

Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein : étude Fado-sein, France, 2005

Nicolas Duport (n.duport@invs.sante.fr), Rosemary Ancelle-Park, Marjorie Boussac-Zarebska, Zoé Uhry, Juliette Bloch
Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Résumé / Abstract

Objectifs – Le travail présenté visait à décrire les motifs de la participation ou non au dépistage organisé (DO) ou individuel (DI) du cancer du sein.

Méthodes – Cette étude transversale par auto-questionnaire a été réalisée en 2005 dans six structures départementales de gestion du DO du cancer du sein. Le tirage au sort, stratifié sur la participation au DO, le caractère rural de la commune de résidence et la tranche d'âge, a été effectué dans chaque département.

Résultats – Un total de 5 638 questionnaires exploitables a été analysé : 1 480 participantes au DO (taux de réponse : 40,3 %) et 4 158 non participantes au DO (taux de retour : 17,6 %) dont 3 537 ayant réalisé un dépistage individuel (DI) et 621 n'ayant fait aucun dépistage. La grande majorité des femmes interrogées connaissait le programme de DO. La seconde lecture était un des points de satisfaction les plus fréquemment cités par les femmes du DO. Les raisons évoquées pour ne pas avoir participé au DO étaient plutôt médicales pour les femmes du DI et plutôt personnelles pour les autres. Certaines femmes ayant discuté de la lettre d'invitation au DO avec leur médecin se sont vues proposer une autre mammographie que celle de DO.

Discussion-Conclusion – Des campagnes auprès des professionnels de santé et des femmes devraient renforcer l'information sur la qualité du programme de DO et notamment sur sa plus-value par rapport au DI.

French compliance determinants within the breast cancer screening programme: the FADO-sein study, 2005

Aims – The aim of this work was to explore the reasons for attendance or non-attendance to organized (OS) or individual (IS) breast cancer screening.

Methods – This cross-sectional study was set up in 2005 in six French districts using a self-administered postal questionnaire. Randomization was stratified proportionally on age and rural/urban status in each district, separately among attendees and non-attendees to the organized screening programme (OS).

Results – A total of 5,638 women returned their questionnaire: 1,480 attendees to the OS-screening (response rate: 40.3%) and 4,158 non-attendees to the OS-screening (response rate: 17.6%). Among them, 3,537 underwent an opportunistic (or individual) mammography (IS), and 621 did not participate in any screening. Most of women knew of the OS-programme. Second reading of all first reader's negative mammograms was one of the more frequent items of satisfaction reported by women of the OS-group. Reasons of non-attendance to the OS were rather medical compared to personal reasons for IS mammography. Some women discussed with their physician about OS invitation, and were proposed a mammography outside the OS-programme.

Discussion-Conclusion – Media and information campaigns should target both physicians and women, and emphasise the quality of the OS-programme compared to opportunistic screening.

Mots clés / Key words

Dépistage du cancer du sein, mammographie, dépistage organisé, connaissances, pratiques / Breast cancer screening, mammography, mass screening, knowledge, practices

Introduction

En France, le cancer du sein est le plus fréquent des cancers chez la femme. Il représentait, selon les estimations 2005, 36,7 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancers et 18,9 % des décès par cancer chez la femme [1].

Le programme de dépistage organisé (DO) du cancer du sein est généralisé à tout le territoire depuis 2004. Il cible les femmes de 50-74 ans qu'il invite par courrier à faire une mammographie gratuite tous les deux ans avec une double lecture des clichés jugés non suspects à la première lecture.

Le taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein était en 2005 de 45 %, ce qui est inférieur au taux de 70 % recommandé au niveau européen.

Le taux de couverture mammographique, défini par la réalisation d'une mammographie dans les deux ans, estimé par le Baromètre cancer 2005 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), était d'environ 70 % [2]. En tenant

compte de la sur-déclaration inhérente aux enquêtes par téléphone, la part du dépistage individuel (DI) dans la couverture mammographique serait proche de 10-15 %¹.

La participation insuffisante des femmes au programme de dépistage organisé a pour conséquence une baisse de l'efficacité attendue du dépistage sur la mortalité [3-5]. Le recours des femmes au dépistage individuel a des conséquences sur l'efficacité du programme.

L'étude Fado-sein avait comme objectif principal d'analyser les liens entre profil sociodémographique, recours aux soins et participation au dépistage organisé ou individuel [6,7]. Nous présentons ici les résultats concernant l'objectif secondaire de décrire les motifs de participation et de non participation au dépistage des femmes de l'échantillon.

