant la participation au dépistage :

D'autres facteurs influençant la participation des femmes au dépistage de masse organisé ont été retrouvés dans la littérature.

L'étude de Kalecinski et al. (27) montre que le principal moteur à la participation au dépistage organisé est la double lecture qui garantit pour les femmes la fiabilité des résultats. Le courrier d'invitation ainsi que la gratuité du dépistage organisé est également mis en avant en tant qu'élément positif.

De même, Duport et al. (31), ont mis en évidence un lien entre le dépistage du cancer du sein et le dépistage du cancer du col de l'utérus : le fait d'avoir réalisé récemment l'un des 2 dépistages influence positivement la réalisation de l'autre dépistage. Il est ainsi pertinent de communiquer sur les deux dépistages de façon simultanée puisqu'ils ont un rôle favorisant l'un sur l'autre.

Participer à un programme de dépistage améliorerait l'adhésion à d'autres programmes de dépistage.

d. Importance du suivi gynécologique :

Dans le cadre du dépistage organisé, il n'est pas nécessaire de passer par son médecin pour avoir une ordonnance et faire une mammographie.

Les femmes peuvent directement prendre rendez-vous avec un radiologue, munies de leur courrier d'invitation. C'est une des spécificités souvent avancée comme argument pour promouvoir le dépistage organisé (27).

Pourtant, cette possibilité est très peu retenue par les femmes qui participent au dépistage organisé. Au contraire, l'absence d'intervention du médecin traitant ou du gynécologue dans la procédure apparaît comme un frein à la participation au dépistage organisé.

En effet, toutes les patientes de notre étude étaient suivies par un médecin traitant. 60% des patientes avaient un suivi gynécologique par leur médecin traitant ou par un gynécologue.

En outre, le suivi gynécologique des femmes, en particulier par un gynécologue, était associé à une pratique plus fréquente du dépistage.

Ainsi, le seul courrier d'invitation au dépistage ne semble pas suffisant pour convaincre les femmes à participer. Par sa relation de confiance avec ses patientes, le médecin (gynécologue ou généraliste) a un rôle central dans le maintien de l'information sur les dépistages et dans l'incitation au dépistage chez les femmes qui ne le font pas fréquemment.

Un gynécologue aurait-il plus de poids qu'un médecin généraliste pour inciter à continuer le suivi ?

L'étude FADO (Facteurs d'Adhésion au Dépistage Organisé du cancer du sein) (32), montre que les différences entre les conduites de dépistage sont liées essentiellement à la problématique du suivi médical, en particulier du suivi gynécologique. L'étude préconise notamment la mise en place d'un travail d'information auprès des professionnels de santé pour mettre en avant les avantages et la plus-value du dépistage organisé. Elle montre l'importance de sensibiliser les gynécologues qui jouent un rôle important dans le choix des femmes. Ces derniers, ainsi que les médecins généralistes, pourraient être davantage impliqués dans le dépistage organisé par le biais de formations, par exemple, ou en travaillant directement avec la structure de gestion du dépistage.

L'enquête EDIFICE (33) souligne la nécessité de travailler en parallèle sur les individus, sur les médecins et sur la relation médecin/patientes. Cette enquête met en évidence deux aspects : d'une part, le niveau de maîtrise partiel des médecins concernant les recommandations en matière de dépistage (niveau d'information sur le dépistage et sur l'examen de mammographie, système de représentations et de croyances propre); d'autre part, des divergences importantes entre les points de vue

respectifs des femmes et des médecins concernant les raisons de pratiquer ou non le dépistage.

De plus, elle souligne la place de la confiance que la femme accorde ou non à son médecin pour expliquer son comportement à l'égard des recommandations, ainsi que l'influence du médecin sur le comportement final de la patiente.

L'enquête Edifice permet ainsi d'identifier des profils de femmes distincts et ayant des besoins différents, susceptibles d'orienter la pratique future. Elle confirme l'incidence des facteurs socio-économiques et souligne la place centrale du médecin généraliste dans le comportement déclaré de la femme à l'égard du dépistage.

Afin d'améliorer le dépistage organisé du cancer du sein, des critères d'auto-évaluation des pratiques en médecine générale ont été proposés (34) :

- s'assurer que toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans ont bénéficié d'un dépistage du cancer du sein par mammographie dans les 2 années précédentes ;
- rechercher les facteurs de risque du cancer du sein ;
- connaître le résultat et la qualité de la mammographie ;
- s'assurer qu'une démarche de soins adaptés en fonction des résultats de la mammographie est mise en place.

On peut en déduire que ce n'est pas d'être suivi par un gynécologue ou un médecin traitant qui semble influencer l'adhésion au dépistage, mais d'être suivi par un médecin maîtrisant le sujet pour donner confiance aux patientes. La formation des professionnels de santé, en particulier des médecins généralistes, dans le suivi gynécologique des femmes est de ce fait très importante.

2. Que faire après 74 ans ?

a. Place du dépistage individuel par mammographie :

Passé l'âge de 74 ans, le dépistage de masse par mammographie ne peut être envisagé car le risque de surdiagnostic augmente.

Le surdiagnostic est un risque important lié au dépistage systématique, en particulier chez les femmes âgées. Trouver et traiter un cancer qui peut ne jamais devenir cliniquement significatif pendant la vie d'une femme est peu ou pas avantageux, en particulier à la lumière de l'anxiété et des effets secondaires du traitement (21).

Par ailleurs, les campagnes de dépistage axées sur les femmes de moins de 74 ans pourraient laisser penser que le risque n'existe plus pour les personnes plus âgées. En effet, beaucoup de femmes pensent que le risque de cancer du sein diminue avec l'âge puisqu'elles ne sont plus invitées au dépistage organisé et que les campagnes de dépistage s'adressent aux femmes plus jeunes (35).

Les principales études d'opinion sur le dépistage organisé s'adressent à des femmes plus jeunes. Or, l'opinion des femmes âgées sur la poursuite des mammographies après 75 ans reste également très importante, étant les principales intéressées.

Dans notre étude, la moitié des patientes déclarait avoir effectué entre six et dix mammographies dans le cadre du dépistage organisé.

Plus des trois quarts des patientes indiquaient vouloir poursuivre un suivi gynécologique après 74 ans, avec la réalisation d'une mammographie pour 67% d'entre elles. Ainsi, les femmes ayant facilement accès aux soins et au dépistage souhaitent continuer le suivi gynécologique après 74 ans.

Dans l'étude de Schonberg et al., d'autres facteurs favorisant la poursuite du dépistage ont été mis en évidence (36). On retrouve en particulier : les habitudes de participation au dépistage, l'histoire personnelle ou familiale de cancer du sein, les influences sociales, et les précédentes expériences de mammographie. Cette même étude auprès des praticiens révèle que la prescription de mammographies dépend de l'âge, du statut fonctionnel, de la santé, de l'espérance de vie des patientes, de leur relation médecin/patiente, des recommandations, des traitements disponibles et des préférences des patientes.

