

Facteurs d'adhésion au dépistage organisé  
du cancer du sein : étude FADO-sein

Nicolas Duport, Rosemary Ancelle-Park, Marjorie Boussac-Zarebska, Zoé Uhry, Juliette Bloch

## INTRODUCTION

En France, le cancer du sein est le plus fréquent des cancers féminins et représentait en 2000 35,7 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancers et 20,2 % des décès par cancer chez la femme.

Le programme de dépistage organisé (DO) du cancer du sein est généralisé à tout le territoire depuis 2004. Il cible les femmes de 50 à 74 ans auxquelles il propose une mammographie gratuite tous les deux ans avec une double lecture en cas de cliché négatif.

L'évaluation du programme de DO du cancer du sein montrait en 2005 un taux de participation de 45 %, inférieur au taux de 70 % recommandé au niveau européen.

Le taux de couverture<sup>1</sup> mammographique estimé par le Baromètre cancer 2005 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé était d'environ 70 %. La part du dépistage individuel (DI) dans la couverture mammographique semble être proche de 15-20 %.

La participation insuffisante des femmes au programme de DO a pour conséquence une baisse de l'efficacité attendue du dépistage sur la mortalité. De plus, le recours des femmes au DI a des conséquences sur le rapport coût-efficacité du programme.

L'objectif de l'étude sur les facteurs d'adhésion au dépistage organisé (FADO) était d'analyser les caractéristiques, tant sociodémographiques que d'accès aux soins, associées à la participation ou non au DO ainsi qu'au DI afin de mieux cibler les actions de sensibilisation des femmes et des professionnels de santé.

## MÉTHODES

Il s'agit d'une étude transversale par auto-questionnaire réalisée entre mai et septembre 2005 dans sept structures départementales de gestion du DO du cancer du sein : la Loire-Atlantique (44), le Lot-et-Garonne (47), la Mayenne (53), la Sarthe (72), Paris (75), la Seine-Maritime (76) et les Hauts-de-Seine (92). La Loire-Atlantique a été exclue de l'étude suite à une erreur dans l'édition des questionnaires.

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 DO (groupe DO) ;
- le groupe des non participantes.

Un questionnaire par groupe a été élaboré. Il comprenait une partie commune sur les caractéristiques socio-économiques et le recours aux soins, et une partie spécifique, sous forme de questions fermées,

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

The aim of this study was to analyse the role of women's socio-demographic and healthcare access characteristics according to breast cancer screening practices (organized, individual or no screening).

This cross-sectional study was set up in 2005 in seven 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).

A total of 5,638 women aged 50-74 years returned their questionnaire: 1,480 in the attendee OS-group and 4,158 in the non-attendee group. Among these 3,537 reported having undergone a recent mammography outside the organized programme (individual=IS-group) and 621 declared never having undergone a mammography or having done so more than two years ago (NS-group).

Analyses showed a gradient between the three groups (IS, OS and NS) in their association with breast cancer screening practices concerning three factors: an increasing gradient was observed for renouncement to basic healthcare for financial reasons and a decreasing gradient in the regular visit to a medical gynaecologist and having had a Pap-smear in the last three years. Three other variables showed a tendency to a decreasing gradient: living with a partner, current use of hormone replacement therapy and having had a check-up in the last 5 years.

In conclusion, the main differences between breast cancer screening practices were mainly associated with difficulties in healthcare access, in particular concerning regular gynaecological visits.

explorant les connaissances et les pratiques de dépistage ainsi que la satisfaction des femmes concernant le DO.

Un premier envoi de 21 000 questionnaires (3 000 participantes et 18 000 non participantes) était nécessaire pour obtenir un effectif total de 4 800 femmes (1 200 participantes et 3 600 non participantes).

Ce calcul reposait sur :

- une puissance d'étude suffisante ( $\geq 80\%$ ) pour la mise en évidence de déterminants de la participation au dépistage ;
- une hypothèse *a priori* sur un taux de réponse à l'enquête différent selon les groupes (40 % chez les participantes et 20 % chez les non participantes) ;
- le besoin d'effectifs suffisants pour explorer les connaissances et pratiques de dépistage dans chaque département.