Méthodes

Cette étude transversale par auto-questionnaire a été réalisée entre mai et septembre 2005 dans six

structures départementales de gestion du dépistage organisé du cancer du sein : le Lot-et-Garonne, la Mayenne, la Sarthe, Paris, la Seine-Maritime et les Hauts-de-Seine. Un tirage au sort stratifié sur le caractère rural/urbain de la commune de résidence et la tranche d'âge quinquennale a été effectué à partir du fichier utilisé par chaque structure pour inviter les femmes et enregistrer les résultats. Deux groupes ont été constitués : le groupe des participantes au dépistage organisé (groupe DO) et le groupe des non participantes.

Les questionnaires comprenaient une partie commune sur les caractéristiques sociodémographiques et le recours aux soins, et une partie spécifique du groupe, sous forme de questions fermées, explorant

¹ Approximation basée sur la couverture calculée sur les données de remboursement de l'assurance-maladie pour les mammographies de dépistage (fourchette basse de la couverture réelle de dépistage), la couverture déclarée dans les grandes enquêtes comme le Baromètre cancer 2005 (fourchette haute de la couverture réelle de dépistage) et la participation au dépistage organisé.

les connaissances et les pratiques de dépistage ainsi que la satisfaction des femmes concernant le dépistage organisé pour celles qui l'avaient pratiqué et les raisons de non participation pour les autres. Pour satisfaire l'objectif de l'étude, 21 000 questionnaires (3 000 participantes, 18 000 non participantes) étaient nécessaires pour obtenir un effectif total de 4 800 femmes (1 200 participantes et 3 600 non participantes) compte tenu des taux de réponse habituels de ces enquêtes postales. Une réserve a été constituée parallèlement pour un éventuel second envoi si les effectifs minima n'étaient pas atteints suite au premier envoi. Les détails méthodologiques ont déjà été publiés [7].

Les femmes non participantes au dépistage organisé ont été réparties *a posteriori* en fonction de leur réponse au questionnaire, en deux sous-groupes : les femmes ayant déclaré avoir effectué une mammographie dans les deux ans (groupe DI) ; les femmes n'ayant effectué aucune mammographie dans les deux ans (groupe Aucun).

L'objectif de cet article était de décrire les attitudes, connaissances et pratiques des femmes vis-à-vis du dépistage du cancer du sein dans chacun des groupes au sein de l'échantillon.

Résultats

Les structures de gestion ont envoyé, de mai à septembre 2005, un total de 27 276 questionnaires dont 6 276 provenant de la réserve : 3 677 aux femmes ayant participé au dépistage organisé entre le 01/11/2003 et le 31/10/2004 et 23 599 questionnaires à des femmes n'ayant pas participé au dépistage organisé au cours de la même période, en dépit d'une invitation.

Un total de 5 638 questionnaires exploitables a été analysé pour une population d'étude répartie en : 1 480 participantes au dépistage organisé (groupe DO), soit un taux de réponse de 40,3 % et 4 158 non participantes au dépistage organisé, soit un taux de réponse de 17,6 %. Les 4 158 non participantes au dépistage organisé se répartissaient en 3 537 femmes ayant pratiqué une mammographie dans les deux ans (groupe DI) et 621 femmes n'ayant pas pratiqué de mammographie dans les deux ans (groupe Aucun).

La majorité des femmes, 93 % (groupe DI), 97 % (groupe DO) et 87 % (groupe Aucun), connaissait la campagne de dépistage organisé du cancer du sein. Les quatre principales sources de connaissance du dépistage organisé citées par les femmes étaient par ordre de fréquence la lettre d'invitation au dépistage organisé, les informations diffusées par les caisses d'assurance-maladie, les spots télévisés et les informations communiquées par un médecin suivant habituellement la femme (généraliste ou gynécologue) (tableau 1).