Une enquête d'opinion et de pratiques auprès des médecins généralistes d'Ille et Vilaine sur le dépistage du cancer du sein après 75 ans a été réalisée en 2016 (37). Cette enquête montre que 76% des médecins généralistes pratiquent régulièrement l'examen clinique mammaire chez leurs patientes et 57% d'entre eux continuent à le faire après 75 ans.

En outre, 66% des médecins généralistes poursuivent la prescription de mammographies de dépistage alors que seuls 26% d'entre eux trouvent un intérêt à cette pratique.

Par ailleurs, plusieurs enquêtes ont été réalisées aux Etats Unis et au Québec afin d'examiner la relation entre la réalisation des mammographies de dépistage chez les femmes âgées et leur état de santé (38–41).

L'espérance de vie était fortement associée à la réalisation ou non des mammographies de dépistage par les médecins et les patientes. Néanmoins, ces différentes études montrent que de nombreuses femmes de plus de 75 ans effectuaient une mammographie de dépistage, malgré l'incertitude quant au bénéfice en raison d'une mauvaise santé. Ceci suggère que de nouvelles interventions sont nécessaires pour améliorer le ciblage du dépistage par l'espérance de vie.

L'arrêt des mammographies étaient perçues la plupart du temps comme difficiles et inconfortables pour les praticiens (36). Cela permet d'imaginer qu'il est parfois difficile de stopper la réalisation régulière de mammographies chez des patientes habituées, demandeuses et en bon état général.

Pour cela, des modèles d'aide décisionnelle (42) paraissent améliorer la prise de décision des femmes âgées à l'égard du dépistage par mammographie. Ces modèles

comprennent des informations sur le risque de cancer du sein, l'espérance de vie, les risques de mortalité concomitants, et les résultats possibles du dépistage.

Du fait de la moindre réalisation des mammographies chez les femmes plus âgées, les cancers du sein étaient plutôt détectés par examen clinique, et donc à des stades plus évolués (43).

Il n'y a pas de preuve suffisante pour permettre de dire qu'un dépistage par examen clinique mammaire systématique réduirait la mortalité liée au cancer du sein.

En effet, il est beaucoup moins évalué en dépistage que la mammographie (37). Des préoccupations éthiques rendent peu probables une comparaison de l'examen clinique mammaire avec une absence de dépistage dans les pays où le dépistage radiologique a été instauré (37).

Cependant, chez les femmes âgées, la découverte d'un cancer du sein à un stade peu avancé n'a pas d'impact sur leur espérance de vie ; ce pourquoi on considère que l'examen clinique est suffisamment sensible pour le dépistage du cancer du sein dans cette population. En effet, en comparaison à des témoins appariés, un diagnostic de carcinome canalaire in situ ou de cancer du sein de stade I est associé à une meilleure survie chez les patientes âgées (44). Cette absence de surmortalité souligne qu'une moindre sensibilité d'un test de dépistage serait suffisante.

La prescription de mammographies à titre de dépistage individuel ne doit donc pas remplacer l'examen clinique mammaire et doit être réfléchi de façon individuelle. Il paraît également important d'insister sur l'éducation thérapeutique de la patiente lors de la réflexion sur la poursuite ou non de la réalisation de mammographies. Il faut lui expliquer les avantages et les inconvénients de la mammographie, et l'inclure dans la décision.

b. Importance du diagnostic précoce :

Il est nécessaire de promouvoir la réalisation de l'examen clinique mammaire dans cette population pour pouvoir détecter plus précocement les tumeurs mammaires. D'ailleurs, plusieurs auteurs soumettent l'idée de réaliser un examen clinique mammaire régulier, par exemple annuel, chez les personnes âgées (37). Les tumeurs seraient détectées suffisamment tôt pour éviter la morbidité liée au diagnostic tardif, tout en évitant les risques liés au surdiagnostic, rapportés avec le dépistage mammographique (40,45).

En outre, l'examen clinique mammaire est plus facile dans cette population avec des seins moins denses et moins nodulaires (46). Il a une haute valeur prédictive positive. Le risque de faux positifs et d'examens complémentaires inutiles et stressants pour la patiente est ainsi diminué. La répétition de l'examen clinique pourrait permettre de détecter des tumeurs qui seraient passées inaperçues lors d'une consultation précédente.

Toute modification péjorative à l'examen clinique conduirait à la prescription d'une mammographie qui serait également plus facile à interpréter, en raison de l'involution mammaire, que chez la femme plus jeune.

Ainsi, il est considéré que l'examen clinique mammaire permet de favoriser le diagnostic précoce du cancer du sein chez les femmes pour qui le dépistage mammographique est controversé (47,48).

De plus, il est important de lui expliquer la surveillance par l'auto-palpation, bien qu'elle ne soit plus recommandée systématiquement (49). En effet, l'auto-palpation mammaire n'a pas démontré son efficacité en terme de découverte des cancers du sein à un stade précoce et de réduction de la mortalité. Elle est associée à une augmentation de consultations médicales et de biopsies mammaires non justifiées (50).

Cependant, si l'auto-palpation n'est plus systématiquement préconisée, une «attention mammaire» doit être rappelée à chaque femme, afin de consulter en cas de découverte d'une modification à la palpation ou de l'aspect du sein.

3. La sensibilisation à poursuivre la surveillance après 74 ans va de pair avec la participation au dépistage de masse entre 50 et 74 ans

a. Poursuite du suivi gynécologique après 74 ans : Par qui ? :

Comme nous l'avons vu auparavant, avant 74 ans, il existe une influence positive du suivi gynécologique sur la participation au dépistage.

Après 74 ans, une grande proportion de patientes sortantes du dépistage organisé manque d'informations, méconnaît cette pathologie et, par conséquent, ne va pas demander de surveillance particulière.

En effet, cette population a souvent un suivi gynécologique plus irrégulier. Ceci expliquerait en partie le faible taux de cancers du sein diagnostiqués par examen clinique du médecin généraliste et cela participerait probablement à l'existence de formes cliniquement plus avancées que chez les patientes plus jeunes.

Il semblerait donc qu'il faille améliorer leur information.

Pour cela, la responsabilité incombe surtout au corps médical et particulièrement au médecin traitant, au vu de la relation de confiance que les patientes entretiennent avec lui. De plus, les médecins traitants sont les médecins de premiers recours.

En 2007, une étude a montré qu'aux Etats-Unis, la recommandation du médecin traitant était le facteur le plus important pour orienter la décision de poursuivre ou non le dépistage du cancer du sein chez les femmes de plus de 65 ans comme chez les femmes de plus de 80 ans. Les facteurs cités ensuite étaient la recherche de réassurance et la force de l'habitude (51).

Ainsi, faute de recommandations concernant la poursuite d'un dépistage systématique par mammographie après 74 ans, le médecin généraliste doit assurer le suivi de ces femmes

L'implication du médecin généraliste dans la poursuite du suivi gynécologique est donc indispensable.

b. Rôle des structures de dépistage :

D'après les résultats de notre étude, le fait d'avoir réalisé moins de mammographies de dépistage était associé indépendamment à un souhait moindre de poursuivre les mammographies après 74 ans.

