

Pratiques du dépistage du cancer du sein à Paris : résultats de l'enquête Osapiens 2006

Juliette Gueguen, Emmanuelle Cadot (emmanuelle.cadot@inserm.fr), Alfred Spira

Atelier parisien de santé publique, Service de santé publique et d'épidémiologie, U 822, Hôpital de Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre, France

Résumé / Abstract

Le dépistage organisé du cancer du sein, mis en place à Paris en 2003, présente par rapport au dépistage individuel avec lequel il coexiste des avantages de contrôle de qualité et d'évaluation.

L'enquête Osapiens (Observatoire de la santé des Parisiens), conduite en 2006, a permis d'interroger un échantillon représentatif de 442 Parisiennes sur leurs recours à la mammographie. Les femmes âgées de 50 à 74 ans lors de leur dernière mammographie ont été interrogées sur leurs pratiques de dépistage afin de mieux décrire les profils des femmes qui recourent au dépistage individuel ou au dépistage organisé.

Parmi la population cible, 75,4 % [67,1-82,2] des femmes déclarent avoir passé une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes. Seules 27,3 % [22,9-32,1] ont participé au dépistage organisé. Les motivations de recours varient selon le type de dépistage : les femmes ayant eu recours au dépistage organisé (*vs* dépistage individuel) déclarent avoir été davantage motivées par les campagnes d'information (54,2 % *vs* 15,9 % $p=0,01$) ainsi que par la présence d'un cancer chez une personne proche (19,3 % *vs* 4,2 % ; $p<0,01$). Le suivi gynécologique régulier apparaît comme le principal déterminant du dépistage, qu'il soit individuel ou organisé $OR=8,0$ [4,7-13,6]. Les non-fumeuses participent aussi davantage, ainsi que celles qui déclarent les plus hauts niveaux d'étude. Cette tendance qui se dégage en fonction du niveau d'éducation, laisse supposer une différence de profils socio-économiques entre les utilisatrices du dépistage individuel et du dépistage organisé.

Breast screening practices in Paris: results of the OSAPIENS study, 2006

Organised breast cancer screening, implemented in Paris in 2003, presents benefits compared to opportunistic screening, within which it coexists, in terms of quality control and assessment.

The OSAPIENS study was performed in 2006; 442 Parisian women were interviewed about their screening behaviour. Women aged 50 to 54 years at the time of their latest mammography were interviewed on their screening practices, in order to better describe the profiles of those who use organised or opportunistic screening. Among the target population, 75.4% [67.1-82.2] of women reported having had a mammography in the past two years. Only 27.3% [22.9-32.1] reported having used the organised screening programme. Motivations depend on the age and type of screening: organised screening users were more likely to report a communication campaign (54.2% *vs* 15.9% $P=0.01$) or the occurrence of cancer in a close relative (19.3% *vs* 4.2%; $P<0.01$) as a motivational factor leading to their screening.

Regular gynaecological follow-up is strongly associated with screening $OR=8.0$ [4.7-13.6], whether opportunistic or organised. Non smokers are also more likely to attend screening, as are more educated women. This emerging trend, according to the level of education, suggests a difference of socio-economic profiles among users of individual screening and organised testing.

Mots clés / Key words

Cancer du sein, dépistage organisé, dépistage individuel, mammographie / Breast cancer, organised screening, opportunistic screening, mammography

Introduction

En France, le cancer du sein touche près de 50 000 nouvelles femmes par an et a causé en 2005 plus de 11 200 décès [1]. Le programme de dépistage organisé, qui propose une mammographie gratuite tous les deux ans aux femmes de 50 à 74 ans, a été mis en place à Paris en 2003 par l'Association pour le dépistage des cancers (Adeca 75). Ce programme présente l'avantage, en regard du dépistage individuel, d'être soumis à un contrôle qualité (double lecture des clichés négatifs, formation des radiologues, contrôle du matériel) et de permettre l'évaluation épidémiologique et médico-économique du dépistage. Pour être efficace, ce programme implique un taux de participation supérieur à 70 % [2] et la Loi de santé publique d'août 2004 présente comme objectif un taux de participation de 80 %. Or, seulement 47 % des Françaises et 26,8 % des Parisiennes de 50 à 74 ans ont participé au dépistage organisé pendant la campagne 2005-2006 [3,4].