Respectivement 54 % (groupe DI), 70 % (groupe DO) et 37 % (groupe Aucun) des femmes avaient

Tableau 1 Principaux modes de connaissance de la campagne de dépistage organisé les plus fréquemment évoqués selon leur groupe d'appartenance (DI, DO ou aucun)* - étude Fado-sein, France, 2005
Table 1 Main means of knowledge about the organized breast cancer screening programme by screening group (IS, OS or NS)*, the FADO-sein study, France, 2005

	Groupe DI (%) (N=3 537)	Groupe DO (%) (N=1 480)	Groupe Aucun (%) (N=621)
Lettre d'invitation au DO	58,6	57,8	60,7
Caisse d'assurance-maladie	40,3	39,5	42,6
Télévision	28,3	25,7	33,6
Médecin généraliste	20,7	24,6	22,0
Gynécologue	23,8	22,7	10,9
Journaux, magazines	17,6	13,9	17,2
Votre famille, votre entourage	7,8	7,6	10,1

* Plusieurs réponses possibles (trois au maximum).

discuté avec leur(s) médecin(s) de l'invitation au dépistage organisé reçue par courrier. Parmi ces femmes, une part importante des femmes du groupe DI s'était vue proposer une mammographie autre que celle de dépistage organisé, principalement par un gynécologue. Cette situation était en revanche moins fréquente dans les deux autres groupes ($p < 10^{-3}$) (tableau 2).

Une grande majorité des femmes des groupes DI et DO (tableau 3) jugeait la mammographie utile. Dans le groupe Aucun, elles étaient près de 60 % à la trouver utile bien que n'en ayant pas fait. En revanche, dans les trois groupes, moins de 50 % des femmes jugeaient la mammographie fiable. Dans les trois groupes, moins d'une femme sur six trouvait la mammographie douloureuse. Dans les groupes DI et DO, elles n'étaient plus que 5 % à juger la mammographie embarrassante et 15 % dans le groupe Aucun ($p < 10^{-3}$).

Les femmes des groupes DI et Aucun étaient interrogées sur les principales raisons pour lesquelles elles n'avaient pas effectué la mammographie de dépistage organisé (tableau 4). Pour les femmes du groupe DI, les raisons étaient plutôt d'ordre médical : près de deux-tiers d'entre elles déclaraient que leur précédente mammographie datait de moins de deux ans à réception de l'invitation à pratiquer celle de dépistage organisé. Pour les femmes du groupe Aucun, les principales raisons évoquées étaient plutôt d'ordre personnel : le manque de temps (24 %) et l'absence d'antécédents familiaux de cancer du sein (20 %) étaient les deux plus fréquemment citées. Parmi les femmes du groupe Aucun qui ont déclaré n'avoir jamais réalisé de mammographie au cours de leur vie (N=199), les deux principales raisons évoquées étaient qu'elles n'en avaient pas besoin (27 %) et qu'elles avaient peur des résultats (22 %).

Tableau 2 Proportion de femmes auxquelles un médecin a proposé une autre mammographie que celle du dépistage organisé selon le groupe d'appartenance des femmes (DI, DO ou aucun) - étude Fado-sein, France, 2005 / *Table 2* Proportion of women whose physician suggested a mammography outside the organized programme by screening group (IS, OS or NS) - the FADO-sein study, France, 2005

	Groupe DI (%) (N=1 910 ^a)	Groupe DO (%) (N=1 042 ^a)	Groupe Aucun (%) (N=227 ^a)	P ^b
Médecin généraliste	12,4	1,4	4,4	$< 10^{-3}$
Gynécologue	29,0	3,1	8,1	$< 10^{-3}$
Radiologue	16,2	7,6	0	$< 10^{-3}$
Autre médecin	2,3	1,9	3,5	NS ^c

^a Femmes ayant discuté de l'invitation avec leur médecin.

^b Degré de signification du test de chi² entre les trois groupes.

^c Non significatif.

Tableau 3 Opinions des femmes sur la mammographie - étude Fado-sein, France, 2005
Table 3 Beliefs of women regarding mammography - the FADO-sein study, France, 2005

La mammographie est un examen :	Groupe DI (%) (N=3 537)	Groupe DO (%) (N=1 480)	Groupe Aucun (%) (N=621)	P*
Utile	71,3	84,1	59,5	$< 10^{-3}$
Fiable	45,9	39,6	31,4	$< 10^{-3}$
Douloureux	13,4	11,2	15,0	0,03
Embarrassant à passer	5,2	5,0	15,3	$< 10^{-3}$
Dangereux pour la santé	0,6	0,3	2,9	$< 10^{-3}$

* Degré de signification du test de chi-deux entre les trois groupes.