Améliorer le dépistage systématique organisé avant 74 ans aurait un rôle positif sur la poursuite du dépistage après 74 ans. Dans ce contexte, les structures départementales de dépistage du cancer ont probablement un rôle à jouer.

Le suivi ultérieur est peu abordé par les centres de dépistage. En effet, une enquête observationnelle auprès des 91 structures françaises de gestion du dépistage organisé a été réalisée en 2012 par l'institut Bergonié (52). Elle décrit dans quelle mesure les structures de gestion du dépistage organisé des cancers fournissent une information systématique aux patientes sortant de la tranche d'âge et quelle suite de prise en charge elles leur proposent.

L'information apportée par les agences de dépistage aux femmes à la sortie du dépistage organisé était très variable tant dans les modalités que dans le contenu. La plupart des structures de gestion du dépistage précisait seulement que la femme serait invitée à participer au dépistage organisé jusqu'à ses 74 ans lors des courriers d'invitation ou des résultats, sans évoquer le suivi ultérieur.

Depuis 2016, DOCVie a intégré un nouveau message de sensibilisation pour les femmes concernant la poursuite de leur suivi après leur sortie du dépistage organisé du cancer du sein. Son impact sera étudié lors d'études ultérieures.

Plus les femmes participeront au dépistage de masse avant 74 ans, plus elles seront sensibilisées à poursuivre leur surveillance et à améliorer le diagnostic précoce après 74 ans.

Il est donc important de réaliser une bonne campagne de dépistage de masse organisé entre 50 et 74 ans afin d'avoir un impact sur leur suivi futur.

4. Biais et limites

Le protocole de l'étude nous semblait adéquat pour cette étude transversale à visée descriptive ayant pour objectif de dresser un état des lieux sociodémographiques des femmes quittant le dépistage organisé. En effet, l'envoi du questionnaire associé à la dernière invitation de participation au dépistage permettait de sensibiliser toutes les patientes concernées.

Néanmoins une des limites de l'étude a été la petite taille de l'échantillon. Un nombre important de patientes (76,66%) n'a pas répondu à l'enquête. Le nombre de questionnaires reçus étant trop faible par rapport au nombre de questionnaires envoyés entraîne ainsi un biais de sélection.

A cela s'ajoute également un biais d'évaluation du fait des données manquantes. Les femmes qui se sentent les moins concernées par le dépistage n'ont pas participé à l'enquête. Il est en effet assez logique que les personnes ne participant pas à un dispositif qui s'adresse à elles, ne participent pas, ou participent moins, à une enquête visant à comprendre les raisons de leur non-participation.

On peut supposer que si elles ne sont pas sensibles à une offre publique, elles ne sont pas, ou elles sont moins sensibles à une demande de participation à une enquête. C'est pourquoi, seule l'opinion des femmes participant déjà au dépistage organisé est évaluée.

Un autre biais d'information est inhérent à toute étude déclarative par auto-questionnaire qui conduit à une surdéclaration de la pratique de dépistage. La qualité de l'information recueillie est subjective et un biais de classement est possible.

Enfin, une autre limite est que le questionnaire associé au message d'information renforce la sensibilisation à la poursuite du suivi gynécologique, comparativement à l'envoi du message seul.

CONCLUSION

Les femmes ayant répondu à l'enquête étaient en majorité actives, vivant à domicile en couple, en milieu urbain, avec un bon suivi médical, incluant leur participation au dépistage de masse organisé.

Au contraire, la non-implication des femmes dans une dynamique de santé semblerait être un facteur prédictif de non-participation au dépistage.

Par ailleurs, nous avons mis en évidence une association entre le nombre de mammographies réalisées et la palpation mammaire.

Ainsi, améliorer le taux de participation au dépistage de masse organisé entre 50 et 74 ans doit s'attacher à sensibiliser les femmes moins impliquées dans une dynamique de santé. Pour cela, il faut insister sur la communication, promouvoir la palpation mammaire, et instaurer un suivi et une relation de confiance entre la patiente et son médecin (généraliste ou gynécologue).

Il convient de favoriser un accès de proximité, et de mieux informer les patientes en mettant en avant le caractère insidieux de la pathologie et l'intérêt du dépistage précoce.

La pratique de l'examen clinique mammaire doit également être encouragée et poursuivie.

Enfin, le dépistage doit être relayé par les acteurs de santé, en particulier par les médecins généralistes, notamment pour les patientes en milieu rural ou défavorisé. Le médecin doit s'assurer que les enjeux du dépistage sont bien compris, encourager leur participation et contrôler la réalisation effective de l'examen.

Après 74 ans, la prescription de mammographies à titre de dépistage individuel ne doit pas remplacer l'examen clinique mammaire et doit être réfléchi de façon individuelle.

Il paraît également important d'insister sur l'éducation thérapeutique de la patiente lors de la réflexion sur la poursuite ou non de la réalisation de mammographies. Il faut lui expliquer les avantages et les inconvénients de la mammographie, et l'inclure dans la décision.

En effet, chez les femmes pour qui le dépistage mammographique est controversé, l'examen clinique mammaire permettrait de favoriser le diagnostic précoce du cancer du sein.

De plus, une «attention mammaire» doit être rappelée à chaque femme, afin de consulter en cas de découverte d'une modification à la palpation ou de l'aspect du sein.

La sensibilisation à poursuivre la surveillance après 74 ans va de pair avec la participation des femmes au dépistage de masse organisé entre 50 et 74 ans. Il est donc important d'améliorer « l'éducation à la santé » avant 74 ans, ce qui aurait un impact positif sur leur suivi futur.

De plus, le souhait de poursuivre un dépistage individuel était favorisé par une prise en charge antérieure par un gynécologue, avec un suivi souhaité de la même manière.

Le gynécologue semble être important mais on peut penser qu'un médecin traitant impliqué favorisera aussi la participation au dépistage.

Il est nécessaire que les médecins et les structures de dépistage travaillent conjointement (groupe de travail, journée de formation, soirée d'information grand public) afin d'améliorer la communication auprès des femmes les plus âgées participant au dépistage de masse, et de préparer leur sortie du programme organisé.

Depuis 2016, DOCVie a commencé une démarche de sensibilisation des femmes quittant le dépistage organisé en incluant un message sur la dernière invitation (annexe 1).

Prochainement, une enquête rétrospective sera menée auprès des femmes sorties du dépistage organisé il y a deux ans. Elle éclairera sur les modalités de la poursuite de leur suivi gynécologique en l'absence de message de sensibilisation.

Une dernière enquête sera réalisée afin d'évaluer l'impact du message de sensibilisation.