L'enquête Osapiens, dont l'objectif est d'étudier la santé perçue et les comportements des Parisiens, porte sur diverses thématiques : les comportements

alimentaires ou sexuels, l'activité physique, le recours aux soins et la prévention, avec notamment un volet sur les pratiques de dépistage des cancers. Cette recherche permet de préciser les déterminants du comportement des Parisiennes en matière de dépistage du cancer du sein.

Matériels et méthodes

L'enquête Osapiens s'est déroulée de novembre à décembre 2006. Le plan de sondage – à 3 degrés – comprenait au 1^{er} degré une stratification socio-économique des quartiers parisiens. Dans chacune des strates, deux quartiers ont été tirés au sort. Au 2^e degré, des ménages ont été sélectionnés de façon aléatoire et au 3^e degré, un adulte de 18 à 75 ans a été tiré au sort dans chaque ménage (méthode des anniversaires). Les taux de refus sont relativement faibles tant au niveau des ménages (19,7 %) que des individus (13,8 %). L'analyse des données et le calcul des intervalles de confiance (à 95 %) tiennent compte du plan de sondage (pondération inverse à la probabilité d'inclusion) et de la non réponse globale (les données ont été redressées sur l'âge, le sexe et la strate socio-économique).

Au total, 738 personnes ont été interrogées, dont 442 femmes âgées de 18 à 75 ans et 227 de 50 à 74 ans¹). Les femmes qui avaient eu un cancer du sein ont été exclues de la seconde partie de l'analyse, car leurs recours à la mammographie relèvent d'un suivi régulier et non d'une pratique de dépistage ($n=21$, dont 19 entre 50 et 74 ans).

Le niveau d'étude était connu pour 186 femmes entre 50 et 75 ans : 32 déclaraient un niveau d'études primaire, 49 un niveau d'étude secondaire et 105 un niveau d'études supérieur.

En fonction des comportements antérieurs déclarés vis-à-vis de la mammographie (date de la dernière mammographie, utilisation de l'invitation ou d'une prescription individuelle), on a distingué :

- un groupe « dépistage organisé » (DO), composé de femmes ayant déclaré avoir passé leur dernière mammographie au cours des deux dernières années

¹ Les recommandations du dépistage organisé s'appliquent aux femmes de 50 à 74 ans ; les femmes de 75 ans (au moment de l'enquête) ont été gardées dans l'analyse lorsque leur dernière mammographie avait été réalisée avant l'âge de 75 ans.

dans le cadre du dépistage organisé (ie. en ayant utilisé l'invitation) (n = 53) ;

- un groupe « dépistage individuel » (DI), qui réunit les femmes ayant déclaré avoir passé leur dernière mammographie au cours des deux dernières années sur prescription médicale (hors suivi de cancer du sein) (n = 107) ;

- un groupe « non à jour », qui se compose de femmes ayant déclaré que leur dernière mammographie remonte à plus de deux ans ou qui n'ont jamais réalisé de mammographie (n = 48).

Les trois groupes ont été comparés en utilisant des méthodes d'analyse univariée puis multivariée par construction de modèles logistiques simple et multinomial (analyse des trois groupes dans un même modèle pour comparer les déterminants du recours au dépistage individuel de ceux du dépistage organisé) au moyen du logiciel Stata 9.0®. Les variables significatives au seuil $p < 0,20$ en analyse univariée ont été retenues. Une procédure descendante pas à pas a été adoptée pour le choix du modèle final.