Tableau 4 Principales raisons données par les femmes pour n'avoir pas effectué la mammographie de dépistage organisé - étude Fado-sein, France, 2005 / *Table 4* Main reasons given by women for not having undergone a mammography in the organized screening programme - the FADO-sein study, France, 2005

Groupe DI	Nombre de fois où la raison est donnée* (N=3 537)	
	N	(%)
Ma dernière mammographie date de moins de 2 ans	2 330	(65,9)
Je suis suivie régulièrement pour une maladie du sein	666	(18,8)
Un médecin m'a déconseillé de la faire	219	(6,2)
Groupe Aucun	Nombre de fois où la raison est donnée* (N=621)	
	N	(%)
Je manquais de temps, j'ai oublié	148	(23,8)
Je n'ai pas de cas de cancer du sein dans ma famille	125	(20,1)
Je suis en bonne santé, je n'ai aucun signe	87	(14,0)
Je ne pense pas en avoir besoin	65	(10,5)
Je n'ai pas envie de me faire examiner les seins	64	(10,3)

* Les effectifs correspondent au nombre de fois où l'item a été coché, parmi une liste proposée, plusieurs réponses étant possibles.

Les femmes du groupe DO étaient 93 % à déclarer être satisfaites du dépistage organisé. Les trois points de satisfaction au dépistage organisé les plus fréquemment cités étaient le fait d'avoir été invitée par courrier (58 %), l'existence de la seconde lecture des clichés normaux (46 %) et le sentiment d'avoir été correctement prise en charge (35 %). Les deux principales raisons évoquées pour avoir participé au dépistage organisé étaient la conscience d'être à un âge où il est conseillé de réaliser une mammographie fréquemment (60 %) et de faire attention à sa santé (52 %). En revanche, peu (N=175 sur les 1 407 répondantes à la question sur la satisfaction) d'entre elles signalaient au moins un point négatif du dépistage organisé. Le point négatif le plus souvent cité, outre l'angoisse ressentie au cours du dépistage (12 %), était un délai trop long de rendez-vous chez le radiologue (8 %).

Une majorité de femmes dans les trois groupes, respectivement 69 % (groupe DI), 93 % (groupe DO) et 60 % (groupe Aucun), ont déclaré vouloir faire la mammographie de dépistage organisé lors de la prochaine invitation. De plus, 87 % (groupe DI), 94 % (groupe DO) et 69 % (groupe Aucun) déclaraient avoir déjà conseillé ou conseiller dorénavant la mammographie de dépistage organisé à leur entourage.

Discussion-Conclusion

L'étude Fado-sein dans son ensemble souligne le rôle central du médecin dans l'adhésion au dépistage du cancer du sein. On observe dans l'échantillon que les femmes sont nombreuses à discuter de l'invitation au dépistage organisé avec leur médecin et que son avis semble avoir une grande influence sur sa réalisation ou non dans le cadre du programme de dépistage organisé. Ces résultats viennent compléter les résultats de l'analyse explicative précédemment publiés (non présentés) [6,7] qui a mis en évidence que les facteurs de

participation des femmes au dépistage du cancer du sein sont essentiellement en relation avec le suivi médical.

Si les femmes sont une très grande majorité à connaître l'existence du programme de dépistage organisé dans leur département, leurs raisons de ne pas y participer sont différentes qu'elles fassent une mammographie de dépistage individuel -raison de suivi médical en général- ou qu'elles n'en fassent aucune -raison d'ordre personnel, une grande partie pensant ne pas en avoir besoin. Celles qui avaient participé au dépistage organisé connaissaient, et en faisaient même l'un des points de satisfaction les plus fréquemment cités, l'existence de la deuxième lecture des clichés en cas de mammographie jugée normale.

L'étude a permis d'identifier un frein d'ordre organisationnel à la participation au dépistage organisé : deux tiers des femmes du groupe DI ont cité comme raison de non participation au dépistage organisé le fait d'avoir reçu leur invitation « trop tôt » par rapport à leur dernière mammographie de dépistage individuel. En plus de la possibilité qu'ont les femmes de donner à la structure de gestion la date de leur dernière mammographie afin de décaler la date d'invitation au dépistage organisé, l'assurance-maladie pourrait transmettre systématiquement cette information à la structure de gestion.