Les informations recueillies grâce à ces trois enquêtes aboutiront à terme à des actions concrètes en faveur d'une meilleure sensibilisation et d'un meilleur suivi des femmes de plus de 74 ans.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Institut National Du Cancer. Le cancer du sein - Les cancers les plus fréquents [Internet]. [cité 15 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers/Les-cancers-les-plus-frequents/Cancer-du-sein>
2. Institut National Du Cancer. Les cancers en France - Édition 2016 [Internet]. [cité 24 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-cancers-en-France-Edition-2016>
3. InVS. Cancer du sein / Données par localisation / Cancers / Maladies chroniques et traumatismes / Dossiers thématiques / Accueil [Internet]. [cité 7 août 2017]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Donnees-par-localisation/Cancer-du-sein>
4. Santé publique France. Incidence et dépistage du cancer du sein en France [Internet]. Disponible sur: http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10543
5. Institut National Du Cancer. Épidémiologie des cancers - Les chiffres du cancer en France [Internet]. [cité 6 août 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers>
6. Institut National Du Cancer. Bénéfices et limites du programme de dépistage organisé du cancer du sein [Internet]. Disponible sur: <file:///C:/Users/Alexia%20NSK/AppData/Roaming/Mozilla/Firefox/Profiles/0a5ezejy.default/zotero/storage/EBMKFW5/Benefices-limites-du-programme-de-depistage-cancer-sein2013.pdf>
7. HAS. Dépistage et prévention du cancer du sein [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/refces_k_du_sein_vf.pdf
8. Institut National Du Cancer. Le programme de dépistage organisé - Dépistage du cancer du sein [Internet]. [cité 25 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Le-programme-de-depistage-organise>
9. InVS. Evaluation des programmes de dépistage des cancers > Evaluation du programme de dépistage du cancer du sein > Programme national de dépistage organisé du cancer du sei [Internet]. [cité 13 juin 2017]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/surveillance/cancers_depistage/evaluation_sein_programme.htm
10. The Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40–74 years [Internet]. [cité 16 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.cmaj.ca/content/183/17/1991.short>

11. Nelson HD, Tyne K, Naik A, Bougatsos C, Chan BK, Humphrey L, et al. Screening for breast cancer: an update for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 17 nov 2009;151(10):727-37, W237-242.
12. Peter C Gøtzsche, Margrethe Nielsen. Screening for breast cancer with mammography. [cité 16 oct 2017]; Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001877.pub3/full>
13. Independent UK Panel on Breast Cancer Screening. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *The Lancet.* 17 nov 2012;380(9855):1778-86.
14. Duffy SW, Yen AM-F, Chen TH-H, Chen SL-S, Chiu SY-H, Fan JJ-Y, et al. Long-term benefits of breast screening. *Breast Cancer Manag.* 1 mai 2012;1(1):31-8.
15. Tabár L, Vitak B, Chen TH-H, Yen AM-F, Cohen A, Tot T, et al. Swedish Two-County Trial: Impact of Mammographic Screening on Breast Cancer Mortality during 3 Decades. *Radiology.* 1 sept 2011;260(3):658-63.
16. Beral V, Alexander M, Duffy S, Ellis IO, Given-Wilson R, Holmberg L, et al. The number of women who would need to be screened regularly by mammography to prevent one death from breast cancer. *J Med Screen.* 1 déc 2011;18(4):210-2.
17. Advisory Committee on Breast Cancer Screening. Screening for breast cancer in England: past and future. *J Med Screen.* 1 juin 2006;13(2):59-61.
18. Duffy SW, Tabar L, Olsen AH, Vitak B, Allgood PC, Chen THH, et al. Absolute Numbers of Lives Saved and Overdiagnosis in Breast Cancer Screening, from a Randomized Trial and from the Breast Screening Programme in England. *J Med Screen.* 1 mars 2010;17(1):25-30.
19. Tournoux Facon C, DOCVie. Rapport d'activité de la structure de gestion DOCVIE.pdf [Internet]. Disponible sur: https://depistage-organise-cancer.esante-poitou-charentes.fr/gallery_files/site/136/1680/2595/6863.pdf
20. Institut National Du Cancer. Epidémiologie - Oncogériatrie [Internet]. [cité 13 févr 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Oncogeriatric/Epidemiologie>
21. Sinclair N, Littenberg B, Geller B, Muss H. Accuracy of screening mammography in older women. *AJR Am J Roentgenol.* nov 2011;197(5):1268-73.
22. American Cancer Society. American Cancer Society Recommendations for the Early Detection of Breast Cancer [Internet]. [cité 8 août 2017]. Disponible sur: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection/american-cancer-society-recommendations-for-the-early-detection-of-breast-cancer.html>
23. US Preventive Services Task Force. Final Recommendation Statement: Breast Cancer: Screening [Internet]. [cité 8 août 2017]. Disponible sur: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/breast-cancer-screening1>

24. Institut National Du Cancer. Dépistage du cancer du sein : vous avez plus de 74 ans - Dépistage du cancer du sein [Internet]. [cité 1 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-sein/Vous-avez-plus-de-74-ans>
25. Institut National Du Cancer. Concertation citoyenne sur le dépistage du cancer du sein - Démocratie sanitaire [Internet]. [cité 26 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Democratie-sanitaire/Concertation-citoyenne-sur-le-depistage-du-cancer-du-sein>
26. Concertation citoyenne et scientifique Avis du comité technique et de prospective sur le dépistage du cancer du sein [Internet]. [cité 12 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.concertation-depistage.fr/wp-content/uploads/2016/06/concertation-depistage-cancer-du-sein-avis-du-comite-technique-et-de-prospective.pdf>
27. Kalecinski J, Régnier-Denois V, Ouédraogo S, Dabakuyo-Yonli TS, Dumas A, Arveux P, et al. Dépistage organisé ou individuel du cancer du sein ? Attitudes et représentations des femmes, Organized or individual breast cancer screening : what motivates women ? Santé Publique. 10 juin 2015;27(2):213-20.
28. Vallée A. Le « Mammobile » : une méthode pertinente en France ?, Is “mobile mammography” a relevant method in France ? Santé Publique. 1 déc 2016;28(5):599-602.
29. J. Fraisse, J.-P. Daures, M. Orsini, F. Bessaoud, M. Galindo, J. Cherifcheikh, et al. Le mammobile : facteur d'équité sociale au diagnostic du cancer du sein dans l'Hérault ? Disponible sur: http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/53852/SFSPM_2013_237.pdf
30. Guillaume E, Launay L, Dejardin O, Bouvier V, Guittet L, Déan P, et al. Could mobile mammography reduce social and geographic inequalities in breast cancer screening participation? Prev Med. juill 2017;100:84-8.
31. Duport N, Serra D, Goulard H, Bloch J. Quels facteurs influencent la pratique du dépistage des cancers féminins en France ? Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 1 oct 2008;56(5):303-13.
32. Nicolas Duport, Rosemary Ancelle-Park, Marjorie Boussac-Zarebska, Zoé Uhry, Juliette Bloch. Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein : étude FADO-sein. Disponible sur: file:///C:/Users/Alexia%20NSK/AppData/Roaming/Mozilla/Firefox/Profiles/0a5eza.jy.default/zotero/storage/DNTBG38F/plaquette_cancer_sein.pdf
33. Dolbeault S, Blay JY, Eisinger F, Pivot X, Morère JF, Calazel-Benque A, et al. XXV^e Congrès de la SFPO « Cancers, cultures et pratiques de soins » Paris le 28 novembre 2008 Freins et motivations au dépistage des cancers du sein: quels profils typologiques ? Résultats issus de l'enquête ÉDIFICE. Psycho-Oncol. 1 mars 2009;3(1):60-2.
34. Haute Autorité de Santé - Dépistage du cancer du sein en médecine générale [Internet]. [cité 28 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.has->