<sup>1</sup> Le taux de couverture mammographique est le taux de dépistage du cancer du sein calculé sur l'ensemble de la population cible sur deux années.

Une réserve de 10 500 personnes (1 500 participantes et 9 000 non participantes) a été constituée pour un éventuel second envoi si les effectifs minima n'étaient pas atteints suite au premier envoi.

Les femmes non participantes au DO ont été réparties *a posteriori* en fonction de leur réponse au questionnaire en deux sous-groupes :

- les femmes ayant effectué un DI dans les deux ans qui ont précédé la réception du questionnaire (groupe DI) ;
- les femmes n'ayant effectué aucune mammographie dans ces deux ans qui ont précédé la réception du questionnaire (groupe Aucun).

Les trois groupes de femmes ainsi constitués ont été comparés deux à deux par régression logistique. Il a été décidé d'utiliser la régression logistique polytomique afin d'étudier les trois groupes dans une seule analyse, en comparaison bilatérale la majorité des variables apparaissant associées aux différentes pratiques de dépistage. Les analyses univariées et multivariées ont été systématiquement ajustées sur les variables de stratification (tableau 1). L'analyse multivariée a été conduite à partir des variables significatives ( $p \leq 0,05$ ) en analyse univariée.

Les odds ratios (OR) présentés concernent les comparaisons entre les groupes DI *versus* DO et DO *versus* Aucun. Le troisième odds ratio (comparaison entre les groupes DI *versus* Aucun) peut être directement calculé par le produit des deux autres odds ratios. Le gradient mis en évidence peut être significatif alors même qu'une des trois comparaisons est non significative.

## 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 DO entre le 01/11/2003 et le 31/10/2004 et 23 599 à des femmes n'ayant pas participé au DO au cours de la même période.

Un total de 5 638 questionnaires exploitables a été analysé pour une population d'étude répartie en :

- 1 480 participantes au DO (groupe DO), avec un taux de réponse de 40,3 % ;
- 4 158 non participantes au DO, avec un taux de réponse de 17,6 %.

Les 4 158 non participantes au DO ont été réparties en deux groupes selon leur réponse au questionnaire :

- 3 537 femmes ayant pratiqué une mammographie dans les deux ans dans le cadre d'une démarche individuelle (groupe DI) ;
- 621 femmes n'ayant pas pratiqué de mammographie dans les deux ans (groupe Aucun).

Les répondantes et non répondantes à l'étude étaient comparables en termes de tranches d'âge quinquennales et de caractère rural/urbain de la commune de résidence. La distribution des variables de stratification selon le groupe (DI, DO ou Aucun) est présentée dans le tableau 1.

Les résultats de l'analyse multivariée sont présentés dans le tableau 2. La majorité des facteurs influençant la pratique du dépistage du cancer du sein, organisé ou non, relève du domaine du recours et de l'accès aux soins.

Ainsi, trois facteurs ont montré un gradient significatif dans leur association avec les trois groupes étudiés :

- il y avait un gradient dans l'association entre les trois groupes (DI, DO et Aucun) et le fait d'avoir déjà renoncé à des soins de base pour raisons financières, l'odds ratio ajusté comparant le groupe DI et le groupe Aucun étant de 0,6 [IC 95 % : 0,4–0,8]. Ce qui signifie que les femmes qui avaient déjà renoncé à des soins de base pour raisons financières recouraient moins au DO et encore moins au DI que celles qui n'y avaient jamais renoncé ;
- il y avait un gradient dans l'association entre les trois groupes (DI, DO et Aucun) et le fait d'être suivie régulièrement par un gynécologue ou d'avoir réalisé un frottis cervico-utérin au cours des trois dernières années, les odds ratios ajustés comparant le groupe DI et le groupe Aucun étant pour ces deux variables de 3,3 [IC 95 % : 2,5–5,0]. Ce qui signifie que les femmes ayant un suivi régulier par un gynécologue ou ayant réalisé un frottis au cours des trois dernières années recouraient plus au DO et encore plus au DI que les autres.