Résultats

Pratique générale de la mammographie

Couverture

Parmi les Parisiennes de 18 à 75 ans, 57,8 % [50,4-64,8] ont déjà réalisé au moins une mammographie. Le pourcentage est maximal parmi les 50-59 ans (99,4 % [91,6-99,7]), il diminue légèrement parmi les 60-69 ans (93,7 % [74,8-98,7]) pour s'élever parmi les 70-75 ans (97,0 % [93,5-98,7]). Parmi les femmes de 50 à 74 ans, 75,4 % [67,1-82,2] ont réalisé une mammographie au cours des deux dernières années : 27,3 % [22,9-32,1] via le dépistage organisé, et la majorité (48,1 % [39,8-56,6]) dans le cadre d'un suivi ou d'un dépistage individuel. Parmi celles qui déclarent ne pas avoir réalisé de mammographie depuis moins de deux ans, 52,1 % [27,1-76,1] présentent un retard modéré (une mammographie datant de moins de trois ans). Au total, 88,2 % [78,0-94,1] des Parisiennes de 50 à 74 ans déclarent avoir passé une mammographie au cours des trois dernières années.

Motivation

Les mammographies réalisées dans le cadre du suivi d'un cancer du sein représentent 6,6 % des mammographies réalisées par les femmes de 18 à 75 ans (9,7 % pour les femmes de 50 ans et plus). Pour la suite de l'analyse des motivations du recours au dépistage, nous avons exclu ces femmes.

Parmi les femmes restantes, 38,8 % déclarent avoir réalisé leur mammographie suite à un symptôme ou à un antécédent familial.

Motivations en fonction de l'âge

Pour la plupart des femmes âgées de moins de 50 ans ayant réalisé une mammographie, un contexte particulier (symptôme ou antécédent familial) sous-tend le recours. Ainsi, la présence de signes cliniques est une motivation dont la fréquence diminue significativement avec l'âge : celle-ci est citée respectivement par 64,5 % des 18-39 ans, 22,2 % des 40-49 ans et 12,9 % des 50-74 ans ($p < 0,01$). De même, la présence d'un antécédent familial de cancer est une motivation citée plus fréquemment parmi les plus jeunes (28,5 % des 18-39 ans, 15,6 % des 40-49 ans et 11,9 % des 50-74 ans).

Si on limite le champ de l'analyse en excluant les femmes déclarant avoir réalisé une mammographie sur point d'appel clinique ou suite à un antécédent familial (ces mammographies pouvant être assimilées à des mammographies diagnostiques), la recommandation du médecin dans le cadre d'un suivi régulier (par un généraliste ou un spécialiste) apparaît alors comme un moteur fort du recours à la mammographie (citée par 89,3 % des femmes), sans différence selon l'âge. En revanche, le poids des conseils de l'entourage diminue significativement avec l'âge : cités comme motivation de la mammographie par 24,5 % des femmes de 18-39 ans, ils ne sont cités que par 18,4 % des 40-49 ans et par 5,5 % des 50-74 ans ($p = 0,07$).

Motivations selon le type de recours (individuel ou organisé) chez les femmes de 50 à 74 ans

Respectivement 11,8 % des femmes ayant eu un recours individuel et 13,8 % des femmes ayant participé au DO déclarent avoir été motivées par la présence d'un symptôme. Elles sont 17,3 % ayant

eu un recours individuel et 9,9 % ayant participé au DO à déclarer qu'un antécédent familial a motivé leur mammographie.

Après avoir exclu ces femmes de l'analyse, le suivi régulier (par un généraliste ou un spécialiste) apparaît également comme le principal facteur de recours quelque soit le type de dépistage. Il semble toutefois plus déterminant pour le dépistage individuel : cité par 98,3 % des femmes du groupe DI et 89,6 % des femmes du groupe DO ($p = 0,06$) (tableau 1). Les campagnes d'information apparaissent plus décisives en regard du recours au dépistage organisé (cité par 54,2 % des femmes du groupe DO vs 15,9 % des femmes du groupe DI ; $p = 0,01$) et le cancer (du sein ou autre) chez une personne proche également (19,3 % vs 4,2 % ; $p < 0,01$) (tableau 1).