35. Masson E. Le dépistage du cancer du sein chez les femmes de plus de 75 ans [Internet]. EM-Consulte. [cité 26 août 2017]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/740084/article/le-depistage-du-cancer-du-sein-chez-les-femmes-de->
36. Schonberg MA, Ramanan RA, McCarthy EP, Marcantonio ER. Decision Making and Counseling around Mammography Screening for Women Aged 80 or Older. *J Gen Intern Med.* sept 2006;21(9):979-85.
37. Cathala E. Dépistage du cancer du sein après 75 ans, enquête d'opinion et de pratiques auprès des Médecins Généralistes d'Ille et Vilaine [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2016.
38. Schonberg MA, McCarthy EP, Davis RB, Phillips RS, Hamel MB. Breast cancer screening in women aged 80 and older: results from a national survey. *J Am Geriatr Soc.* oct 2004;52(10):1688-95.
39. Schonberg MA, Breslau ES, McCarthy EP. Targeting of Mammography Screening by Life Expectancy Among Women Aged 75 and Older. *J Am Geriatr Soc.* mars 2013;61(3):388-95.
40. Schonberg MA, Silliman RA, Marcantonio ER. Weighing the benefits and burdens of mammography screening among women age 80 years or older. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 10 avr 2009;27(11):1774-80.
41. Kadaoui N, Guay M, Baron G, St-Cerny J, Lemaire J. Pratiques médicales de dépistage du cancer du sein chez les femmes de 35 à 49 ans et 70 ans et plus. *Can Fam Physician.* janv 2012;58(1):e39-46.
42. Schonberg MA, Beth Hamel M, Davis RB, Griggs CM, Wee CC, Fagerlin A, et al. Development and Evaluation of a Decision Aid on Mammography Screening for Women Aged 75 and Older. *JAMA Intern Med.* mars 2014;174(3):417-24.
43. Vacek PM, Skelly JM. A prospective study of the use and effects of screening mammography in women aged 70 and older. *J Am Geriatr Soc.* janv 2015;63(1):1-7.
44. Schonberg MA, Marcantonio ER, Ngo L, Li D, Silliman RA, McCarthy EP. Causes of Death and Relative Survival of Older Women After a Breast Cancer Diagnosis. *J Clin Oncol.* 20 avr 2011;29(12):1570-7.
45. Barton MB, Harris R, Fletcher SW. Does this patient have breast cancer? The screening clinical breast examination: should it be done? How? [Internet]. Centre for Reviews and Dissemination (UK); 1999 [cité 26 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK67957/>
46. Ecomard L-M. Modalités diagnostiques du cancer du sein chez la femme, à partir de 75 ans, en Gironde: rôle du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [1970-2013, France]: Université de Bordeaux II; 2013.

47. Australia C. Early detection of breast cancer [Internet]. 2012 [cité 28 sept 2017]. Disponible sur: <https://canceraustralia.gov.au/publications-and-resources/position-statements/early-detection-breast-cancer>
48. Jill Thistlethwaite, Rebecca Stewart, Rebecca Evans. Clinical breast examination of asymptomatic women Attitudes and clinical practice. Disponible sur: file:///C:/Users/Alexia%20NSK/AppData/Roaming/Mozilla/Firefox/Profiles/0a5ezejy.default/zotero/storage/ZQKZSTFS/5884_Thistlethwaite_et_al_2008.pdf
49. Netgen. Un dépistage du cancer du sein différent de celui de la population générale : pour quelles femmes et avec quelles mesures ? [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 29 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-66/31409>
50. Elmore JG, Armstrong K, Lehman CD, Fletcher SW. Screening for Breast Cancer. JAMA. 9 mars 2005;293(10):1245-56.
51. Schonberg MA, McCarthy EP, York M, Davis RB, Marcantonio ER. Factors influencing elderly women's mammography screening decisions: implications for counseling. BMC Geriatr. 16 nov 2007;7:26.
52. Écomard L-M, Malingret N, Asad-Syed M, Dilhuydy M-H, Mdranges N, Payet C, et al. Diagnostic du cancer du sein après 74 ans : information donnée par les structures de gestion du dépistage organisé à la sortie de la tranche d'âge concernée. Bull Cancer (Paris). 1 juill 2013;100(7):671-8.

ANNEXES

ANNEXE 1 : La lettre d'invitation

Madame,

Vous êtes invitée par DOCVie à réaliser une dernière mammographie dans le cadre du programme national de dépistage organisé du cancer du sein qui s'adresse aux femmes de 50 à 74 ans inclus.

Cette mammographie, ainsi que l'examen clinique des seins et la seconde lecture éventuelle, sont pris en charge à 100%, sans avance de frais. Si un examen complémentaire vous est proposé par votre radiologue (échographie...), il sera pris en charge dans les conditions habituelles de remboursement.

A partir de 75 ans, vous ne recevrez plus d'invitation systématique par DOCVie. Cependant, le risque de survenue d'un cancer du sein persiste au-delà de 74 ans.

Nous vous recommandons de consulter au moins une fois par an ou dès l'apparition d'une anomalie pour vous faire examiner les seins.

Prenez directement rendez-vous avec votre radiologue.

Lors de la consultation, pensez à apporter :

- Ce courrier
- Vos précédentes mammographies (si vous en avez)
- Votre carte vitale

Après cette dernière mammographie DOCVie, la poursuite des mammographies pourra faire l'objet d'une discussion avec votre médecin.

Un diagnostic précoce est essentiel pour un traitement plus simple et l'obtention d'une guérison.

Dr Caroline Tournoux-Facon
Médecin coordonnateur

ANNEXE 2 : Le questionnaire DOCVie/UCOG

Concernant votre parcours de santé

1. Combien de mammographies avez-vous eues dans votre vie (dans le cadre du dépistage organisé DOCVIE ou autre), avant celle pour laquelle vous êtes invitée cette année ?