Pour trois autres variables (vivre en couple, prendre actuellement un traitement hormonal de substitution (THS) pour la ménopause et avoir effectué un bilan de santé au cours des cinq dernières années), le gradient dans l'association entre les trois groupes (DI, DO et Aucun) montrait que les femmes en couple, sous THS pour la ménopause et/ou ayant fait un bilan de santé dans les cinq ans, recouraient plus souvent au DI qu'au DO et plus souvent au DO qu'à aucun dépistage par rapport aux autres.

Tableau 1	Distribution des variables de stratification selon le groupe (DI, DO ou Aucun)					
	Distribution of the stratification variables by screening group (IS, OS or NS) *					
	DI – IS-group (N=3 537)		DO – OS-group (N=1 480)		Aucun – NS-group (N=621)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Tranches d'âge – Age groups (years)</b>						
50-54 ans	929	26,3	359	24,3	146	23,5
55-59 ans	949	26,8	337	22,8	124	20,0
60-64 ans	629	17,8	264	17,8	103	16,6
65-69 ans	571	16,1	295	19,9	109	17,6
70-74 ans	459	13,0	225	15,2	139	22,4
<b>Typologie de la commune – Rural/urban status</b>						
Rurale	652	18,4	338	22,8	173	27,9
Non rurale	2 885	81,6	1 142	77,2	448	72,1
<b>Département de résidence – District of residence</b>						
Lot-et-Garonne (47)	418	11,8	242	16,4	182	29,3
Mayenne (53)	600	17,0	237	16,0	84	13,5
Sarthe (72)	610	17,3	246	16,6	109	17,6
Paris (75)	704	19,9	189	12,8	57	9,2
Seine-Maritime (76)	549	13,0	259	17,5	122	19,7
Hauts-de-Seine (92)	746	21,1	307	20,7	67	10,8

\* IS: individual screening; OS: organized screening; NS: no screening in the last 2 years.

Les résultats ont montré qu'à profil sociodémographique égal et à recours et accès aux soins égaux, le fait d'être suivie régulièrement par un gynécologue était un facteur important de pratique du dépistage du cancer du sein et en particulier du DI. De la même manière, le suivi régulier par un médecin généraliste était un facteur important de pratique du dépistage du cancer du sein et en particulier du DO.

Bénéficier d'une mutuelle complémentaire santé était associé significativement à la pratique du DI *versus* Aucun, l'odds ratio

entre ces deux groupes étant de 1,7 [IC 95 % : 1,2–2,4]. Il n'y avait aucun lien significatif entre les femmes des autres groupes DI *versus* DO et DO *versus* Aucun. Ce qui signifie que les femmes ayant une mutuelle recouraient plus souvent au DI que celles qui n'en avaient pas.

Le fait de penser être personnellement très à risque de cancer du sein était un facteur important de pratique du dépistage du cancer du sein, essentiellement dans un cadre de DI.