Facteurs associés aux pratiques de dépistage des femmes de 50 à 74 ans

De la même façon que précédemment, les femmes ayant eu un cancer du sein sont exclues de l'analyse, car leur recours ne s'inscrit pas dans une pratique de dépistage. Par contre, les femmes ayant déclaré un antécédent familial ou un symptôme comme facteur motivant leur recours ont été maintenues.

Facteurs associés à la réalisation d'une mammographie dans les deux années précédant l'enquête

Le fait d'avoir réalisé une mammographie dans les deux années précédentes est étroitement lié à un suivi gynécologique régulier : OR=8,0 [4,7-13,6]. A l'inverse, le tabagisme apparaît inversement lié au fait d'être à jour : OR=0,5 [0,3-0,8]. Malgré une tendance qui semble se dégager, les niveaux d'études secondaires et supérieures (vs un niveau d'étude primaire) ne sont pas significativement associés à la réalisation plus fréquente d'une mammographie dans les deux ans précédant l'enquête (tableau 2).

Facteurs associés au fait d'avoir réalisé une mammographie dans les deux années précédentes selon le type de recours (DI ou DO)

Le suivi gynécologique régulier est fortement associé au fait d'avoir réalisé une mammographie

Tableau 1 Motivations déclarées du recours à la mammographie en fonction du type de dépistage chez les femmes à jour de 50 à 74 ans, Paris, France, 2006 / *Table 1* Factors motivating mammography by types of screening in 50 to 74 years old women having had a mammography in the past two years, Paris, France, 2006

Motivation de la mammographie	Dépistage individuel*	Dépistage organisé*	p
Toute mammographie			
Antécédent familial de cancer du sein	17,3 %	9,9 %	0,3
Signe clinique	11,8 %	13,8 %	0,79
Mammographies réalisées suite à des signes cliniques ou à un antécédent familial exclues			
Suivi régulier	98,3 %	89,6 %	0,06
Campagne d'information	15,9 %	54,2 %	0,01
Cancer chez une personne proche	4,3 %	19,3 %	< 0,01
Conseil de l'entourage	1,5 %	8,5 %	0,01

* Plusieurs réponses par femme étant possibles, le total est supérieur à 100%.

Tableau 2 Les variables associées aux femmes rapportant une mammographie dans les deux dernières années (DI et DO confondus)*, Paris, France, 2006 / *Table 2* Characteristics associated with women reporting having had a mammography in the past two years*, Paris, France, 2006

	Femmes à jour (DI et DO confondus) vs femmes non à jour (n = 184**)		
	OR ajusté	[IC 95 %]	p
Suivi gynécologique régulier			
Non	1		
Oui	8,0	[4,7-13,6]	< 0,01
Tabagisme			
Non	1		
Oui	0,5	[0,3-0,8]	0,02
En couple			
Non	1		
Oui	1,5	[0,6-3,9]	0,26
Niveau d'études			
Primaire	1		
Secondaire	3,6	[0,9-13,4]	0,06
Supérieur	4,1	[0,3-53,5]	0,20

* Les résultats, en plus d'être ajustés sur tous les facteurs du tableau, sont ajustés sur l'âge.

** n = 184, à cause de données manquantes.

dans les deux années précédentes, que ce soit via le dépistage individuel ou le dépistage organisé. Toutefois, il semblerait favoriser davantage le dépistage individuel, car l'OR associé au suivi gynécologique du groupe DI est nettement supérieur à celui du groupe DO. Cependant, nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence significative entre ces ORs. Le niveau d'éducation pourrait jouer un rôle différent dans les deux groupes de dépistage mais les effectifs analysés ne permettent pas de conclure (tableau 3).