L'étude possède néanmoins quelques limites. Comme la plupart des enquêtes déclaratives par auto-questionnaire postal, les femmes les plus précaires ou les moins intéressées par le dépistage n'ont probablement pas répondu autant que les autres [8]. En particulier, les femmes du groupe Aucun ne sont probablement pas représentatives de toutes les femmes qui ne se font pas dépister. Une deuxième limite de l'étude est la difficulté pour les femmes à différencier une mammographie de dépistage d'une mammographie de surveillance ou de diagnostic. Soulignons que 19 % des femmes du groupe DI ont déclaré être suivies dans le cadre

d'une maladie du sein. De même, il est possible qu'une partie des mammographies hors dépistage organisé prescrites par le gynécologue ou le médecin généraliste aux femmes du groupe DI corresponde à des mammographies de surveillance ou de diagnostic et non de dépistage.

Les facteurs identifiés dans cette étude sont cohérents avec ceux retrouvés dans les grandes études en population générale comme l'enquête Santé et protection sociale de 2002 de l'Irdes [9] ou les Baromètres santé et cancer de 2005 de l'Inpes [2]. Face à ces résultats concordants, des campagnes auprès des professionnels de santé –en particulier les gynécologues et les médecins traitants qui peuvent suivre leur patientèle avec l'aide de l'assurance-maladie– et des femmes devraient renforcer l'information sur la qualité du programme de dépistage organisé et notamment sur sa plus-value par rapport au dépistage individuel, tout en insistant également sur le fait que le dépistage organisé n'est pas incompatible avec un suivi régulier gynécologique.

Remerciements

Nous tenons à remercier tout particulièrement les médecins coordonnateurs des structures de gestion ayant participé à l'étude : A Airaud (47), C Allieux (44), A Benhammouda (76), S Dehé (92), E Hausherr (75), P Lalanne (53), N Moutarde (72). Nous remercions également G Adonias, M Charron, A Doussin et P Rouaud pour leur participation active dans la construction du protocole d'étude et des questionnaires, ainsi que les autres membres du comité de pilotage de l'étude : J Biesbrouck, D Cherasse, MF D'Acremont, E Guerrin-Tran et AL Le Garzic.

Références

- [1] Molinié F, Colonna M. Sein. In: Réseau français des registres de cancer, Hospices civils de Lyon, Inserm, Invs. 2008. Estimation de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1980 à 2005. http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations_cancers/donnees_localisation/sein/comment_sein.pdf (consulté le 13/06/2008).
- [2] Dupont N, Bloch J. Dépistage du cancer du sein. In: Guilbert P, Peretti-Watel P, Beck F, Gautier A, eds. Baromètre cancer 2005. Saint-Denis: Inpes, 2006: 119-26.
- [3] Chen HH, Duffy SW, Tabar L, Day NE. Markov chain models for progression of breast cancer. Part II: prediction of outcomes for different screening regimes. *J Epidemiol Biostat.* 1997; 2:25-35.
- [4] Arveux P, Wait S, Schaffer P. Building a model to determine the cost effectiveness of breast cancer screening in France. *Eur J Cancer Care* 2003; 2:143-53.
- [5] Fletcher SW, Elmoro JG. Clinical practice. Mammographic screening for breast cancer. *N Engl J Med.* 2003; 348:1672-80.
- [6] Dupont N, Ancelle-Park R, Boussac-Zarebska M, Uhry Z, Bloch J. Facteurs d'adhésion au dépistage organisé du cancer du sein: étude Fado-sein. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, 2007; 6 p. http://www.invs.sante.fr/publications/2007/plaquette_cancer_sein/plaquette_cancer_sein.pdf (consulté le 13/06/2008).
- [7] Dupont N, Ancelle-Park R, Boussac-Zarebska M, Uhry Z, Bloch J. Are breast cancer screening practices associated with sociodemographic status and healthcare access? Analysis of a French cross-sectional study. *Eur J Cancer Prev.* 2008; 17:218-24.
- [8] Degnan D, Harris R, Ranney J, Quade D, Earp JA, Gonzalez J. Measuring the use of mammography: two methods compared. *Am J Public Health.* 1992; 82(10):1386-8.
- [9] Dupont N, Ancelle-Park R. Do socio-demographic factors influence mammography use of French women? Analysis of a French cross-sectional survey. *Eur J Cancer Prev.* 2006; 15(3):219-24.
- [10] Baudier F, Michaud C. Le dépistage des cancers: entre organisation et libre choix. In: Beck F, Guilbert P, Gautier A, eds. Baromètre santé 2005. Saint-Denis: Inpes, 2007: 298-316.