Tableau 2	Pratiques de dépistage du cancer du sein en fonction des caractéristiques sociodémographiques et de leur accès aux soins et suivi médical, analyse multivariée par régression logistique polytomique Relationship between mammography practice and socio-demographic and healthcare access characteristics of women, multivariate analysis using polytomous logistic regression				
	p global <sup>#</sup> P-value	DI <i>versus</i> DO IS <i>versus</i> OS-group		DO <i>versus</i> Aucun OS <i>versus</i> NS-group	
		OR ajusté* Adjusted OR	IC 95 % 95% CI	OR ajusté* Adjusted OR	IC 95 % 95% CI
<b>Statut sociodémographique</b> <b>Socio-demographic status</b>					
Niveau d'études le plus élevé Highest educational level reached					
≤ BAC + 2 – ≤ High school graduation	0,0002	1	–	1	–
> BAC + 2 – > High school graduation		1,7	1,3 – 2,0	0,8	0,6 – 1,3
Vie en couple – Living with a partner					
Non – No	0,002	1	–	1	–
Oui – Yes		1,3	1,0 <sup>§</sup> – 1,4	1,4	1,0 – 2,0
Renoncement à des soins de base pour des raisons financières Renouncement to basic healthcare for financial reasons					
Non ou pour des soins coûteux – No or only expensive healthcare	0,002	1	–	1	–
Oui – Yes		0,8	0,6 – 1,0	0,7	0,5 – 1,0
<b>Conduites de prévention et de dépistage</b> <b>Prevention and screening behaviours</b>					
Réalisation d'un frottis cervico-utérin au cours des trois dernières années Pap-smear in the last three years					
Non – No	<0,0001	1	–	1	–
Oui – Yes		1,7	1,3 – 2,0	2,0	1,7 – 3,3
<b>Recours et accès aux soins</b> <b>Healthcare access</b>					
Suivi régulier par un médecin généraliste Regular general practitioner					
Non – No	<0,0001	1	–	1	–
Oui – Yes		0,9	0,7 – 1,2	2,5	1,7 – 5,0
Suivi régulier par un gynécologue Regular medical gynaecologist					
Non – No	<0,0001	1	–	1	–
Oui – Yes		1,4	1,1 – 1,7	2,5	1,7 – 3,3
Prise actuelle d'un traitement hormonal de substitution pour la ménopause Current use of hormone replacement therapy					
Non – No	0,004	1	–	1	–
Oui – Yes		1,3	1,1 – 1,7	1,1	0,8 – 1,7
Bilan de santé effectué dans les cinq dernières années Check-up in the last five years					
Non – No	0,004	1	–	1	–
Oui – Yes		1,3	1,1 – 1,4	1,1	0,8 – 1,4
Bénéficier d'une mutuelle complémentaire santé Additional private health insurance					
Non – No	0,05	1	–	1	–
Oui – Yes		1,3	0,9 – 1,7	1,3	0,9 – 2,0
<b>Perceptions et relations vis-à-vis de la santé et du cancer</b> <b>Health and cancer risk perception</b>					
Se sentir à risque supérieur de cancer du sein par rapport aux autres femmes Feeling at higher risk for breast cancer compared to other women					
Oui, beaucoup – Yes, a lot	<0,0001	1	–	1	–
Oui, un peu – Yes, a little		0,5	0,3 – 0,7	1,8	0,9 – 3,4
Non – No		0,3	0,2 – 0,4	0,9	0,5 – 1,5
Je ne sais pas – I don't know		0,4	0,3 – 0,5	1,0	0,6 – 1,8

\* Odds ratios ajustés sur les variables de stratification (tranches d'âge, type de commune, département de résidence) et sur les variables du modèle présenté dans le tableau 2 - Adjusted odds ratios on stratification variables (age-group, district of residence and rural/urban status) and on each variable presented in table 2.

<sup>#</sup> p global : degré de signification du poids de la variable pour les trois comparaisons testées ensemble (DI *versus* DO ; DO *versus* Aucun ; DI *versus* Aucun) - P-value: significance level of the weight of the variable in the global model (IS *versus* OS; OS *versus* NS; IS *versus* NS).

<sup>§</sup> Les résultats non significatifs sont présentés en italique - Non significant results are presented in italics.

## CONNAISSANCES, ATTITUDES, PRATIQUES DU DÉPISTAGE ET SATISFACTION CONCERNANT LE DÉPISTAGE ORGANISÉ

- La majorité des femmes, quelle que soit leur pratique du dépistage, connaissait la campagne de DO du cancer du sein : 93,2 % des femmes

du groupe DI, 96,8 % des femmes du groupe DO et 87,3 % des femmes du groupe Aucun. Les principaux modes de connaissance du DO (tableau 3) étaient la lettre d'invitation au DO, les médias (télévision, journaux et magazines, radio), le médecin suivant habituellement la femme (généraliste et/ou gynécologue) et les informations diffusées par les caisses d'assurance maladie.