Discussion-Conclusion

L'étude, réalisée en population générale, présente l'avantage d'assurer une bonne représentativité de la population et de pouvoir appréhender les femmes qui ont recours au dépistage parmi l'ensemble des Parisiennes. Cependant, avec un échantillon total de 738 personnes, l'effectif de la population cible est toutefois relativement limité (442 femmes, dont 227 de 50 à 74 ans), et l'étude manque parfois de puissance, en particulier pour mettre en évidence les différences de profils entre dépistage individuel et dépistage organisé. D'autre part, les résultats sont basés sur les déclarations des femmes, et la distinction – particulièrement au téléphone – entre DO et DI et entre mammographie de dépistage et mammographie diagnostic n'est pas toujours évidente. Le recours individuel sur prescription peut parfois correspondre à une mammographie de diagnostic ou de suivi, générant une marge d'erreur dans la comparaison des profils DO et DI. Pour limiter au mieux celle-ci, nous avons exclu de notre étude les femmes ayant déclaré avoir ou avoir eu un cancer du sein. Pour l'analyse des facteurs associés aux pratiques de dépistage, nous avons toutefois conservé les femmes ayant déclaré avoir un antécédent familial ou un symptôme comme facteur motivant leur recours. En théorie, ces deux situations ne relèvent pas *stricto sensu* du dépistage. Toutefois, différents éléments étayaient notre choix de garder ces femmes. D'une part, les questions étaient formulées de manière large (ni le degré de l'antécédent familial ni le type de symptôme n'étaient précisés). D'autre part, la référence à un antécédent familial ou à des symptômes relevait du ressenti des femmes par rapport à leurs motivations. Il ne s'agissait pas d'un relevé biomédical exact. Dès lors, il n'est pas impossible que certaines femmes aient cru avoir un symptôme ou aient surinvesti la notion d'antécédent familial, sans que ces critères soient validés de façon clinique. Cette hypothèse semble validée par l'analyse des recours individuel et organisé qui ne met pas en évidence de différence significative entre ces deux motifs (tableau 1).

Globalement, la population cible du dépistage du cancer du sein à Paris présente une couverture satisfaisante : 75,4 % des femmes de 50-74 ans déclarent avoir réalisé une mammographie de dépistage au cours des deux années précédentes (le taux est globalement estimé à 70 % au niveau national à partir des enquêtes déclaratives en population générale [4,5]). En outre, l'estimation de la participation au dépistage organisé (27,3 %

Tableau 3 Déterminants du recours au dépistage individuel et organisé au cours des deux années précédentes (n=184)*, Paris, France, 2006 / **Table 3** Characteristics associated with women reporting having had a mammography in the past two years (n=184), Paris, France, 2006

	DI versus non à jour			DO versus non à jour			Différence des OR
	OR ajusté	p	[IC 95 %]	OR ajusté	p	[IC 95 %]	p
Suivi gynécologique régulier							
Non	1			1			
Oui	10,5	<0,01	[2,6-42,7]	5,6	<0,01	[2,1-15,3]	0,47
Tabagisme							
Non	1			1			
Oui	0,6	0,18	[0,3-1,4]	0,3	0,07	[0,1-1,2]	0,37
En couple							
Non	1			1			
Oui	2,0	0,24	[0,5-8,1]	1	1,0	[0,4-3,0]	0,32
Niveau d'études							
Primaire	1			1			
Secondaire	4,1	0,08	[0,8-22,4]	3,0	0,23	[0,3-26,2]	0,10
Supérieur	6,1	0,09	[0,6-58,3]	2,4	0,51	[0,1-65,3]	

* Les résultats présentés, en plus d'être ajustés sur tous les facteurs du tableau, sont ajustés sur l'âge.

dans notre étude) apparaît cohérente en regard des estimations réalisées par l'Institut de veille sanitaire (InVS) en 2005-2006 : 26,8 % à Paris [3]. Ce taux de participation est nettement inférieur à la moyenne nationale (47 %) [3] et le dépistage individuel prédomine largement à Paris. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce décalage entre une couverture globale satisfaisante et un faible taux de participation au dépistage organisé.

D'une part, cet apparent paradoxe qui s'observe, dans une moindre mesure, au niveau national, est décrit dans tous les pays qui offrent une alternative au dépistage organisé par le biais du dépistage individuel (taux comparables à ceux de Genève par exemple [6]). Le développement d'un programme de dépistage organisé se heurte alors à des obstacles liés à l'implantation première du dépistage individuel : les habitudes des usagers et des prescripteurs potentiels et les contraintes du dépistage organisé (numérique non autorisé, dépassements d'honoraires interdits, etc.). Dans des pays comme le Royaume-Uni, la Finlande ou la Suède, où les programmes de dépistage du cancer du sein sont centralisés et sans alternative libérale, les taux de participation atteignent 95 à 100 % [7].