Aucune Une mammographie Entre 2 et 5 Entre 6 et 10 11 et plus

2. Après 74 ans, pensez-vous continuer à réaliser des mammographies de dépistage ?

Oui Non Je ne sais pas

3. Avez-vous un médecin traitant ?

Oui Non

↳ Si oui, à quelle distance de votre lieu de vie se trouve son cabinet ? Environ _____ km

↳ Si oui, votre médecin effectue-t-il des visites à domicile ? Oui Non

4. Sur le plan gynécologique :

↳ **Par qui êtes-vous suivie ?**

Mon médecin traitant Mon gynécologue Un autre praticien : _____

Je n'ai pas de suivi gynécologique

↳ **A quelle fréquence ce suivi gynécologique a-t-il lieu ?**

Au moins une fois par an

Moins d'une fois par an. Précisez dans ce cas la fréquence : _____

↳ **Ce suivi gynécologique comprend-il un examen clinique de vos seins (palpation) ?**

Oui Non

5. A l'avenir, pensez-vous poursuivre ce suivi gynécologique de la même manière ?

Oui Non Si non, précisez pourquoi : _____

6. Avez-vous des antécédents familiaux de cancer du sein ?

Oui Non

7. Avez-vous déjà été suivie pour un cancer du sein ?

Oui Non Si oui, précisez l'année du diagnostic :

8. Etes-vous régulièrement suivie pour un problème de santé (plusieurs réponses possibles) ?

Aucun problème de santé

Pulmonaire

Dépression

Cardiaque

Diabète

Autre(s). Précisez : _____

Concernant vos habitudes de vie

9. Avez-vous une pratique sportive régulière (plusieurs réponses possibles) ?

- Marche / Randonnée Natation
 Yoga / Gym / Aquagym Vélo
 Danse Autre(s). Précisez : _____

10. Avez-vous des activités de loisirs, culturelles régulières (plusieurs réponses possibles) ?

- Lecture Cinéma / Spectacles (concerts, théâtre...)
 Loisirs créatifs Voyages
 Jeux de carte / Jeux de société Autre(s). Précisez : _____

11. Comment vous déplacez-vous le plus souvent ?

- Avec mon véhicule personnel Transports en commun A pied A vélo
 Grâce à des proches Autre(s). Précisez : _____

12. Rencontrez-vous des difficultés à organiser vos déplacements ?

- Jamais Quelquefois En permanence

13. Quels problèmes rencontrez-vous dans vos déplacements (plusieurs réponses possibles) ?

- Aucun Manque ou absence de moyen de transport
 Coût du transport Indisponibilité de mes proches
 Autre(s). Précisez : _____

Pour mieux vous connaître

14. Quel âge avez-vous ? _____ ans

15. Quelle est votre commune de résidence ? _____

- En zone urbaine En zone rurale

16. Où vivez-vous actuellement ?

- A mon domicile ⇒ Seule En couple Avec mes enfants ou des proches
Nombre de personnes qui vivent avec moi à mon domicile : _____ personne(s)
 Chez mes enfants ⇒ Seule En couple
 En foyer logement ⇒ Seule En couple
 En EHPAD ⇒ Seule En couple
 Autre. Précisez : _____

17. Si vous avez eu des enfants, combien en avez-vous eus : _____ enfant(s)

18. Avez-vous des aides à domicile ou sur votre lieu de vie ?

Oui Non

Si oui, lesquelles : _____

19. Avez-vous obtenu des diplômes ?

Sans diplôme Brevet CAP/BEP BAC Etudes supérieures

20. Si vous avez exercé une activité professionnelle, dans quel secteur avez-vous travaillé ?

Travailleur indépendant / Artisan Employé / Ouvrier

Agent de maîtrise Cadre / Ingénieur

Autre. Précisez : _____

Commentaires libres : si vous le souhaitez, vous pouvez ici apporter des précisions sur certains points abordés dans ce questionnaire.

Une fois ce questionnaire rempli, merci de bien vouloir le glisser dans l'enveloppe T pré-remplie et affranchie jointe et nous l'expédier

ANNEXE 3 : La lettre d'information

Madame,

C'est la dernière fois que vous êtes invitée par DOCVie à réaliser une mammographie dans le cadre du programme national de dépistage organisé du cancer du sein, qui ne concerne actuellement que les femmes de 50 à 74 ans. Il sera cependant important de continuer à vous faire suivre après cette mammographie.

Dans le cadre d'une enquête menée par l'Unité de Coordination en Onco-Gériatrie, nous vous invitons à répondre au questionnaire joint à ce courrier, concernant votre situation actuelle et le suivi que vous envisagez. Cela ne vous prendra qu'un instant, et une enveloppe pré-remplie et affranchie vous permettra de nous le retourner facilement et gratuitement.

Merci de renseigner ce questionnaire en indiquant vos réponses dans les espaces prévus à cet effet, ou en cochant la case de votre choix. Certaines questions peuvent amener plusieurs réponses : cochez alors les cases correspondantes.

Ce questionnaire s'adresse à toutes les femmes de 73-74 ans invitées à participer cette année au dépistage organisé, que vous réalisiez ou non votre mammographie avec DOCVie.

En cas de difficultés, ou si vous avez des questions, vous pouvez contacter :
Me Caroline TRAN
Chargée de missions UCOG-IR Poitou-Charentes
Email : caroline.tran@chu-poitiers.fr
Tel. : 05 49 44 31 67

Nous vous remercions de votre participation à cette enquête dont l'objectif est de contribuer à améliorer le suivi des femmes de plus de 75 ans.

Dr Caroline Tournoux-Facon
Médecin coordonnateur de DOCVie

Dr Simon Valero
Médecin coordonnateur de l'UCOG-IR

ANNEXE 4 : Analyse univariée des analyses descriptives des femmes ayant renvoyé le questionnaire selon le nombre de mammographies effectuées (n=224), résultats non significatifs

	Nombre de mammographies effectuées				p
	aucune	Entre 2 et 5	Entre 6 et 10	11 et plus	
Suivi gynécologique n (%)					
Médecin traitant	0 (0,0)	12 (27,9)	36 (33,0)	18 (27,3)	0,54
Gynécologue	2 (50,0)	12 (27,9)	18 (25,7)	25 (37,9)	
Pas de suivi	2 (50,0)	19 (44,2)	45 (41,3)	23 (34,9)	
Fréquence du suivi n (%)					
Moins d'une fois par an	0 (0,0)	10 (58,8)	28 (51,9)	16 (41,0)	0,32
Plus d'une fois par an	2 (100,0)	7 (41,2)	26 (48,2)	23 (59,0)	
Poursuite du suivi gynécologique de la même manière n (%)					
Oui	2 (100,0)	22 (81,5)	48 (70,6)	39 (84,8)	0,27
Non	0 (100,0)	5 (18,5)	20 (29,4)	7 (15,2)	
Antécédents familiaux de cancer du sein n (%)					
Oui	0 (0,0)	10 (23,3)	31 (28,4)	12 (18,2)	0,35
Non	4 (100,0)	33 (76,7)	78 (71,56)	54 (81,8)	
Antécédents personnels de cancer du sein n (%)					
Oui	0 (0,0)	1 (2,3)	1 (0,9)	2 (3,1)	0,56
Non	4 (100,0)	42 (97,7)	108 (99,1)	63 (96,9)	
Pathologies suivies n (%)					
Aucune	1 (25,0)	16 (37,2)	32 (29,9)	24 (36,4)	0,94
1	2 (50,0)	20 (46,5)	54 (50,5)	33 (50,0)	
2	1 (25,0)	6 (14,0)	16 (15,0)	8 (12,1)	
3	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (3,7)	1 (1,5)	
Plus de 3	0 (0,0)	1 (2,3)	1 (0,9)	0 (0,0)	
Pratique sportive régulière n (%)					
Aucune	0 (0,0)	7 (16,3)	23 (20,7)	5 (7,6)	0,26
1	2 (50,0)	26 (60,5)	54 (48,7)	33 (50,0)	
2	2 (50,0)	8 (18,6)	23 (20,7)	20 (30,3)	
3	0 (0,0)	2 (4,7)	10 (9,0)	5 (7,6)	
Plus de 3	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,9)	3 (4,6)	