Tableau 3	Principaux modes de connaissance de la campagne de dépistage organisé les plus fréquemment invoqués selon leur groupe d'appartenance (DI, DO ou Aucun)* Main means of knowledge about the organized breast cancer screening programme by screening group (IS, OS or NS)	DI – IS-group	DO – OS-group	Aucun – NS-group
		(%)	(%)	(%)
	Lettre d'invitation au DO – Letter of invitation to OS	58,6	57,8	60,7
	Médias (télévision, journaux, radio) – Medias (television, newspapers, radio)	57,2	46,9	58,9
	Médecin (généraliste, gynécologue) – Physicians (GP, medical gynaecologist)	44,5	47,3	32,9
	Caisse d'assurance maladie – Informations from local state health insurance	40,3	39,5	42,6

\* Les pourcentages correspondent au nombre de fois où l'item a été coché, parmi une liste proposée, plusieurs réponses étant possibles - Percentages correspond to the number of times when the item was checked in the proposed list, several answers being possible.

- Respectivement 54,0 % (DI), 70,4 % (DO) et 36,6 % (Aucun) des femmes avaient discuté avec leur(s) médecin(s) de l'invitation au DO reçue par courrier. La proportion d'entre elles qui s'étaient vues proposer une mammographie autre que celle du DO était très variable selon le groupe ou le médecin (tableau 4), mettant en évidence l'importance du rôle du médecin dans la participation au DO. Parmi les femmes du groupe DI qui avaient discuté de la lettre d'invitation avec leur gynécologue, près d'un tiers d'entre elles avaient eu une prescription

d'une mammographie différente de celle de DO. Dans les deux autres groupes, ce pourcentage était de 3,1 % (DO) et 8,1 % (Aucun). Globalement, les femmes du groupe DI avaient beaucoup plus fréquemment eu une prescription d'une mammographie autre que celle de DO par le médecin avec lequel elles ont discuté de l'invitation que les femmes des deux autres groupes. Il est cependant possible que, pour une partie de ces femmes, cette autre mammographie soit prescrite à des fins de suivi ou de diagnostic et non de dépistage.

Tableau 4	Proportion de femmes pour lesquelles un médecin a proposé une autre mammographie que celle du dépistage organisé selon le groupe d'appartenance (DI, DO ou Aucun) Proportion of women whose physician suggested a mammography outside the organized programme by screening group (IS, OS or NS)	DI	DO	Aucun	Total femmes
		IS-group (%)	OS-group (%)	NS-group (%)	Total women (%)
	Généraliste – General practitioner	12,4	1,4	4,4	7,7
	Gynécologue – Medical gynaecologist	29,0	3,1	8,1	21,0
	Radiologue – Radiologist	16,2	7,6	0	12,5

- Il existait des différences assez nettes d'opinions entre les femmes des trois groupes sur l'utilité de la mammographie, son caractère embarrassant à effectuer ou sur le fait que cet examen pourrait être dangereux pour la santé (tableau 5). Les femmes du groupe DO sont les plus nombreuses à penser que la mammographie est utile. Il est à noter que celles du groupe DI sont les plus nombreuses à penser que

la mammographie est un examen fiable, alors que seul le DO prévoit une seconde lecture des mammographies jugées normales à la première lecture.

Ce sont, en revanche, les femmes du groupe Aucun qui perçoivent le plus d'inconvénients à la mammographie.

Tableau 5	Opinions des femmes sur la mammographie Beliefs of women regarding mammography	DI – IS-group	DO – OS-group	Aucun – NS-group
		(%)	(%)	(%)
	<b>La mammographie est un examen :</b> Mammography is a test:			
	Utile – Useful	71,3	84,1	59,5
	Fiable – Reliable	45,9	39,6	31,4
	Douloureux – Painful	13,4	11,2	15,0
	Embarrassant à passer – Embarrassing to undergo	5,2	5,0	15,3
	Dangereux pour la santé – Harmful to health	0,6	0,3	2,9

• Les femmes des groupes DI et Aucun ont été interrogées sur les principales raisons pour lesquelles elles n'ont pas effectué la mammographie de DO (tableau 6).

celle de DO. Quant aux 666 femmes qui ont signalé être suivies pour une maladie du sein, elles étaient peut-être dans une situation de suivi et non de dépistage.