D'autre part, la ville de Paris se caractérise par de fortes densités médicales, particulièrement en ce qui concerne les gynécologues (74,5 gynécologues pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans en 2004, pour une moyenne nationale à 35 [8]). Or, notre enquête tend à souligner qu'un suivi gynécologique régulier constitue un facteur favorisant le recours à la mammographie. Des résultats similaires ont été récemment publiés par l'InVS [9]. Le suivi gynécologique régulier et important (en regard de la situation nationale) des Parisiennes pourrait expliquer, au moins en partie, ce recours plus massif au dépistage individuel.

D'autres facteurs interviennent dans les différences de recours, notamment des déterminants socio-économiques. A Paris, le niveau d'éducation semble

jouer un rôle déterminant dans la répartition des recours entre pratique individuelle et adhésion au programme de dépistage organisé. Ainsi une étude transversale conduite par l'InVS dans sept structures départementales de gestion de DO du cancer du sein (étude Fado-Sein) montrait qu'un niveau d'étude inférieur à Bac+2 et le renoncement aux soins pour raison financière étaient associés à un moindre recours au dépistage et encore moins au DI qu'au DO [9]. Le niveau d'éducation, plus élevé à Paris que la moyenne française [10], pourrait donc constituer une autre interprétation de la participation différentielle au dépistage organisé entre Paris et le reste de la France.

Enfin, le tabagisme s'avère un facteur péjoratif du recours au dépistage en général, et particulièrement du recours au dépistage organisé. Un moindre recours à un suivi gynécologique régulier chez les fumeuses n'explique pas ces différences (parmi les femmes de 50 ans et plus, 78,9 % bénéficient d'un suivi gynécologique régulier chez les non fumeuses vs 74,6 % chez les fumeuses d'après notre enquête). En revanche, le tabagisme est un comportement plus souvent observé parmi les populations de plus faible niveau socio-économique. En outre, l'absence de tabagisme peut être appréhendée comme un indicateur de comportement positif face à la santé, donc un indicateur indirect des comportements de prévention en général. D'autres études ont d'ailleurs mis en évidence, comme la nôtre, que le tabagisme constitue un déterminant d'un moindre recours au DO [11].

Nos résultats concernant les déterminants du recours au dépistage vont dans un sens concordant avec les données de la littérature. Dans l'optique d'améliorer le recours au dépistage organisé, les prescripteurs du DI, principalement les gynécologues, devraient davantage être informés des avantages du dépistage organisé, de même que les femmes qui recourent au DI, de catégorie socio-économique plus élevée en général.

Remerciements

Cette recherche a bénéficié du soutien financier de la Ville de Paris et n'aurait pu être menée à bien sans l'appui de l'Adeca 75.