Commune de résidence n (%)									
Urbaine	2	(50,0)	21	(48,8)	47	(42,3)	29	(43,9)	0,89
Rurale	2	(50,0)	22	(51,2)	64	(57,7)	37	(56,1)	
Aides à domicile n (%)									
Oui	1	(25,0)	7	(16,3)	16	(14,4)	13	(19,7)	0,63
Non	3	(75,0)	36	(83,7)	95	(85,6)	53	(80,3)	
Evènement n (%)									
1	0	(0,0)	2	(4,7)	0	(0,0)	1	(1,5)	0,23
2	0	(0,0)	1	(2,3)	0	(0,0)	2	(3,0)	
3	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(0,9)	0	(0,0)	
4	0	(0,0)	2	(4,7)	1	(0,9)	0	(0,0)	
5	0	(0,0)	3	(7,0)	1	(0,9)	2	(3,0)	
6	1	(25,0)	3	(7,0)	10	(9,0)	4	(6,1)	
7	2	(50,0)	19	(44,2)	62	(55,9)	25	(37,9)	
8	1	(25,0)	12	(27,9)	26	(23,4)	23	(34,9)	
9	0	(0,0)	1	(2,3)	6	(5,4)	8	(12,1)	
10	0	(0,0)	0	(0,0)	4	(3,6)	1	(1,5)	
Rang n (%)									
1	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(1,2)	1	(2,0)	0,98
2	0	(0,0)	1	(4,0)	0	(0,0)	1	(2,0)	
3	0	(0,0)	2	(8,0)	6	(7,2)	2	(3,9)	
4	0	(0,0)	2	(8,0)	2	(2,4)	4	(7,8)	
5	0	(0,0)	3	(12,0)	16	(19,3)	8	(15,7)	
6	1	(50,0)	8	(32,0)	27	(32,5)	16	(31,4)	
7	1	(50,0)	9	(36,0)	31	(37,4)	19	(37,3)	
Dernier événement connu n (%)									
Invitation	2	(50,0)	15	(34,9)	23	(20,7)	12	(18,2)	0,30
Test	2	(50,0)	25	(58,1)	83	(74,8)	51	(77,3)	
Réponse postale	0	(0,0)	3	(7,0)	5	(4,5)	3	(4,6)	
Situation finale n (%)									
ACR 3 surveillance en cours	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(0,9)	2	(3,0)	0,53
Mammographie normale	4	(100,0)	43	(100,0)	110	(99,1)	64	(97,0)	

ANNEXE 5 : Analyse univariée des données des femmes ayant renvoyé le questionnaire selon le souhait des patientes de poursuivre les mammographies après 74 ans (n= 228), résultats non significatifs

	Poursuite des mammographies après 74 ans						p
	Oui		Peut-être		Non		
Fréquence du suivi n (%)							
Moins d'une fois par an	47	(51,7)	9	(37,5)	1	(50,0)	0,58
Plus d'une fois par an	44	(48,4)	15	(62,5)	1	(50,0)	
Antécédents familiaux de cancer du sein n (%)							
Oui	35	(23,2)	15	(25,4)	1	(6,3)	0,26
Non	116	(76,8)	44	(74,6)	15	(93,8)	
Antécédents personnels de cancer du sein n (%)							
Oui	4	(2,7)	0	(0,0)	0	(0,0)	0,69
Non	147	(97,4)	59	(100,0)	16	(100,0)	
Pathologies suivies n (%)							
Aucune	48	(32,0)	20	(33,9)	4	(25,0)	0,88
1	78	(52,0)	27	(45,8)	9	(56,3)	
2	20	(13,3)	10	(17,0)	3	(18,8)	
3	2	(1,3)	2	(3,4)	0	(0,0)	
Plus de 3	0	(0,0)	0	(0,0)	0	(0,0)	
Activités de loisir n (%)							
Aucune	14	(9,2)	5	(8,5)	1	(6,3)	0,93
1	33	(21,6)	13	(22,0)	3	(18,8)	
2	45	(29,4)	23	(39,0)	6	(37,5)	
3	40	(26,1)	11	(18,6)	3	(18,8)	
Plus de 3	21	(13,7)	7	(11,9)	3	(18,8)	
Moyens de transports n (%)							
Véhicule personnel	87	(57,2)	29	(50,9)	9	(56,3)	0,21
Proche	4	(2,6)	2	(3,5)	1	(6,3)	
Transport en commun	2	(1,3)	0	(0,0)	0	(0,0)	
A pied	6	(4,0)	1	(1,8)	1	(6,3)	
Vélo	1	(0,7)	0	(0,0)	0	(0,0)	
Autres	2	(1,3)	0	(0,0)	2	(12,5)	
Plus d'une réponse	50	(32,9)	25	(43,9)	3	(18,8)	
Difficulté de déplacement n (%)							
Jamais	119	(79,3)	48	(82,8)	12	(80,0)	0,22
Quelques fois	29	(19,3)	7	(12,1)	2	(13,3)	
En permanence	2	(1,3)	3	(5,2)	1	(6,7)	

Commune de résidence n (%)							
Urbaine	69	(45,1)	24	(40,7)	10	(62,5)	0,30
Rurale	84	(54,9)	35	(59,3)	6	(37,5)	
Lieu de vie n (%)							
Domicile	148	(97,4)	58	(98,3)	15	(93,8)	0,26
Enfants	2	(1,3)	0	(0,0)	0	(0,0)	
Foyer logement	2	(1,3)	1	(1,7)	0	(0,0)	
EHPAD	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(6,3)	
Nombre d'enfants n (%)							
0	9	(5,9)	3	(5,1)	3	(18,8)	0,38
1	30	(19,6)	12	(20,3)	1	(6,3)	
2	64	(41,8)	25	(42,4)	8	(50,0)	
3	32	(20,9)	10	(17,0)	4	(25,0)	
Plus de 3	18	(11,8)	9	(15,2)	0	(0,0)	
Aides à domicile n (%)							
Oui	27	(17,7)	8	(13,6)	3	18,8	0,76
Non	126	(82,4)	51	(86,4)	13	81,3	
Evènement n (%)							
1	2	(1,3)	1	(1,7)	0	(0,0)	0,83
2	2	(1,3)	1	(1,7)	0	(0,0)	
3	1	(0,7)	0	(0,0)	0	(0,0)	
4	4	(2,6)	0	(0,0)	0	(0,0)	
5	2	(1,3)	3	(5,1)	1	(6,3)	
6	10	(6,5)	7	(11,9)	2	(12,5)	
7	74	(48,4)	29	(49,2)	6	(37,5)	
8	42	(27,5)	14	(23,7)	7	(43,8)	
9	12	(7,8)	3	(5,1)	0	(0,0)	
10	4	(2,6)	1	(1,7)	0	(0,0)	
Rangs n (%)							
1	2	(1,6)	0	(0,0)	0	(0,0)	0,81
2	2	(1,6)	0	(0,0)	0	(0,0)	
3	9	(7,3)	1	(2,6)	1	(20,0)	
4	7	(5,7)	1	(2,6)	0	(0,0)	
5	19	(15,3)	7	(18,4)	0	(0,0)	
6	39	(31,5)	12	(31,6)	3	(60,0)	
7	46	(37,1)	17	(44,7)	1	(20,0)	
Situation finale n (%)							
ACR 3 surveillance en cours	1	(0,7)	2	(3,4)	0	(0,0)	0,26
Mammographie normale	152	(99,4)	57	(96,6)	16	(100,0)	