Pour les femmes du DI, les raisons étaient plutôt d'ordre médical : près de 66 % d'entre elles déclaraient que leur précédente mammographie datait de moins de deux ans à réception de l'invitation à pratiquer

Pour les femmes du groupe Aucun, les raisons évoquées étaient plutôt d'ordre personnel (manque de temps, penser ne pas en avoir besoin...).

Tableau 6 Principales raisons données par les femmes pour n'avoir pas effectué la mammographie de dépistage organisé Main reasons given by women for not having undergone a mammography in the organized screening programme	
<b>Groupe DI – IS-group</b>	Nombre de fois où la raison est donnée* (N=3 537)
Ma dernière mammographie date de moins de 2 ans <i>I underwent my last mammography less than two years ago</i>	2 330 (65,9 %)
Je suis suivie régulièrement pour une maladie du sein <i>I'm regularly under a doctor's care for a breast disease</i>	666 (18,8 %)
Un médecin m'a déconseillé de la faire <i>A physician advised me against undergoing the mammography in the OS programme</i>	219 (6,2 %)
<b>Groupe Aucun – NS-group</b>	Nombre de fois où la raison est donnée* (N=621)
Je manquais de temps, j'ai oublié – <i>I didn't have time, I forgot</i>	148 (23,8 %)
Je n'ai pas de cas de cancer du sein dans ma famille – <i>I don't have any breast cancer in my family</i>	125 (20,1 %)
Je suis en bonne santé, je n'ai aucun signe – <i>I'm healthy, I don't have any symptoms</i>	87 (14,0 %)
Je ne pense pas en avoir besoin – <i>I think I don't need a mammography</i>	65 (10,5 %)
Je n'ai pas envie de me faire examiner les seins – <i>I don't want to undergo a breast examination</i>	64 (10,3 %)

\* Les pourcentages correspondent au nombre de fois où l'item a été coché, parmi une liste proposée, plusieurs réponses étant possibles - Percentages correspond to the number of times when the item was checked in the proposed list, several answers being possible.

• Les femmes du groupe DO ont été interrogées sur les principaux points de satisfaction du DO (tableau 7). Il est à noter que 46 % d'entre

elles avaient choisi la seconde lecture des clichés normaux comme critère de satisfaction du DO.

Tableau 7 Principaux points de satisfaction des femmes dans le dépistage organisé Main satisfaction items of women in the OS-group	
<b>Groupe DO – OS-group</b>	Nombre de fois où le point est donné* (N=1 480)
J'ai apprécié d'avoir été invitée à faire une mammographie <i>I appreciated being invited to undergo a mammography</i>	863 (58,3 %)
J'ai apprécié qu'il y ait une deuxième lecture lorsque les clichés étaient normaux <i>I appreciated the second reading of all first reader's negative mammograms</i>	685 (46,3 %)
Je me suis sentie correctement prise en charge <i>I felt correctly taken care of</i>	512 (34,6 %)
Je n'ai pas eu besoin de penser à faire une mammographie puisque j'ai reçu la lettre d'invitation <i>I didn't need to think of undergoing a mammography since I received the invitation letter</i>	503 (34,0 %)

\* Les pourcentages correspondent au nombre de fois où l'item a été coché, parmi une liste proposée, plusieurs réponses étant possibles - Percentages correspond to the number of times when the item was checked in the proposed list, several answers being possible.

## DISCUSSION

Deux biais peuvent être évoqués dans l'étude FADO-sein. Le premier est le biais de non-réponse qui a vraisemblablement exclu les femmes les plus précaires et/ou les moins intéressées par le dépistage. Le deuxième est inhérent à toute étude déclarative par auto-questionnaire qui conduit à une surdéclaration de la pratique de dépistage. Ce second biais est un biais de classement et ne concerne que les femmes n'ayant pas réalisé un DO. Ces deux biais ont pu conduire à sous-estimer les relations mises en évidence, ce qui donne plus de force aux relations significatives mises en évidence dans l'étude.