Références

- [1] Belot A, Grosclaude P *et al.* Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. *Rev Epidemiol Santé Publique.* 2008; 56(3):159-75.
- [2] Ancelle-Park R. Implications du nouveau cahier des charges pour les indicateurs d'évaluation du dépistage organisé du cancer du sein. *Bull Epidemiol Hebd.* 2003; 4:16.
- [3] Taux de participation au programme du dépistage organisé du cancer du sein 2005-2006. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, 2007. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/surveillance/index.htm> (consulté le 04.09.2008).
- [4] L'état de santé de la population en France, Rapport 2007, Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. Paris: Drees, 2007; 243 p.
- [5] Baudier F, Michaud C, Gautier A, Guilbert P. Le dépistage du cancer du sein en France: pratiques et évolution des habitudes dans la population des femmes de 18 à 75 ans, Baromètre santé 2004-2005. *Bull Epidemiol Hebd.* 2007; 17:142-4.
- [6] Chamot E, Charvet AI, Perneger TV. Who gets screened, and where: a comparison of organised and opportunistic mammography screening in Geneva, Switzerland. *Eur J Cancer.* 2007; 43(3):576-84.
- [7] Sancho-Garnier H. Cancers du sein: programmes de dépistage. *Actualités et dossiers en santé publique* 2000; 30:71-7.
- [8] Démographie médicale et paramédicale en périnatalité. Situation en Juillet 2004. Drassif/IRS-SPS/CB/MC/SLP/SD, 2004.
- [9] Duport 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. http://www.invs.sante.fr/publications/2007/plaquette_cancer_sein/index.html
- [10] Diplôme le plus élevé obtenu selon l'âge et le sexe en 2004. Paris: Insee, 2004.
- [11] Lagerlund M, Maxwell AE, Bastani R, Thurfjell E, Ekblom A, Lambe M. Predictors of non-attendance in a population-based mammography screening programme; socio-demographic factors and aspects of health behaviour. *Eur J Cancer Prev.* 2000; 9(1):25-33.

Prévalences des consommations psychoactives en milieu maritime civil français en 2007

Emmanuel Fort (emmanuel.fort@recherche.univ-lyon1.fr), Alain Bergeret

Unité mixte (Inrets-Lyon1-InVS) de recherche épidémiologique et de surveillance transport-travail-environnement (Umrestte), Université Lyon 1, France

Résumé / Abstract

Introduction – L'objectif de l'étude est d'évaluer la prévalence des consommations actuelles des drogues licites (alcool et tabac) et des drogues illicites dans le milieu maritime civil français à partir des déclarations d'un échantillon de marins.

Méthode – Les données analysées ont été recueillies parmi 1 928 marins selon un sondage stratifié. Les questionnaires ont été proposés aux marins au cours de la visite médicale annuelle avec les médecins du travail et infirmiers du Service de santé des gens de mer. La recherche d'une consommation récente de cannabis a été effectuée par un test urinaire.

Résultats – La prévalence de fumeurs actuels parmi les marins est estimée à 44 % chez les hommes et 37 % chez les femmes. Environ 11 % des hommes boivent de l'alcool tous les jours. L'expérimentation du cannabis concerne 46 % des marins et 16 % en ont fumé le mois précédent l'enquête. L'expérimentation des autres drogues est estimée à 15 %. Les comportements alcoolique, tabagique et cannabique des hommes sont différents selon l'âge.

Conclusion – Les marins de la pêche et du commerce français sont une population à risque en termes de santé publique. Des prévalences élevées de consommations psychoactives sont observées par rapport à la population française. Avec la dangerosité du travail, il semble important que les jeunes marins aient conscience des dépendances que peuvent engendrer ces produits psychoactifs.

Mots clés / Key words

Alcool, tabac, produits stupéfiants, marin, prévalence / Alcohol, tobacco, illicit drugs, seamen, prevalence

Introduction

Comptant parmi les comportements addictifs les plus importants, la consommation d'alcool est la première cause de maladie et de décès en France. C'est la substance psychoactive la plus consommée en France en 2005 [1]. En baisse depuis plusieurs décennies, le tabagisme reste encore une pratique courante, notamment chez les femmes et les jeunes. Enfin, depuis les années 1990, l'expérimentation du can-

nabis augmente chez les jeunes. L'effet de l'alcool sur l'altération des performances des opérateurs marins a été montré par le passé [2]. La consommation de cannabis peut provoquer des troubles cognitifs de la mémoire ou de l'attention [3]. Alors que les marins de la pêche et du commerce français effectuent des métiers difficiles sur des lieux de travail particuliers, dans un souci d'amélioration de la santé et de la sécurité au travail, l'administration

chargée de la mission « sécurité et affaires maritimes » au sein du ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de l'Aménagement du Territoire a souhaité que soient étudiées les prévalences de consommations d'alcool, de tabac et de drogues dans cette population. Une distinction de ces prévalences selon l'âge permettra de percevoir les comportements des nouvelles générations de marins et d'étudier des pistes de préventions.