ANNEXE 6 : Analyse multivariée des données des femmes ayant renvoyé le questionnaire selon le nombre de mammographies effectuées, avec les variables forcées

	Odds Ratios ajustés (ORa)	p ajusté
Poursuite des mammographies après 74 ans		
Oui	44,83	0,03
Peut-être	35,96	0,07
Palpation des seins		
Oui	3,96	0,01
Diplômes		
Brevet et CAP/BEP	0,88	0,49
BAC	1,66	0,31
Etudes supérieures	0,90	0,63
Loisirs		
1	12,28	0,25
2	15,89	0,04
3	14,86	0,08
Plus de 3	10,85	0,43
Antécédents personnels de cancer du sein		
Oui	1,56	0,67
Antécédents familiaux de cancer du sein		
Oui	0,61	0,22
Pathologies suivies		
1	1,31	0,23

ANNEXE 7 : Analyse multivariée des données des femmes ayant renvoyé le questionnaire selon le souhait des patientes de poursuivre les mammographies après 74 ans, avec les variables forcées

	Odds Ratios ajustés (ORa)	p ajusté
Diplômes		
Brevet et CAP/BEP	0,82	0,76
BAC	0,39	0,07
Etudes supérieures	2,21	0,11
Suivi gynécologique		
Médecin traitant	2,41	0,36
Gynécologue	13,39	<0,01
Poursuite du suivi gynécologique de la même manière		
Oui	3,16	0,04
Antécédents personnels de cancer du sein		
Oui	>1000,00	0,98
Antécédents familiaux de cancer du sein		
Oui	0,79	0,63
Pathologies suivies		
1	1,38	0,28

RESUME ET MOTS CLES

Enquête auprès des femmes invitées pour la dernière fois au dépistage organisé du cancer du sein : Quel parcours passé ? Quel souhait pour l'avenir ?

INTRODUCTION :

Entre 50 et 74 ans, toutes les femmes sont invitées à participer à un dépistage de masse organisé du cancer du sein par la réalisation d'une mammographie tous les deux ans. A partir de 75 ans, il n'existe aucun consensus de dépistage alors que le risque persiste avec un nouveau pic d'incidence après 80 ans. Un projet en trois étapes a été élaboré par l'UCOG (Unité de Coordination en OncoGériatrie) Poitou-Charentes en collaboration avec DOCVie (structure de gestion du Dépistage Organisé des Cancers dans la Vienne). La première étape a consisté en l'envoi d'un questionnaire accompagnant la dernière invitation où un message de sensibilisation à la poursuite d'une surveillance était intégré.

OBJECTIFS :

Etablir une description sociodémographique des femmes quittant le dépistage organisé du cancer du sein, avec comme objectifs secondaires de définir les facteurs médico-sociaux influençant l'adhésion au dépistage et ceux influençant leur intention de poursuivre le suivi gynécologique au-delà de 74 ans.

MATERIEL ET METHODE :

Etude prospective, observationnelle, transversale. Entre le 1^{er} mai et le 31 décembre 2016, toutes les femmes âgées de 73-74 ans ont reçu avec leur dernière invitation un questionnaire les interrogeant sur : leur parcours de soins passé, leur intention en terme de suivi futur, leurs habitudes de vie, leurs situations familiale et sociale. Parallèlement des informations DOCVie (événement, rang, date d'invitation, dernier événement connu) pour chaque femme invitée au cours de l'année 2016, ont été récupérées.

RESULTATS :

Au total, 233 patientes (23%) ont répondu au questionnaire. 2% avaient un antécédent personnel de cancer du sein, 23% un antécédent familial. Un tiers n'avait aucun problème de santé. La majorité avait au moins un enfant (94%) et vivait à domicile (97%), en couple (66%), en milieu urbain (55%), sans aides à domicile (69%). La plupart étaient actives, avec au moins une activité de loisir pour 91% et sportive pour 84%. Peu de patientes (3%) ne pouvaient pas se déplacer. Concernant leur parcours de santé, 50% avaient réalisé entre six et dix mammographies. Toutes étaient suivies par un médecin traitant. 60% avaient un suivi gynécologique par un médecin traitant ou un gynécologue, avec une palpation mammaire dans 75% des cas. Les trois-quarts pensaient poursuivre un suivi gynécologique après 74 ans, avec la réalisation d'une mammographie pour 67%. Comparativement les répondantes participaient plus au dépistage ($p < 0,02$). La participation des femmes au dépistage allait de pair avec la palpation mammaire (ORa= 3,35 IC95% [1,37 – 8,15]) et l'activité de 2 loisirs (ORa = 17,82 IC95% [3,54 – 89,64]). Le souhait de poursuivre un dépistage individuel était favorisé par une prise en charge antérieure par un gynécologue (ORa = 11,48 IC95% [3,30 – 39,96]), avec suivi souhaité de la même manière (ORa=2,85 IC95% [1,02 – 7,92]). Le fait d'avoir réalisé moins de mammographies de dépistage était associé indépendamment à un souhait moindre de poursuivre les mammographies après 74 ans (p -for-trend<0,05).

CONCLUSION :

Les femmes ayant répondu à l'enquête étaient en majorité actives, vivant à domicile en couple, avec un bon suivi médical, incluant leur participation au dépistage de masse organisé. Améliorer cette participation doit s'attacher à sensibiliser en particulier la population moins impliquée dans une dynamique de santé et insister sur la palpation mammaire.

Le souhait de poursuivre un dépistage individuel est favorisé par une prise en charge antérieure par un gynécologue, avec un suivi souhaité de la même manière.

La sensibilisation à poursuivre la surveillance après 74 ans, et de ce fait favoriser le diagnostic précoce, va de pair avec la participation des femmes au dépistage de masse organisé entre 50 et 74 ans.

MOTS-CLES : Cancer du sein, Dépistage, Suivi gynécologique, Femmes âgées

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 !