Une deuxième limite de l'étude est la difficulté pour les femmes à différencier une mammographie de dépistage d'une mammographie de suivi ou de diagnostic, puisque le nom de l'examen est le même. Là encore, cela ne concerne dans l'étude que les femmes en dehors du DO et peut conduire à sous-estimer les relations mises en évidence.

Les principaux résultats de cette étude montrent que les différences entre les conduites de dépistage sont liées essentiellement à la problématique du suivi médical, en particulier du suivi gynécologique. L'étude a également permis de souligner le fait qu'être suivie par un gynécologue est associé à une plus grande pratique du DI. À l'inverse, le fait d'être suivie par un généraliste est associé à une plus grande pratique du DO. Ces résultats sont en adéquation avec ceux de grandes études en population comme l'enquête Santé et protection sociale de 2002 ou le Baromètre cancer de 2005.

Face à ces résultats concordants, des campagnes auprès des professionnels de santé devraient renforcer l'information sur la qualité du programme de DO et notamment sur sa plus-value par rapport au DI, tout en insistant également sur le fait que le DO n'est pas incompatible avec un suivi régulier gynécologique.

## Ce qu'il faut retenir

- Il existe un gradient marqué entre les groupes :
  - groupe DI : niveau sociodémographique plus élevé, meilleur suivi médical, notamment suivi gynécologique plus fréquent et pratiques de dépistage fréquentes ;
  - groupe Aucun : niveau sociodémographique plus bas, suivi médical irrégulier et pratiques de dépistage peu fréquentes ;
  - groupe DO : position intermédiaire entre les deux groupes précédents.
- Les facteurs de participation des femmes au dépistage du cancer du sein sont essentiellement ceux en relation avec le suivi médical et l'accès aux soins.
- Le suivi médical des femmes est associé à une pratique plus fréquente du dépistage.
- Le suivi gynécologique est associé plus fréquemment au DI.
- Deux tiers des femmes du groupe DI ont donné comme raison de non-participation au DO le fait d'avoir reçu leur invitation « trop tôt » par rapport à leur dernière mammographie de DI. Une explication claire sur les différentes possibilités qu'ont les femmes pour entrer dans le DO pourrait figurer sur la lettre d'invitation (possibilité de décaler la date du rendez-vous, renvoi de la date de la dernière mammographie à la structure de gestion...).
- Les femmes invitées à réaliser une mammographie dans le cadre du DO demandent fréquemment l'avis à leur médecin.
- Les raisons de non-participation au DO sont très variables selon les groupes :
  - groupe DI : raison médicale ;
  - groupe Aucun : raison personnelle.
- Les deux principaux points de satisfaction des femmes ayant réalisé le DO :
  - avoir été invitée à faire cette mammographie ;
  - qu'il soit prévu une deuxième lecture lorsque les clichés sont normaux en première lecture.

### Remerciements

Nous tenons à remercier tout particulièrement les médecins coordonnateurs des structures de gestion ayant participé à l'étude : André Airaud (Lot-et-Garonne), Corinne Allieux (Loire-Atlantique), Ahmed Benhammouda (Seine-Maritime), Sophie Dehé (Hauts-de-Seine), Elisabeth Hausherr (Paris), Pascale Lalanne (Mayenne), Nicolas Moutarde (Sarthe). Nous remercions également Gisèle Adonias, Martine Charron, Anne Doussin et Pascale 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 : Jacqueline Biesbrouck, Dominique Cherasse, Marie-France D'Acremont, Emmanuelle Guerrin-Tran et Anne-Laure Le Garzic.

À paraître : Duport N, Ancelle-Park R, Boussac-Zarebska M, Uhry Z, Bloch J. Are breast cancer screening practices associated with socio-demographic status and healthcare access? Analysis of a French cross-sectional study. Eur J Cancer Prev (sous presse).

Dans la même collection, vous trouverez sur le site <http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers> des plaquettes sur d'autres localisations (sein, côlon-rectum).